GBA
Gemeinsamer
Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über Freigabe des Bundesqualitätsberichtes 2026 gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zur Veröffentlichung

Vom 4. November 2026

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) gemäß Delegation durch Beschluss vom 17. November 2022 in seiner Sitzung am 4. November 2026 beschlossen, den *Bundesqualitätsbericht 2026* gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 4. November 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Maag

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Verfahrensübergreifender Teil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© IQTIG 2026

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2026

Verfahrensübergreifender Teil

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Bundesqualitätsbericht 2026. Verfahrensübergreifender Teil
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abbildungsverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 5
1 Einleitung 6
2 Überblick Auswertung im Bundesqualitätsbericht 2026 8
2.1 Qualitätssicherungsverfahren und Auswertungsmodule 8
2.2 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen 10
2.3 Datengrundlage 12
2.3.1 Überblick 12
2.3.2 Erläuterungen und Details 13
2.4 Datenvalidierung 15
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 2025 17
3.1 Hintergrund 17
3.2 Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Überblick 18
4 Überblick über die Qualitätssicherungsverfahren 35
Glossar 50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über QS-Verfahren und Auswertungsmodule im BQB 2026 8
Tabelle 2: Überblick Anzahl Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen im Auswertungsjahr 2026 11
Tabelle 3: Anzahl der Leistungserbringer pro QS-Verfahren im AJ 2026 12
Tabelle 4: Überblick Datengrundlage der QS-Dokumentationsdaten im EJ 2025 14
Tabelle 5: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation 18
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL 20
Tabelle 7: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Auswertungsmodul (AJ 2025) 23
Tabelle 8: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2025) 28
Tabelle 9: Initiierung von Maßnahmen der Stufe 1 30
Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Maßnahmenstufe 1 und 2 pro Auswertungsmodul (AJ 2025) 31
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Maßnahmenstufe 1 und 2 pro Bundesland (AJ 2025) 33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 19

Abkürzungsverzeichnis

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

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

1 Einleitung

Der Bundesqualitätsbericht (BQB) wird einmal jährlich auf Grundlage von § 20 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)[1] erstellt und zum 15. August eines jeden Jahres[2] an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) übergeben. Für die 15 Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren), die das IQTIG aktuell im Regelbetrieb durchführt und die bereits in die Jahresauswertung eingehen,[3] enthält der BQB (mit Ausnahmen) jeweils

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

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

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

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

[1] URL: https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/.
[2] Die Frist ist jeweils in den themenspezifischen Bestimmungen zu den einzelnen QS-Verfahren geregelt (in der Regel in Teil 2 § 17 DeQS-RL).
[3] Das Verfahren *Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter* (*QS amb PT*) ist seit dem Erfassungsjahr 2025 in der Richtlinie enthalten, findet aber erst später Eingang in Bundesqualitätsbericht und Qualitätsreport.

Jahresbegriffe (Auswertungs- und Erfassungsjahr):

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

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

2 Überblick Auswertung im Bundesqualitäts-bericht 2026

2.1 Qualitätssicherungsverfahren und Auswertungsmodule

Im Auswertungsjahr 2026 werden 15 QS-Verfahren im Regelbetrieb nach DeQS-RL durchgeführt, die bereits in die Jahresauswertung eingehen. Neben den 3 sektorenübergreifenden Verfahren *QS PCI*, *QS WI* und *QS NET* gibt es 12 stationäre Verfahren.

- Die Erprobung des Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (*QS WI*) wurde zum 1. Januar 2026 vom GBA eingestellt. Im diesjährigen BQB wird daher das letzte Mal über Ergebnisse berichtet.
- Im Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* (*QS NET*) wird das Modul *Dialyse* (*NET-DIAL*) grundlegend überarbeitet. Im Auswertungsjahr 2026 sind die meisten Referenzbereiche ausgesetzt und kein Stellungnahmeverfahren vorgesehen. Ab dem Auswertungsjahr 2027 ist dieser Teil des Verfahrens vorübergehend ausgesetzt.
- Das Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* (*QS CAP*) wird grundlegend überarbeitet und ist vorübergehend ausgesetzt. Daher werden die rechnerischen Ergebnisse des bestehenden Indikatorensets letztmalig ausgewertet, ein Stellungnahmeverfahren ist nicht mehr erfolgt.
- Das Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* (*QS KEP*) wird derzeit umfassend überarbeitet. Im Jahr 2025 war daher die QS-Dokumentationspflicht ausgesetzt. Im diesjährigen Bericht werden lediglich die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens dargestellt.

Tabelle 1: Überblick über QS-Verfahren und Auswertungsmodule im BQB 2026

Nr.	Kürzel	QS-Verfahren nach Richtlinie	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	Zuständigkeit
1	QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Land
2	QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen	WI-HI-A*	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren	Land
			WI-HI-S*	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren	
			WI-NI-A	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – ambulantes Operieren	

Nr.	Kürzel	QS-Verfahren nach Richtlinie	Auswer-tungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	Zustän-digkeit
			WI-NI-S	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – stationäres Operieren	
			WI-NI-D*	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen	
3	QS CHE	Cholezystektomie	CHE	Cholezystektomie	Land
4	QS NET	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplan-tationen	NET-DIAL	Dialyse	Land
			NET-NTX	Nierentransplantation	Bund
			NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	
			NET-PNTX-D	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, Nierentransplantation	
5	QS TX	Transplantations-medizin	TX-NLS	Nierenlebendspenden	Bund
			TX-LTX	Lebertransplantationen	
			TX-LLS	Leberlebendspenden	
			TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	
			TX-MKU	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	
			TX-HTX	Herztransplantationen	
6	QS KCHK	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen	KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Bund
			KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	
			KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	
			KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	
			KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	
			KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	
			KCHK-D	Koronarchirurgie und Ein-griffe an Herzklappen	

Nr.	Kürzel	QS-Verfahren nach Richtlinie	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	Zuständigkeit
7	QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Land
8	QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Land
9	QS MC	Mammachirurgie	MC	Mammachirurgie	Land
10	QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen	GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Land
11	QS DEK	Dekubitusprophylaxe	DEK	Dekubitusprophylaxe	Land
12	QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren	HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Land
			HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
			HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	
			HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	
13	QS PM	Perinatalmedizin	PM-GEBH	Geburtshilfe	Land
			PM-NEO	Neonatologie	
14	QS HGV	Hüftgelenkversorgung	HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Land
			HGV-OS-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
15	QS KEP	Knieendoprothesenversorgung	KEP*	Knieendoprothesenversorgung	Land

* Zu diesen Modulen werden im aktuellen Bericht nur noch die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens berichtet, da keine aktuellen rechnerischen Ergebnisse mehr vorliegen.

2.2 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen

Als Datenquellen werden primär die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Patientenbefragung genutzt. Die meisten Qualitätsindikatoren basieren auf QS-Dokumentationsdaten. In den Verfahren *QS PCI*, *QS WI*, *QS CHE*, *QS NET* (Auswertungsmodul *NET-DIAL*) und *QS KCHK* werden daneben auch Sozialdaten zur Berechnung von Indikatoren hinzugezogen. Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung gibt es bisher nur im Verfah-

ren *QS PCI*. Als zusätzliche Datenquellen fungieren die Sollstatistik sowie im Verfahren *QS DEK* auch die Risikostatistik.

Im Auswertungsjahr 2026 gibt es 258 Qualitätsindikatoren und 105 Transparenzkennzahlen, die sich auf verschiedene Erfassungsjahre beziehen können. Tabelle 2 gibt einen Überblick auch über die Verteilung auf Datenquellen, verschiedene Arten von Referenzbereichen sowie die Nutzung einer Risikoadjustierung.

Tabelle 2: Überblick Anzahl Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen im Auswertungsjahr 2026

	AJ 2026 gesamt	**EJ 2025**	**EJ 2024**	**EJ 2023**	**EJ 2022**
Qualitätsindikatoren	258	217	39	2	-
davon Follow-up-Qualitätsindikatoren	107	66	39	2	-
Qualitätsindikatoren nach Datenquellen					
QS-Dokumentation*	180	176	4	-	-
Sozialdaten**	59	22	35	2	-
Patientenbefragung	19	19	-	-	-
Referenzbereich Qualitätsindikatoren					
fester Referenzbereich	64	64	-	-	-
perzentilbasierter Referenzbereich	91	76	14	1	-
Sentinel Event	30	30	-	-	-
Mittelwert	11	11	-	-	-
ohne Referenzbereich	62	36	25	1	-
Transparenzkennzahlen					
Transparenzkennzahlen	105	83	16	2	2
Risikoadjustierung* **					
Qualitätsindikatoren mit Risikoadjustierung	85	63	22	-	-
Transparenzkennzahlen mit Risikoadjustierung	15	14	1	-	-

* Inklusive Nutzung der Risikostatistik bei *QS DEK*; nicht enthalten sind die Indikatoren, die auch Sozialdaten nutzen.

** Alle Sozialdatenindikatoren nutzen auch die QS-Dokumentation.

*** Stratifizierung ist hier nicht enthalten. Nicht alle Indikatoren und Kennzahlen benötigen eine Risikoadjustierung; insbesondere bei vielen Prozessindikatoren ist eine solche nicht zielführend. Das IQTIG prüft dennoch fortlaufend für jeden Qualitätsindikator anhand seiner Eignungskriterien, ob eine Risikoadjustierung notwendig ist.

Die Methodik zur rechnerischen Auffälligkeitseinstufung, die seit dem Auswertungsjahr 2022 in *QS PCI* Anwendung findet, wird auch in diesem Auswertungsjahr auf weitere QS-Verfahren angewandt. Nachdem sie im vergangenen Jahr bereits in den Verfahren *QS GYN-OP*, *QS CHE* und *QS MC* etabliert wurde, folgen in diesem Auswertungsjahr die Verfahren *QS KAROTIS* und *QS DEK*. Damit wird auf eine Einstufungsmethodik umgestellt, die statistische Unsicherheit über die zugrunde liegende Qualität von Leistungserbringern berücksichtigt. Ein Leistungserbringer wird dann rechnerisch auffällig, wenn die Wahrscheinlichkeit, den Referenzwert einzuhalten, so klein ist, dass sie einen Schwellenwert α unterschreitet. Die Schwellenwerte werden individuell bestimmt und sind in der Bundesauswertung der betreffenden Verfahren dargestellt. Weitere Informationen zum methodischen Vorgehen sind auf der Website des IQTIG abrufbar unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-auffaelligkeitseinstufung/.

2.3 Datengrundlage

2.3.1 Überblick

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

Tabelle 3: Anzahl der Leistungserbringer pro QS-Verfahren im AJ 2026 (die sektorenübergreifenden Verfahren sind farbig hervorgehoben)

Nr.	QS-Verfahren	Anzahl Leistungserbringer
1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	1.150*
2	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	**
3	Cholezystektomie (QS CHE)	1.034
4	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	835
5	Transplantationsmedizin (QS TX)***	
	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen (HTXM)	58
	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (LUTX)	12
	Lebertransplantationen (LTX)	19

Nr.	QS-Verfahren	Anzahl Leistungserbringer
	Leberlebendspenden (LLS)	9
	Nierenlebendspenden (NLS)	37
6	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)	302
7	Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	555
8	Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	1.258
9	Mammachirurgie (QS MC)	573
10	Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	924
11	Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	1.617
12	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	849
13	Perinatalmedizin (QS PM)	627
14	Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	1.066
15	Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	-****

* Inklusive Leistungserbringer der Patientenbefragung.

** Aus technischen Gründen kann diese Angabe nicht ausgegeben werden.

*** Im Verfahren *QS TX* gibt es mehrere Pseudonymisierungsverfahren, sodass ein Leistungserbringer über mehrere Pseudonyme verfügen kann. Die Leistungserbringer können daher zurzeit nur auf Ebene des jeweiligen Leistungserbringerpseudonyms ausgegeben werden, das teils zwei Auswertungsmodule umfasst. *HTXM* enthält die Angaben zu *HTX* und *MKU*.

**** Das Verfahren *QS KEP* wird derzeit umfassend überarbeitet. Im EJ 2025 war daher die QS-Dokumentationspflicht ausgesetzt.

2.3.2 Erläuterungen und Details

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

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

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

Tabelle 4 fasst die Angaben zur Datengrundlage der QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2025 übersichtlich zusammen. Die Zuordnung erfolgt auf Erfassungsmodulebene, da auch die Sollstatistik auf dieser Ebene erhoben wird. Das jeweilige Auswertungsmodul der Bundesauswertung, in dem die Datengrundlage dargestellt wird, ist ebenfalls mitangegeben.

Tabelle 4: Überblick Datengrundlage der QS-Dokumentationsdaten im EJ 2025

Nr. (QS-Verfahren)	Erfassungsmodul	zugehöriges Auswertungsmodul BUAW	Datensätze gesamt	Basisdatensätze	MDS	erwartet	Vollzähligkeit in %*
1	PCI	PCI	777.627	777.185	442	780.313	99,66
2	NWIEA	WI-HI-A**	-	-	-	-	-
2	NWIES	WI-HI-S**	-	-	-	-	-
3	CHE	CHE	168.854	168.796	58	167.856	100,59
4	DIAL	NET-DIAL	322.276	314.625	7.651	376.422	85,62
4	NTX	NET-NTX/NET-PNTX	2.279	2.278	1	2.279	100,00
5	HTXM	TX-HTX/TX-MKU	1.226	1.225	1	1.230	99,67
5	LLS	TX-LLS	67	67	0	67	100,00
5	LTX	TX-LTX	936	936	0	937	99,89
5	LUTX	TX-LUTX	328	328	0	328	100,00
5	NLS	TX-NLS	670	670	0	670	100,00
6	HCH	KCHK***	89.007	88.955	52	88.902	100,12
7	10/2	KAROTIS	33.988	33.725	263	34.114	99,63
8	PNEU	CAP	366.706	366.072	634	364.620	100,57
9	18/1	MC	108.872	108.605	267	108.648	100,21
10	15/1	GYN-OP	200.302	199.943	359	199.907	100,20
11	DEK	DEK	279.938	279.827	111	278.823	100,40
12	09/1	HSMDEF-HSM-IMPL	80.250	80.106	144	80.085	100,21
12	09/3	HSMDEF-HSM-REV	8.757	8.715	42	8.742	100,17
12	09/4	HSMDEF-DEFI-IMPL	20.864	20.836	28	20.874	99,95
12	09/6	HSMDEF-DEFI-REV	6.927	6.908	19	6.930	99,96

Nr. (QS-Verfahren)	Erfassungsmodul	zugehöriges Auswertungsmodul BUAW	Datensätze gesamt	Basisdatensätze	MDS	erwartet	Vollzähligkeit in %*
13	16/1	PM-GEBH	628.218	627.771	447	628.448	99,96
13	NEO	PM-NEO	90.206	89.657	549	89.834	100,41
14	17/1	HGV-OSFRAK	64.516	64.444	72	64.255	100,41
14	HEP	HGV-HEP	302.669	302.441	228	302.379	100,10
15	KEP**	KEP	-	-	-	-	-

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

** Bei diesen Modulen war im Erfassungsjahr 2025 keine Datenerfassung mehr vorgesehen.

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

2.4 Datenvalidierung

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

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

Im Unterschied zur tabellarisch dargestellten Vollzähligkeit in der Datengrundlage – bei der lediglich ein Soll-Ist-Abgleich erfolgt – zeigen die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Diese Kriterien setzen ebenfalls eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner sowie einen festen Referenzbereich voraus.

Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer als auffällig gewertet, bei denen keine 100%ige Vollzähligkeit vorlag.

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

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

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 2025

3.1 Hintergrund

Das Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern wird in der Regel dann ausgelöst, wenn ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in der entsprechenden Jahresauswertung vorliegt, d. h., wenn das Indikatorergebnis eines Leistungserbringers außerhalb des festgelegten Referenzbereichs liegt. Es wird durch die jeweils beauftragte Stelle auf Landes- oder Bundesebene – die LAG oder das IQTIG – geführt, um die Ursachen für diese auffälligen Ergebnisse zu klären. In der Folge wird für diesen Leistungserbringer eine Bewertung vorgenommen und geeignete qualitätsfördernde Maßnahmen werden vereinbart, sofern dies erforderlich ist. Die Grundlagen dazu sind in Teil 1 § 17 der DeQS-RL des GBA verankert.

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

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätsfördernden Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL aus dem Jahr 2025 dargestellt (mehrheitlich zum Auswertungsjahr 2025).

QSEB-Anhang

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

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

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

Kode	Bezeichnung	Geltungsbereich
A70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
A71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (qualitativ auffällig)	QI
A72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt (qualitativ auffällig)	QI/AK
A99	Sonstiges (qualitativ auffällig)	QI/AK
D80	unvollzählige oder falsche Dokumentation	QI
D81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
D99	Sonstiges (Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation)	QI
S92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden (Sonstiges)	QI/AK
S99	Sonstiges (Sonstiges)	QI/AK
U60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
U61	besondere klinische Situation, im Kommentar zu erläutern (qualitativ unauffällig)	QI
U62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (qualitativ unauffällig)	QI
U63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität, vereinzelt Dokumentationsprobleme (qualitativ unauffällig)	QI
U99	Sonstiges (qualitativ unauffällig)	QI/AK
H99	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	QI/AK

3.2 Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Überblick

Für das Auswertungsjahr 2025 lagen aus den 15 QS-Verfahren insgesamt 143.128 Indikatorenergebnisse vor, davon 86.481 Ergebnisse von Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich (siehe Tabelle 6). 5.807 Ergebnisse der Indikatoren wiesen eine rechnerische Auffälligkeit auf (6,71 %), womit sie auf einem niedrigeren Niveau als im Vorjahr liegen (AJ 2024: 8,28 %). Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 ist die Anzahl an Indikatorenergebnissen überdies um ca. 7 % gesunken. Bemerkenswert ist, dass die Anzahl von Ergebnissen der Indikatoren mit definiertem Referenzbereich um etwa 25 % gesunken ist. Zu den Gründen für die Reduktion zählen insbesondere die Aussetzung der Dokumentationspflicht im Verfahren *QS WI*, die Beendigung der beiden Auswertungsmodule zum Aggregatwechsel im Verfahren *QS HSMDEF*, die Aussetzung von *QS CAP* sowie die Aussetzung der Referenzbereiche im Verfahren *QS NET* (Modul *NET-DIAL*).

Aufgrund des Rückgangs der Indikatorenergebnisse mit definiertem Referenzbereich ist auch die Anzahl der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren rückläufig (- 29 % im Vergleich zum Vorjahr). In diesem Zusammenhang fällt ein durchschnittlicher Anstieg des Anteils geführter Stellungnahmeverfahren auf. Dieser liegt bei 86,95 % und damit 13 Prozentpunkte höher als im Auswertungsjahr 2024.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden dann 46 % (n = 2.786) der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig und knapp 24 % (n = 1.461) als qualitativ auffällig bewertet. Gegenüber dem Vorjahr stieg damit der Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen um 4 Prozentpunkte an (AJ 2024: 19,65 %).

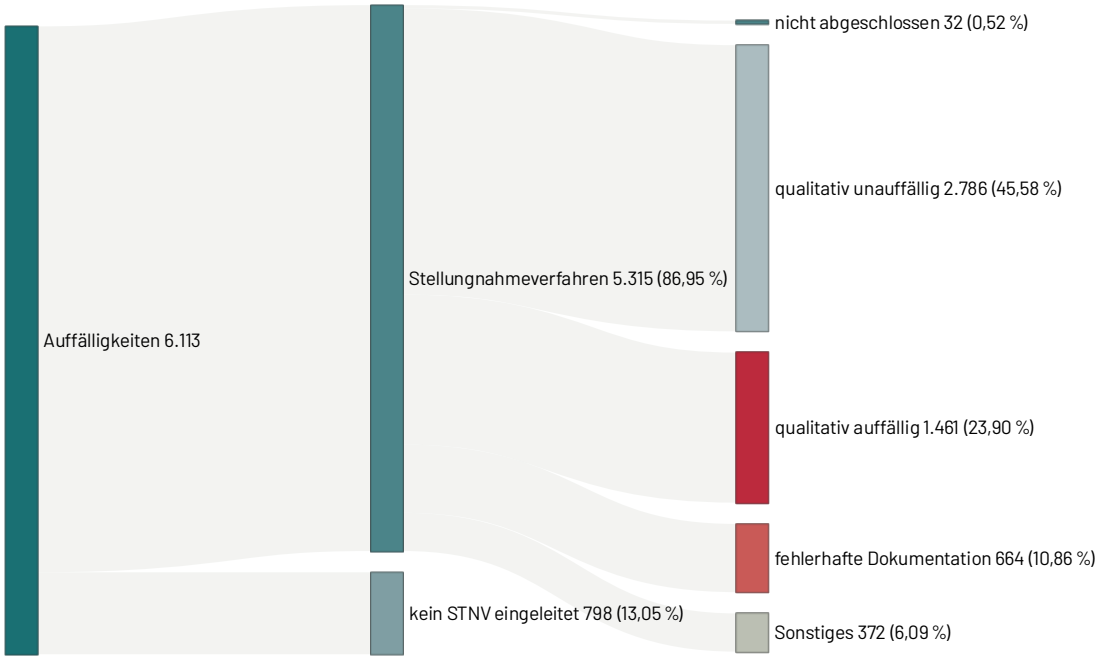


Abbildung 1: Verlauf des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025

Abbildung 1 veranschaulicht den Verlauf und die Verteilung der Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2025 von der rechnerischen Auffälligkeit bis hin zur qualitativen Bewertung. Es wird deutlich, dass der Großteil der rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnisse im Stellungnahmeverfahren abschließend beurteilt werden konnte; rund ein Viertel davon wurde letztlich als qualitativ auffällig bewertet.

Es wurden für das Auswertungsjahr 2025 (mit Stand März 2026) 492 vereinbarte qualitätsfördernde Maßnahmen der Stufe 1 übermittelt und damit deutlich weniger als im Vorjahr (AJ 2024: 709). Darüber hinaus wurden dem IQTIG insgesamt 2 Maßnahmen der Stufe 2 übermittelt – jeweils eine Maßnahme in den Verfahren *QS PM* (Auswertungsmodul *PM-GEBH*) und *QS HGV* (Auswertungsmodul *HGV-HEP*). Im Jahr 2025 wurden zudem noch drei weitere Maßnahmen der Stufe 1 zu einem Ergebnis aus dem Auswertungsjahr 2024 sowie 17 Maßnahmen der Stufe 2 zu den Auswertungsjahren 2023 und 2024 durchgeführt. Bislang beziehen sich alle Maßnahmen der Stufe 2 auf die „Korrektur der Vereinbarung“ (Stufe 2a).

Der Rückgang der Indikatorenergebnisse und insbesondere der Ergebnisse mit Referenzbereich und der geführten Stellungnahmeverfahren steht vor allem im Zusammenhang mit den Verfahrensüberprüfungen gemäß Eckpunktebeauftragung des GBA. Qualitätsindikatoren wurden methodisch geschärft und, soweit ihre Eignung für die externe Qualitätssicherung nicht hinreichend belegt war, angepasst, ausgesetzt, gestrichen oder als Transparenzkennzahlen fortgeführt. Die neue Methodik der Auffälligkeitseinstufung ist inzwischen in mehreren QS-Verfahren in der Auswertung etabliert. Für die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens ist sie bislang in vier Verfahren relevant (siehe Abschnitt 2.2). Der gestiegene Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse ist daher im Kontext von Indikatorensets zu interpretieren, die stärker auf methodisch geeignete und aussagekräftige Indikatoren ausgerichtet sind. Er belegt keine Zunahme von Qualitätsdefiziten in der Versorgung insgesamt. Vielmehr unterstützt er die Funktion des Stellungnahmeverfahrens, wonach es erst die qualitative Bewertung ermöglicht, rechnerische Auffälligkeiten einzuordnen, tatsächliche Qualitätsdefizite zu identifizieren und bei Bedarf gezielte qualitätsfördernde Maßnahmen zu vereinbaren.

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

	Auswertungsjahr 2024		**Auswertungsjahr 2025**	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse der QS-Verfahren	153.504	-	143.128	-
Indikatorenergebnisse der QS-Verfahren mit definiertem Referenzbereich	115.382	100,00	86.481	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	9.556	8,28	5.807	6,71
davon ohne QSEB-Übermittlung	13	0,14	3	0,05
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	10.119	100,00	6.113	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	9.624	95,11	5.906	96,61
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (nur *QS WI*) (Schlüsselwert 7)	495	4,89	207	3,39
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	2.644	26,13	798	13,05
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	7.475	73,87	5.315	86,95
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7.474	99,99	5.312	99,94
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	64	0,86	56	1,05

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	8	0,11	14	0,26
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	52	0,70	32	0,60
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	3.983	39,36	2.786	45,58
Bewertung als qualitativ auffällig	1.988	19,65	1.461	23,90
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	909	8,98	664	10,86
Sonstiges	543	5,37	372	6,09
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	709	n. a.	492**	n. a.
Maßnahmenstufe 2	3	n. a.	2**	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

** Es gab 2025 noch drei weitere Maßnahmen der Stufe 1 zu einem Ergebnis aus dem Auswertungsjahr 2024 sowie 17 Maßnahmen der Stufe 2 zu den Auswertungsjahren 2023 und 2024.

Das Stellungnahmeverfahren im Verfahrensvergleich

Die Verteilung der rechnerischen Auffälligkeiten auf die einzelnen Module ergibt ein sehr heterogenes Bild (Tabelle 7). Während in den Modulen von *QS WI* sowie *KCHK-AK-CHIR*, *KCHK-KC* und *HSMDEF-HSM-REV* mit Werten zwischen 1 % bis 5 % die geringsten Anteile rechnerischer Auffälligkeiten gemessen werden, fielen diese in den Modulen *TX-HTX* und *TX-LTX* – wie im Vorjahr – erneut am höchsten aus (*TX-HTX*: ca. 24 % und *TX-LTX*: ca. 18 %). Hierbei ist anzumerken, dass es sich bei *QS TX* um ein Verfahren handelt, das eine geringe Anzahl Leistungserbringer adressiert. *QS KAROTIS* (11,40 %) und *QS GYN-OP* (11,66 %) sind die beiden Verfahren mit dem höchsten Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse bei Verfahren, die mehr als 500 Leistungserbringer adressieren. Die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse in einem Verfahren lässt für sich genommen jedoch keinen Rückschluss auf ein tatsächlich vorhandenes Qualitätsdefizit zu. Maßgeblich ist unter anderem die Ausgestaltung des Referenzbereichs, insbesondere, ob dieser kriteriumsbezogen oder verteilungsbezogen definiert ist.

In der Regel wird im Fall einer rechnerischen Auffälligkeit ein Stellungnahmeverfahren mit dem Leistungserbringer geführt. Auch der Anteil der geführten Stellungnahmeverfahren bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten variiert zwischen den Verfahren und ergibt insgesamt ein heterogenes Bild. In den bundesbezogenen Verfahren mit meist wenig Leistungserbringern liegt der Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren in der Regel bei 100 %. Eine Besonderheit betrifft

das Auswertungsmodul *NET-DIAL*: Aufgrund statistischer, methodischer und inhaltlicher Herausforderungen der Indikatoren konnten bei 128 rechnerisch auffälligen Ergebnissen lediglich 61 Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden (47,66 %). Eine Weiterentwicklung des Verfahrens wurde bereits vom GBA beauftragt und befindet sich derzeit in der Umsetzung.

Hervorzuheben ist mit Blick auf die Entwicklung über die letzten Jahre das sozialdatenbasierte Verfahren *QS CHE*. Hier hat sich der Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren seit dem Auswertungsjahr 2023 (71,36 %) kontinuierlich erhöht und liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 87,67 % ca. 16 Prozentpunkte höher. Auch wenn im Stellungnahmeverfahren weiterhin Herausforderungen im Umgang mit sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren bestehen, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die zunehmende Erfahrung im Stellungnahmeverfahren die Akzeptanz dieser Indikatoren positiv beeinflusst. Dazu dürfte auch die kontinuierliche Weiterentwicklung der mandantenfähigen Datenbank (M-DB) beitragen. Die M-DB ist u. a. für ergänzende Analysen zu Auffälligkeiten und für punktuelle Fragestellungen im Rahmen von Stellungnahmeverfahren vorgesehen.

Die qualitativen Auffälligkeiten verteilen sich ebenfalls unterschiedlich über die Module. So sind im Verfahren *QS TX* (Auswertungsmodul *TX-MKU*) 84,21 % aller auffälligen Ergebnisse nach geführtem Stellungnahmeverfahren auch qualitativ auffällig (32 von 38). Bei den landesbezogenen Verfahren weist *QS KAROTIS* mit 40,28 % den höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten auf (116 von 288). Dem gegenüber steht das Auswertungsmodul *HSMDEF-HSM-REV* (Herzschrittmacher-Revisionen), in dem lediglich 2,78 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurde (1 von 32).

Tabelle 7: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Auswertungsmodul (AJ 2025)

Auswertungs-modul	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfah-ren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stel-lungnahmeverfahren
PCI	1.168	366 / 6.031 6,07 %	0	345 / 366 94,26 %	132 / 366 36,07 %	132 / 345 38,26 %
WI-NI-A	5.089	95 / 7.738 1,23 %	0	78 / 95 82,11 %	11 / 95 11,58 %	11 / 78 14,10 %
WI-NI-S	1.146	218 / 4.468 4,88 %	0	193 / 218 88,53 %	24 / 218 11,01 %	24 / 193 12,44 %
WI-HI-A	3.118	155 / 3.118 4,97 %	177	353 / 332 106,33 %	199 / 332 59,94 %	199 / 353 56,37 %
WI-HI-S	1.178	58 / 1.178 4,92 %	30	87 / 88 98,86 %	41 / 88 46,59 %	41 / 87 47,13 %
CHE	1.092	373 / 7.461 5,00 %	0	327 / 373 87,67 %	47 / 373 12,60 %	47 / 327 14,37 %
NET-DIAL	838	128 / 1.288 9,94 %	0	61 / 128 47,66 %	6 / 128 4,69 %	6 / 61 9,84 %
NET-NTX	40	52 / 425 12,24 %	0	52 / 52 100,00 %	24 / 52 46,15 %	24 / 52 46,15 %
NET-PNTX	24	14 / 144 9,72 %	0	14 / 14 100,00 %	2 / 14 14,29 %	2 / 14 14,29 %
TX-HTX	21	23 / 96 23,96 %	0	23 / 23 100,00 %	8 / 23 34,78 %	8 / 23 34,78 %

Auswertungs-modul	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfah-ren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stel-lungnahmeverfahren
TX-MKU	58	38 / 280 13,57 %	0	38 / 38 100,00 %	32 / 38 84,21 %	32 / 38 84,21 %
TX-LUTX	13	6 / 53 11,32 %	0	6 / 6 100,00 %	4 / 6 66,67 %	4 / 6 66,67 %
TX-LTX	21	29 / 164 17,68 %	0	29 / 29 100,00 %	12 / 29 41,38 %	12 / 29 41,38 %
TX-LLS	12	6 / 102 5,88 %	0	6 / 6 100,00 %	1 / 6 16,67 %	1 / 6 16,67 %
TX-NLS	39	31 / 460 6,74 %	0	31 / 31 100,00 %	5 / 31 16,13 %	5 / 31 16,13 %
KCHK-KC	86	8 / 172 4,65 %	0	8 / 8 100,00 %	4 / 8 50,00 %	4 / 8 50,00 %
KCHK-AK-KATH	85	15 / 340 4,41 %	0	15 / 15 100,00 %	8 / 15 53,33 %	8 / 15 53,33 %
KCHK-AK-CHIR	83	9 / 249 3,61 %	0	9 / 9 100,00 %	6 / 9 66,67 %	6 / 9 66,67 %
KCHK-MK-KATH	277	61 / 830 7,35 %	0	61 / 61 100,00 %	25 / 61 40,98 %	25 / 61 40,98 %
KCHK-MK-CHIR	83	17 / 249 6,83 %	0	17 / 17 100,00 %	8 / 17 47,06 %	8 / 17 47,06 %

© IQTIG 2026

Auswertungs-modul	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfah-ren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stel-lungnahmeverfahren
KAROTIS	569	288 / 2.527 11,40 %	0	275 / 288 95,49 %	116 / 288 40,28 %	116 / 275 42,18 %
MC	522	262 / 4.655 5,63 %	0	245 / 262 93,51 %	52 / 262 19,85 %	52 / 245 21,22 %
GYN-OP	953	668 / 5.730 11,66 %	0	628 / 668 94,01 %	66 / 668 9,88 %	66 / 628 10,51 %
DEK	1.857	502 / 3.710 13,53 %	0	500 / 502 99,60 %	176 / 502 35,06 %	176 / 500 35,20 %
HSMDEF-HSM-IMPL	934	471 / 7.076 6,66 %	0	371 / 471 78,77 %	102 / 471 21,66 %	102 / 371 27,49 %
HSMDEF-HSM-REV	743	36 / 743 4,85 %	0	27 / 36 75,00 %	1 / 36 2,78 %	1 / 27 3,70 %
HSMDEF-DEFI-IMPL	728	233 / 3.453 6,75 %	0	168 / 233 72,10 %	40 / 233 17,17 %	40 / 168 23,81 %
HSMDEF-DEFI-REV	567	59 / 1.134 5,20 %	0	44 / 59 74,58 %	2 / 59 3,39 %	2 / 44 4,55 %
PM-GEBH	610	295 / 4.546 6,49 %	0	274 / 295 92,88 %	86 / 295 29,15 %	86 / 274 31,39 %
PM-NEO	436	159 / 2.827 5,62 %	0	150 / 159 94,34 %	31 / 159 19,50 %	31 / 150 20,67 %

© IQTIG 2026

Auswertungs-modul	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfah-ren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stel-lungnahmeverfahren
HGV-HEP	1.117	807 / 10.319 7,82 %	0	638 / 807 79,06 %	135 / 807 16,73 %	135 / 638 21,16 %
HGV-OSFRAK	993	275 / 3.946 6,97 %	0	221 / 275 80,36 %	52 / 275 18,91 %	52 / 221 23,53 %
KEP	969	50 / 969 5,16 %	0	21 / 50 42,00 %	3 / 50 6,00 %	3 / 21 14,29 %

Das Stellungnahmeverfahren im Ländervergleich

Vergleichsweise wenig heterogen stellt sich der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten an allen Indikatorenergebnissen im Vergleich der Bundesländer dar (Tabelle 8). Dieser liegt im Durchschnitt bei 6,71 % (AJ 2024: 8,28 %) und schwankt lediglich zwischen 5,00 % (Saarland) und 8,61 % (Rheinland-Pfalz). Dahingegen ist die Spannbreite beim Anteil der durchgeführten Stellungnahmeverfahren deutlich ausgeprägter und liegt zwischen 67,6 % (Berlin) und mehr als 100 % in Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen.[4]

Auch der Anteil an als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorenergebnissen sowohl an den rechnerisch auffälligen Ergebnissen als auch an den durchgeführten Stellungnahmeverfahren variiert zwischen den Bundesländern deutlich. So liegt der geringste Anteil in Hamburg (0,94 %) und der höchste Anteil in Niedersachsen bei 44,07 %. Die Ursachen für diese geringe Übereinstimmungsrate sind vielfältig und können sowohl in der uneinheitlichen Durchführung des Stellungnahmeverfahrens liegen (u. a. bedingt durch bisher fehlende einheitliche Bewertungskriterien) als auch in fehlenden Ressourcen auf Landesebene, um die hohe Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten bearbeiten zu können.

Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zeigen erneut, dass rechnerische Auffälligkeiten allein keinen unmittelbaren Rückschluss auf die Versorgungsqualität zulassen. Erst die qualitative Bewertung im Stellungnahmeverfahren ermöglicht eine sachgerechte Einordnung der Auffälligkeiten. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse deutliche Unterschiede zwischen den QS-Verfahren und den Bundesländern. Diese Unterschiede gehen zum einen mit unterschiedlich hohen Aufwänden für die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens in den einzelnen Bundesländern einher und verdeutlichen zum anderen, dass die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens und die Bewertung der Auffälligkeiten bislang noch nicht vollständig auf einheitlichen Maßstäben beruhen. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der QS-Verfahren und ihrer methodischen Grundlagen bleibt daher eine wichtige Voraussetzung, um die Aussagekraft rechnerischer Auffälligkeiten weiter zu stärken und Ressourcen gezielt auf qualitätsrelevante Sachverhalte auszurichten. Hier setzt auch die Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens an.

Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens

Mit dem im Auftrag des GBA erarbeiteten Abschlussbericht „Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung“ wurden durch das IQTIG methodische Grundlagen für ein stärker fokussiertes und standardisiertes Stellungnahmeverfahren entwickelt. Kern des Konzepts ist eine stärkere Ausrichtung der qualitativen Bewertung auf die den rechnerischen Auffälligkeiten zugrunde liegenden Strukturen und Prozessen. Hierfür wurden unter anderem ein stufenweises Vorgehen, einheitliche Bewertungskriterien sowie standardisierte Bewertungsinstrumente entwickelt. Ziel ist es, tatsächliche Qualitätsdefizite gezielter zu identifizieren und den Ressourceneinsatz im Stellungnahmeverfahren möglichst effizient auszurichten. Der GBA hat den Abschlussbericht im Januar 2026 zur Veröffentlichung freigegeben; die darin entwickelten methodischen Grundlagen werden nun schrittweise erprobt.

[4] Werte von über 100 % erklären sich durch die falsche Verwendung eines Schlüsselwertes im Verfahren *QS WI*.

Tabelle 8: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2025)

Bundesland	Anzahl Leistungs-erbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	2.757	850 / 13.595 6,25 %	0	718 / 850 84,47 %	209 / 850 24,59 %	209 / 718 29,11 %
Brandenburg	648	215 / 2.940 7,31 %	0	223 / 215 103,72 %	70 / 215 32,56 %	70 / 223 31,39 %
Berlin	614	167 / 3.018 5,53 %	0	113 / 167 67,66 %	10 / 167 5,99 %	10 / 113 8,85 %
Baden-Württemberg	1.816	491 / 9.023 5,44 %	0	360 / 491 73,32 %	88 / 491 17,92 %	88 / 360 24,44 %
Bremen	155	43 / 767 5,61 %	0	34 / 43 79,07 %	11 / 43 25,58 %	11 / 34 32,35 %
Hessen	1.255	409 / 6.035 6,78 %	0	362 / 409 88,51 %	110 / 409 26,89 %	110 / 362 30,39 %
Hamburg	336	106 / 1.747 6,07 %	0	105 / 106 99,06 %	1 / 106 0,94 %	1 / 105 0,95 %
Mecklenburg-Vorpommern	369	129 / 1.985 6,50 %	0	103 / 129 79,84 %	25 / 129 19,38 %	25 / 103 24,27 %
Niedersachsen	1.457	516 / 7.776 6,64 %	167	657 / 683 96,19 %	301 / 683 44,07 %	301 / 657 45,81 %
Nordrhein-Westfalen	3.469	1.304 / 18.410 7,08 %	0	1.049 / 1.304 80,44 %	265 / 1.304 20,32 %	265 / 1.049 25,26 %

Bundesland	Anzahl Leistungs-erbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anzahl weiterer Auffälligkeiten (ohne Best Practice)	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Rheinland-Pfalz	927	368 / 4.276 8,61 %	0	369 / 368 100,27 %	59 / 368 16,03 %	59 / 369 15,99 %
Schleswig-Holstein	508	172 / 2.612 6,58 %	0	135 / 172 78,49 %	36 / 172 20,93 %	36 / 135 26,67 %
Saarland	233	54 / 1.080 5,00 %	0	51 / 54 94,44 %	15 / 54 27,78 %	15 / 51 29,41 %
Sachsen	821	266 / 4.504 5,91 %	17	283 / 283 100,00 %	56 / 283 19,79 %	56 / 283 19,79 %
Sachsen-Anhalt	484	220 / 2.629 8,37 %	23	239 / 243 98,35 %	15 / 243 6,17 %	15 / 239 6,28 %
Thüringen	444	188 / 2.520 7,46 %	0	205 / 188 109,04 %	51 / 188 27,13 %	51 / 205 24,88 %
Bundesbezogene Verfahren	463	309 / 3.564 8,67 %	0	309 / 309 100,00 %	139 / 309 44,98 %	139 / 309 44,98 %
Gesamt	**-**	**5.807 / 86.481 6,71 %**	**207**	**5.315 / 6.014 88,38 %**	**1.461 / 6.014 24,29 %**	**1.461 / 5.315 27,49 %**

Qualitätssicherungsmaßnahmen

Wie bereits weiter oben berichtet, wurden zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 492 Maßnahmen der Stufe 1 initiiert, verteilt auf 347 Leistungserbringerergebnisse. Verteilt auf die einzelnen Maßnahmenarten der Stufe 1 ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 9: Initiierung von Maßnahmen der Stufe 1

Maßnahme der Stufe 1	Anzahl (AJ 2023)	Anzahl (AJ 2024)	Anzahl (AJ 2025)
Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	165	177	120
Teilnahme am Qualitätszirkel	11	14	10
Implementierung von Behandlungspfaden	155	153	103
Durchführung von Audits	3	21	11
Durchführung von Peer Reviews	0	4	3
Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	102	98	63
Sonstige	244	242	182
Gesamt	**680**	**709**	**492**

Insgesamt ist die Anzahl an eingeleiteten Maßnahmen der Stufe 1 im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken (- 31 %). Ein Grund für die rückläufige Entwicklung liegt u. a. in der Aussetzung des Verfahrens *QS CAP*, für das im Vorjahr 90 Maßnahmen der Stufe 1 im QSEB übermittelt wurden. Zudem wurde die Dokumentationspflicht für den einrichtungsbezogenen Teil von *QS WI* aufgehoben (AJ 2024: 20 Maßnahmen der Stufe 1). Mit Blick auf die Zusammensetzung der übermittelten Maßnahmen zeigt sich, dass der Rückgang insbesondere auf Reduktionen der „Teilnahmen an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien", der „Implementierung von Behandlungspfaden" sowie der Kategorie „Sonstige" zurückzuführen ist. Zu den sonstigen Maßnahmen der Stufe 1 gehören häufig Zielvereinbarungen zwischen den LAG und den Leistungserbringern.

Über alle Verfahren hinweg wurden in 21,36 % der qualitativ auffälligen Ergebnisse Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet (Vorjahr 22,69 %). Die höchste Anzahl an Maßnahmen wurde wie im Vorjahr auch in *QS HSMDEF* (Modul *HSM-HSM-IMPL*: 55 von 102 qualitativ auffälligen Ergebnissen) vergeben. Weiterhin wird in Nordrhein-Westfalen der größte Anteil an Maßnahmen der Stufe 1 bei qualitativ auffälligem Ergebnis geführt (63,40 % bzw. 168 von 265). Maßnahmen der Stufe 2 wurden in Bayern und Niedersachsen eingeleitet und umfassten jeweils eine Korrektur der Vereinbarung. In Bayern wurde eine solche Korrektur zu zwei qualitativen Auffälligkeiten aus den Auswertungsjahren 2024 und 2025 in *QS PM* (Modul *PM-GEBH*) vorgenommen. In Niedersachsen erfolgte eine solche Maßnahme bei 17 qualitativ auffälligen Ergebnissen (10 aus dem AJ 2023, 6 aus dem AJ 2024 und eine aus dem AJ 2025) in den Verfahren *QS PCI*, *QS KAROTIS*, *QS HSMDEF*, *QS DEK*, *QS PM* und *QS HGV*.

Der Durchschnitt aller initiierten Maßnahmen gemäß Stufe 1 über die Bundesländer liegt bei 21,36 %, wobei der höchste Anteil von 63,58 % in Nordrhein-Westfalen zu verzeichnen ist. In 35 Fällen – vorwiegend in Nordrhein-Westfalen und Bayern – wurden Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet, obwohl keine tatsächliche Versorgungsauffälligkeit vorlag, sondern Defizite in der Dokumentation festgestellt wurden. Fast alle dieser Maßnahmen (= 34) beruhten auf Auffälligkeiten, die teils wiederholt als Dokumentationsfehler eingestuft wurden. Häufig wurden daraufhin Zielvereinbarungen, die Implementierung von Behandlungspfaden und Fortbildungen als konkrete Maßnahmen festgelegt.

Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Maßnahmenstufe 1 und 2 pro Auswertungsmodul (AJ 2025)

Auswertungsmodul	Maßnahmenstufe 1		Maßnahmenstufe 2	
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen
PCI	37 / 132 28,03 %	3 / 213 1,41 %	0 / 132 0,00 %	0 / 213 0,00 %
WI-NI-A	0 / 11 0,00 %	0 / 67 0,00 %	0 / 11 0,00 %	0 / 67 0,00 %
WI-NI-S	3 / 24 12,50 %	0 / 169 0,00 %	0 / 24 0,00 %	0 / 169 0,00 %
WI-HI-A	1 / 199 0,50 %	0 / 142 0,00 %	0 / 199 0,00 %	0 / 142 0,00 %
WI-HI-S	1 / 41 2,44 %	0 / 46 0,00 %	0 / 41 0,00 %	0 / 46 0,00 %
CHE	24 / 47 51,06 %	1 / 277 0,36 %	0 / 47 0,00 %	0 / 277 0,00 %
NET-DIAL	0 / 6 0,00 %	0 / 55 0,00 %	0 / 6 0,00 %	0 / 55 0,00 %
NET-NTX	0 / 24 0,00 %	0 / 22 0,00 %	0 / 24 0,00 %	0 / 22 0,00 %
NET-PNTX	0 / 2 0,00 %	0 / 11 0,00 %	0 / 2 0,00 %	0 / 11 0,00 %
TX-HTX	0 / 8 0,00 %	0 / 14 0,00 %	0 / 8 0,00 %	0 / 14 0,00 %
TX-MKU	0 / 32 0,00 %	0 / 6 0,00 %	0 / 32 0,00 %	0 / 6 0,00 %
TX-LUTX	0 / 4 0,00 %	0 / 2 0,00 %	0 / 4 0,00 %	0 / 2 0,00 %
TX-LTX	0 / 12 0,00 %	0 / 17 0,00 %	0 / 12 0,00 %	0 / 17 0,00 %

Auswertungs-modul	Maßnahmenstufe 1		Maßnahmenstufe 2	
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen
TX-LLS	0 / 1 0,00 %	0 / 5 0,00 %	0 / 1 0,00 %	0 / 5 0,00 %
TX-NLS	0 / 5 0,00 %	0 / 20 0,00 %	0 / 5 0,00 %	0 / 20 0,00 %
KCHK-KC	0 / 4 0,00 %	0 / 4 0,00 %	0 / 4 0,00 %	0 / 4 0,00 %
KCHK-AK-KATH	0 / 8 0,00 %	0 / 6 0,00 %	0 / 8 0,00 %	0 / 6 0,00 %
KCHK-AK-CHIR	0 / 6 0,00 %	0 / 3 0,00 %	0 / 6 0,00 %	0 / 3 0,00 %
KCHK-MK-KATH	0 / 25 0,00 %	0 / 36 0,00 %	0 / 25 0,00 %	0 / 36 0,00 %
KCHK-MK-CHIR	0 / 8 0,00 %	0 / 8 0,00 %	0 / 8 0,00 %	0 / 8 0,00 %
KAROTIS	30 / 116 25,86 %	3 / 158 1,90 %	0 / 116 0,00 %	0 / 158 0,00 %
MC	11 / 52 21,15 %	3 / 193 1,55 %	0 / 52 0,00 %	0 / 193 0,00 %
GYN-OP	18 / 66 27,27 %	4 / 562 0,71 %	0 / 66 0,00 %	0 / 562 0,00 %
DEK	40 / 176 22,73 %	4 / 324 1,23 %	0 / 176 0,00 %	0 / 324 0,00 %
HSMDEF-HSM-IMPL	55 / 102 53,92 %	5 / 269 1,86 %	0 / 102 0,00 %	0 / 269 0,00 %
HSMDEF-HSM-REV	1 / 1 100,00 %	1 / 26 3,85 %	0 / 1 0,00 %	0 / 26 0,00 %
HSMDEF-DEFI-IMPL	15 / 40 37,50 %	5 / 128 3,91 %	0 / 40 0,00 %	0 / 128 0,00 %
HSMDEF-DEFI-REV	0 / 2 0,00 %	0 / 42 0,00 %	0 / 2 0,00 %	0 / 42 0,00 %
PM-GEBH	29 / 86 33,72 %	0 / 188 0,00 %	1 / 86 1,16 %	0 / 188 0,00 %
PM-NEO	4 / 31 12,90 %	0 / 119 0,00 %	0 / 31 0,00 %	0 / 119 0,00 %

Auswertungs-modul	Maßnahmenstufe 1		Maßnahmenstufe 2	
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen
HGV-HEP	31 / 135 22,96 %	5 / 503 0,99 %	1 / 135 0,74 %	0 / 503 0,00 %
HGV-OSFRAK	12 / 52 23,08 %	1 / 169 0,59 %	0 / 52 0,00 %	0 / 169 0,00 %
KEP	0 / 3 0,00 %	0 / 18 0,00 %	0 / 3 0,00 %	0 / 18 0,00 %

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Maßnahmenstufe 1 und 2 pro Bundesland (AJ 2025)

Bundesland	Maßnahmenstufe 1		Maßnahmenstufe 2	
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen
Bayern	36 / 209 17,22 %	10 / 509 1,96 %	1 / 209 0,48 %	0 / 509 0,00 %
Brandenburg	0 / 70 0,00 %	0 / 153 0,00 %	0 / 70 0,00 %	0 / 153 0,00 %
Berlin	1 / 10 10,00 %	0 / 103 0,00 %	0 / 10 0,00 %	0 / 103 0,00 %
Baden-Württemberg	0 / 88 0,00 %	0 / 272 0,00 %	0 / 88 0,00 %	0 / 272 0,00 %
Bremen	1 / 11 9,09 %	0 / 23 0,00 %	0 / 11 0,00 %	0 / 23 0,00 %
Hessen	46 / 110 41,82 %	1 / 252 0,40 %	0 / 110 0,00 %	0 / 252 0,00 %
Hamburg	0 / 1 0,00 %	0 / 104 0,00 %	0 / 1 0,00 %	0 / 104 0,00 %
Mecklenburg-Vorpommern	1 / 25 4,00 %	0 / 78 0,00 %	0 / 25 0,00 %	0 / 78 0,00 %
Niedersachsen	23 / 301 7,64 %	0 / 356 0,00 %	1 / 301 0,33 %	0 / 356 0,00 %
Nordrhein-Westfalen	168 / 265 63,40 %	24 / 784 3,06 %	0 / 265 0,00 %	0 / 784 0,00 %
Rheinland-Pfalz	3 / 59 5,08 %	0 / 306 0,00 %	0 / 59 0,00 %	0 / 306 0,00 %

Bundesland	Maßnahmenstufe 1		Maßnahmenstufe 2	
	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen
Schleswig-Holstein	11 / 36 30,56 %	0 / 99 0,00 %	0 / 36 0,00 %	0 / 99 0,00 %
Saarland	2 / 15 13,33 %	0 / 36 0,00 %	0 / 15 0,00 %	0 / 36 0,00 %
Sachsen	13 / 56 23,21 %	0 / 227 0,00 %	0 / 56 0,00 %	0 / 227 0,00 %
Sachsen-Anhalt	2 / 15 13,33 %	0 / 212 0,00 %	0 / 15 0,00 %	0 / 212 0,00 %
Thüringen	5 / 51 9,80 %	0 / 154 0,00 %	0 / 51 0,00 %	0 / 154 0,00 %
Bundesbezogene Verfahren	0 / 139 0,00 %	0 / 154 0,00 %	0 / 139 0,00 %	0 / 154 0,00 %
Gesamt[5]	**312 / 1.461 21,36 %**	**35 / 3.822 0,92 %**	**2 / 1.461 0,14 %**	**0 / 3.822 0,00 %**

Im Verfahren *QS PCI* wurden erneut die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten systematisch über eine strukturierte Befragung in die Bewertung einbezogen. Das Stellungnahmeverfahren für die Patientenbefragung wurde zum Auswertungsjahr 2025 erstmals verpflichtend durchgeführt. Für die qualitative Bewertung der Ergebnisse wurde vom GBA die Verwendung der Kategorie „Bewertung nicht vorgesehen" empfohlen. Hieraus ergibt sich, dass für die Patientenbefragung keine Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren berichtet werden können.

[5] Alle Zahlen der Tabelle beziehen sich auf Ergebnisse aus dem Auswertungsjahr 2025. Maßnahmen, die 2025 zu vorigen Auswertungsjahren eingeleitet wurden, sind im Text zusammenfassend angegeben.

4 Überblick über die Qualitätssicherungs-verfahren

Im Auswertungsjahr 2026 umfasst die gesetzliche externe Qualitätssicherung 15 QS-Verfahren, die zentrale Bereiche der stationären und zunehmend auch der ambulanten Versorgung abdecken. Die Bundesergebnisse weisen insgesamt auf ein weitgehend stabiles Qualitätsniveau hin. Je nach Qualitätsindikator und Verfahren zeigen sich jedoch unterschiedliche Entwicklungen. In mehreren Verfahren verbesserten sich die Bundesergebnisse bei einigen Qualitätsindikatoren gegenüber dem Vorjahr, darunter bei kardiologischen Eingriffen in den Verfahren *QS PCI* und *QS HSMDEF*, bei der Karotis-Revaskularisation im Verfahren *QS KAROTIS*, in der Mammachirurgie im Verfahren *QS MC* sowie in der Hüftgelenkversorgung im Verfahren *QS HGV*.

Insgesamt befindet sich die externe Qualitätssicherung gemäß DeQS-RL weiterhin im Wandel. Viele Entwicklungen in diesem Zusammenhang wurden durch die vom GBA beauftragten systematisch durchgeführten Verfahrensüberprüfungen im Rahmen der Eckpunktebeauftragung[6] aus dem Jahr 2022 angestoßen. Hier zeigte sich, dass nicht alle bisherigen Indikatoren die vom IQTIG festgelegten Eignungskriterien erfüllten. In der Folge wurden sowohl einzelne Qualitätsindikatoren abgeschafft, angepasst oder weiterentwickelt als auch ganze Module (z. B. in *QS HSMDEF*) abgeschafft oder Verfahren wie *QS KEP* oder *QS CAP* grundlegend überarbeitet. Die Eckpunktebeauftragung war somit ein wichtiger Ausgangspunkt, um die bislang durchgeführte Verfahrenspflege strategisch weiterzuentwickeln.

Die Verfahrensüberprüfungen betreffen neben den Qualitätsindikatoren auch die Datengrundlagen der QS-Verfahren. Dabei gewinnt die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen zunehmend an Bedeutung, insbesondere zur Abbildung patientenrelevanter Ereignisse nach dem Indexeingriff und zur Weiterentwicklung der Risikoadjustierung. Sozialdaten bei den Krankenkassen werden bereits in den Verfahren *QS CHE*, *QS NET*, *QS KCHK*, *QS PCI*, *QS TX* und *QS PM* ausgewertet. Ab 2026 werden sie auch in den Verfahren *QS KEP* und *QS HGV* sowie im neuen Verfahren zur Diagnostik und Therapie der Sepsis (*QS SEPSIS*) erhoben.

In mehreren QS-Verfahren zeigen sich zudem die Auswirkungen der zunehmenden Ambulantisierung. Die zuständigen Expertengremien empfehlen, künftig auch in den Verfahren *QS CHE und QS GYN-OP* ambulante Leistungen in die Qualitätssicherung einzubeziehen. Hintergrund ist der wachsende Anteil ambulanter Eingriffe. Zu den wesentlichen Rahmenbedingungen zählen der seit 2023 schrittweise erweiterte Katalog ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) und die seit 2024 geltende, zum Jahr 2026 weiterentwickelte spezielle sektorengleiche Vergütung für ausgewählte Leistungen in Form von Hybrid-DRG. Betroffen sind neben *QS CHE* und *QS GYN-OP* auch die Verfahren *QS PCI, QS MC* und *QS HSMDEF*. Diese Entwicklungen erfordern die sorgfältige Prüfung der bisherigen Datenerhebung und der Eignung der bestehenden Strukturen der Qualitätssicherung für den ambulanten und vertragsärztlichen Bereich.

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

Die Patientenbefragung ergänzt die QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen um die Perspektive der Patientinnen und Patienten. Im Verfahren *QS PCI* liegen zum Ende der viereinhalbjährigen Erprobung der Patientenbefragung Erfahrungen zu Datenflüssen, Rückmeldeberichten, Qualitätsindikatoren und deren Nutzung im Stellungnahmeverfahren vor.

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (*QS PCI*)

Im Verfahren *QS PCI* erfolgt die gesetzliche Qualitätssicherung der Koronarangiografie, die eine Untersuchung der Herzkranzgefäße ermöglicht, und der perkutanen Koronarintervention, mit der verengte oder verschlossene Herzkranzgefäße aufgedehnt und stabilisiert werden können. Beide Prozeduren können geplant (elektiv) oder notfallmäßig (akut) und sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden, wobei das QS-Verfahren alle diese Konstellationen erfasst. Es kommen drei Datenquellen zum Einsatz: Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie Daten aus der Patientenbefragung.

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Anzahl übermittelter Datensätze um 1,83 % auf insgesamt 777.627 Datensätze erhöht. Für die Mehrzahl der QS-dokumentations- und sozialdatenbasierten Indikatoren haben sich die Bundesergebnisse im Auswertungsjahr 2026 gegenüber den Vorjahren verbessert. Jedoch ist für 6 von 8 dieser Indikatoren kein Referenzwert definiert, weshalb für sie kein Stellungnahmeverfahren erfolgt. Ursächlich dafür ist, dass für diese Indikatoren keine ausreichende Validität besteht oder Hinweise auf eine unzureichende Risikoadjustierung vorliegen. Zur Problematik der unzureichenden Risikoadjustierung führt das IQTIG aktuell ein internes Projekt durch, für das bis zum Jahresende erste Ergebnisse vorliegen sollen. Sofern es die Projektergebnisse erfordern, werden zum Erfassungsjahr 2029 Anpassungen an den Rechenregeln zur Berechnung der Indikatorergebnisse vorgenommen.

Von den Qualitätsindikatoren, für die im Auswertungsjahr 2025 ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde, sind besonders die Ergebnisse für den Indikator „‚Door-to-balloon'-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt" (ID 56003) beachtenswert. So wurde für fast zwei Drittel der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (d. h. bei 30 von 46 Leistungserbringern) eine tatsächliche (qualitative) Auffälligkeit nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens festgestellt. Mit den betreffenden Leistungserbringern wurden Maßnahmen der Stufe 1 (z. B. Zielvereinbarungen, Implementierung von Behandlungspfaden) vereinbart. Der Indikator leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der kardiologischen Notfallversorgung in den bundesdeutschen Krankenhäusern.

Für die Durchführung der Patientenbefragung erhalten Patientinnen und Patienten, deren fallbezogene Daten von den Leistungserbringern dokumentiert wurden, einen Fragebogen. Die Teilnahme ist freiwillig und anonym. Die ausgefüllten und zurückgeschickten Fragebögen bilden die Grundlage zur Berechnung der Qualitätsindikatoren und ermöglichen es, die Patientenperspektive auf die Versorgung abzubilden.

Die Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2026 zeigen eine Kontinuität gegenüber dem Vorjahr: Zwar wurde in manchen Bereichen eine hohe Versorgungsqualität aufrechterhalten, in Bereichen

mit Qualitätsdefiziten wurden aus Patientensicht jedoch nur in Ausnahmefällen deutliche Qualitätsverbesserungen erzielt. Gute Ergebnisse liegen für die Koordination der Versorgung innerhalb einer Einrichtung und die Interaktion des medizinischen Personals mit den Patientinnen und Patienten vor. Bei der Information von Patientinnen und Patienten fallen die Ergebnisse dagegen unterschiedlich aus. Die Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente erfolgt zuverlässig vor der elektiven Prozedur; deutliche Defizite gibt es dagegen bei der Information zu Neben- und Wechselwirkungen der nach einer PCI einzunehmenden Medikamente. Auch im Bereich der Indikationsstellung besteht Handlungsbedarf: Beispielsweise gab bei der elektiven PCI nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten an, Symptome gehabt zu haben, die die Indikationsstellung angemessen erscheinen ließen. Im Bereich der Ergebnisqualität sticht positiv hervor, dass nur ein kleiner Anteil an Patientinnen und Patienten angibt, Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle nach der Prozedur zu erleben.

Das Stellungnahmeverfahren für die Patientenbefragung wurde zum Auswertungsjahr 2025 erstmals verpflichtend durchgeführt. Für die qualitative Bewertung der Ergebnisse wurde vom GBA die Verwendung der Kategorie „Bewertung nicht vorgesehen" empfohlen. Hieraus ergibt sich, dass für die Patientenbefragung keine Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren berichtet werden können.

Zukünftige Herausforderungen bestehen für das Verfahren *QS PCI* vor allem darin, Lösungen für die sektorenübergreifende Risikoadjustierung bzw. den Umgang mit Ergebnisunterschieden im Sektorenvergleich zu entwickeln. Mit Blick auf die Patientenbefragung bestehen Herausforderungen in der Verbesserung der Ergebnisrückmeldung an die Leistungserbringer und in der tiefergehenden Auseinandersetzung mit den Ergebnissen in den Einrichtungen.

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

Ziel des Verfahrens *QS WI* war die Vermeidung postoperativer Wundinfektionen durch die einrichtungsbezogene Betrachtung des Hygiene- und Infektionsmanagements (Verfahrensteil HI) und die fallbezogene Messung der Infektionsraten (Verfahrensteil NI) in ausgewählten medizinischen Fachgebieten. Unter Abwägung der verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Kriterien beschloss der GBA, das Verfahren insbesondere aufgrund eines unzureichenden Aufwand-Nutzen-Verhältnisses nach 9 Jahren der Erprobung nicht in den Regelbetrieb zu überführen. Zum 1. Januar 2026 stellte er das Verfahren ein. In diesem Bericht wird letztmalig zu diesem Verfahren berichtet.

Zum Verfahrensteil HI wird über die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zu den rechnerischen Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 berichtet. Die Ergebnisse der Indikatoren lagen im Vorjahr bei 78,22 (ID 1000, ambulant) und 78,03 (ID 2000, stationär) von 100 Punkten und wurden vom Expertengremium auf Bundesebene als unzureichend bewertet. Als Begründung dafür, dass die Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden, wurden vor allem nicht übermittelte Dokumentationsbögen, fehlende oder unzureichende Stellungnahmen, Ergebniswerte außerhalb des Referenzbereichs und allgemein Mängel des Hygiene- und Infektionsmanagements genannt.

Zum Verfahrensteil NI werden die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren bezüglich des Erfassungsjahres 2023 sowie die aktuellen rechnerischen Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2024 berichtet. Zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren mehr durchgeführt. Die Bundesergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zeigen bei ambulanten Operationen ohne Implantat (ID 1500; 0,10 %) sowie mit Implantat (ID 1501; 0,17 %) ein stabiles niedriges Niveau, während die stationären Raten deutlich angestiegen sind (z. B. von 1,49 % auf 1,67 % bei Nicht-Implantat-Operationen und von 0,98 % auf 1,12 % bei Implantat-Operationen). Aus dem Stellungnahmeverfahren zu den stationären Qualitätsindikatoren berichten die LAG von fehlenden internen Leitlinien, unzureichenden präoperativen Screenings, Mängeln in der Hygieneschulung sowie strukturellen Defiziten. Das Expertengremium wertet die Ergebnisse als Hinweis, dass die Messung postoperativer Wundinfektionen auch zukünftig eine hohe Relevanz für die Patientensicherheit hat. Von den ambulanten Leistungserbringern wurden mit insgesamt 11 nur relativ wenige als qualitativ auffällig bewertet.

Auch nach dem Verfahrensende bleibt die Vermeidung nosokomialer Wundinfektionen ein zentrales Ziel der Patientensicherheit. Das IQTIG hat dem GBA Vorschläge für ein vereinfachtes, praxisnahes Nachfolgeverfahren unterbreitet. Kernpunkte sind die Fokussierung auf stationäre tiefe Wundinfektionen (A2/A3), die Reduktion der Erfassungsmodule, die Optimierung des QS-Filters zur deutlichen Senkung des Dokumentationsaufwands sowie die Prüfung eines separaten Konzepts für den ambulanten Bereich.

Cholezystektomie (*QS CHE*)

Im Verfahren *QS CHE* werden Gallenblasenentfernungen bei allen gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten betrachtet. Neben dem Überleben von Patientinnen und Patienten werden vor allem schwerwiegende Komplikationen betrachtet (bspw. die Verletzung der Gallengänge und Blutgefäße), die bereits während des Eingriffs oder erst nach der Entlassung auftreten bzw. erkannt werden. Ziel des QS-Verfahrens ist es, sowohl die Durchführung von Cholezystektomien zu verbessern und somit die Patientensicherheit zu erhöhen als auch das Auftreten von Folgeerkrankungen zu verringern. Alle Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS CHE* basieren neben der fallbezogenen QS-Dokumentation auch auf Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Die Bundesergebnisse für das Auswertungsjahr 2026 zeigen eine recht stabile und überwiegend gute Versorgungsqualität. Cholezystektomien werden bundesweit zwar häufig durchgeführt, weisen in der Gesamtheit aber nur sehr geringe Komplikationsraten auf. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 führten die Stellungnahmen bei allen Indikatoren meist zu Nachbeobachtungen, selten zu weiteren Maßnahmen oder Sanktionen.

Im Zuge der Verfahrenspflege sollen zukünftig verschiedene Weiterentwicklungsansätze geprüft werden. Zum einen könnten durch die Zusammenfassung mehrerer Messgrößen zu einem sogenannten Index aussagekräftigere Ergebnisse erzielt und der Aufwand im Stellungnahmeverfahren reduziert werden. Aktuell werden vor allem seltene, schwere Ereignisse erfasst. In Einrichtungen mit wenigen Fällen ist es dadurch mitunter schwer, echte Qualitätsprobleme zu erkennen. Zum anderen sollten nicht nur stationär durchgeführte Cholezystektomien in die Qualitätssicherung

einbezogen werden, um weiterhin eine sichere Aussage über die Versorgungsqualität treffen zu können. Ein immer größerer Anteil viszeralchirurgischer Eingriffe, darunter auch die Cholezystektomie, wird zukünftig, wie bereits im internationalen Raum zu beobachten, auch im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt werden.

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

Im Verfahren *QS NET* werden die Nierentransplantationen (*NET-NTX*), die Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen (*NET-PNTX*) sowie die unterschiedlichen Dialyseverfahren (*NET-DIAL*) zusammengefasst und in entsprechenden Auswertungsmodulen ausgewertet. Die Ziele des Verfahrens sind die transparente vergleichende Darstellung sowie die Verbesserung der Behandlungsqualität, die Verringerung von Komplikationsraten und die Vermeidung unerwünschter Ereignisse bei Dialysen und Transplantationen, mit einer Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten.

Die Indikatoren und Kennzahlen des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* basieren überwiegend auf der fallbezogenen QS-Dokumentation. Ergänzend verwenden ausschließlich die Indikatoren und Kennzahlen zum Überleben und der Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bzw. aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten auch Sozialdaten bei den Krankenkassen. Nachdem die Vollzähligkeit in der Datengrundlage dieses Auswertungsmoduls im vergangenen Jahr deutlich abgesunken war, zeigt sich dieses Jahr wieder eine deutliche Verbesserung und damit eine Wiederaufnahme des positiven Trends der Vorjahre. Dies steht vermutlich mit einer verbesserten Dokumentationsqualität der gelieferten Datensätze als auch mit einer verbesserten Übermittlung der Sollstatistik in Verbindung. Im Auswertungsjahr 2025 kam es dabei zu Fehlern bei der Ermittlung der Sollzahlen.

In diesem Auswertungsmodul wurde im Rahmen der durchgeführten Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung für die meisten Indikatoren und Kennzahlen ein umfassender Überarbeitungsbedarf festgestellt; das IQTIG ist daher mit der Weiterentwicklung des Moduls beauftragt. Aufgrund der noch ausstehenden Weiterentwicklung und der damit einhergehenden eingeschränkten Beurteilbarkeit der Ergebnisse sind im Auswertungsjahr 2026 für fast alle Qualitätsindikatoren die Referenzbereiche ausgesetzt. Ausgenommen sind die Indikatoren zur Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bzw. aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen (IDs 572009 und 562010). Für diese bestehen die Referenzbereiche fort und es ist ein Stellungnahmeverfahren vorgesehen. Ab dem Auswertungsjahr 2027 ist dieser Teil des Verfahrens vorübergehend ausgesetzt.

In den Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* basieren die Indikatoren auf der fallbezogenen QS-Dokumentation. Beide Auswertungsmodule werden über dasselbe Erfassungsmodul dokumentiert, das eine sehr gute Vollzähligkeit in der Datengrundlage aufweist. Im Gegensatz zur Dialyse zeigt sich in den transplantationsbezogenen Auswertungsmodulen eine Zunahme der Fallzahlen. Die Bundesergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen weisen in beiden Auswertungsmodulen auf eine überwiegend gute medizinische Versorgungssituation hin. In *NET-NTX* ist für die Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 572017) und zum Überleben

(IDs 572018, 572019 und 572029) weiterhin ein positiver Trend im Jahresverlauf zu verzeichnen. Für das Auswertungsmodul *NET-PNTX* ist besonders hervorzuheben, dass im Indikator zur Sterblichkeit (ID 572036) kein Fall verzeichnet wurde. Dieser positive Trend steht vermutlich auch mit dem intensiv geführten Stellungnahmeverfahren im Zusammenhang. Dabei gelang eine enge Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern, die in schnell eingeleiteten Qualitätsförderungsmaßnahmen wie kollegialen Gesprächen und Begehungen mit meistens anschließenden Zielvereinbarungen mündete. Trotz sehr guter Ergebnisse auf Bundesebene zeigen sich in beiden Auswertungsmodulen auf Leistungserbringerebene Standorte mit Verbesserungspotenzial, besonders aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln. Die im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG und der Bundesfachkommissionen und der Austausch bei kollegialen Gesprächen und Begehungen zielen auf zügige Anpassungen in Strukturen und Prozessen, um nachhaltige Qualitätsverbesserungen bei Leistungserbringern mit auffälligen Ergebnissen anzustoßen.

Transplantationsmedizin (*QS TX*)

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

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

betrachtet und in entsprechenden Auswertungsmodulen ausgewertet. Ziele des Verfahrens sind die transparente vergleichende Darstellung sowie die Verbesserung der Versorgungsqualität bei transplantationsmedizinischen Eingriffen, die Reduzierung von Komplikationen, Folgeerkrankungen und der Sterblichkeit sowie die Verbesserung der Indikationsstellung bei der Implantation von Herzunterstützungssystemen.

Die Indikatoren und Kennzahlen der einzelnen Auswertungsmodule basieren auf der fallbezogenen QS-Dokumentation. Für alle Auswertungsmodule zeigt sich ein sehr deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei einer sehr guten Vollzähligkeit der Datensätze.

Die Indikator- und Kennzahlergebnisse auf Bundesebene weisen insgesamt auf eine überwiegend gute medizinische Versorgung im Bereich der Transplantationsmedizin hin. Bei den Transplantatempfängerinnen und Transplantatempfängern liegen die betrachteten Sterbe- und Komplikationsraten auf einem niedrigen Niveau, während die betrachteten Überlebensraten ein hohes Niveau zeigen. Bei den Ergebnissen der Indikatoren, die mit dem Vorjahr vergleichbar sind, zeigt sich überwiegend ein gleichbleibend gutes Ergebnis bzw. zeigen sich leichte Verbesserungen.

Im Auswertungsmodul *TX-MKU* lässt sich im Auswertungsjahr 2026 allerdings ein erhöhter Anteil von Sepsen und neurologischen Komplikationen bei Implantation eines linksventrikulären Herz-

unterstützungssystems (LVAD) beobachten. In den beiden Auswertungsmodulen zur Lebendspende *TX-LLS* und *TX-NLS* zeigen sich wie in den Vorjahren keine Sterbefälle. Im Bereich der Nierenlebendspende zeigen sich zudem weiterhin keine Fälle einer eingeschränkten Nierenfunktion. Im Auswertungsmodul *TX-LLS* hingegen wurde ein Fall mit einer eingeschränkten Leberfunktion innerhalb des ersten Jahres nach Lebendspende verzeichnet, nachdem in den Vorjahren keine entsprechenden Fälle auftraten. Die Albuminurie- und Komplikationsraten nach einer Nierenlebendspende waren wie im Vorjahr auf einem niedrigen Niveau. Ein positives Ergebnis zeigt sich im Bereich der Lebertransplantation auch im Stellungnahmeverfahren. In den letzten beiden Auswertungsjahren bestand keine Notwendigkeit für kollegiale Gespräche oder Begehungen. Dieses bemerkenswerte Ergebnis steht vermutlich auch mit den intensiv geführten Stellungnahmeverfahren und der dabei engen Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern im Zusammenhang.

Insgesamt zeigen sich trotz sehr guter Ergebnisse auf Bundesebene in allen Auswertungsmodulen auf Leistungserbringerebene Standorte mit Verbesserungspotenzial, besonders aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln. Ausführliche Rückmeldungen des IQTIG und der Bundesfachkommissionen sowie ggf. der Austausch bei kollegialen Gesprächen und Begehungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zielen daher auf zügige Anpassungen in Strukturen und Prozessen, um nachhaltige Qualitätsverbesserungen bei Leistungserbringern mit auffälligen Ergebnissen anzustoßen.

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (*QS KCHK*)

Im Verfahren *QS KCHK* werden offen-chirurgische Herzoperationen bei Verengungen der Herzkranzgefäße sowie kathetergestützte oder offen-chirurgische Operationen an den Herzklappen betrachtet. Mit Blick auf die Bundesergebnisse aller im Verfahren eingesetzten Qualitätsindikatoren zeigt sich grundsätzlich weiterhin eine gute Versorgungsqualität. Die jeweiligen Raten liegen sowohl bei den Komplikations- als auch den Sterblichkeitsindikatoren auf niedrigem Niveau. Für alle Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen, die eine Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr zulassen, zeigt sich gegenüber dem Vorjahr auf Bundesebene ein ähnliches Qualitätsniveau bzw. zeigen sich leichte Qualitätsverbesserungen. Für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 fehlen allerdings, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle im Auswertungsmodul *KCHK-AK-KATH*. Im Erfassungsjahr 2024 sind davon etwa 83 % und im Erfassungsjahr 2025 etwa 90 % aller Leistungserbringer in diesem Auswertungsmodul betroffen.

Hinsichtlich des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden von 110 rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnissen 51 als qualitativ unauffällig bewertet. Bei 5 Leistungserbringern konnten Dokumentationsfehler hinreichend plausibel erklärt werden und Maßnahmen zu deren Vermeidung abgeleitet werden. Gründe für die insgesamt 51 qualitativ auffälligen Bewertungen waren u. a. Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Mit allen entsprechenden Leistungserbringern wurden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart.

In der Versorgung gewinnen kathetergestützte Eingriffe zur Behandlung einer Trikuspidalinsuffizienz weiterhin an Bedeutung. Diese Eingriffe unterliegen derzeit nicht der externen verpflichtenden Qualitätssicherung. Die Empfehlung zur Einführung eines neuen Auswertungsmoduls zu Eingriffen an der Trikuspidalklappe wird zum Erfassungsjahr 2028 erfolgen und im laufenden Beteiligungsverfahren 2026 behandelt. Parallel dazu wird für das Auswertungsmodul zur isolierten Koronarchirurgie die Einführung eines Komplikationsindikators vorgeschlagen, der den stationären und den nachstationären Zeitraum von bis zu 90 Tagen erfassen soll. Weiterhin erfolgt zum Erfassungsjahr 2028 die Empfehlung zur Streichung des Auswertungsmoduls *KCHK-KC-KOMB*.

Karotis-Revaskularisation (*QS KAROTIS*)

Im Verfahren *QS KAROTIS* werden offen-chirurgische und kathetergestützte Eingriffe erfasst, die bei Verengungen einer oder beider Halsschlagadern (Karotisstenosen) durchgeführt werden, um den Blutfluss zu verbessern. In Deutschland kommt es jährlich schätzungsweise zu 30.000 Schlaganfällen aufgrund von Karotisstenosen.

Im Verfahren *QS KAROTIS* ist im Auswertungsjahr 2026 insgesamt eine Verbesserung der Bundesergebnisse gegenüber dem Vorjahr festzustellen. Insbesondere die Ergebnisse der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) sowie des Indikators zur postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) zeigen eine Verbesserung, und zugleich besteht für diese drei Indikatoren weiterhin Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Einbeziehung von Neurologinnen und Neurologen bei der Entscheidung zum Eingriff bzw. nach dem Eingriff. Dies kann sowohl aus den Bundesergebnissen als auch aus den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 abgeleitet werden. Die entsprechenden Anforderungen wurden in den letzten Jahren im Rahmen von Weiterentwicklungen des Verfahrens in die Indikatoren integriert.

Eine wesentliche Änderung gegenüber dem Vorjahr betrifft die Einführung einer neuen statistischen Methodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit. Bei der Bewertung von Leistungserbringerergebnissen wird nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt, sodass nicht jede Abweichung vom Referenzbereich zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt und insbesondere die Ergebnisse von Leistungserbringern mit kleinen Fallzahlen seltener zufallsbedingt rechnerisch auffällig werden. Das Expertengremium auf Bundesebene spricht sich dafür aus, dass Leistungserbringer mit geringer Fallzahl, deren Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs liegt, aber nicht rechnerisch auffällig ist, weiterhin im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden sollten. Das Expertengremium nimmt an, dass bei diesen Leistungserbringern strukturelle Probleme vorliegen, die sich auf die Versorgungsqualität und insbesondere auf die Patientensicherheit auswirken.

Im Rahmen der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeauftragung wurde von den LAG zurückgemeldet, dass es zu Missverständnissen hinsichtlich der Angaben der behandelten Stenose kam, da sowohl die behandelte als auch die kontralaterale Stenose ausführlich dokumentiert werden müssen. Das IQTIG plant, die QS-Dokumentation dahingehend anzupassen, dass nur noch die Angaben zur behandelten Stenose ausführlich dokumentiert werden müssen. Dadurch soll die

QS-Dokumentation vereinfacht und die Datenqualität erhöht werden. Die Anpassung der QS-Dokumentation wird mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten und voraussichtlich zum Erfassungsjahr 2028 empfohlen.

Ambulant erworbene Pneumonie (*QS CAP*)

Eine außerhalb von Krankenhäusern erworbene Lungenentzündung (ambulant erworbene Pneumonie) ist eine der häufigsten infektionsbedingten Todesursachen in Deutschland. Das Verfahren *QS CAP* dient der Beurteilung der stationären Behandlung von betroffenen Patientinnen und Patienten. Es soll qualitätsrelevante Aspekte zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Sterblichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten während des stationären Aufenthalts messen, vergleichend darstellen und bewerten. Die 6 Qualitätsindikatoren und 4 Transparenzkennzahlen verfolgen die in der DeQS-RL aufgeführten Verfahrensziele, die Prozessqualität zu verbessern und die Sterblichkeit zu verringern.

Nach Prüfung des Indikatorensets im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung empfahl das IQTIG, die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zur Prozessqualität abzuschaffen, da die Eignungskriterien zum Teil nicht erfüllt waren. Ebenso wurde empfohlen, den Indikator zur Sterblichkeit zu einem sozialdatenbasierten Indikator weiterzuentwickeln.

Vor diesem Hintergrund wurden die Datenerhebung zum Erfassungsjahr 2026 und die Referenzbereiche aller Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt, sodass seitdem keine Stellungnahmeverfahren zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien durch die LAG mehr durchgeführt wurden und damit die rechnerischen Ergebnisse des bestehenden Indikatorensets letztmalig ausgewertet werden. Diese sind auf einem ähnlich guten Niveau wie in den Vorjahren und haben sich im Vergleich zur Einführung des Verfahrens 2005 deutlich verbessert. Das wird seitens des IQTIG sowie des Expertengremiums auf Bundesebene als positiver Effekt des Verfahrens gewertet. Zugleich ist der Anteil der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen in den letzten drei Jahren, in denen Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurden (2022, 2023 und 2024), kontinuierlich gestiegen.

Hinsichtlich der Sterblichkeit ergibt sich für die Patientengruppe mit dokumentierter Therapieeinstellung in der Gesamtschau der Ergebnisse des Verfahrens seit 2009 kein klarer Trend. Der Anteil verstorbener Patientinnen und Patienten in der Gruppe ohne dokumentierte palliative Therapiezielsetzung hat sich dagegen im Zeitraum von 2009 (12,12 %) bis 2025 (6,11 %) halbiert. Eine Berechnung ergab ein weiterhin hohes Verbesserungspotenzial. Daher empfiehlt das IQTIG die Wiedereinführung eines Indikators zur Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Erfassungsjahr 2028.

Mammachirurgie (*QS MC*)

Im Verfahren *QS MC* werden alle stationär durchgeführten Operationen an der Brust betrachtet, die wegen gut- oder bösartiger Tumoren erfolgen müssen. Neben der prätherapeutischen Diagnostik werden die Operation, Nachresektionen und die interdisziplinäre Behandlungsplanung betrachtet. Ziel des QS-Verfahrens ist es, die Durchführung von Brustkrebsoperationen zu verbessern und somit die Patientensicherheit zu erhöhen.

Bei einem Anstieg der Datensätze im Verfahren *QS MC* ist die Zahl der Leistungserbringer aufgrund stärkerer Zentralisierung zugleich zurückgegangen. Das Qualitätsniveau der Versorgung konnte nicht nur gehalten, sondern in entscheidenden Bereichen verbessert werden. In vielen Qualitätsindikatoren wurden im Auswertungsjahr 2026 mehr Fälle betrachtet, wobei die Bundesergebnisse insgesamt konstant geblieben sind. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 (EJ 2024) führten die Stellungnahmen bei allen Indikatoren zu Nachbeobachtungen. Bei zwei Qualitätsindikatoren wurden Leistungserbringer dazu angehalten, ihre internen Leitlinien-Algorithmen in klinischen Audits zu überprüfen.

Das Bundesergebnis des Indikators zur prätherapeutischen Tumorkonferenz (ID 212400) hat sich von 80,10 % auf 84,26 % verbessert. Dieser Indikator befindet sich im zweiten Jahr der Auswertung. Das Stellungnahmeverfahren wurde erstmals durchgeführt. 2,03 % der Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Wie sich die Ergebnisse entwickeln, muss weiter beobachtet werden.

Im Zuge der Verfahrenspflege sollen zukünftig verschiedene Weiterentwicklungsansätze geprüft werden. Es ist wichtig, dass die aktuellen Leitlinienempfehlungen berücksichtigt werden, was bei den Indikatoren zur adäquaten Markierung bei nicht tastbaren Befunden bisher nicht der Fall ist. Zudem wurde das IQTIG am 6. Mai 2026 damit beauftragt, eine Vorprüfung zur Weiterentwicklung vorzunehmen. Dabei soll das zukünftige sektorenübergreifende Verfahren *Mammakarzinom* einschließlich des möglichen Therapieverlaufs von der Diagnosestellung bis zur Nachsorge beschrieben werden. Die qualitätsrelevanten Themen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom werden auf Basis einer orientierenden Literatur- und Leitlinienrecherche identifiziert. Weiter ist zu prüfen, ob die Perspektive der Patientinnen und Patienten und ihre Einbeziehung in die Therapieauswahl künftig über eine Patientenbefragung erfasst werden können.

Gynäkologische Operationen (*QS GYN-OP*)

Gynäkologische Operationen umfassen prinzipiell alle Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen. Das Verfahren *QS GYN-OP* betrachtet die im stationären Bereich durchgeführten Operationen bei allen Patientinnen ab einem Alter von 11 Jahren und fokussiert hierbei Operationen am Eierstock (Ovar) oder den Eileitern (Tuba uterina) oder zeitgleich an beiden Organen (Adnexe). Die Bundesergebnisse und auch der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen hier innerhalb der letzten Jahre insgesamt auf einem gleichbleibenden Niveau. Die Anzahl der übermittelten Datensätze ist bei einer sinkenden Anzahl von Leistungserbringern gestiegen. Grund hierfür ist die Einführung der Hybrid-DRG.

Hervorzuheben ist der Indikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung“ (ID 12874). Das Bundesergebnis liegt bei 0,69 % (286 von 41.718 Fällen) und damit erneut unter dem Ergebnis des Vorjahrs. Für das vorherige Auswertungsjahr wurde der Referenzbereich angepasst. Es handelt sich nun um einen Sentinel-Event-Indikator. Ob diese Umstellung das Bundesergebnis weiter verbessern wird, ist in den Folgejahren zu beobachten.

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

Das Expertengremium auf Bundesebene und das IQTIG sehen zudem Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) als einen wichtigen Versorgungsaspekt an, der im Verfahren wieder aufgenommen werden sollte. Bei diesen handelt es sich um häufig durchgeführte Operationen mit unterschiedlichen Indikationen, die seit dem Auswertungsjahr 2014 im Verfahren ausgesetzt sind. Das IQTIG hat als ersten Schritt eine Patientenbefragung zur Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen entwickelt. Der GBA hat die Einführung beschlossen, sie erfolgt zum Erfassungsjahr 2027.

Dekubitusprophylaxe (*QS DEK*)

Ein Dekubitus, auch als Dekubitalulcus, Druckgeschwür oder Wundliegen bezeichnet, gilt als ernstzunehmende Komplikation in der medizinischen Versorgung und kann in der Regel durch eine angemessene Dekubitusprophylaxe vermieden werden. Das Verfahren *QS DEK* ist das einzige Verfahren gemäß DeQS-RL mit pflegerischem Schwerpunkt. Dabei werden inzidente, d. h. während des stationären Aufenthalts neu aufgetretene Dekubitalulcera bei Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren erfasst. Die beiden ergebnisbezogenen Qualitätsindikatoren verfolgen die in der DeQS-RL aufgeführten Verfahrensziele der Verbesserung der Prozessqualität und der Ergebnisqualität. Die Indikatorenergebnisse sowie die dazu geführten Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern ermöglichen Einsicht und Rückschlüsse auf stationäre Prozesse und Strukturen, die an der Entstehung eines Dekubitus beteiligt sind.

Die beiden Qualitätsindikatoren „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) und „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010) weisen in ihren rechnerischen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2026 keine relevanten Änderungen zum Vorjahr auf.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurde weiterhin in beiden Indikatoren ein hoher Anteil an qualitativen Auffälligkeiten festgestellt. Am häufigsten wurden – ebenso wie im Vorjahr – eine unzureichende Umsetzung des „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe“ sowie Dokumentationsfehler als Gründe für die qualitativ auffälligen Bewertungen genannt. Darüber hinaus wurden u. a. mangelnde prophylaktische Maßnahmen sowie eine ungenügende Einschätzung des Dekubitusrisikos und auch wiederholte Auffälligkeiten oder Häufungen von Dekubitalulcera von den LAG berichtet. Das IQTIG leitet in der Gesamtschau ab, dass die Ergebnisse weiterhin Raum für qualitative Optimierungen bieten.

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

Das Verfahren *QS HSMDEF* betrachtet Implantationen von Herzschrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren oder kardialen Resynchronisationssystemen (CRT-Systemen) bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Daneben sind Folgeeingriffe wie Revisionen, Systemwechsel oder komplette Explantationen des Systems Gegenstand des Verfahrens. Ziel ist es zu prüfen, ob die Indikationsstellung und die Wahl des Schrittmacher- oder Defibrillatorsystems gemäß den aktuellen wissenschaftlichen Standards erfolgt sind. Darüber hinaus soll das Verfahren dazu beitragen, Komplikationen, die während oder nach dem operativen Eingriff auftreten, zu vermeiden oder zu reduzieren.

Insgesamt zeigen die Bundesergebnisse im Auswertungsjahr 2026 ein recht stabiles und überwiegend gutes Versorgungsniveau. Lediglich im Bereich des Strahlenschutzes wurden im Rahmen des hier letztmalig durchgeführten Stellungnahmeverfahrens Defizite identifiziert. Ursächlich hierfür waren Strukturprobleme, beispielsweise veraltete technische Anlagen sowie unsachgemäße Anwendung der Durchleuchtungsgeräte. Zudem besteht weiterhin ein erhöhtes Risiko für Komplikationen im Bereich der Sonden nach einer Herzschrittmacher-Implantation. Hierbei konnten vermehrt Prozessmängel bei der Platzierung und Fixierung der Sonde nachgewiesen werden.

Auch in diesem Versorgungsbereich schreitet die Ambulantisierung voran, und ambulante Eingriffe sind inzwischen sowohl bei Herzschrittmachern als auch bei implantierbaren Defibrillatoren möglich. Hinzu kommt, dass ab 2026 Leistungen im Bereich der Defibrillatorenversorgung Bestandteil des Hybrid-DRG-Katalogs sind. Angesichts dieser strukturellen Änderungen im Gesundheitswesen gewinnt die Einführung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens an Bedeutung, um auch zukünftig die Qualität unter veränderten Versorgungsbedingungen verlässlich bewerten zu können. Das IQTIG hat am 15. Mai 2026 den Abschlussbericht für die Weiterentwicklung zu einem sektorenübergreifenden Verfahren gemäß der Beauftragung vom 9. Oktober 2024 an den GBA übermittelt.

Perinatalmedizin (*QS PM*)

Im Verfahren *QS PM* wird die Versorgungssituation in der Perinatalmedizin über das Auswertungsmodul zur Geburtshilfe (*PM-GEBH*) und das Auswertungsmodul zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen (*PM-NEO*) gemessen und bewertet.

Durch das Auswertungsmodul *PM-GEBH* sollen insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie unerwünschte Ereignisse in der mütterlichen und kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Im Auswertungsjahr 2026 konnte weiterhin eine rückläufige Geburtenzahl festgestellt werden (AJ 2025: 654.174; AJ 2026: 628.218).

Der Großteil der Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Während sich das Ergebnis des Qualitätsindikators „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182014) signifikant verbessert hat, verschlechterte sich das Ergebnis der Transparenzkennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen" (ID 330).

Ein geburtshilflich weiterhin sehr relevantes Thema ist der kontinuierliche Anstieg der Kaiserschnittrate über die Jahre (AJ 2024: 33,04 %; AJ 2025: 33,42 %; AJ 2026: 33,79 %) sowie der im Vergleich zum Vorjahr abermals gestiegene Anteil an Leistungserbringern mit qualitativ auffälligen Ergebnissen bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse im entsprechenden Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249, AJ 2024: 50,00 %; AJ 2025: 60,94 %). Damit weist dieser Qualitätsindikator unter allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren den höchsten Wert an qualitativ auffälligen Ergebnissen auf. Sie begründen sich überwiegend durch Struktur- und Prozessmängel.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* bezieht sich die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität auf die Vermeidung von Erkrankungen und die Durchführung einer adäquaten Therapie. Im Fokus der Qualitätssicherung stehen demzufolge insbesondere schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen, unerwünschte Ereignisse der kindlichen Versorgung, Prozesse in der neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses. Im Auswertungsjahr 2026 konnte weiterhin eine rückläufige Zahl an übermittelten QS-Datensätzen zu Früh- und Neugeborenen festgestellt werden (AJ 2025: 91.833; AJ 2026: 90.206).

Für den Großteil der Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zeigen sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügige Veränderungen, die sehr wahrscheinlich auf zufällige jährliche Schwankungen aufgrund geringer Fallzahlen zurückzuführen sind. Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 50074) hat sich um 9 % verschlechtert, außerdem weist der Qualitätsindikator im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach wie vor die höchsten Anteile qualitativ auffälliger Ergebnisse bezogen auf rechnerisch auffällige Ergebnisse auf (AJ 2023: 47,62 %; AJ 2024: 31,82 %; AJ 2025: 45,45 %). Gründe dafür sind ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung und eine ungenügende Sensibilisierung des zuständigen Personals für das Qualitätsziel.

Aktuell werden die Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres" und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres" mit freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern und Landesarbeitsgemeinschaften entwickelt und ab 2027 erprobt. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse aus der Neonatologie miteinbezogen.

Hüftgelenkversorgung (*QS HGV*)

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

Ziel des Verfahrens ist es, die Ergebnis- und die Prozessqualität zu verbessern sowie Komplikationen während und nach der Operation zu verringern. Zum Beispiel wird erfasst, wie mobil die Patientinnen und Patienten bei der Entlassung sind und ob frakturbedingte Operationen innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums erfolgt sind. Zudem wird im aktuellen Auswertungsjahr 2026 noch die medizinische Notwendigkeit geplanter Prothesenoperationen geprüft.

Die Anzahl der Leistungserbringer in diesem Verfahren nimmt seit Jahren kontinuierlich ab. Dies ist vor allem auf die zunehmende Zentralisierung der Krankenhausversorgung zurückzuführen. Damit verbundene Klinikschließungen erhöhen die Fallzahl in den umliegenden Krankenhäusern. Das kann zu Verzögerungen der klinischen Prozesse führen und sich negativ auf die präoperative Verweildauer auswirken. Die Bundesergebnisse der Indikatoren liegen überwiegend auf dem Vorjahresniveau. Bei den Indikatoren zur präoperativen Verweildauer setzt sich der seit Jahren zu beobachtende positive Trend zwar weiterhin fort. Teilweise sind jedoch Verschlechterungen der Landesergebnisse von Erfassungsjahr 2024 zu Erfassungsjahr 2025 zu beobachten.

Allgemeine Komplikationen treten aufgrund der meist vorhandenen Multimorbidität weiterhin am häufigsten bei Patientinnen und Patienten nach operativer Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen auf. Spezifische Komplikationen betreffen hingegen vor allem Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Hüftendoprothesenwechseln. Frühzeitige Wechsel erhöhen das Risiko für das erneute Auftreten von spezifischen Komplikationen.

Durch die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen seit dem Erfassungsjahr 2026 können Komplikationen auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst werden – bis zu 365 Tage nach der Operation. Die Indikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe sind seit dem aktuellen Erfassungsjahr 2026 nicht mehr Bestandteil des Verfahrens. Da beide Aspekte jedoch patientenrelevante Qualitätsmerkmale im Verfahren abbilden, wurde bereits mit der Entwicklung einer Patientenbefragung begonnen.

Im kommenden Auswertungsjahr 2027 wird erstmals über 14 neue Kennzahlen berichtet, die auf Sozialdaten basieren. Zum Erfassungsjahr 2027 werden diese Kennzahlen in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren überführt. Es ist geplant, ab dem Auswertungsjahr 2028 Stellungnahmeverfahren zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren durchzuführen.

Knieendoprothesenversorgung (*QS KEP*)

Das Verfahren *QS KEP* untersucht die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen eines künstlichen Kniegelenks (Knieendoprothese) sowie bei Eingriffen, bei denen ein bestehendes Implantat bzw. Teile davon gewechselt werden. Ziel des Verfahrens ist es, die Indikationsstellung und die Ergebnisqualität zu verbessern sowie Komplikationen während und nach der Operation zu verringern.

Das Verfahren wird derzeit umfassend überarbeitet. Im Jahr 2025 war daher die QS-Dokumentationspflicht ausgesetzt. Aus diesem Grund werden 2026 keine aktuellen rechnerischen Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren und Kennzahlen berichtet. Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zum Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung" (ID 54028) werden letztmalig dargestellt, da es auf Basis der rechnerischen Ergebnisse des Auswertungsjahres 2025 geführt wurde. Rechnerische Auffälligkeiten in dem Indikator sind überwiegend auf Einzelfallabweichungen und Dokumentationsprobleme zurückzuführen. Letztere wurden von einigen LAG als qualitativ auffällig, von anderen als qualitativ unauffällig bewertet.

2026 wurde die QS-Dokumentationspflicht zum Verfahren wieder aufgenommen und die Krankenhäuser übermitteln wieder Daten. Die wichtigste Änderung im Verfahren ist die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle. Dadurch hat sich der Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer bei elektiven Erstimplantationen deutlich reduziert. Lediglich bei Verdacht auf eine Wundkomplikation wird weiterhin eine QS-Dokumentation erforderlich sein, da Informationen hierzu nicht ausreichend detailliert über Sozialdaten erhoben werden können.

Die Reduktion des Dokumentationsaufwands hat zur Folge, dass die Informationen zur Mobilität nur noch für wenige elektive Erstimplantationen erfasst werden können. Da der Qualitätsaspekt der Mobilität auch über die Sozialdaten nicht verlässlich abgebildet werden kann, wurde die entsprechende Transparenzkennzahl abgeschafft.

Die Indikatoren zur Indikationsstellung sind ebenfalls nicht mehr Bestandteil des Verfahrens. Da beide Aspekte jedoch patientenrelevante Qualitätsmerkmale im Verfahren abbilden, wurde bereits mit der Entwicklung einer Patientenbefragung begonnen.

Im kommenden Auswertungsjahr wird erstmals über 7 neue Kennzahlen berichtet, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren. Dadurch werden Komplikationen seit dem Erfassungsjahr 2026 auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst – bis zu 365 Tage nach der Operation. Zum Erfassungsjahr 2027 werden die sozialdatenbasierten Kennzahlen in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren überführt. Es ist geplant, ab dem Auswertungsjahr 2028 Stellungnahmeverfahren zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren durchzuführen.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative	Bewertung der Versorgungsqualität von Leistungserbringerergebnissen, wenn diese das Qualitätsziel verfehlt. Die Bewertung erfolgt auf Grundlage eines Stellungnahmeverfahrens und einer Begutachtung durch Expertinnen und Experten. Stellungnahmeverfahren werden mit Leistungserbringern geführt, die rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen.
Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert)	Bewertung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers auf Grundlage des Ergebnisses eines Qualitätsindikators für diesen Leistungserbringer, wenn dieses außerhalb des Referenzbereichs liegt. Eine weiterentwickelte Methodik, die dabei die statistische Unsicherheit berücksichtigt, wird bereits in den Verfahren *QS PCI*, *QS MC*, *QS GYN-OP*, *QS CHE*, *QS KAROTIS* und *QS DEK* angewendet.
Auffälligkeitskriterien	Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die dokumentierten QS-Daten jedes Leistungserbringers werden anhand von Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten geprüft. Unterschieden werden zwei Arten: *Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit* prüfen, ob die vom Leistungserbringer gelieferten Angaben inhaltlich plausibel sind. *Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit* prüfen, ob ein Leistungserbringer die erwartete Menge an Daten geliefert hat.
Auswertungsjahr	Jahr, **in** dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die zugehörigen Zwischenberichte werden dem Auswertungsjahr des Jahresberichts zugeordnet. Standardmäßig wird im Auswertungsjahr das Stellungnahmeverfahren durchgeführt.
Auswertungsmodul	In einem Auswertungsmodul werden die Ergebnisse mehrerer Qualitätsindikatoren und Kennzahlen eines QS-Verfahrens oder eines seiner Teilbereiche zusammengestellt. Die meisten QS-Verfahren enthalten ein einziges Auswertungsmodul, das alle Indikatoren und Kennzahlen des Verfahrens umfasst und namentlich mit ihm identisch ist (z. B. Auswertungsmodul PCI im Verfahren *QS PCI*). Bei einigen Verfahren sind die Indikatoren in mehrere Auswertungsmodule aufgeteilt, die verschiedene (medizinische) Teilbereiche des Verfahrens abdecken – bspw. die Module *HGV-OSFRAK* und *HGV-HEP* im Verfahren *QS HGV*.
Berichtszeitraum	Zeitraum, zu dem für einen Qualitätsindikator bzw. eine Kennzahl eine Auswertung erfolgt bzw. **über** den berichtet wird. In Bezug auf einen Bericht umfasst der Berichtszeitraum die Gesamtheit der berichteten indikator- bzw. kennzahlspezifischen Berichtszeiträume. Die Vergleichswerte (Vorjahre) werden mit dem Begriff Vergleichszeitraum adressiert. Bei Follow-up-Verfahren umfasst der Berichtszeitraum den Zeitraum ab dem Erfassungsjahr der Entlassung (Index-/Ersteingriff) bis zum Jahr des erforderlichen Folgeereignisses.

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

Begriff	Erläuterung
Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und beschließt die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.
Grundgesamtheit	Gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Sie kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird. In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.
Hybrid-DRG	Sonderform der DRG (*Diagnosis Related Groups*, diagnosebezogene Fallgruppen; sogenannte Fallpauschalen), bei der eine medizinische Leistung gleich vergütet wird, unabhängig davon, ob diese durch ein Krankenhaus oder durch eine Vertragsärztin / einen Vertragsarzt erbracht wird. Hybrid bedeutet hier, dass die abzurechnende Leistung ambulant, teil-stationär oder stationär erbracht werden kann.
Indexeingriff	Eingriff bei einem Patienten bzw. einer Patientin, der zum Ausgangspunkt für weitere Beobachtungen der nachfolgenden Versorgung wird. Nachfolgende Ereignisse, die im medizinisch-fachlichen Zusammenhang stehen, werden auf ihn bezogen. Wird z. B. bei einer Patientin ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt und im weiteren Verlauf eine Wechseloperation notwendig, so wird die damit im Zusammenhang stehende vorherige Implantation als Indexeingriff definiert.
Kennzahl	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahl, kalkulatorische Kennzahl etc.) zusätzliche Informationen an, z. B. zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.
Krankenhausstandort	Eine insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht abgegrenzte stationäre oder ambulante Versorgungseinheit eines Krankenhauses, deren medizinisch-pflegerische Leistungen bzw. deren Qualität durch die externe gesetzliche Qualitätssicherung erfasst werden kann. ▪ Ein *entlassender Standort* übermittelt das Soll aller dokumentationspflichtigen Fälle auf Basis der Patientinnen und Patienten nach Beendigung einer medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistung (Sollstatistik). ▪ Für die Abrechnung dieser Behandlungsfälle zuständig ist der *abrechnende Standort*; üblicherweise ist er identisch mit dem entlassenden Standort.

Begriff	Erläuterung
	▪ Die Qualitätsbewertung für medizinisch-pflegerische Leistungen erfolgt für den *ausgewerteten Standort*, der für jedes QS-Verfahren festgelegt ist. Dieser kann ▫ der aufnehmende Standort, ▫ der behandelnde (z. B. operierende) Standort, ▫ der diagnostizierende Standort oder ▫ der entlassende Standort sein.
Leistungserbringer	Einrichtung, die für Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerische Leistungen ambulant (z. B. Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren) oder stationär (z. B. Krankenhäuser) erbringt und deren Qualität durch die externe gesetzliche Qualitätssicherung erfasst werden soll (z. B. die rechtzeitige Behandlung nach einer Fraktur). Vertragsärztliche Einrichtungen werden durch eine Betriebsstättennummer (BSNR) und Krankenhäuser durch ein Institutionskennzeichen (IKNR) bzw. Krankenhausstandorte über die Standortnummer/-ID identifiziert.
Minimaldatensatz (MDS)	siehe Datensatz.
O, E, N (O/N, O/E, E/N)	O (observed) bezeichnet die Anzahl der beobachteten Zählerereignisse. Der Quotient O/N ist die beobachtete Rate (z. B. Anteil der Fälle mit Komplikationen) und wird in Prozent ausgedrückt. Das Ergebnis eines ratenbasierten Qualitätsindikators ist eine solche beobachtete Rate. E (expected) bezeichnet bei risikoadjustierten Indikatoren die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (z. B. Komplikationen). Das Ergebnis des Qualitätsindikators ist in diesem Fall der Quotient O/E aus beobachteter und erwarteter Anzahl an Ereignissen. Ein Wert von O/E = 2 bedeutet, dass doppelt so viele Ereignisse eingetreten sind, wie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika erwartet. Zusätzlich zu O/N und O/E wird auch der Quotient E/N dargestellt, also die erwartete Rate an interessierenden Ereignissen (in Prozent). E/N ist ein Maß für das durchschnittliche Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten. N bezeichnet die Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit.
Perzentile	Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen bspw. 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.
QS-Filter	Algorithmus, der mittels bestimmter Ein- und Ausschlusskriterien festlegt, welche Behandlungsfälle in einem QS-Verfahren durch die Leistungserbringer dokumentiert werden müssen. Nur wenn bspw. im Krankenhaus ein Behandlungsfall jedes der in der QS-Filter-Software definierten Kriterien erfüllt, gilt er als dokumentationspflichtig und geht bei korrekter Übermittlung der Dokumentation in die Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators ein. Auslö-

Begriff	Erläuterung
	sekriterien sind bspw. Diagnose- sowie Operationen- und Prozeduren-schlüssel (ICD, OPS) sowie zur zeitlichen Zuordnung das Aufnahmedatum, Behandlungsdatum bzw. Entlassdatum.
Qualität	Grad, in dem Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllen. Mit Objekt sind dabei beispielsweise auch Dienstleistungen wie eine medizinische Behandlung gemeint.
Qualitätsindikator	Quantitative Größe, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglicht. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsmerkmal, Operationalisierung und Bewertungskonzept.
Qualitätssicherung	Unter Qualitätssicherung im Gesundheitswesen werden hier alle Prozesse und Maßnahmen verstanden, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet oder verbessert werden soll.
Qualitätssicherung, externe	Prozesse und Maßnahmen, durch die für ausgewählte Versorgungsbereiche die Qualität der teilnehmenden Einrichtungen bewertet wird und ggf. Handlungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.
Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)	Vom GBA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
Qualitätsziel	Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
Referenzbereich	Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität“).
Referenzwert	Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt
Sentinel Event	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungnahmeverfahren nach sich zieht.

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

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

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5
Abbildungsverzeichnis 7
Abkürzungsverzeichnis 8
Vorbemerkung 10
1 Hintergrund 11
2 Einordnung der Ergebnisse 16
2.1 Datengrundlage 16
2.1.1 Überblick 16
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 16
2.1.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen 21
2.1.4 Patientenbefragung 21
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 23
2.2.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Überblick 23
2.2.2 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 26
2.2.3 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Detailergebnisse 29
2.2.4 Im Fokus: Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (IDs 56000 und 56101) 41
2.2.5 Patientenbefragung: Überblick 43
2.2.6 Hintergründe zu den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung 44
2.2.7 Patientenbefragung: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 48
2.2.8 Patientenbefragung: Detailergebnisse 54
2.2.9 Im Fokus: Qualitätsindikator „Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur“ (ID 56110) 63
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 64
2.3.1 Überblick 64
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 65
2.3.3 Detailergebnisse 69
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 78
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 78

3.1.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten 78
3.1.2 Patientenbefragung 81
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 81
4 Evaluation 84
4.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten 84
4.2 Patientenbefragung: Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung 86
4.2.1 Methodisches Vorgehen 86
4.2.2 Analyse der Prozesse der Datenerhebung und Datenflüsse 87
4.2.3 Prüfung der Validität und der Auswertungen der Qualitätsindikatoren 90
4.2.4 Stellungnahmeverfahren 91
4.2.5 Aufwand-Nutzen-Betrachtung 93
4.2.6 Empfehlungen 93
5 Ausblick 95
5.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten 95
5.2 Patientenbefragung 96
Literatur 97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – PCI 13
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – PCI 15
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – PCI 17
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – PCI 18
Tabelle 5: Übersicht über die Anzahl der Fälle und der Prozedurarten nach Art der Leistungserbringung (AJ 2026, EJ 2025) 20
Tabelle 6: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten bei den Krankenkassen (AJ 2026) – PCI 21
Tabelle 7: Soll-Ist-Abgleich Patientenbefragung (AJ 2026) - PCI 22
Tabelle 8: Rücklaufquote der Patientenbefragung (AJ 2026) – PCI 23
Tabelle 9: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – PCI (QS-Dokumentation und Sozialdaten) 26
Tabelle 10: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – PCI (QS-Dokumentation) 28
Tabelle 11: QI 56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) 29
Tabelle 12: QI 56003: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt 30
Tabelle 13: QI 56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen 31
Tabelle 14: QI 56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt 33
Tabelle 15: QI 56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 34
Tabelle 16: QI 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 35
Tabelle 17: QI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 35
Tabelle 18: QI 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 38
Tabelle 19: TKez 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag) 38
Tabelle 20: Ergebnisse zur Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI" (Indexeingriffe aus dem EJ 2023) 40
Tabelle 21: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – PCI (Patientenbefragung) 48
Tabelle 22: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (AJ 2026) – PCI (Patientenbefragung) 51
Tabelle 23: QI 56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI 54
Tabelle 24: QI 56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie 54
Tabelle 25: QI 56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur 55
Tabelle 26: QI 56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung 55

Tabelle 27: QI 56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals 56
Tabelle 28: QI 56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte 56
Tabelle 29: QI 56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur 57
Tabelle 30: QI 56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur 57
Tabelle 31: QI 56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten 58
Tabelle 32: QI 56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur 58
Tabelle 33: QI 56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur 58
Tabelle 34: QI 56111: Patienteninformation nach der Prozedur 59
Tabelle 35: QI 56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI 59
Tabelle 36: QI 56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI 60
Tabelle 37: QI 56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI 61
Tabelle 38: QI 56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung 61
Tabelle 39: QI 56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle 62
Tabelle 40: QI 56117: Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur 62
Tabelle 41: QI 56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI 63
Tabelle 42: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – PCI 65
Tabelle 43: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – PCI 66
Tabelle 44: AK 852302: „Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt" 69
Tabelle 45: AK 852103: Angabe EF „unbekannt" 70
Tabelle 46: AK 852104: Angabe „sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie 71
Tabelle 47: AK 852105: Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt" 71
Tabelle 48: AK 852106: Angabe Kreatininwert „unbekannt" 72
Tabelle 49: AK 852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 73
Tabelle 50: AK 852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 74
Tabelle 51: AK 852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 74
Tabelle 52: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS PCI 76
Tabelle 53: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI 78
Tabelle 54: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI 81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiel einer grafischen Darstellung von Indikatorergebnissen der Patientenbefragung für einen Leistungserbringer 45

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AAPOR	American Association for Public Opinion Research
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BQB	Bundesqualitätsbericht
BSNR	Betriebsstättennummer
CABG	Koronararterien-Bypass (*coronary artery bypass grafting*)
DAS	Datenannahmestelle(n)
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DF	Datenfeld
DFP	Dosis-Flächen-Produkt
DRG	diagnosebezogene Fallgruppen (*Diagnosis Related Groups*)
E	erwartete Anzahl an Ereignissen (*expected*)
EF	Ejektionsfraktion
eGFR	geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (*estimated glomerular filtration rate*)
EJ	Erfassungsjahr
FAST	Fragebogenannahmestelle
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
i. S.	im Serum
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
IV	integrierte Versorgung
KH	Krankenhaus, Krankenhäuser
KHK	Koronare Herzkrankheit
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MACCE	schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen (*major adverse cardiac and cerebrovascular events*)

Abkürzung	Bedeutung
MDS	Minimaldatensatz
N	Grundgesamtheit
NSTEMI	Nicht-ST-Hebungsinfarkt (*Non-ST-segment elevation myocardial infarction*)
NYHA	New York Heart Association
O	Anzahl der beobachteten Zählerereignisse (*observed*)
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	perkutane Koronarintervention (*percutaneous coronary intervention*)
PK	Prüfkriterium
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS KEP	Qualitätssicherungsverfahren *Knieendoprothesenversorgung*
QS NET	Qualitätssicherungsverfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*
QS PCI	Qualitätssicherungsverfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SIRS	systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (*systemic inflammatory response syndrome*)
SMOR	Standardized Mortality Odds Ratio
STEMI	ST-Hebungs-Myokardinfarkt (*ST-segment elevation myocardial infarction*)
STNV	Stellungnahmeverfahren
SV	selektivvertragliche Leistungserbringer
TIA	transitorische ischämische Attacke
TIMI	TIMI-Klassifikation (*thrombolysis in myocardial infarction*)
TKez	Transparenzkennzahl
VÄ	Vertragsärztinnen bzw. -ärzte (bzw. vertragsärztlich erbrachte Leistungen)
VPB	Versendestelle Patientenbefragung

Vorbemerkung

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

Ziel des Verfahrens ist es, die Versorgungsqualität auf Basis medizinischer Informationen und unter Einbezug der Patientenperspektive zu messen und zu fördern. Hierfür werden zwei unterschiedliche Indikatorensets („QS-Dokumentation und Sozialdaten“ und „Patientenbefragung“) geführt und hier in jeweils separaten Abschnitten dargestellt.

1 Hintergrund

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

Bei Verdacht auf einen akuten Herzinfarkt werden Koronarangiografien und PCI als Notfallprozeduren im Krankenhaus durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten sind in einer solchen Situation hochgradig gefährdet und müssen in der Regel vor dem Eingriff und in der ersten Zeit nach dem Eingriff intensivmedizinisch überwacht werden. Geplante Koronarangiografien und PCI werden entweder im Krankenhaus (stationär oder ambulant) oder in einer entsprechend ausgestatteten kardiologischen Praxis (ambulant) durchgeführt. Auch wenn zwischenzeitlich ein leichter Rückgang durchgeführter Koronarangiografien und PCI zu verzeichnen ist (Quelle: Deutscher Herzbericht 2025), bleibt die Anzahl durchgeführter Interventionen (Koronarangiografien: 771.234, PCI: 309.634; Quelle: Bundesauswertung des IQTIG 2025) in Deutschland seit Jahren auf einem hohen Niveau, wobei die Frage, ob diese Eingriffe immer gerechtfertigt (indiziert) sind, wiederholt gestellt wird. Schließlich bergen diese Interventionen auch Risiken wie Nachblutungen oder Gefäßverletzungen. Die Durchführung einer Koronarangiografie oder PCI setzt die Patientinnen oder Patienten außerdem einer relevanten Strahlendosis aus. Die externe Qualitätssicherung dieser Eingriffe soll daher sicherstellen, dass möglichst alle Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung mit adäquater Indikationsstellung und unter Einhaltung der medizinischen Standards erhalten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) das Verfahren *QS PCI* als erstes

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

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

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

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Verfahren *QS PCI* umfasst im Auswertungsjahr 2026 27 Qualitätsindikatoren und 1 Transparenzkennzahl. 3 davon basieren allein auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, 5 Indikatoren und 1 Transparenzkennzahl sowohl auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer als auch auf Sozialdaten bei den Krankenkassen. Weitere 19 Indikatoren stützen sich auf die Patientenbefragung. Die Indikatoren adressieren alle 6 Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität des IQTIG. Dabei liegt der Schwerpunkt der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren auf den Dimensionen „Patientensicherheit“, „Wirksamkeit“, „Rechtzeitigkeit/Verfügbarkeit“ und „Angemessenheit“, indem die Zeit zwischen Aufnahme und Notfallbehandlung (ID 56003), Komplikationen (IDs 56012, 56018, 56020 und 56022) und Sterblichkeit (ID 56024), Angemessenheit der Indikationsstellung (ID 56000) sowie das Erreichen des Behandlungserfolgs (ID 56014) erfasst werden. Mit der Patientenbefragung werden die Dimensionen „Patientensicherheit“ (IDs 56102, 56107, 56112 und 56115-56117), „Wirksamkeit“ (ID 56118), „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientinnen und Patienten“ (IDs 56104-56106 und 56108-56111), „Angemessenheit“ (IDs 56100 und 56101) sowie „Koordination und Kontinuität“ (IDs 56103, 56113 und 56114) adressiert, indem vor allem die Themen Kommunikation und Interaktion, Patienten-

information, Patientenbeteiligung, Veränderung der erlebten Symptome sowie körperliches Wohlbefinden und Schmerzen aus Patientensicht angesprochen werden.[1]

Für die Berechnung der Indikatoren, die Komplikations- und Mortalitätsdaten einschließen, werden neben der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V ausgewertet, wodurch der weitere Krankheitsverlauf bei einer Patientin oder einem Patienten über einen längeren Zeitraum nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. nach Abschluss der ambulanten Behandlung nachvollzogen werden kann. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Sozialdaten erst mit einem gewissen Zeitverzug ausgewertet und berichtet werden können. Der Zeitraum des Nachverfolgens, der im Verfahren *QS PCI* bei 7 und 30 Tagen liegt, muss zunächst abgeschlossen sein. Ebenso müssen die Abrechnungsdaten vom Leistungserbringer an die Krankenkasse der jeweiligen Patientin oder des Patienten übermittelt worden sein. Erst danach können die Daten an das IQTIG übermittelt werden, wo sie fall- bzw. patientenbezogen mit den von den Leistungserbringern erhobenen Dokumentationsdaten verknüpft werden. Der zeitliche Verzug, der sich im Rahmen der Datenverarbeitung ergibt, führt dazu, dass im Auswertungsjahr 2026 alle sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Jahr 2024 berichtet werden.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – PCI

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)	QS-Dokumentation	2025
56003	„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	QS-Dokumentation	2025
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: MACCE			
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

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

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI			
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	Patientenbefragung	2025
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	Patientenbefragung	2025
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	Patientenbefragung	2025
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	Patientenbefragung	2025
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	Patientenbefragung	2025
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	Patientenbefragung	2025
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	Patientenbefragung	2025
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	Patientenbefragung	2025
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	Patientenbefragung	2025
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	Patientenbefragung	2025
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	Patientenbefragung	2025
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	Patientenbefragung	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	Patientenbefragung	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS PCI* wurden im Auswertungsjahr 2026 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (IDs 852103–852106 und 852302) sowie 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (IDs 852201, 852208 und 852209) eingesetzt. Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit überprüfen insbesondere, ob bestimmte patientenbezogene Angaben, von denen erwartet wird, dass sie regelhaft vorliegen bzw. erhoben werden können (z. B. „Hat der Patient einen aortokoronaren Bypass?"), möglichst selten mit dem Status „unbekannt" dokumentiert werden. Damit leisten diese Auffälligkeitskriterien einen Beitrag zur Verbesserung der Datenqualität und valideren Indikatorberechnung. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen insbesondere, ob von den Leistungserbringern weniger oder mehr Daten an die Bundesauswertungsstelle übermittelt worden sind als erwartet. Sowohl eine Unter- als auch eine Überdokumentation kann zu Ergebnisverzerrungen führen. Vor diesem Hintergrund tragen die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zur Förderung einer validen und vollzähligen Datengrundlage bei.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – PCI

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852302	„Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt"	QS-Dokumentation
852103	Angabe EF „unbekannt"	QS-Dokumentation
852104	Angabe „sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie	QS-Dokumentation
852105	Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt"	QS-Dokumentation
852106	Angabe Kreatininwert „unbekannt"	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Gegenüber den Vorjahren hat sich die Anzahl der für das Verfahren *QS PCI* übermittelten Datensätze der fallbezogenen QS-Dokumentation weiter erhöht. So betrug der Zuwachs im Auswertungsjahr 2026 1,86 % bzw. ca. 14.000 Datensätze. Ein ähnlicher Anstieg zeigte sich bereits im Vorjahr (20.000 Datensätze bzw. 2,67 %). Zurückzuführen ist der Zuwachs insbesondere auf eine Zunahme ambulanter Prozeduren von Krankenhäusern.

Für das Erfassungsjahr 2024 (über das im Auswertungsjahr 2026 berichtet wird) konnten 96,28 % der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem Datensatz der QS-Dokumentation verknüpft werden. Die Verknüpfungsrate liegt damit im Vergleich zum Vorjahr auf einem identischen Niveau (AJ 2025: 96,82 %) und weiterhin oberhalb der angestrebten Zielmarge von mindestens 95 %.

Für die Patientenbefragung werden Datensätze monatlich über die Datenannahmestellen an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt; diese können innerhalb der Korrekturfrist vonseiten der Leistungserbringer über Updates und Stornierungen korrigiert werden. Im Erfassungsjahr 2025 sind 661.480 Datensätze für die Patientenbefragung eingegangen. Unter Berücksichtigung des Stichprobenkonzeptes, nach dem maximal 200 Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer angeschrieben werden, und der Storno- und Korrekturfristen sind 142.349 Fragebögen versendet worden. Davon sind 68.625 fristgerecht zurückgesendet worden und können für die Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen werden. Die Rücklaufquote von 48,21 % weist nach wie vor auf eine hohe Akzeptanz der Patientenbefragung hin.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

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

Während die Anzahl der übermittelten Datensätze auf Bundesebene zugenommen hat, zeigt sich sektorenbezogen ein heterogenes Bild. Demnach ist die Anzahl übermittelter QS-Datensätze von kollektivvertraglichen Leistungserbringern um ca. 2.000 Datensätze zurückgegangen (- 2,91 %) und für Krankenhäuser um ca. 16.000 Datensätze gestiegen (+ 2,36 %). Damit hat die Zunahme von Datensätzen der Krankenhäuser in einem ähnlichen Umfang wie im Vorjahr (+ 2,72 %) stattgefunden. Für kollektivvertragliche Leistungserbringer hingegen konnte der Zuwachs aus dem Vorjahr (+ 2,68 %) nicht bestätigt werden, wenngleich zu berücksichtigen ist, dass die Vollzähligkeit der Daten für den kollektivvertraglichen Bereich von 94,10 % (AJ 2025) auf 90,29 % (AJ 2026) gesunken ist. Auch liegt die Anzahl übermittelter Datensätze für den kollektivvertraglichen Bereich leicht unterhalb des Vorvorjahresniveaus (AJ 2026: 68.893 Datensätze; AJ 2025: 70.959 Daten-

sätze; AJ 2024: 69.109 Datensätze). Prozedurbezogen zeigt sich – wie auch im letzten Auswertungsjahr – insbesondere eine Zunahme ambulanter Prozeduren. Während im Vorjahr noch 85.067 Prozeduren als ambulante Krankenhausleistungen an das IQTIG übermittelt wurden, ist für das Auswertungsjahr 2026 ein Zuwachs von 13.580 Prozeduren bzw. + 15,96 % zu verzeichnen. Dabei haben sich die Fallzahlen für ambulante Krankenhausleistungen über alle drei Prozedurarten (isolierte Koronarangiografien, isolierte PCI, einzeitige Koronarangiografien und PCI) erhöht. Für die einzeitigen Koronarangiografien und PCI fiel der relative Zuwachs mit 33,32 % am stärksten aus.

Mit Blick auf die Vollzähligkeit der Daten ergibt sich mit 99,66 % eine leichte Unterdokumentation. Diese resultiert maßgeblich aus dem kollektivvertraglichen Bereich, für den 7.412 Datensätze nicht geliefert wurden, die gemäß Sollstatistik erwartet worden wären. Auffällig zeigt sich für den kollektivvertraglichen Bereich außerdem, dass die Vollzähligkeit bereits im Vorjahr rückläufig war (AJ 2024: 97,82 %; AJ 2025: 94,10 %) und nun nochmals auf 90,29 % gesunken ist. Zugleich ist jedoch festzuhalten, dass der Anteil fehlender KV-Daten bezogen auf den Bundesdatenpool nur 0,95 % beträgt. Für den selektivvertraglichen Bereich ist anzumerken, dass 4 Leistungserbringer keine Sollstatistik geliefert haben, obwohl sie QS-Dokumentationsdaten übermittelt haben. Vor diesem Hintergrund beträgt die Vollzähligkeit auf LE-Ebene 115,38 %.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – PCI

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	68.893 68.892 1	76.305	90,29
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	705.072 704.631 441	700.404	100,67
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	3.662 3.662 0	3.604	101,61
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	777.627 777.185 442	780.313	99,66
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	248	264	93,94
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	886		

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	957	970	98,66
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	765	778	98,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	30	26	115,38
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.135		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.206	1.235	97,65
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	1.014	1.043	97,22

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – PCI

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	70.959 70.959 0	75.408	94,10
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	688.842 688.414 428	675.071	102,04
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	3.594 3.594 0	3.759	95,61
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	763.395 762.967 428	754.238	101,21
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	259	282	91,84
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	907		

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	980	980	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	781	781	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	30	30	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.167		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.240	1.264	98,10
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	1.041	1.065	97,75

Tabelle 5: Übersicht über die Anzahl der Fälle und der Prozedurarten nach Art der Leistungserbringung (AJ 2026, EJ 2025)

Art der Leistungserbringung			Fälle (Basisbögen)	Prozeduren (Prozedurbögen)	Isolierte Koronarangiografien	Isolierte PCI	Einzeitige PCI	Koronarangiografien (gesamt)	PCI (gesamt)
ambulant	VÄ	Fälle/Prozeduren	62.467	62.777	50.371	714	11.692	62.063	12.406
		Anzahl LE	247	247	247	63	164		-
	KH	Fälle/Prozeduren	98.308	98.647	90.810	448	7.389	98.199	7.837
		Anzahl LE	602	602	597	153	429		-
	SV-LE	Fälle/Prozeduren	3.662	3.682	2.606	137	939	3.545	1.076
		Anzahl LE	30	30	30	7	20		-
stationär	VÄ	Fälle/Prozeduren	6.425	6.493	2.937	74	3.482	6.419	3.556
		Anzahl LE	28	28	25	10	27		-
	KH	Fälle/Prozeduren	606.323	636.683	350.059	23.176	263.448	613.507	286.624
		Anzahl LE	878	878	865	594	781		-
Gesamt (Bund)		Fälle/Prozeduren	777.185	808.282	496.783	24.549	286.950	783.733	311.499
		Anzahl LE	1.135	1.135	1.122	665	957		-

2.1.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Verknüpfungsrate auf Bundesebene entspricht für das Auswertungsjahr 2026, wie oben bereits erwähnt, annähernd der Verknüpfungsrate des Vorjahres (96,82 %). Da QS-Dokumentationsdaten von Krankenhäusern einen Anteil von etwa 90 % am Bundesdatenpool ausmachen, wird die bundesweite Verknüpfungsrate maßgeblich von der krankenhausbezogenen Verknüpfungsrate bestimmt. Hier zeigt sich, dass die Verknüpfungsrate gegenüber dem Vorjahr (AJ 2025: 97,56 %) zwar leicht zurückgegangen ist, jedoch noch oberhalb der Verknüpfungsrate des Vorvorjahres (AJ 2024: 95,90 %) liegt. Für kollektiv- und selektivvertragliche Leistungen sind die Verknüpfungsraten weiterhin auf einem niedrigeren Niveau, insbesondere für die selektivvertraglichen Leistungen sind sie weiterhin am niedrigsten. Zurückzuführen ist die geringe Verknüpfungsrate für selektivvertragliche Leistungen insbesondere auf ein Bundesland, das einen Anteil von etwa 40 % an allen selektivvertraglichen Leistung ausmacht, aber nur eine Verknüpfungsrate von ca. 16 % aufweist. Ursächlich hierfür ist insbesondere, dass in den selektivvertraglichen Sozialdaten mitunter Merkmale zur Fallidentifikation (OPS, GOP) fehlen. Da Selektivverträge nur ca. 3.600 von insgesamt 763.395 Prozeduren an der Grundgesamtheit ausmachen (0,47 %), wird das Bundesergebnis nur sehr marginal von der geringen Verknüpfungsquote bei selektivvertraglichen Leistungserbringern beeinflusst. Die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse der Leistungserbringer sind ebenso als gering einzuschätzen.

Tabelle 6: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten bei den Krankenkassen (AJ 2026) – PCI

Erfassungsjahr	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)		
2024	70.959	91,81 N = 65.149
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)		
2024	688.414	96,95 N = 667.400
Bund (selektivvertragliche Leistungen)		
2024	3.594	56,15 N = 2.018
Bund (gesamt)		
2024	762.967	96,28 N = 734.567

2.1.4 Patientenbefragung

Fristgerecht übermittelte Datensätze (Soll-Ist-Abgleich)

Für die Patientenbefragung sind Leistungserbringer gemäß DeQS-RL dazu verpflichtet, die Adressdaten sowie die medizinischen und behandlungsspezifischen Daten, die für die Auswahl

des korrekten Fragebogens erforderlich sind, monatlich über die jeweiligen Datenannahmestellen (DAS) an die Versendestelle Patientenbefragung (VPB) zu übermitteln. Dabei werden die Daten der Patientinnen und Patienten, die im Vormonat entlassen wurden bzw. eine perkutane Koronarintervention und/oder eine Koronarangiografie (Indexeingriff) hatten, bis zum 12. Tag des Folgemonats über die DAS an die VPB übermittelt. Daten, die nicht fristgemäß nach Ablauf der sich anschließenden Korrekturfrist von 7 Tagen geliefert werden, werden nicht mehr für den Versand der Fragebögen und für die Berechnung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Anhand der Leistungszahlen aus dem Vorjahr entscheidet die VPB, ob für einen Leistungserbringer eine Vollerhebung durchgeführt oder eine Stichprobe gezogen wird. Anschließend werden die Fragebögen versendet.

Das Modul für die Patientenbefragung geht nicht in die Sollstatistik für das Verfahren *QS PCI* ein; jedoch erfolgt retrospektiv, bezogen auf das vergangene Erfassungsjahr, ein Abgleich mit der Sollstatistik der fallbezogenen QS-Dokumentation (Tabelle 7). Für diesen Abgleich wird die Anzahl der fristgerecht an die VPB übermittelten Datensätze für die Patientenbefragung (Ist) der Anzahl der erwarteten Daten der fallbezogenen Dokumentation (Soll) gegenübergestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der spezifischen Bestimmungen für die Patientenbefragung eine exakte Übereinstimmung nicht erzielt werden kann. Updates und Stornos, die nach Ablauf der monatlichen Korrekturfrist eingehen, können für die Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden. Zudem gelten strenge Löschfristen, sodass eine spätere Zuordnung zu den Befragungsdaten nicht möglich ist. Für das aktuelle Jahr ist der Abgleich zwischen Soll und Ist eingeschränkt möglich. Die Gründe hierfür sind technische Probleme im Datenfluss sowie bei der korrekten Aufsummierung fristgerecht gelieferter Datensätze. Dadurch ist die Quote zwischen Soll und Ist nur eingeschränkt interpretierbar. Das IQTIG beobachtet im Zuge der wissenschaftlichen Begleitung kritisch die Datenqualität der von der VPB übermittelten Informationen und steht mit dieser im regelmäßigen Austausch, um Fehlerquellen zu identifizieren (u. a. korrekte Zuordnungen der Datensätze nach Exportmodulen) und gemeinsam an Lösungen zu arbeiten. Im Jahr 2025 haben 1.125 von 1.235 Leistungserbringern, die Prozeduren abgerechnet haben, mindestens einmal Daten für die Patientenbefragung geliefert. Folglich haben 120 Leistungserbringer keine Daten für die Patientenbefragung geliefert.

Tabelle 7: Soll-Ist-Abgleich Patientenbefragung (AJ 2026) - PCI

Erfassungsjahr	Anzahl der eingegangenen Dokumentationsdaten (Ist)	Anzahl der erwarteten Dokumentationsdaten (Soll)	Quote in %
2025	661.480	780.313	84,77
2024	609.579	754.238	80,82

Rücklaufquote der Patientenbefragung

Die Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen (Netto) im Verhältnis zu den versendeten (Brutto) wird in der Rücklaufquote dargestellt. Die fristgerecht zurückgesendeten Fragebögen sind die Auswertungsgrundlage für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. Die Rücklaufquote wird gemäß AAPOR-Standard RR6 (AAPOR 2023) berechnet. Aufgrund der oben genannten Pro-

bleme in der Aufsummierung der fristgerecht übermittelten Datensätze ergeben sich möglicherweise Diskrepanzen im Abgleich der beiden Datengrundlagen untereinander (z. B. auf Einzelfall-Ebene im Verhältnis zwischen versendeten Fragebögen und fristgerecht übermittelten Datensätzen).

Die Rücklaufquote von 48,21 % ist gegenüber dem Vorjahr zwar geringfügig rückläufig, aber insgesamt auf hohem Niveau. Dies lässt auf eine anhaltend hohe Akzeptanz der Befragung seitens der Patientinnen und Patienten schließen (Tabelle 8).

Tabelle 8: Rücklaufquote der Patientenbefragung (AJ 2026) – PCI

Erfassungsjahr	Anzahl versendete Fragebögen (Brutto)	Anzahl zurückgesendete Fragebögen (Netto)	Rücklaufquote in %
2025	142.349	68.625	48,21
2024	135.884	71.106	52,33

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

Der Anteil an isolierten Koronarangiografien in den Daten der Patientenbefragung liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 63,81 %; in der fallbezogenen Dokumentation bei 61,46 %. Der Anteil an PCI (isoliert, einzeitig) liegt in der Patientenbefragung bei 36,18 %; in der fallbezogenen Dokumentation bei 38,54 %. Der Anteil isolierter Koronarangiografien und isolierter oder einzeitiger PCI unterscheidet sich zwischen der Patientenbefragung und der fallbezogenen Dokumentation um jeweils ca. 2 Prozentpunkte. Bezüglich der Dringlichkeit der Prozedur bei der Patientenbefragung liegt der Anteil elektiver Prozeduren bei 68,13 %, während 31,86 % auf dringende/notfallmäßige Prozeduren entfallen. In der fallbezogenen QS-Dokumentation gibt es 66,97 % elektive und 33,03 % dringende/notfallmäßige Prozeduren. Das Geschlechterverhältnis in den Daten der Patientenbefragung liegt bei 61,23 % Männern zu 36,83 % Frauen; in der fallbezogenen Dokumentation gibt es 63,42 % Männer gegenüber 36,55 % Frauen. Die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, unterscheidet sich nur geringfügig von der Altersverteilung der fallbezogenen QS-Dokumentation. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Stichprobe der Patientenbefragung die Population des Gesamtverfahrens hinsichtlich der genannten Merkmale gut repräsentiert.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Überblick

Für die 3 Qualitätsindikatoren, die ausschließlich auf der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer basieren, zeigen sich gegenüber dem Vorjahr auf Bundesebene leichte Qualitätsverbesserungen.

Mit dem Qualitätsindikator 56000 wird überprüft, ob bei einer Patientin oder einem Patienten Ischämiezeichen, also Hinweise auf eine unzureichende Sauerstoffversorgung des Herzmuskels, vorliegen und die Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiografie demzufolge angemessen ist. Aufgrund noch bestehender Validitätsprobleme sind die Ergebnisse des Indikators im Auswertungsjahr 2026 jedoch nur bedingt aussagekräftig. Aus diesem Grund wurde für diesen Indikator – wie auch bereits im Vorjahr – kein Referenzbereich festgelegt bzw. auf die Ermittlung rechnerischer Auffälligkeiten verzichtet.

Der Qualitätsindikator 56003 überprüft die Prozessqualität im Rahmen der Notfallbehandlung von Herzinfarkten (ST-Hebungsinfarkten bzw. STEMI), indem die Zeit zwischen der Krankenhausaufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit akutem Herzinfarkt und der Notfall-PCI (bzw. dem Öffnen des Ballons) gemessen wird. Als Zielwert gilt eine Zeit von weniger als 60 Minuten („Door-to-balloon"-Zeit). Über die letzten Jahre hat sich das Bundesergebnis kontinuierlich verbessert. Auch im Auswertungsjahr 2026 setzt sich dieser Trend fort. So ist das Bundesergebnis von 81,10 % auf 82,45 % gestiegen. Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings auch, dass knapp jede 5. Patientin bzw. jeder 5. Patient (4.645 von 26.466 Patientinnen und Patienten) mit einem Herzinfarkt nicht innerhalb eines Zeitfensters von 60 Minuten die entsprechende Notfallversorgung erhalten hat. Jedoch können auch fallspezifische Besonderheiten zu einer Überschreitung der festgelegten „Door-to-balloon"-Zeit (< 60 Minuten) geführt haben. Inwieweit dies zutrifft, wird für die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geprüft. Dabei ist hervorzuheben, dass der Indikator im Stellungnahmeverfahren zum letzten Auswertungsjahr mit 65,22 % (30 von 46 Leistungserbringern) den höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten) innerhalb des Verfahrens *QS PCI* aufweist. Gemessen an der Gesamtzahl aller in den Indikator eingeschlossenen Leistungserbringer wurde für 4,42 % der Leistungserbringer ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Damit leistet dieser Indikator einen wichtigen Beitrag zur Förderung einer besseren Herzinfarktversorgung in den deutschen Krankenhäusern, indem Maßnahmen vereinbart werden (z. B. Implementierung von Behandlungspfaden, Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien, Durchführung von Audits), die zur Erreichung des Qualitätsziels („Möglichst niedrige ‚Door-to-balloon'-Zeit") beitragen.

Für die 3 Qualitätsindikatoren, die das Auftreten schwerer Komplikationen und Ereignisse (*major adverse cardiac and cerebrovascular events*; MACCE) wie Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall/Mini-Schlaganfall, erneute PCI am selben Gefäß oder aortokoronare Bypass-Operation (*coronary artery bypass grafting*; CABG) überprüfen, zeigen sich leicht verbesserte beobachtete Raten (ID 56018: 1,49 %; ID 56020: 2,75 %; ID 56022: 10,45 %). Dennoch ergibt sich – wie auch in den Vorjahren – weiterhin das Problem, dass Hinweise auf eine möglicherweise eingeschränkte Risikoadjustierung vorliegen. Diese stützen sich auf die in der Bundesauswertung dargestellten Vergleiche zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser – stationär, Krankenhäuser – ambulant, Belegärztinnen und -ärzte, Vertragsärztinnen und -ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) und zeigen für einige risikoadjustierte Qualitätsindikatoren deutliche, teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass – trotz Risikoadjustierung – einige Unterschiede in den Patientenkollektiven bislang noch

unberücksichtigt bleiben. Auch wenn bereits einige Anpassungen an den Risikomodellen vorgenommen wurden, ist es bislang noch nicht gelungen, die Modelle so zu gestalten, dass alle Bedenken zur Plausibilität der Ergebnisunterschiede ausgeräumt sind. Vor diesem Hintergrund wird weiter intensiv nach relevanten Einflussfaktoren und Lösungsmöglichkeiten gesucht. Da die vorliegenden Limitationen darauf schließen lassen, dass die Risikoadjustierung derzeit nicht angemessen ist, wurde der Referenzbereich für alle risikoadjustierten Ergebnisindikatoren (IDs 56012, 56018, 56020, 56022 und 56024) zum Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt. Somit finden in diesem Jahr für diese Indikatoren auch keine Stellungnahmeverfahren statt.

Im Rahmen des Verfahrens *QS PCI* wird auch gemessen, wie hoch die Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten nach Durchführung einer PCI innerhalb von 30 Tagen und innerhalb eines Jahres ist. Hierbei wird die 1-Jahressterblichkeit (ID 56026) ab dem Auswertungsjahr 2026 nur noch als Transparenzkennzahl ausgewertet und berichtet, und der Qualitätsindikator 56024 (30-Tage-Sterblichkeit) wird ohne Referenzbereich ausgewiesen. Beides ist darauf zurückzuführen, dass im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als nicht gegeben eingeschätzt wurde und nur eine geringe (nicht verbesserbare) Validität festgestellt wurde. Ursächlich für die Einschätzung war, dass der Tod einer Patientin oder eines Patienten innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters (8. bis 30. Tag bzw. 31. bis 365. Tag nach einer PCI) dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben werden kann. Darum hatte das IQTIG empfohlen, beide Qualitätsindikatoren abzuschaffen oder zumindest vorübergehend den Referenzbereich auszusetzen. Da jedoch die Indikatorenergebnisse, trotz der erwähnten Einschränkungen, eine wertvolle Information darstellen und für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich sein können, sollen beide Indikatoren als Kennzahlen weitergeführt werden. Folgerichtig wird ab dem kommenden Auswertungsjahr auch die 30-Tage-Sterblichkeit in Form einer Transparenzkennzahl ausgewertet und berichtet. Die rohen Sterblichkeitsraten liegen für beide Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr auf einem ähnlichen Niveau, wenngleich für die 30-Tage-Sterblichkeit über die letzten drei Auswertungsjahre ein Rückgang der Mortalität von 1,87 % (AJ 2024) auf 1,68 % (AJ 2026) zu verzeichnen ist. Naturgemäß liegt die 1-Jahressterblichkeit (AJ 2026: 5,71 %), insbesondere aufgrund des deutlich längeren Beobachtungszeitraums, deutlich über der 30-Tage-Sterblichkeit (AJ 2026: 1,68 %). Zu beachten ist, dass Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. bis zum 7. postprozeduralen Tag verstorben sind, nicht in die vorgenannten rohen Raten, sondern in die MACCE-Indikatoren einfließen.

2.2.2 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 9: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – PCI (QS-Dokumentation und Sozialdaten)

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)	71,97 % O = 232.655 N = 323.283	73,46 % O = 238.682 N = 324.932 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
56003	„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	81,10 % O = 23.370 N = 28.816	82,45 % O = 21.821 N = 26.466 (≥ 75,00 %)	vergleichbar
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	- O/E = – / - - O/N = – / -	1,09[1] O/E = 5.825 / 5.354,13 0,76 % O/N = 5.825 / 766.858 (nicht definiert)	nicht vergleichbar
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	95,34 % O = 112.653 N = 118.157	95,68 % O = 111.061 N = 116.074 (≥ 94,80 %; 5. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: MACCE				
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	1,03[1] O/E = 6.625 / 6.404,12 1,52 % O/N = 6.625 / 435.262	1,04[1] O/E = 6.609 / 6.371,63 1,49 % O/N = 6.609 / 443.183 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	1,01[1] O/E = 7.241 / 7.192,51 2,82 % O/N = 7.241 / 256.434	0,99[1] O/E = 7.235 / 7.275,26 2,75 % O/N = 7.235 / 262.770 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	1,03[1] O/E = 4.978 / 4.848,25 11,38 % O/N = 4.978 / 43.728	0,96[1] O/E = 4.506 / 4.670,76 10,45 % O/N = 4.506 / 43.140 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI				
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	1,02[1] O/E = 4.183 / 4.117,67 1,77 % O/N = 4.183 / 236.918	1,00[1] O/E = 4.057 / 4.052,29 1,68 % O/N = 4.057 / 241.189 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)*	1,00 O/E = 13.155 / 13.118,56 5,65 % O/N = 13.155 / 232.722	1,06 O/E = 13.530 / 12.824,06 5,71 % O/N = 13.530 / 237.117	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

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

Tabelle 10: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – PCI (QS-Dokumentation)

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56003	„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	2024	46 / 679	6,77	9
		2025	27 / 661	4,08	4
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	2024	36 / 710	5,07	3
		2025	40 / 801	4,99	5

© IQTIG 2026

2.2.3 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Detailergebnisse

Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) (ID 56000)

Tabelle 11: QI 56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	69,34 % O = 215.857 N = 311.309	71,97 % O = 232.655 N = 323.283	**73,46 %** **O = 238.682** **N = 324.932**
rechnerische Auffälligkeiten	52 / 1.031 5,04 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	14 / 52 26,92 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	14 / 1.031 1,36 %	**n. a.**	n. a.

Der Qualitätsindikator überprüft, ob für elektive, isolierte Koronarangiografien mit der führenden Indikation „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK" oder „Verdacht auf Progression der bekannten KHK" eine angemessene Indikationsstellung, die durch den Nachweis objektiver, nicht-invasiver Ischämiezeichen gegeben ist, vorlag.

In Zusammenhang mit der Interpretation der Ergebnisse für diesen Indikator muss darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) der Bedarf für eine Überarbeitung festgestellt wurde. Die Überprüfung hat ergeben, dass in diesen Indikator derzeit Fälle eingeschlossen werden, für die auch ohne objektiven Ischämienachweis die Durchführung einer isolierten Koronarangiografie indiziert ist. Dies betrifft insbesondere Patientinnen und Patienten, die trotz maximaler medikamentöser Therapie weiterhin eine Beschwerdesymptomatik (insbesondere Brustschmerz und Atemnot) aufweisen. Unter Berücksichtigung dieses Sachverhalts wäre mit großer Wahrscheinlichkeit ein besseres Bundesergebnis zu erwarten. Das IQTIG hat daher mit den prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026 Anpassungen an der Spezifikation und den Rechenregeln vorgenommen, um die Validität des Indikators zu verbessern. Die Vorschläge setzen insbesondere am Ausschluss der o. g. Patientinnen und Patienten und einer einfacheren und zielgenaueren Erhebung der Indikation zur Koronarangiografie an und basieren auf den Ergebnissen einer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 durchgeführten Sonderanalyse. Dies ist auch der Grund, weshalb im Auswertungsjahr 2024 – trotz eingeschränkter Validität des Indikators – ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde.

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

„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt (ID 56003)

Tabelle 12: QI 56003: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	79,66 % O = 22.960 N = 28.821	81,10 % O = 23.370 N = 28.816	82,45 % O = 21.821 N = 26.466
rechnerische Auffälligkeiten	35 / 693 5,05 %	46 / 679 6,77 %	**27 / 661** **4,08 %** **(Refbereich: ≥ 75,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	25 / 35 71,43 %	**30 / 46** **65,22 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	25 / 693 3,61 %	**30 / 679** **4,42 %**	n. a.

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

Das Bundesergebnis dieses Indikators hat sich im Auswertungsjahr 2026 gegenüber den Vorjahren weiter leicht verbessert. Demnach konnten durchschnittlich mindestens 4 von 5 Patientinnen und Patienten rechtzeitig (d. h. innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme) einer Rekanalisation zugeführt werden. Jedoch können auch fallspezifische Besonderheiten zu einer Überschreitung der festgelegten „Door-to-balloon"-Zeit (< 60 Minuten) geführt haben. Inwieweit dies zutrifft, wird für die rechnerisch auffälligen Leistungserbringer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geprüft. Der Median lag im Auswertungsjahr 2026 bundesweit bei 42 Minuten und hat sich damit gegenüber den letzten drei Jahren (AJ 2025 bis AJ 2023) um eine Minute reduziert.

Anzumerken ist, dass für den Indikator im Auswertungsjahr 2025 erstmals ein fester Referenzbereich (≥ 75,00 %) festgelegt wurde. Während im Vorjahr (AJ 2025) noch 6,77 % der in den Indikator eingeschlossenen Leistungserbringer (N = 679) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufwiesen, waren es im aktuellen Auswertungsjahr nur noch 4,08 % (N = 661). Da dieser Anteil somit deutlich zurückgegangen ist und unterhalb des 5. Perzentils liegt, wäre zukünftig zu prüfen, inwieweit der Referenzbereich noch angemessen ist. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass der Indikator im Auswertungsjahr 2025 mit 65,22 % (30 von 46 Leistungserbringern) den höchsten Anteil

qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten) über alle Indikatoren innerhalb des Verfahrens *QS PCI* aufweist.

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

Tabelle 13: QI 56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O/E = – / - - O/N = – / -	- O/E = – / - - O/N = – / -	**1,09**[1] **O/E** = **5.825 / 5.354,13** **0,76 %** **O/N** = **5.825 / 766.858**
rechnerische Auffälligkeiten	59 / 1.195 4,94 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 59 18,64 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 1.195 0,92 %	**n. a.**	n. a.

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

Der Qualitätsindikator überprüft, ob therapiebedürftige, nicht zerebrale Blutungen und andere punktionsnahe Komplikationen innerhalb der ersten 7 Tage nach einer isolierten Koronarangiografie, isolierten PCI oder einzeitigen Koronarangiografie und PCI aufgetreten sind. Das Qualitätsziel dieses Indikators ist ein möglichst geringer Anteil an therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen. Als Komplikation werden Thrombininjektionen nach Blutung, chirurgische/interventionelle Eingriffe nach Blutung oder ein Aneurysma spurium bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages gewertet.

Bereits seit dem Auswertungsjahr 2022 wurden in Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene Transfusionen aus dem Zähler des Qualitätsindikators ausgeschlossen, da eine eindeutige Zuordnung der kodierten Transfusion zur Prozedur, z. B. aufgrund möglicher weiterer Operationen, nicht sicher gegeben ist. Im Auswertungsjahr 2026 werden zusätzlich wieder Transfusionen in den Zähler des Indikators eingeschlossen. Die Wiederaufnahme der Transfusionen basiert auf dem zum Erfassungsjahr 2024 neu eingeführten Datenfeld „postprozedurale Transfusion im Zusammenhang mit der durchgeführten PCI oder Koronarangiographie". Über das Datenfeld kann nunmehr treffsicher erhoben werden, ob die Transfusion in einem kausalen Zusammenhang zur Indexleistung (isolierte Koronarangiografie, isolierte PCI oder einzeitige Koronarangiografie und PCI) stand. Jedoch bezieht sich die Erhebung ausschließlich auf den QS-Dokumentationsbogen, und Transfusionen, die nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach Abschluss des Behandlungsfalls (betrifft vertragsärztlich erbrachte Leistungen) verabreicht werden, werden

nicht eingeschlossen. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass der Großteil prozedurassoziierter Blutungen unmittelbar nach der Indexleistung auftritt bzw. der Transfusionsbedarf unmittelbar danach besteht.

Eine weitere Veränderung gegenüber dem Vorjahr besteht darin, dass das Zählereignis „postprozedurales Aneurysma spurium" nicht nur auf Basis von Sozialdaten, sondern zusätzlich auch auf Basis der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erhoben wird. Hierzu wurde zum Erfassungsjahr 2024 das Datenfeld „postprozedurales Aneurysma spurium" eingeführt. Ziel ist es, einer möglichen Unterdokumentation des Aneurysma spuriums in den Sozialdaten entgegenzuwirken.

Aufgrund der beiden vorgenannten Änderungen sind die Ergebnisse des aktuellen Auswertungsjahres nicht mit den Ergebnissen der Vorjahre vergleichbar. Daher werden in Tabelle 13 auch keine Bundesergebnisse für die Auswertungsjahre 2024 und 2025 ausgegeben. Da es patientenseitige Einflussfaktoren gibt, die einen Einfluss auf das Leistungserbringerergebnis haben, wurde im Auswertungsjahr 2024 (vgl. IQTIG 2023) eine Risikoadjustierung eingeführt. Diese wurde im aktuellen Auswertungsjahr unter Berücksichtigung der Risikofaktoren des Vorjahres neu berechnet. Den stärksten Einfluss auf das Indikatorergebnis zeigt – analog zum Vorjahr – der Risikofaktor „eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht" (Odds-Ratio: 2,841; Regressionskoeffizient: 1,04), der durch die erhöhte Blutungsneigung bei Patientinnen und Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz erklärt werden kann.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen der Risikoadjustierung zu beachten. Da die vorliegenden Limitationen darauf schließen lassen, dass die Risikoadjustierung derzeit nicht angemessen ist, wurde der Referenzbereich für diesen Indikator sowohl in den endgültigen Rechenregeln des Vorjahres (AJ 2025) als auch in den endgültigen Rechenregeln des aktuellen Auswertungsjahres (AJ 2026) ausgesetzt. Somit fanden im Auswertungsjahr 2025 bzw. finden im Auswertungsjahr 2026 keine Stellungnahmeverfahren für diesen Indikator statt.

Aus dem Bundesergebnis für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024 lässt sich ableiten, dass sich die rohe Rate gegenüber den letzten beiden Auswertungsjahren (AJ 2025: 0,51 %; AJ 2024: 0,48 %) auf 0,76 % (5.825 von 766.858) erhöht hat. Allerdings lässt sich dieser Anstieg damit erklären, dass der Zähler des Indikators zum Auswertungsjahr 2026 um die Ereignisse „Aneurysma spurium (QS-Dokumentation)" und „Transfusion (QS-Dokumentation)" erweitert wurde. Unter Abzug dieser Ereignisse wäre die rohe Rate des Auswertungsjahrs 2026 im Bereich der Vorjahresergebnisse (AJ 2024 und AJ 2025) einzuordnen. Von den derzeit in den Zähler eingeschlossenen Ereignissen (Komplikationen) machen therapiebedürftige Blutungen (durch Thrombininjektionen, Transfusion oder chirurgische/interventionelle Eingriffe nach Blutungen) mit ca. 83 % den größten Anteil aus; etwa 17 % der Komplikationen sind auf ein Aneurysma spurium zurückzuführen.

Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt (ID 56014)

Tabelle 14: QI 56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	95,24 % O = 113.461 N = 119.133	95,34 % O = 112.653 N = 118.157	**95,68 %** **O** = **111.061** **N** = **116.074**
rechnerische Auffälligkeiten	35 / 728 4,81 %	36 / 710 5,07 %	**40 / 801** **4,99 %** **(Refbereich:** **≥ 94,80 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 35 5,71 %	**2 / 36** **5,56 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 728 0,27 %	**2 / 710** **0,28 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator misst die Ergebnisqualität der PCI, indem überprüft wird, ob das zuvor verengte Gefäß durch die Ballondilatation erweitert werden konnte und der nach dem Eingriff gemessene Blutfluss in diesem Gefäß zufriedenstellend ausfällt.

Im Abschlussbericht des IQTIG zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) wurde empfohlen, die Subgruppen „Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)" und „subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)", für die ebenso das Erreichen des TIMI-3-Flusses als Prozedurerfolg gewertet wird, aus dem zur Abschaffung empfohlenen Indikator 56016 in den Nenner des Indikators 56014 zu überführen. Da die Abschaffungsempfehlung im Auswertungsjahr 2026 erstmals wirksam wird, wurde der Nenner des Indikators 56014 im Auswertungsjahr 2026 um die vorgenannten Subgruppen erweitert.

Mit Blick auf das Bundesergebnis ist festzustellen, dass es sich gegenüber den Vorjahren weiter leicht verbessert hat. Auch der Referenzbereich von ≥ 94,80 % (5. Perzentil) lässt darauf schließen, dass bundesweit bereits ein sehr hohes Qualitätsniveau für diesen Indikator besteht und die Mehrheit der Leistungserbringer das Qualitätsziel (Erreichen des TIMI-III-Flusses) im Zuge der Infarktbehandlung durch PCI erreicht.

Nur etwa jede 20. rechnerische Auffälligkeit (5,56 %) führte im Auswertungsjahr 2025 zu einer qualitativen Auffälligkeit. Zugleich ist festzuhalten, dass einem Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten (12 von 36) Dokumentationsfehler zugrunde lagen. Vor diesem Hintergrund sowie mit Blick auf die hohen und jahresübergreifend stabilen Bundesergebnisse drängt sich die Frage auf, inwieweit der Indikator noch über ausreichendes Verbesserungspotenzial verfügt und für die kardiologische Qualitätssicherung noch einen Nutzen stiftet. Hierzu wird das IQTIG die Eignung des Qualitätsindikators im Rahmen der Verfahrenspflege überprüfen.

Gruppe: MACCE (IDs 56018, 56020 und 56022)

Die Gruppe umfasst 3 risikoadjustierte Qualitätsindikatoren (IDs 56018, 56020 und 56022), die das Auftreten schwerer kardialer und zerebrovaskulärer Ereignisse (MACCE) bis zum 7. Tag nach einer isolierten Koronarangiografie (ID 56018), einer PCI (ID 56020) oder einer PCI bei Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt (ID 56022) überprüfen. Da für alle 3 Indikatoren Hinweise darüber vorliegen, dass die Risikoadjustierung derzeit nicht angemessen ist, wurde der Referenzbereich in den endgültigen Rechenregeln sowohl des Vorjahres (AJ 2025) als auch des aktuellen Auswertungsjahres (AJ 2026) ausgesetzt. Somit fanden bzw. finden in beiden Jahren keine Stellungnahmeverfahren für diese Indikatoren statt. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen der Risikoadjustierung sowie die im Abschnitt „Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)" beschriebenen Limitationen hinsichtlich der Vollzähligkeit der Sozialdaten zu berücksichtigen.

Tabelle 15: QI 56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,05[1] O/E = 6.611 / 6.304,85 1,60 % O/N = 6.611 / 413.571	1,03[1] O/E = 6.625 / 6.404,12 1,52 % O/N = 6.625 / 435.262	**1,04[1]** **O/E** = **6.609 / 6.371,63** **1,49 %** **O/N** = **6.609 / 443.183**
rechnerische Auffälligkeiten	58 / 1.173 4,94 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 58 1,72 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 1.173 0,09 %	**n. a.**	n. a.

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

Für den Indikator „MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie" (ID 56018) werden in der Grundgesamtheit alle Patientinnen und Patienten (auf Prozedurebene) betrachtet, die sich einer isolierten Koronarangiografie unterzogen haben und weder 7 Tage vor noch nach der Prozedur eine PCI erhielten. Im Zähler dieses Indikators werden Prozeduren von Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tags intraprozedural eine transitorische ischämische Attacke (TIA) bzw. einen Schlaganfall, einen koronaren Verschluss oder postprozedural einen neu aufgetretenen Herzinfarkt, eine TIA bzw. einen Schlaganfall aufwiesen oder verstorben sind. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2026 (d. h. für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024) bei 1,49 % und zeigt damit gegenüber den letzten 5 Auswertungsjahren den niedrigsten Stand. Im Vergleich über alle in

den Zähler eingeschlossenen Ereignisse tritt das Ereignis „Tod" mit 64,18 % am häufigsten auf, gefolgt von den Ereignissen „Myokardinfarkt" (19,09 %) und „Schlaganfall/TIA" (16,73 %). Anzumerken ist, dass etwa 90 % der Myokardinfarkte aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, weshalb davon auszugehen ist, dass diese Ereignisse überwiegend nach der Entlassung aus dem behandelnden Krankenhaus bzw. nach dem Tag der ambulanten Indexbehandlung aufgetreten sind.

Für den Qualitätsindikator 56018 werden insgesamt 47 Risikofaktoren in das Risikomodell eingeschlossen, von denen die folgenden die stärksten Effekte (absteigend sortiert) zeigen:

„Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)" (Regressionskoeffizient: 1,89; Odds-Ratio: 6,631); „Dringlichkeit: notfallmäßig" (Regressionskoeffizient: 1,39; Odds-Ratio: 4,018); „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation" (Regressionskoeffizient: 1,22; Odds-Ratio: 3,373) und „Indikation = 6: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI" (Regressionskoeffizient: 1,12; Odds-Ratio: 3,072).

Tabelle 16: QI 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,07[1] O/E = 7.506 / 7.009,84 3,07 % O/N = 7.506 / 244.165	1,01[1] O/E = 7.241 / 7.192,51 2,82 % O/N = 7.241 / 256.434	**0,99[1]** **O/E** = **7.235 / 7.275,26** **2,75 %** **O/N** = **7.235 / 262.770**
rechnerische Auffälligkeiten	49 / 971 5,05 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 49 4,08 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 971 0,21 %	**n. a.**	n. a.

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

Tabelle 17: QI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,02[1] O/E = 4.922 / 4.803,37 11,40 % O/N = 4.922 / 43.161	1,03[1] O/E = 4.978 / 4.848,25 11,38 % O/N = 4.978 / 43.728	**0,96[1]** **O/E** = **4.506 / 4.670,76** **10,45 %** **O/N** = **4.506 / 43.140**
rechnerische Auffälligkeiten	38 / 746 5,09 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 38 5,26 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 746 0,27 %	**n. a.**	n. a.

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

Die Qualitätsindikatoren 56020 und 56022 sind im Zähler identisch definiert und betrachten jeweils Patientinnen und Patienten mit PCI (isoliert oder einzeitig) ohne oder mit ST-Hebungsinfarkt. Als intra- oder postprozedurale Komplikationen werden ein neu aufgetretener Herzinfarkt/Re-Infarkt, ein Schlaganfall / eine TIA, eine erneute PCI am selben Gefäß oder eine CABG, die nach der PCI erfolgte, gewertet. Im Vergleich zum letzten Auswertungsjahr ergibt sich für die Berechnung des Zählers beider Indikatoren (IDs 56020 und 56022) eine relevante Änderung, wonach eine Re-PCI nur noch dann als Komplikation (Zählerereignis) gewertet wird, wenn zusätzlich zu der bislang bestehenden Bedingung (Re-PCI am selben Gefäß innerhalb von 7 Tagen) im QS-Dokumentationsbogen im Datenfeld „Indikation zur PCI" der Schlüssel „7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI" dokumentiert wurde. Die Änderung wurde in Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene als relevant erachtet, da nicht jede PCI am selben Gefäß innerhalb von 7 Tagen zwangsläufig eine Re-PCI bzw. Komplikation darstellen muss. Zum Beispiel kann es sich auch um eine Stage-PCI handeln, die in mehreren Sitzungen durchgeführt wird. Die Änderung trägt dazu bei, dass beide Indikatoren treffsicherer werden, da über die QS-Dokumentation nun bestätigt wird, dass es sich tatsächlich um eine Re-PCI mit Komplikationsbezug und nicht um eine weitere geplante PCI am selben Gefäß (die nicht zählerrelevant ist) handelt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten mit einem akuten STEMI, obwohl sie belegärztlich stationär versorgt wurden, in einzelnen Fällen irrtümlich dem ambulanten vertragsärztlichen Sektor zugeschrieben werden. Aufgrund dieser Einschränkung kann sich in einzelnen Fällen im Rahmen der Auswertung eine vertragsärztlich ambulant erbrachte STEMI-Versorgung darstellen. Im Rahmen der Ursachenanalyse wurde festgestellt, dass innerhalb der QS-Dokumentationssoftware eines QS-Softwareanbieters für das Datenfeld „Art der Leistungserbringung" vermutlich eine Vorbelegung (statt des Schlüssels „2 = stationär erbrachte Leistung" wird der Schlüssel „1 = ambulant erbrachte Leistung" dokumentiert) stattfindet, die dazu führt, dass eine Zuordnung des QS-Datensatzes zum Status „Belegarzt" nicht möglich ist. Der betreffende Anbieter hat angekündigt, seine QS-Dokumentationssoftware entsprechend anzupassen, sodass in den Folgejahren mit einem Rückgang der ambulant vertragsärztlich dokumentierten STEMI-Fälle zu rechnen ist. Dass es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem Rückgang kommt, darauf deuten die aktuellen Ergebnisse des Indikators 56003 hin, der sich bereits auf Daten aus dem Erfassungsjahr 2025 bezieht. Hier ist es zu einem sehr deutlichen Rückgang ambulant vertragsärztlich erbrachter Leistungen zugunsten eines Anstiegs stationärer

belegärztlicher Leistungen gekommen. Da es sich im Auswertungsjahr 2025 bei den vorliegenden Indikatoren um Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024 handelt und der Softwarefehler erst Mitte des Erfassungsjahrs 2024 festgestellt wurde, lässt sich eine verbindliche Aussage über die Behebung des Fehlers erst auf Basis der Daten des Erfassungsjahrs 2025 im kommenden Auswertungsjahr (AJ 2027) treffen.

Die rohe Rate liegt für den Indikator 56020 bei 2,75 % und zeigt damit gegenüber den Vorjahren (auch neu berechnet auf Basis der aktuellen Rechenregel) einen Rückgang und die jahresübergreifend geringste MACCE-Rate seit Auswertung des Indikators. Gleiches trifft auch auf den Indikator 56022 zu, für den sich eine rohe Rate von 10,45 % ergibt. Der sehr deutliche Unterschied zwischen den rohen Raten beider Indikatoren ist darauf zurückzuführen, dass im Indikator 56020 ausschließlich elektive Herzkathetereingriffe und im Indikator 56022 ausschließlich Herzkathetereingriffe bei Patientinnen und Patienten mit akutem Myokardinfarkt (ST-Hebungsinfarkt bzw. STEMI) betrachtet werden. Der recht deutliche Rückgang der bundesweiten MACCE-Rate gegenüber dem Vorjahr (nicht neu berechnet auf Basis der aktuellen Rechenregel) ist darauf zurückzuführen, dass die oben beschriebene Rechenregeländerung zu einem deutlichen Rückgang des Ereignisses „Re-PCI“ (ID 56020: 2.608 Re-PCI vs. 142 Re-PCI; ID 56022: 1.133 Re-PCI vs. 57 Re-PCI) geführt hat.

Für den Qualitätsindikator 56020 werden insgesamt 54 Risikofaktoren in das Risikomodell eingeschlossen, von denen folgende Risikofaktoren die stärksten Effekte (absteigend sortiert) zeigen:

„Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur“ (Regressionskoeffizient: 1,78; Odds-Ratio: 5,938); „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)“ (Regressionskoeffizient: 1,58; Odds-Ratio: 4,848); „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation“ (Regressionskoeffizient: 1,36; Odds-Ratio: 3,924) und Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) (Regressionskoeffizient: 0,79; Odds-Ratio: 2,212)

Für den Qualitätsindikator 56022 werden insgesamt 42 Risikofaktoren in das Risikomodell eingeschlossen, von denen folgende Risikofaktoren die stärksten Effekte (absteigend sortiert) zeigen:

„Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)“ (Regressionskoeffizient: 1,51; Odds-Ratio: 4,537); „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation“ (Regressionskoeffizient: 1,16; Odds-Ratio: 4,537); „PCI am letzten verbliebenen Gefäß“ (Regressionskoeffizient: 0,69; Odds-Ratio: 2,000); PCI am Hauptstamm (Regressionskoeffizient: 0,61; Odds-Ratio: 1,838) und „eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht“ (Regressionskoeffizient: 0,65; Odds-Ratio: 1,914)

Gruppe: Sterblichkeit bei PCI (IDs 56024 und 56026)

Tabelle 18: QI 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,04[1] O/E = 4.261 / 4.083,14 1,87 % O/N = 4.261 / 228.113	1,02[1] O/E = 4.183 / 4.117,67 1,77 % O/N = 4.183 / 236.918	**1,00[1]** **O/E = 4.057 / 4.052,29** **1,68 %** **O/N = 4.057 / 241.189**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

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

Tabelle 19: TKez 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06 O/E = 13.527 / 12.720,09 6,04 % O/N = 13.527 / 223.837	1,00 O/E = 13.155 / 13.118,56 5,65 % O/N = 13.155 / 232.722	**1,06** **O/E** = **13.530 / 12.824,06** **5,71 %** **O/N** = **13.530 / 237.117**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Gruppe umfasst den Qualitätsindikator „30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)“ (ID 56024) und die Transparenzkennzahl „1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)“ (ID 56026). Für beide wird das Ereignis „Tod“ aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Im Auswertungsjahr 2026 erfolgt die Berichterstattung für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024. Beide Kennzahlen ermitteln, wie viele der Patientinnen und

Patienten nach einer PCI innerhalb von 30 Tagen (ID 56024) bzw. innerhalb eines Jahres (ID 56026) verstorben sind. Damit Patientinnen und Patienten, die bereits innerhalb von 7 Tagen nach der Prozedur von den Qualitätsindikatoren der Gruppe MACCE (ID 56018, 56020 oder 56022) erfasst wurden, nicht doppelt gezählt werden, gehen sie nicht in die Grundgesamtheit der Gruppe „Sterblichkeit bei PCI" ein. Innerhalb dieser Gruppe werden zudem Patientinnen und Patienten, die bereits im Indikator 56024 erfasst wurden, nicht mehr in die Grundgesamtheit der Transparenzkennzahl 56026 eingeschlossen. Die „echte" 1-Jahres-Sterblichkeit (1. bis 365. postprozeduraler Tag) wird in Form einer Kennzahl zum Indikator 56026 zusätzlich ausgegeben, sodass eine Vergleichbarkeit auch im internationalen Kontext möglich ist.

Im Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) hat das IQTIG bei dieser Indikatorengruppe die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als nicht gegeben eingeschätzt, da das Ereignis „Tod" innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters (8. bis 30. Tag bzw. 31. bis 365. Tag nach PCI) dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben bzw. auf unterschiedliche (nicht prozedurbedingte) Ursachen zurückgeführt werden kann. Vor diesem Hintergrund hatte das IQTIG empfohlen, beide Qualitätsindikatoren abzuschaffen. Da jedoch die Indikatorenergebnisse eine wertvolle Information darstellen und für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich sein können, wurde empfohlen, die Indikatoren als Kennzahlen weiterzuführen. Dabei wurde der Indikator 56026 (1-Jahressterblichkeit) bereits – losgelöst von der Eckpunktebeauftragung des GBA – mit den prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2024 (GBA 2023) in eine Transparenzkennzahl überführt, sodass er ab diesem Auswertungsjahr nicht mehr als Qualitätsindikator ausgewertet wird. Dagegen wird der Indikator 56024 (30-Tage-Sterblichkeit) erst ab dem kommenden Auswertungsjahr (AJ 2027) (GBA 2024) als Transparenzkennzahl ausgewertet und im aktuellen Auswertungsjahr ersatzweise ohne Referenzbereich ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund ist auch das Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2025 entfallen und wird dies auch im Auswertungsjahr 2026. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die im Abschnitt 2.3.3 beschriebenen Limitationen hinsichtlich der Vollzähligkeit der Sozialdaten zu berücksichtigen.

Da es patientenseitige Einflussfaktoren gibt, die das Leistungserbringerergebnis beeinflussen können, werden sowohl der Indikator 56024 als auch die Transparenzkennzahl 56026 risikoadjustiert. Gleichwohl liegen für beide Kennzahlen Hinweise darüber vor, dass die Risikoadjustierung derzeit nicht angemessen ist. Folglich sind bei der Interpretation der Ergebnisse die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen zur Risikoadjustierung zu beachten.

Für den Indikator 56024 werden im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 47 Risikofaktoren in das Risikomodell eingeschlossen, von denen folgende Risikofaktoren die stärksten Effekte (absteigend sortiert) zeigen:

„Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS" (Regressionskoeffizient: 1,35; Odds-Ratio: 3,854), „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)" (Regressionskoeffizient: 1,24; Odds-Ratio: 3,467), „Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur" (Regressionskoeffizient:1,22; Odds-Ratio: 3,382), „Indikation = 5: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI" (Regressionskoeffizient: 1,04; Odds-Ratio: 2,820), „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation" (Regressionskoeffizient: 1,00; Odds-Ratio: 2,708) und

„Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert)“ (Regressionskoeffizient: 0,97; Odds-Ratio: 2,650)

Für die Transparenzkennzahl 56026 werden im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 49 Risikofaktoren in das Risikomodell eingeschlossen, von denen folgende Risikofaktoren die stärksten Effekte (absteigend sortiert) zeigen:

„eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht“ (Regressionskoeffizient: 1,32; Odds-Ratio: 3,760), „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV“ (Regressionskoeffizient: 0,84; Odds-Ratio: 2,316), „eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht“ (Regressionskoeffizient: 0,72; Odds-Ratio: 2,052) und „Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes“ (Regressionskoeffizient: 0,65; Odds-Ratio: 1,906)

Die nachfolgende Tabelle 20: stellt die Ergebnisse für die Gruppe „Sterblichkeit bei PCI“ für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024 dar. Mit Blick auf die rohen Raten zeigen beide Kennzahlen eine ähnliche Rate wie in den Vorjahren. Während die 30-Tage-Sterblichkeit (8. bis 30. postprozeduraler Tag) nach erfolgter PCI in den Vorjahren noch 1,87 % (AJ 2024) bzw. 1,77 % (AJ 2025) betrug, ist sie im aktuellen Auswertungsjahr auf 1,68 % weiter leicht gesunken und hat den niedrigsten Stand seit Auswertung des Indikators 56024 erreicht. Dagegen ist die rohe Rate für die 1-Jahres-Sterblichkeit (31. bis 365. postprozeduraler Tag) im Vergleich zum Vorjahr von 5,65 % auf 5,71 % zwar geringfügig gestiegen, dennoch liegt sie noch unterhalb der rohen Raten der Auswertungsjahre 2024 (6,04 %) und 2023 (6,10 %). Eine recht deutliche Verbesserung gegenüber den Vorjahren zeigt sich für die „echte“ 30-Tagesterblichkeitsrate (1. bis 30. Tag postprozeduraler Tag). Sie ist im Vergleich zu den Vorjahren von 5,18 % (AJ 2024) bzw. 4,91 % (AJ 2025) im aktuellen Auswertungsjahr auf 4,64 % (11.544 von 248.698 Patientinnen und Patienten) zurückgegangen. Ein ebenso rückläufiger Trend ergibt sich für die „echte“ 1-Jahressterblichkeitsrate (1. bis 365. postprozeduraler Tag). Sie ist von 10,91 % (AJ 2024) bzw. 10,28 % (AJ 2025) im aktuellen Auswertungsjahr auf 10,08 % (25.074 von 248.698 Patientinnen und Patienten) gesunken.

Tabelle 20: Ergebnisse zur Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI“ (Indexeingriffe aus dem EJ 2023)

Beschreibung	**Anzahl Bund (gesamt)**	**Ergebnis Bund (gesamt)**
30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (ID 56024) (8. bis 30. postprozeduraler Tag)		
O/N (*observed*, beobachtet)	4.057/241.189	1,68 %
E/N (*expected*, erwartet)	4.052,29/241.189	1,68 %
O/E	**-**	**1,00***
30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	11.544/248.698	4,64 %
Davon Anteil der Fälle mit:		
Indikation zur PCI		
ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	1.104/4.057	27,21 %

Beschreibung	Anzahl Bund (gesamt)	Ergebnis Bund (gesamt)
Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	1.714/4.057	42,25 %
akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	243/4.057	5,99 %
Dringlichkeit der Prozedur		
elektiver PCI	1.125/4.057	27,73 %
dringender PCI	1.179/4.057	29,06 %
notfallmäßiger PCI	1.753/4.057	43,21 %
1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (ID 56026) (31. bis 365. postprozeduraler Tag)		
O/N (*observed*, beobachtet)	13.530/237.117	5,71 %
E/N (*expected*, erwartet)	12.824,06/237.117	5,41 %
O/E	**-**	**1,06***
1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	25.074/248.698	10,08 %
Davon Anteil der Fälle mit:		
Indikation zur PCI		
ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	1.436/13.530	10,61 %
Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	4.664/13.530	34,47 %
akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	1.067/13.530	7,89 %
Dringlichkeit der Prozedur		
elektiver PCI	6.848/13.530	50,61 %
dringender PCI	4.207/13.530	31,09 %
notfallmäßiger PCI	2.475/13.530	18,29 %

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

2.2.4 Im Fokus: Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (IDs 56000 und 56101)

Sowohl bei der Patientenbefragung („Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie“; ID 56101) als auch bei der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer („Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)“; ID 56000) wird über jeweils einen Qualitätsindikator die Güte der Indikationsstellung zur elektiven Koronarangiografie erfasst. Anhand beider Indikatoren zeigt sich, dass die Qualität der Indikationsstellung verbesserungswürdig ist, auch wenn die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen. Vor diesem Hintergrund werden die Indikatoren im Folgenden zunächst mit Blick auf

das jeweils zugrunde liegende Qualitätsziel und die Definition der Grundgesamtheit und der Berechnungsweise betrachtet. Anschließend wird eine Einordnung der Ergebnisse vorgenommen.

Qualitätsziel

Der Qualitätsindikator der Patientenbefragung (ID 56101) verfolgt zwei Ziele, der Qualitätsindikator der fallbezogenen QS-Dokumentation (ID 56000) dagegen nur eins. Ersterer erfasst zum einen, ob die Patientinnen und Patienten über die Ziele und Folgen der Koronarangiografie informiert wurden, und zum anderen, ob sie vor der Prozedur Symptome wahrgenommen haben (Angina pectoris und Luftnot). Für den Indikator 56000 wiederum wird auf eine angemessene Indikationsstellung geschlossen, wenn diese auf Basis objektiver, nicht-invasiver Ischämiezeichen (z. B. Belastungs-EKG) erfolgte.

Hintergrund

Beide Indikatoren schließen Patientinnen und Patienten ein, bei denen eine elektive Koronarangiografie durchgeführt wurde. Für den Indikator 56000 wird die Grundgesamtheit zudem auf Patientinnen und Patienten mit der führenden Indikation „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „Verdacht auf Progression der bekannten KHK“ eingeschränkt. Außerdem werden Patientinnen und Patienten mit CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung) ausgeschlossen, da für diese Patientinnen und Patienten die Indikation zur Koronarangiografie auch ohne das Vorhandensein objektiver, nicht-invasiver Ischämiezeichen gegeben ist und sie im Falle eines Einschlusses ungerechtfertigterweise als auffällige Fälle zu werten wären. Derzeit schließt der Indikator allerdings noch Fälle ein, für die auch ohne objektiven, nicht-invasiven Ischämienachweis die Durchführung einer elektiven Koronarangiografie indiziert ist. Dies betrifft vor allem Patientinnen und Patienten, die trotz maximaler optimierter medikamentöser Therapie weiterhin eine Beschwerdesymptomatik (Leitsymptome sind Brustschmerz und Luftnot) aufweisen. Für das Erfassungsjahr 2026 wurden entsprechende Anpassungen an den Regeln zur Berechnung der Ergebnisse vorgenommen, um die vorgenannten Patientinnen und Patienten aus der Grundgesamtheit des Indikators auszuschließen. Die Betrachtung des Indikators 56000 zeigt alles in allem eine deutlich eingeschränkte Grundgesamtheit.

Für den Indikator 56000 werden alle elektiven Koronarangiografien, für die gesicherte oder fragliche, objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen (Belastungs-EKG, Herz-CT, Belastungsszintigrafie, Stress-Echo oder andere Tests) vorliegen, gezählt. Zudem werden ab dem Erfassungsjahr 2026 sowohl das Ruhe-EKG als auch die Ruhe-Echokardiografie nicht mehr als leitliniengerechte, zur Ischämiediagnostik geeignete Untersuchungsmethoden verstanden, weshalb sie in die Datenerhebung nicht mehr eingeschlossen sind.

Für den Indikator 56101 ergibt sich eine angemessene Indikation, wenn in der Patientenbefragung angegeben wurde, dass vor der Untersuchung eine Bypass-Operation oder eine andere Operation oder ein anderer Eingriff am Herzen geplant war oder Patientinnen und Patienten über die Möglichkeiten eines einzeitigen Vorgehens informiert wurden. In letzterem Fall müssen zusätzlich vor der Prozedur Angina-pectoris-Beschwerden vorgelegen haben, die in Verbindung mit bestimmten Belastungssituationen oder deren Vermeidung stehen.

Bewertung der Ergebnisse

Während der Anteil der angemessenen Indikationsstellungen für die fallbezogene QS-Dokumentation (ID 56000) im Auswertungsjahr 2026 73,46 % beträgt, weist das Erleben der Symptombelastung aus Patientensicht (ID 56101) darauf hin, dass für 46,50 % der Patientinnen und Patienten eine angemessene Indikationsstellung vorliegt, die für einen fairen Leistungserbringervergleich zudem risikoadjustiert wird. Damit weisen die Bundesergebnisse für beide Qualitätsindikatoren – wenn auch in unterschiedlichem Maße – Verbesserungspotenzial auf.

Ein direkter Vergleich der Ergebnisse beider Qualitätsindikatoren erscheint nicht zielführend, da sich beide Indikatoren, insbesondere durch unterschiedliche Definitionen der Qualitätsziele sowie unterschiedliche Berechnungsverfahren, voneinander abgrenzen. Vielmehr sind die Indikatorergebnisse als selbstständige und einander ergänzende Informationen zu verstehen. Im Rahmen einer ganzheitlichen Qualitätsbewertung können beide hilfreich dabei sein, Leistungserbringer zu identifizieren, die im besonderen Maße Verbesserungspotenzial bei der Indikationsstellung zur elektiven Koronarangiografie aufweisen. Anzumerken ist außerdem, dass das erste Zwischenergebnis nach Überarbeitung des Indikators 56000 für das erste Quartal im Auswertungsjahr 2027 einen deutlichen Rückgang des Bundesergebnisses auf 56,10 % aufweist.

2.2.5 Patientenbefragung: Überblick

Das Verfahren *QS PCI* umfasst im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 19 Qualitätsindikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität sowie zur Indikationsstellung, die ausschließlich auf der Patientenbefragung basieren. Folgende Themen werden dabei aufgegriffen:

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

Die Ergebnisse der Patientenbefragung bleiben im Auswertungsjahr 2026 gegenüber dem Vorjahr weitgehend stabil. Bestimmte Aspekte der Versorgungsqualität werden von den Patientinnen und Patienten weiterhin als sehr positiv bewertet. Mit Blick auf die Prozessqualität trifft das besonders auf die Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur (ID 56110) und auf das Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI (ID 56114) zu. Nicht gut bewertet wurde dagegen die Vergabe von Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI (ID 56113). Bei der Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI (ID 56112) fielen die Ergebnisse je nach Merkmal des Indikators gemischt aus: Gut bewertet wurden die Informationen zur Dauer der Medikamenteneinnahme und zur Art und Dosierung, nicht gut hingegen die Informationen über mögliche Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten sowie zum Verhalten bei einer Therapieunterbrechung. Mit Blick auf die

Ergebnisqualität wird von den meisten Patientinnen und Patienten positiv zurückgemeldet, dass es keine Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle (ID 56116) gab.

In der Regel ist eine elektive Koronarangiografie oder PCI nur indiziert, wenn die Patientin oder der Patient Symptome wie belastungsabhängigen Brustschmerz oder Belastungsdyspnoe empfindet. Auf Fragen zu ihren Symptomen vor einer elektiven Koronarangiografie (ID 56101) gaben Patientinnen und Patienten in ca. 41 % (13.444 von 32.509) der Fälle an, dass keine entsprechenden Symptome vorlagen. Bei Patientinnen und Patienten, die eine elektive PCI erhielten (ID 56100), gaben dies ca. 33 % an (4.642 von 14.246).

2.2.6 Hintergründe zu den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

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

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

Das Ergebnis eines Indikators wird anhand der Antworten von denjenigen Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers geschätzt, die in der jeweiligen Stichprobe enthalten sind und einen Fragebogen zurückgesendet haben. Die Ergebnisse sind nicht durch Einzelmeinungen oder besondere Einzelfälle zu erklären, sondern geben die Wahrnehmung dieser Patientinnen und Patienten wieder. Die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen erfolgt somit auf Basis der in der Befragung erhobenen Angaben der Patientinnen und Patienten zur erhaltenen Versorgung. Damit repräsentieren die Indikatorergebnisse die gemittelte Einschätzung dieser Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers. Im Unterschied zu den Indikatoren, die auf der Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, können die Ergebnisse nicht im Nachgang anhand von einzelnen Dokumentationen und Datensätzen, z. B. mit Patientenakten, fallspezifisch abgeglichen werden. Dies ist aufgrund der anonymen Befragung nicht möglich.

Interpretation der Ergebnisse der Patientenbefragung

Ein Indikatorergebnis der Patientenbefragung besteht aus einem Punktschätzer und einem Vertrauensbereich. Ein nicht-risikoadjustierter Indikatorwert wird entsprechend der Auswertungsmethodik (IQTIG 2024b) als Punktschätzer auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten dargestellt, wobei höhere Werte für ein besseres Ergebnis stehen. Der Referenzbereich gibt den Vergleichswert für die Auffälligkeitseinstufung vor. Bei der Betrachtung von Auffälligkeiten wird nicht der Punktschätzer berücksichtigt, sondern die obere Grenze des Vertrauensbereichs um den Punktschätzer. Ein Ergebnis wird dann als auffällig gewertet, wenn die obere Grenze des Vertrauensbereichs unterhalb des Referenzbereichs liegt.

Je größer die Zahl an tatsächlich ausgewerteten Fragebögen ist, desto kleiner ist die statistische Unsicherheit bei der Bestimmung des Indikatorwertes, was sich durch einen kleineren Vertrauensbereich ausdrückt. Umgekehrt erlauben die mit abnehmender Fallzahl breiter werdenden Vertrauensbereiche eine größere Abweichung des Indikatorwertes vom Referenzbereich, bevor das Ergebnis eines Leistungserbringers als rechnerisch auffällig klassifiziert wird. Ein Indikatorergebnis wird für einen Leistungserbringer nur berechnet, wenn für diesen mindestens 4 gültige Fragebögen vorliegen.

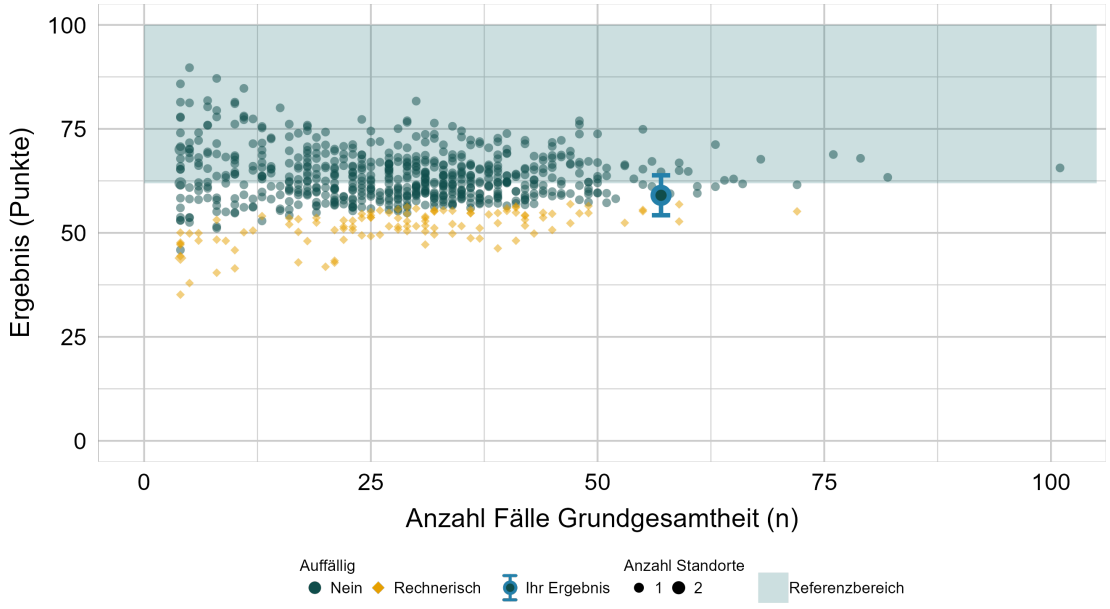


Abbildung 1: Beispiel einer grafischen Darstellung von Indikatorergebnissen der Patientenbefragung für einen Leistungserbringer

Manche Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung nutzen einen mittelwertbasierten Referenzwert. Dieser stellt eine Variante eines verteilungsbasierten Referenzwertes dar und ist durch den nach Fallzahl gewichteten Durchschnitt der Leistungserbringerergebnisse definiert. Andere Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (IDs 56106, 56107, 56108, 56111, 56112, 56113 und 56114) besitzen einen festen Referenzbereich. Für das Auswertungsjahr 2026 beträgt ihr Referenzwert den auf den nächsten Zehnerschritt aufgerundeten Mittelwert des Auswertungsjahres 2025, mit Ausnahme der Indikatoren 56108 und 56114: Für ersteren lag der Mittelwert im Vorjahr nur knapp

über 80 Punkten, weshalb der Referenzwert für das aktuelle Auswertungsjahr als 80 Punkte definiert ist; für letzteren lag der Mittelwert im Vorjahr bereits über 90 Punkten, weshalb der Referenzwert für das aktuelle Auswertungsjahr als 95 Punkte definiert ist. Der Qualitätsindikator 56102 wird im Auswertungsjahr 2026 letztmalig ausgewertet; ein Referenzbereich ist nicht hinterlegt.

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

Hinweise zur Interpretation der risikoadjustierten Indikatorergebnisse der Patientenbefragung

4 Indikatoren der Patientenbefragung werden risikoadjustiert (IDs 56100, 56101, 56117 und 56118). Für diese Indikatoren wird als Ergebnis eine SMOR (Standardized Mortality Odds Ratio) berechnet, die das beobachtete Indikatorergebnis mit einem für das Patientenkollektiv erwartbaren Indikatorergebnis in Beziehung setzt. Die Interpretation der Ergebnisse weicht von den nicht-risikoadjustierten Indikatoren ab. SMOR-Ergebnisse besitzen als Verhältnisangabe keine Einheit und können Werte > 0 annehmen. Da in der Patientenbefragung der beobachtete Indikator die Häufigkeit von erwünschten Ereignissen misst, gilt: Je höher der SMOR-Wert ausfällt, desto besser ist das Ergebnis. Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung sind SMOR-Werte > 1 positiv zu bewerten. Ab diesem Wert ist das beobachtete Indikatorergebnis besser, als anhand des befragten Patientenkollektivs des Leistungserbringers erwartet werden konnte. Im Gegensatz dazu erfassen die O/E-Indikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten unerwünschte Ereignisse, sodass dort Werte > 1 negativ zu bewerten sind.

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

Hinweise zur Darstellung der Ergebnisse der Patientenbefragung in der Bundesauswertung

Die Ergebnisse der Patientenbefragung in der Bundesauswertung enthalten folgende wesentliche Elemente: die Tabellen „Detailergebnisse“ und „Ergebnisse der Merkmale“, grafische Darstellungen der Ergebnisse im zeitlichen Verlauf und nach Vergleichsgruppen, eine Grafik, die die Ergebnisse nach der Grundgesamtheit je Leistungserbringer (Streudiagramm) differenziert, sowie eine Tabelle der Ergebnisse über alle Leistungserbringer, die neben minimalen und maximalen Punktwerten auch die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen wiedergibt. Außerdem dienen Balkendiagramme und zugehörige Tabellen der Dokumentation der Häufigkeitsauszählungen auf Ebene der zugehörigen Items.

In den grafischen Darstellungen der Indikatorergebnisse ist aus Gründen der Lesbarkeit zu beachten, dass nur der Punktschätzer abgebildet wird, nicht jedoch der Vertrauensbereich (anders als in Abbildung 1). Jeder Punkt stellt ein Leistungserbringerergebnis dar. Bei der Interpretation der Auffälligkeiten sind die Farben der abgebildeten Punktschätzer zu berücksichtigen (Abbildung 1). Bei den grün gekennzeichneten Punkten schneidet der (nicht dargestellte) Vertrauensbereich den Referenzbereich und das Ergebnis ist nicht auffällig. Bei den gelb gekennzeichneten Punkten liegt der (nicht dargestellte) Vertrauensbereich komplett unterhalb des Referenzbereichs und stellt damit ein auffälliges Ergebnis dar. Im Beispiel in Abbildung 1 ist der Leistungserbringer nicht rechnerisch auffällig, obwohl der Punktschätzer außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ausschlaggebend für die Einstufung als rechnerisch auffällig ist in diesem Fall der Vertrauensbereich.

In der Tabelle der Detailergebnisse wird das Indikatorergebnis stratifiziert dargestellt. In der Spalte „Ergebnis n“ wird die Anzahl der gültigen Fragebögen, die diesem Indikatorergebnis zugrunde liegen, ausgewiesen. Die beiden Spalten „Ergebnis in Punkte“ und „95%-Vertrauensbereich in Punkte“ weisen den Punktschätzer und den zugehörigen Vertrauensbereich aus.

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

Schließlich ist auch eine Detailauswertung aller Items, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren eingehen, in der Bundesauswertung enthalten. Sie dient insbesondere bei Indikatoren, die aus mehr als einem Merkmal und mehr als einem Item bestehen, dazu, eine tiefergehende Analyse zur gezielten Verbesserung von Versorgungsstrukturen und -prozessen vornehmen zu können. Leistungserbringer können anhand der Antwortverteilungen der einzelnen Items erkennen, welches Ereignis / welches Thema von den Patientinnen und Patienten so beantwortet wurde, dass sich daraus Verbesserungspotenziale für die Versorgungsstrukturen und -prozesse in der Einrichtung ergeben.

2.2.7 Patientenbefragung: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 21: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – PCI (Patientenbefragung)

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	1,14[1] (rohes Bundesergebnis: 60,05 Punkte) n = 14.612	1,08[1] (rohes Bundesergebnis: 58,55 Punkte) n = 14.246 (≥ 1,08; Mittelwert)	vergleichbar
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	1,07[1] (rohes Bundesergebnis: 55,49 Punkte) n = 33.998	1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 54,43 Punkte) n = 32.509 (≥ 1,03; Mittelwert)	vergleichbar
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	88,21 Punkte n = 30.816	87,26 Punkte n = 29.814 (nicht definiert)	vergleichbar
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	89,18 Punkte n = 71.106	89,56 Punkte n = 68.622 (≥ 89,56 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	86,68 Punkte n = 71.106	86,70 Punkte n = 68.622 (≥ 86,70 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	85,11 Punkte n = 71.106	85,17 Punkte n = 68.622 (≥ 85,17 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	75,09 Punkte n = 48.610	74,83 Punkte n = 46.755 (≥ 80,00 Punkte)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	89,65 Punkte n = 40.832	89,72 Punkte n = 39.539 (≥ 90,00 Punkte)	vergleichbar
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	80,49 Punkte n = 48.610	80,59 Punkte n = 46.755 (≥ 80,00 Punkte)	vergleichbar
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	84,20 Punkte n = 48.610	84,02 Punkte n = 46.755 (≥ 84,02 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	91,25 Punkte n = 18.189	90,83 Punkte n = 17.366 (≥ 90,83 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	79,82 Punkte n = 71.106	79,57 Punkte n = 68.622 (≥ 80,00 Punkte)	vergleichbar
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	61,62 Punkte n = 21.614	60,98 Punkte n = 20.896 (≥ 70,00 Punkte)	vergleichbar
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	49,10 Punkte n = 11.015	55,66 Punkte n = 10.585 (≥ 50,00 Punkte)	vergleichbar
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	91,88 Punkte n = 7.947	91,82 Punkte n = 7.651 (≥ 95,00 Punkte)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	78,26 Punkte n = 71.106	78,04 Punkte n = 68.622 (≥ 78,04 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	93,53 Punkte n = 71.106	93,69 Punkte n = 68.622 (≥ 93,69 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 85,10 Punkte) n = 48.610	1,05[1] (rohes Bundesergebnis: 85,33 Punkte) n = 46.755 (≥ 1,05; Mittelwert)	vergleichbar
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 52,08 Punkte) n = 14.612	1,04[1] (rohes Bundesergebnis: 51,52 Punkte) n = 14.246 (≥ 1,04; Mittelwert)	vergleichbar

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

Tabelle 22: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (AJ 2026) – PCI (Patientenbefragung)

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	2024	44 / 709	6,21	6
		2025	49 / 722	6,79	3
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	2024	48 / 847	5,67	9
		2025	51 / 845	6,04	8
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	2024	117 / 894	13,09	29
		2025	135 / 896	15,07	39
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	2024	214 / 894	23,94	118
		2025	199 / 896	22,21	103
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	2024	273 / 894	30,54	170
		2025	266 / 896	29,69	181
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	2024	224 / 858	26,11	104
		2025	508 / 857	59,28	182
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	2024	56 / 852	6,57	7
		2025	47 / 850	5,53	6
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	2024	123 / 858	14,34	42
		2025	102 / 857	11,90	37

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	2024	165 / 858	19,23	78
		2025	154 / 857	17,97	89
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	2024	71 / 806	8,81	12
		2025	79 / 805	9,81	16
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	2024	161 / 894	18,01	68
		2025	178 / 896	19,87	73
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	2024	126 / 749	16,82	35
		2025	454 / 753	60,29	92
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	2024	74 / 635	11,65	21
		2025	32 / 621	5,15	18
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	2024	7 / 659	1,06	1
		2025	15 / 668	2,25	1
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	2024	88 / 894	9,84	36
		2025	98 / 896	10,94	36
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	2024	15 / 894	1,68	2
		2025	27 / 896	3,01	3

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	2024	114 / 858	13,29	27
		2025	115 / 857	13,42	33
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	2024	33 / 709	4,65	3
		2025	43 / 722	5,96	0

2.2.8 Patientenbefragung: Detailergebnisse

Indikatoren zur Indikationsstellung aus Patientensicht (IDs 56100–56102)

Tabelle 23: QI 56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,20[1] (rohes Bundesergebnis: 61,38 Punkte) n = 13.945	1,14[1] (rohes Bundesergebnis: 60,05 Punkte) n = 14.612	**1,08[1] (rohes Bundesergebnis: 58,55 Punkte) n = 14.246**
rechnerische Auffälligkeiten	54 / 678 7,96 %	44 / 709 6,21 %	**49 / 722 6,79 % (Refbereich: ≥ 1,08; Mittelwert)**

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

Tabelle 24: QI 56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,11[1] (rohes Bundesergebnis: 56,13 Punkte) n = 33.028	1,07[1] (rohes Bundesergebnis: 55,49 Punkte) n = 33.998	**1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 54,43 Punkte) n = 32.509**
rechnerische Auffälligkeiten	61 / 831 7,34 %	48 / 847 5,67 %	**51 / 845 6,04 % (Refbereich: ≥ 1,03; Mittelwert)**

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

Insgesamt 3 Indikatoren adressieren die Indikationsstellung aus Patientensicht. Die beiden Indikatoren „Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI" (ID 56100, rohes Bundesergebnis: 58,55 Punkte) und „Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie" (ID 56101, rohes Bundesergebnis: 54,43 Punkte) verfolgen das Qualitätsziel, dass nur diejenigen Patientinnen und Patienten eine PCI bzw. eine Koronarangiografie erhalten, die auch spürbare Symptome wahrnehmen (z. B. Angina-pectoris-Beschwerden). Beide Qualitätsindikatoren werden risikoadjustiert. Trotz der niedrigen Zahl an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen gab jeweils mehr als ein Drittel der befragten Patientinnen und Patienten an, keine hinreichenden Symptome zu haben, sodass die Praxis der Indikationsstellung sowohl bei der elektiven Koronarangiografie als auch bei der elektiven PCI insgesamt kritisch zu hinterfragen ist (ID 56100: 36,68 %; ID 56101: 38,63 %).

Tabelle 25: QI 56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	88,03 Punkte n = 30.797	88,21 Punkte n = 30.816	**87,26 Punkte** **n** = **29.814**
rechnerische Auffälligkeiten	46 / 829 5,55 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**

Der Qualitätsindikator „Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur" (ID 56102) misst, ob Patientinnen und Patienten direkt im Anschluss an die Prozedur einen routinemäßigen Termin für eine weitere Koronarangiografie erhalten. Dies soll explizit vermieden werden. Die Grundgesamtheit ist dabei auf diejenigen Patientinnen und Patienten eingeschränkt, die einen Fragebogen zurückgesendet haben und verneinen, dass nach ihrer Prozedur eine Koronarangiografie und/oder eine PCI bereits geplant war oder durchgeführt wurde. Hierdurch soll vermieden werden, dass es zu Verwechslungen zwischen indizierten Koronarangiografien bzw. PCI und „routinemäßigen Kontrollkoronarangiografien" kommt, die per se nicht medizinisch notwendig sind. 86,71 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, verneinten, einen solchen Termin für eine Kontrollangiografie erhalten zu haben. Da der Referenzbereich dieses Indikators in diesem Auswertungsjahr – wie auch im vorherigen Auswertungsjahr 2025 gemäß Beschluss des GBA – ausgesetzt wurde, gibt es keine Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Der Grund für die Aussetzung ist, dass in den Beratungen des GBA die Eignung des Indikators zur validen Abbildung der Qualitätsanforderung als eingeschränkt eingeschätzt wurde.

Indikatoren zur Prozessqualität aus Patientensicht (IDs 56103–56115)

Tabelle 26: QI 56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	88,44 Punkte n = 68.221	89,18 Punkte n = 71.106	**89,56 Punkte** **n** = **68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	114 / 895 12,74 %	117 / 894 13,09 %	**135 / 896** **15,07 %** **(Refbereich: ≥ 89,56 Punkte; Mittelwert)**

Insgesamt 13 von 19 Indikatoren adressieren die Prozessqualität aus Patientensicht. Der Qualitätsindikator „Prozessbegleitende Koordination der Versorgung" (ID 56103) adressiert mittels zweier Merkmale einerseits, inwiefern Patientinnen und Patienten vom Pflegepersonal und vom ärztlichen Personal deckungsgleiche Informationen erhalten, anderseits wird erfragt, ob Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, Angehörige zu ärztlichen Gesprächen mitzubringen. Der Indikator wird für alle Gruppen des Verfahrens berechnet. Dabei fallen die Ergebnisse für die „Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten im Team" mit 89,51 Punkten

und das „Angebot, Angehörige einzubeziehen“ mit 89,36 Punkten nahezu gleich aus. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 zeigt sich hier ein nahezu gleichbleibender bundesweiter Mittelwert. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich dabei von 117 im Auswertungsjahr 2025 auf 135 im Auswertungsjahr 2026 leicht gesteigert.

Tabelle 27: QI 56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	87,76 Punkte n = 68.221	86,68 Punkte n = 71.106	**86,70 Punkte** **n = 68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	239 / 895 26,70 %	214 / 894 23,94 %	**199 / 896** **22,21 %** **(Refbereich: ≥ 86,70 Punkte; Mittelwert)**

Tabelle 28: QI 56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	84,66 Punkte n = 68.221	85,11 Punkte n = 71.106	**85,17 Punkte** **n = 68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	260 / 895 29,05 %	273 / 894 30,54 %	**266 / 896** **29,69 %** **(Refbereich: ≥ 85,17 Punkte; Mittelwert)**

Die beiden Indikatoren „Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals“ (ID 56104) und „Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte“ (ID 56105) adressieren den Umgang des Pflege- und Assistenzpersonals sowie der Ärztinnen und Ärzte mit Patientinnen und Patienten als qualitätsrelevantes Thema. Das Qualitätsziel besteht jeweils darin, den Patientinnen und Patienten höflich, respektvoll und zugewandt zu begegnen. Beide Qualitätsindikatoren haben eine hohe Auffälligkeitsrate. Dies liegt an einer Kombination aus hohen mittelwertbasierten Referenzwerten der Indikatoren (Tabelle 21 und Tabelle 22) und einer hohen Anzahl an zugrunde liegenden Items, aufgrund derer die statistische Unsicherheit einzelner Leistungserbringerergebnisse vergleichsweise klein ist. Bei der Kommunikation und Interaktion mit dem Pflege- und Assistenzpersonal liegt das größte Potenzial zur Verbesserung beim Eingehen auf Anliegen der Patientinnen und Patienten (80,88 Punkte). Beim ärztlichen Personal schneidet das Eingehen auf Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten während des Aufenthalts am schlechtesten ab (75,89 Punkte). Zudem gaben 22,04 % der 68.622 befragten Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, an, nie oder selten vom ärztlichen Personal ermutigt worden zu sein, Fragen zu stellen. Demgegenüber gaben 92,99 % der Patientinnen und Patienten an, dass die Informationen, die sie von den Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten haben, immer oder meistens verständlich waren.

Tabelle 29: QI 56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	74,59 Punkte n = 46.973	75,09 Punkte n = 48.610	**74,83 Punkte** **n** = **46.755**
rechnerische Auffälligkeiten	212 / 851 24,91 %	224 / 858 26,11 %	**508 / 857** **59,28 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 Punkte)**

Der Qualitätsindikator „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur" (ID 56106) adressiert patientenrelevante Themen wie die Information über die Zielsetzung der Prozedur, mögliche Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz der Prozedur, den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen und den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs und der Sedierung sowie das Besprechen von Sorgen und Ängsten. Dem Qualitätsindikator liegen also insgesamt 8 Merkmale zugrunde. Vor dem Hintergrund des Bundesergebnisses besteht Potenzial zur Verbesserung. Besonders hohen Handlungsbedarf signalisiert das Ergebnis zur Information über Behandlungsalternativen zum Eingriff. 44,89 % der 46.755 befragten Patientinnen und Patienten, die eine elektive Prozedur hatten und einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, nicht über andere Behandlungsmöglichkeiten informiert worden zu sein. Darüber hinaus gaben 26,84 % der Patientinnen und Patienten an, nicht über die therapeutischen Konsequenzen einer PCI (bzw. Stenteinlage) informiert worden zu sein. Der sehr hohe Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten von 59,28 % geht auf den festen Referenzbereich von 80 Punkten zurück, dessen gefordertes Qualitätsniveau in der Gesamtheit der Leistungserbringer in vielen Fällen nicht erreicht wird. Im Auswertungsjahr 2025 lag der mittelwertbasierte Referenzbereich bei 75,09 Punkten.

Tabelle 30: QI 56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	89,65 Punkte n = 39.481	89,65 Punkte n = 40.832	**89,72 Punkte** **n** = **39.539**
rechnerische Auffälligkeiten	47 / 836 5,62 %	56 / 852 6,57 %	**47 / 850** **5,53 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 Punkte)**

Der Qualitätsindikator „Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur" (ID 56107) schneidet hingegen gut ab. Patientinnen und Patienten wissen in der Regel, wie sie ihre Medikamente bis zur elektiven Prozedur einnehmen müssen (86,89 % antworteten mit „Ja"). Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 sind kaum Unterschiede im bundesweiten Ergebnis erkennbar, jedoch ist eine leichte Verringerung der Anzahl von Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu verzeichnen.

Tabelle 31: QI 56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	80,96 Punkte n = 46.973	80,49 Punkte n = 48.610	**80,59 Punkte** **n** = **46.755**
rechnerische Auffälligkeiten	116 / 851 13,63 %	123 / 858 14,34 %	**102 / 857** **11,90 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 Punkte)**

Der Qualitätsindikator „Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten" (ID 56108) adressiert nur die Patientinnen und Patienten mit elektiver Prozedur. Diese sollen je nach ihren Bedürfnissen in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden. 79,06 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, immer oder meistens so einbezogen worden zu sein, wie sie wollten.

Tabelle 32: QI 56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	83,80 Punkte n = 46.973	84,20 Punkte n = 48.610	**84,02 Punkte** **n** = **46.755**
rechnerische Auffälligkeiten	167 / 851 19,62 %	165 / 858 19,23 %	**154 / 857** **17,97 %** **(Refbereich: ≥ 84,02 Punkte; Mittelwert)**

Mit dem Qualitätsindikator „Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur" (ID 56109) wird die Wartezeit im Patientenhemd unmittelbar vor der Prozedur adressiert, die möglichst gering sein soll. Insgesamt gaben 10,41 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, an, länger als 2 Stunden in der OP-Kleidung gewartet zu haben.

Tabelle 33: QI 56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	91,44 Punkte n = 17.371	91,25 Punkte n = 18.189	**90,83 Punkte** **n** = **17.366**
rechnerische Auffälligkeiten	63 / 770 8,18 %	71 / 806 8,81 %	**79 / 805** **9,81 %** **(Refbereich: ≥ 90,83 Punkte; Mittelwert)**

Der Qualitätsindikator „Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur" (ID 56110) adressiert die Zeit im Herzkatheterlabor und erfasst Fragen zum Kennenlernen der durchführenden Ärztin oder des durchführenden Arztes, Erklären des Ablaufs und Beruhigen der Patientin oder des Patienten. Patientinnen und Patienten, die ein Beruhigungsmittel erhalten haben, werden von der Berechnung des Indikators ausgeschlossen. Der Qualitätsindikator weist ein gutes

Bundesergebnis aus, das gegenüber dem Vorjahr konstant bzw. nur sehr leicht rückläufig ist. Besonders gut hat das Merkmal zur Beruhigung der Patientinnen und Patienten abgeschnitten: 90,10 % gaben an, dass das Pflege- und Assistenzpersonal während der Prozedur beruhigend auf sie eingegangen sei.

Tabelle 34: QI 56111: Patienteninformation nach der Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	78,71 Punkte n = 68.221	79,82 Punkte n = 71.106	**79,57 Punkte** **n** = **68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	177 / 895 19,78 %	161 / 894 18,01 %	**178 / 896** **19,87 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 Punkte)**

Der Qualitätsindikator „Patienteninformation nach der Prozedur" (ID 56111) adressiert verschiedene Themen der Nachsorge. So soll mit Patientinnen und Patienten umfassend über Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnisse, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen sowie über Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung gesprochen werden. Darüber hinaus sollen Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, wie sie Komplikationen erkennen können und wie mit diesen umzugehen ist, wie die ärztliche Weiterbehandlung ablaufen soll, dass Herzerkrankungen durch den eigenen Lebensstil beeinflussbar sind (Sekundärprävention bei PCI) und wie zuvor abgesetzte Medikamente nach der elektiven Prozedur wieder einzunehmen sind. Dem Indikator liegen demnach 7 Merkmale zugrunde. Besonders schlecht fällt das Item zu passenden Empfehlungen zu Bewegung oder Sport aus. 44,44 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, solche Empfehlungen nicht erhalten zu haben. Zur Sekundärprävention gaben 22,60 % der Patientinnen und Patienten an, nicht darüber informiert worden zu sein, dass sie ihre Herzerkrankung durch den Lebensstil beeinflussen können. Sehr gute Ergebnisse konnten hingegen beim Besprechen der Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse erzielt werden: 87,71 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, dass diese Gespräche bei ihnen erfolgt seien. Ähnlich gut schneidet das Item zur Einnahme von zuvor abgesetzten Medikamenten ab: 87,07 % der Patientinnen und Patienten gaben an, hierüber informiert worden zu sein.

Tabelle 35: QI 56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	61,92 Punkte n = 21.017	61,62 Punkte n = 21.614	**60,98 Punkte** **n** = **20.896**
rechnerische Auffälligkeiten	115 / 739 15,56 %	126 / 749 16,82 %	**454 / 753** **60,29 %** **(Refbereich: ≥ 70,00 Punkte)**

Über den Qualitätsindikator „Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI" (ID 56112) wird gemessen, inwiefern Patientinnen und Patienten umfassend über die

notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei Unterbrechen der Medikation sowie Art und Dosierung). Dabei schneiden die Informationen zur Dauer der Medikamenteneinnahme (89,30 Punkte) und zur Art und Dosierung (88,62 Punkte) vergleichsweise gut ab. Bei den Informationen zu Neben- und Wechselwirkungen (33,57 Punkte) sowie zum Verhalten bei Unterbrechungen der Medikation (31,55 Punkte) fallen die Ergebnisse dagegen schlecht aus. So gaben 59,15 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, an, nicht über mögliche Neben- und Wechselwirkungen informiert worden zu sein. 59,35 % der Patientinnen und Patienten gaben an, keine Informationen darüber erhalten zu haben, was zu tun ist, wenn die Medikamenteneinnahme vergessen wurde. Nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene bildet dieses Ergebnis die Versorgungsrealität und eine entsprechende Lücke ab. Der sehr hohe Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten von 60,29 % geht auf den festen Referenzbereich von 70 Punkten zurück, dessen gefordertes Qualitätsniveau in der Gesamtheit der Leistungserbringer in vielen Fällen nicht erreicht wird. Im Auswertungsjahr 2025 lag der mittelwertbasierte Referenzbereich bei 61,62 Punkten.

Tabelle 36: QI 56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	49,39 Punkte n = 10.867	49,10 Punkte n = 11.015	**55,66 Punkte** **n** = **10.585**
rechnerische Auffälligkeiten	66 / 611 10,80 %	74 / 635 11,65 %	**32 / 621** **5,15 %** **(Refbereich: ≥ 50,00 Punkte)**

Der Indikator „Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI“ (ID 56113) ist der einzige in der Patientenbefragung, der nur die akuten / dringlichen PCI in der Grundgesamtheit adressiert. Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über die Möglichkeiten einer Rehabilitation informiert werden und Anlaufstellen mitgeteilt bekommen, falls sie sich (aufgrund ihrer Herzerkrankung) psychisch belastet fühlen. Der Indikator setzt sich aus 2 Merkmalen zusammen. Insbesondere bei der Information zum Umgang mit psychischer Belastung nach der Behandlung zeigt sich starker Verbesserungsbedarf. Lediglich 16,15 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, solche Informationen erhalten zu haben. 19,23 % der Patientinnen und Patienten gaben an, diese Information nicht erhalten zu haben, obwohl sie sie gebraucht haben. 55,40 % der Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie die Information nicht gebraucht haben. Allerdings ist über die Zeit im Vergleich zu den Vorjahren eine Verbesserung des Bundesergebnisses für dieses Merkmal zu erkennen, die sich auch im Indikator insgesamt abbildet. Etwas besser, aber ebenfalls insgesamt nicht gut, fiel das Ergebnis beim anderen Merkmal aus: 61,31 % der Patientinnen und Patienten gaben an, über Möglichkeiten zur Rehabilitation informiert worden zu sein. 32,22 % der Patientinnen und Patienten gaben an, eine entsprechende Information nicht erhalten zu haben. Das Expertengremium auf Bundesebene unterstreicht dieses Ergebnis für die Versorgungs-

praxis. Da beide Merkmale zwar Informationen nach der Prozedur erfassen, mit der Rehabilitation und psychischen Belastungen jedoch ansonsten unterschiedliche Themen angesprochen werden, ist zukünftig eine Aufteilung der Merkmale dieses Indikators in zwei je eigene Indikatoren vorgesehen.

Tabelle 37: QI 56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	92,19 Punkte n = 8.080	91,88 Punkte n = 7.947	**91,82 Punkte** **n = 7.651**
rechnerische Auffälligkeiten	7 / 633 1,11 %	7 / 659 1,06 %	**15 / 668** **2,25 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 Punkte)**

Der Indikator „Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI" (ID 56114) wird für alle Patientinnen und Patienten mit einer PCI berechnet, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben und angaben, wegen des Eingriffs Medikamente einzunehmen und vor einem Wochenende oder Feiertag entlassen worden zu sein. Diese Patientinnen und Patienten sollen mit einem Rezept oder einer Medikamentenmitgabe versorgt werden. Der Qualitätsindikator weist ein sehr gutes Ergebnis und unter allen Qualitätsindikatoren den geringsten Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten aus.

Tabelle 38: QI 56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	78,14 Punkte n = 68.221	78,26 Punkte n = 71.106	**78,04 Punkte** **n = 68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	88 / 895 9,83 %	88 / 894 9,84 %	**98 / 896** **10,94 %** **(Refbereich: ≥ 78,04 Punkte; Mittelwert)**

Im Indikator „Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung" (ID 56115) wird dargestellt, ob die Patientinnen und Patienten in der Zeit unmittelbar nach der Prozedur mehrfach gefragt wurden, ob sie Schmerzen haben und ob sie bei Bedarf ein Schmerzmittel erhalten haben. 20,61 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, nicht wiederholt nach Schmerzen gefragt worden zu sein.

Indikatoren zur Ergebnisqualität aus Patientensicht (IDs 56116–56118)

Tabelle 39: QI 56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	93,12 Punkte n = 68.221	93,53 Punkte n = 71.106	**93,69 Punkte** **n = 68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	43 / 895 4,80 %	15 / 894 1,68 %	**27 / 896** **3,01 %** **(Refbereich: ≥ 93,69 Punkte; Mittelwert)**

Insgesamt werden auf Basis der Daten aus der Patientenbefragung 3 Indikatoren zur Ergebnisqualität berechnet. Der Qualitätsindikator „Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle“ (ID 56116) weist unter allen Qualitätsindikatoren das beste Bundesergebnis aus. Insgesamt gaben lediglich 5,28 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, an, zum Zeitpunkt der Befragung (ca. 2–12 Wochen nach der Prozedur) Sensibilitätsstörungen gehabt zu haben.

Tabelle 40: QI 56117: Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,02[1] (rohes Bundesergebnis: 85,00 Punkte) n = 46.973	1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 85,10 Punkte) n = 48.610	**1,05[1] (rohes Bundesergebnis: 85,33 Punkte)** **n = 46.755**
rechnerische Auffälligkeiten	106 / 851 12,46 %	114 / 858 13,29 %	**115 / 857** **13,42 %** **(Refbereich: ≥ 1,05; Mittelwert)**

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

Der Indikator „Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur“ (ID 56117, rohes Bundesergebnis: 85,33 Punkte) misst anhand von 3 Fragen, ob die Patientinnen und Patienten großflächige Hämatome hatten, die ihnen Schmerzen bereiteten und/oder bewegungseinschränkend waren, und ob sie deswegen eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen mussten. 21,17 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, berichteten, eine Woche nach der Prozedur immer noch schmerzhafte Blutergüsse gehabt zu haben.

Tabelle 41: QI 56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06[1] (rohes Bundesergebnis: 53,53 Punkte) n = 13.945	1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 52,08 Punkte) n = 14.612	**1,04[1] (rohes Bundesergebnis: 51,52 Punkte) n = 14.246**
rechnerische Auffälligkeiten	40 / 678 5,90 %	33 / 709 4,65 %	**43 / 722 5,96 % (Refbereich: ≥ 1,04; Mittelwert)**

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

Der Qualitätsindikator „Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI" (ID 56118, rohes Bundesergebnis: 51,52 Punkte) misst anhand eines Differenzmaßes, inwieweit sich die Symptome durch Angina-pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingte Luftnot nach der elektiven PCI verbessert haben. Für insgesamt 42,50 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, konnte mindestens eine leichte Verbesserung der Symptomschwere festgestellt werden. Bei 37,79 % ist die Symptomschwere unverändert, bei 4,83 % haben sich die Symptome verschlechtert.

2.2.9 Im Fokus: Qualitätsindikator „Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur" (ID 56110)

Qualitätsziel

Patientinnen und Patienten sollen vor der Prozedur die Ärztin oder den Arzt kennenlernen; während der Prozedur soll ihnen der Ablauf erklärt sowie beruhigend auf sie eingegangen werden.

Hintergrund

Der Qualitätsindikator zur Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur (ID 56110) nimmt die Erfahrung der Patientinnen und Patienten unmittelbar vor der Untersuchung bzw. dem Eingriff sowie während des Verlaufs in den Blick. Es handelt sich also um einen Prozessindikator. Die Grundgesamtheit ist auf Patientinnen und Patienten beschränkt, die eine elektive Prozedur erhielten und einen gültigen Fragebogen zurückgesendet haben. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die ein Beruhigungsmittel erhalten haben. Dem Qualitätsindikator liegen drei Merkmale zugrunde, die jeweils aus einem Item gebildet werden. Sie erfassen das Kennenlernen der Ärztin oder des Arztes, das Erklären des Ablaufs und das Beruhigen der Patientin oder des Patienten.

Bewertung der Ergebnisse

Der Qualitätsindikator erzielt im Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 wie in den Vorjahren einen positiven Wert knapp oberhalb von 90 Punkten. Hier zeigt sich eine insgesamt gute Versorgungsqualität mit Spielraum für Verbesserungen. Vor allem die Frage, ob ihnen während der

Prozedur erklärt wurde, was passiert, z. B. was die Ärztin oder der Arzt gerade tut, wurde von 11,44 % der Patientinnen und Patienten mit „nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte" beantwortet. Hier besteht ein Handlungsspielraum für Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten während der Prozedur besser zu informieren.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Verfahren *QS PCI* wurden im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Die Bundesergebnisse für das Auswertungsjahr 2026 liegen für die meisten Auffälligkeitskriterien, mit Ausnahme des Auffälligkeitskriteriums „‚Door'-Zeitpunkt oder ‚Balloon'-Zeitpunkt ‚unbekannt' (ID 852302, vormals ausgewertet als ID 56004) (AJ 2026: 4,03 %; AJ 2025: 1,51 %; AJ 2024: 1,85 %; AJ 2023: 2,58 %), auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Dabei haben sich mit einer prozentualen Verbesserungsrate von ca. 25 % die Ergebnisse für das Auffälligkeitskriterium „Angabe EF ‚unbekannt' (ID 852103) am deutlichsten verbessert (AJ 2026: 2,74 %; AJ 2025: 3,65 %; AJ 2024: 5,30 %). Das verbesserte Ergebnis für dieses Auffälligkeitskriterium trägt damit dazu bei, dass die Angaben zur Ejektionsfraktion (Auswurfleistung des Herzens), die in die Risikoadjustierung einiger Indikatoren einfließen, vollständiger und in validerer Form vorliegen. Eine Sondersituation ergibt sich für das Auffälligkeitskriterium „Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt" (ID 852302), da es im Auswertungsjahr 2026 erstmals als Auffälligkeitskriterium, in den Vorjahren aber mit analogen Rechenregeln noch als Qualitätsindikator (ID 56004) ausgewertet wurde. Die Umwandlung in ein Auffälligkeitskriterium ist auf die Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) zurückzuführen, in der festgestellt wurde, dass mit dem Indikator vordergründig die Dokumentationsqualität überprüft wird und er daher als Auffälligkeitskriterium weitergeführt werden sollte. Die Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2026 zeigen für das Auffälligkeitskriterium (ID 852302) ein um 62,53 % verschlechtertes Ergebnis gegenüber dem Vorjahresergebnis (AJ 2026: 4,03 %; AJ 2025: 1,51 %). Über mögliche Gründe, weshalb es häufig zu fehlenden „Door"- und/oder „Balloon"-Zeitangaben gekommen ist, kann mit ausreichender Sicherheit erst nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens für das aktuelle Auswertungsjahr bilanziert werden. Eine mögliche Ursache könnte beispielsweise ein Anfang des Erfassungsjahrs 2025 aufgetretener Spezifikationsfehler gewesen sein, der jedoch per Spezifikationsupdate Ende Januar 2025 behoben wurde.

Wie bereits im Vorjahr weist mit 105 rechnerisch auffälligen Ergebnissen bzw. einem Anteil von 8,50 % an allen Leistungsbringern (n = 1.235) das „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation" (ID 852201) die meisten rechnerischen Auffälligkeiten von allen Auffälligkeitskriterien des Verfahrens *QS PCI* im Auswertungsjahr 2026 aus. Zugleich wurden im Rahmen des letzten Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2025 für dieses Auffälligkeitskriterium 66,37 % (75 von 113) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse qualitativ auffällig bewertet. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass den rechnerischen Auffälligkeiten in vielen Fällen auch tatsächliche Dokumentationsmängel zugrunde liegen. Im Sinne einer fairen und validen Indikatorauswertung

muss es das Ziel sein, die Ergebnisse für dieses Auffälligkeitskriterium auf Ebene einzelner Leistungserbringer zukünftig deutlich zu verbessern.

Mit Blick auf die Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2025 ist festzustellen, dass alle Auffälligkeitskriterien, insbesondere im Vergleich zu den Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS PCI*, einen hohen Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) aufweisen. Mit 85,71 % (42 von 49 Leistungserbringer) stellt sich für das Auffälligkeitskriterium „Angabe Zustand nach Bypass ‚unbekannt'" (ID 852105) der Anteil am höchsten dar. Damit wird deutlich, wie notwendig die Durchführung und Aufrechterhaltung einer Datenvalidierung für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer ist.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 42: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – PCI

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852302	„Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt"	4,03 % 1.127/27.968 (≤ 21,65 %; 95. Perzentil)
852103	Angabe EF „unbekannt"	2,74 % 21.294/775.905 (≤ 9,01 %; 95. Perzentil)
852104	Angabe „sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie	1,28 % 10.040/783.733 (nicht definiert)
852105	Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt"	0,15 % 1.160/777.185 (≤ 0,60 %; 95. Perzentil)
852106	Angabe Kreatininwert „unbekannt"	0,42 % 3.037/717.880 (≤ 1,45 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	99,66 % 777.627/780.313 (≥ 95,00 %)
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	99,66 % 777.627/780.313 (≤ 110,00 %)
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,06 % 442/780.313 (≤ 5,00 %)

Tabelle 43: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – PCI

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852302	„Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt"	56003: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	2025	31 / 667	4,65	-
852103	Angabe EF „unbekannt"	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	2025	53 / 1.135	4,67	12

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
852105	Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	2025	46 / 1.135	4,05	14
852106	Angabe Kreatininwert „unbekannt“	56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen 56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	2025	46 / 1.114	4,13	10

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	105 / 1.235	8,50	36
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	29 / 1.235	2,35	10
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	3 / 1.235	0,24	0

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 44: AK 852302: „Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt"

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	n. a.	n. a.	**4,03 %** **O = 1.127** **N = 27.968**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**31 / 667** **4,65 %** **(Refbereich:** **≤ 21,65 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft auf Basis eines perzentilbasierten Referenzbereichs (95. Perzentil), ob für das Datenfeld „Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?" häufig der Schlüsselwert „0 = nein" dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit unbekanntem „Door"- u./o. „Balloon"-Zeitpunkt werden aus der Berechnung des Indikators zur Überprüfung der „Door-to-balloon"-Zeit (ID 56003) ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund sollten möglichst selten die Angaben zur „Door"- und „Balloon-Zeit" unbekannt sein. Für das Auffälligkeitskriterium, das zum Auswertungsjahr 2026 den Qualitätsindikator 56004 ablöste, gelten dieselben Ein- und Ausschlussbedingungen wie für den Qualitätsindikator 56003.

Bundesweit fehlten im Auswertungsjahr 2026 für 4,03 % der Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss derjenigen, für die vor der Prozedur eine Fibrinolyse (d. h. eine medikamentöse Thrombolysetherapie) erfolgte oder ein kardiogener Schock vorlag, die Angaben zur „Door"- u./o. „Balloon"-Zeit. Damit hat sich das Bundesergebnis gegenüber dem Vorjahr (ausgewertet als ID 56004) von 1,51 % auf 4,03 % verschlechtert. Über die genauen Ursachen, die zu der deutlichen Verschlechterung geführt haben, kann derzeit nur spekuliert werden. Eine verbindliche Aussage lässt sich erst auf Grundlage der Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2026 herstellen. Im Rahmen des letzten Stellungnahmeverfahrens für das Auswertungsjahr 2025, das noch für den Qualitätsindikator 56004 geführt wurde, ergab sich für ca. 60 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer eine qualitative Auffälligkeit (8 von 38 bzw. 21,05 %) oder ein Dokumentationsfehler (15 von 38 bzw. 39,47 %). Diese Ergebnisse verdeutlichen den Bedarf zur Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums.

Tabelle 45: AK 852103: Angabe EF „unbekannt“

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	5,30 % O = 39.359 N = 741.962	3,65 % O = 27.776 N = 761.825	**2,74 %** **O = 21.294** **N = 775.905**
rechnerische Auffälligkeiten	61 / 1.197 5,10 %	55 / 1.168 4,71 %	**53 / 1.135** **4,67 %** **(Refbereich: ≤ 9,01 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	51 / 61 83,61 %	**46 / 55** **83,64 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	51 / 1.197 4,26 %	**46 / 1.168** **3,94 %**	n. a.

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

Bundesweit wurde für 2,74 % der Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss derjenigen, die im Herzkatheterlabor verstorben sind, eine EF mit dem Status „unbekannt“ im Erfassungsjahr 2025 dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich das Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 deutlich, um ca. 25 % verbessert. Die Tatsache, dass im Rahmen des letzten Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2025 46 von 55 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen als qualitativ auffällig bewertet wurden, verdeutlicht, dass das Auffälligkeitskriterium dazu beitragen kann, die Dokumentationsqualität zu verbessern.

Tabelle 46: AK 852104: Angabe „sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,30 % O = 9.769 N = 751.971	1,26 % O = 9.719 N = 771.234	**1,28 %** **O = 10.040** **N = 783.733**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

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

Da der Qualitätsindikator 56000, auf den sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, aufgrund von Validitätsproblemen im Auswertungsjahr 2026 ohne Referenzbereich ausgewiesen wurde, wurde, analog zum Vorjahr, auch der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium im Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt. Aufgrund des vorgenannten Sachverhalts kann über das Stellungnahmeverfahren aus dem Auswertungsjahr 2025 nicht berichtet werden.

Tabelle 47: AK 852105: Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt"

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,25 % O = 1.851 N = 743.232	0,21 % O = 1.584 N = 763.026	**0,15 %** **O = 1.160** **N = 777.185**
rechnerische Auffälligkeiten	47 / 1.197 3,93 %	49 / 1.168 4,20 %	**46 / 1.135** **4,05 %** **(Refbereich: ≤ 0,60 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	36 / 47 76,60 %	**42 / 49** **85,71 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	36 / 1.197 3,01 %	**42 / 1.168** **3,60 %**	n. a.

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

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

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

Tabelle 48: AK 852106: Angabe Kreatininwert „unbekannt"

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,50 % O = 3.405 N = 683.151	0,45 % O = 3.200 N = 703.626	**0,42 %** **O = 3.037** **N = 717.880**
rechnerische Auffälligkeiten	48 / 1.170 4,10 %	49 / 1.154 4,25 %	**46 / 1.114** **4,13 %** **(Refbereich: ≤ 1,45 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	37 / 48 77,08 %	**38 / 49** **77,55 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	37 / 1.170 3,16 %	**38 / 1.154** **3,29 %**	n. a.

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

Bundesweit wurde im Auswertungsjahr 2026 für 0,42 % aller Fälle, unter Ausschluss von Notfällen, das Datenfeld „Kreatininwert i. S. unbekannt" mit „1 = ja" dokumentiert. Damit setzt sich der positive Trend aus den Vorjahren (AJ 2025: 0,45 %; AJ 2024: 0,50 %; AJ 2023: 0,69 %) fort. Ungeachtet der Tatsache, dass bundesweit für nur 0,42 % (n = 3.037) der Fälle der Kreatininwert nicht bekannt war, sollte dies möglichst nur in wenigen Ausnahmefällen vorkommen. Die Ergebnisse aus dem

letzten Stellungnahmeverfahren zeigen, dass für fast 80 % der rechnerischen Auffälligkeiten auch eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Damit dürfte in den meisten Fällen von einer vermeidbaren Unterdokumentation des Kreatininwertes auszugehen sein.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 49: AK 852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,77 % O = 743.610 N = 730.643	101,22 % O = 763.454 N = 754.238	**99,66 %** **O = 777.627** **N = 780.313**
rechnerische Auffälligkeiten	116 / 1.303 8,90 %	113 / 1.266 8,93 %	**105 / 1.235** **8,50 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	71 / 116 61,21 %	**75 / 113** **66,37 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	71 / 1.303 5,45 %	**75 / 1.266** **5,92 %**	n. a.

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

Im Ergebnis besteht für das Verfahren *QS PCI* auf Bundesebene eine leichte Unterdokumentation, die gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken ist. Die Rate an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr zwar leicht gesunken, liegt aber dennoch auf einem vergleichsweise hohen Niveau. So erreicht fast jeder 12. Leistungserbringer nicht den Referenzbereich von ≥ 95,00 %. Davon haben 29 Leistungserbringer keine Soll-Statistik an die Bundesauswertungsstelle übermittelt, sodass sich für diese Leistungserbringer eine Dokumentationsrate von 0 % ergibt. Im Vergleich zwischen den Sektoren bzw. Leistungserbringergruppen ergibt sich für die Gruppe der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit einer Dokumentationsrate von 90,29 % die niedrigste Dokumentationsrate. Mit Blick auf den weiterhin recht hohen Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sowie dem ebenso verhältnismäßig hohen Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) wäre für zukünftige Auswertungs- und Erfassungsjahre eine deutliche Verbesserung notwendig, um leistungserbringerübergreifend faire und verlässliche Aussagen über die Versorgungsqualität treffen zu können.

Tabelle 50: AK 852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,77 % O = 743.610 N = 730.643	101,22 % O = 763.454 N = 754.238	**99,66 %** **O = 777.627** **N = 780.313**
rechnerische Auffälligkeiten	94 / 1.303 7,21 %	59 / 1.266 4,66 %	**29 / 1.235** **2,35 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	36 / 94 38,30 %	**41 / 59** **69,49 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	36 / 1.303 2,76 %	**41 / 1.266** **3,24 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 110,00 % und mindestens 20 Fällen im Zähler. Die Dokumentationsrate von 99,66 % sagt zunächst nur aus, dass im Bundesdurchschnitt für das Verfahren *QS PCI* eine leichte Unterdokumentation vorliegt. Aussagekräftiger ist der Anteil an Leistungserbringern, die rechnerisch auffällig geworden sind. Hier hat sich im Vergleich zum Vorjahr nochmals eine deutliche Verbesserung von knapp 50 % eingestellt. Die Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren zeigen, dass für knapp 70 % % der rechnerischen Auffälligkeiten auch eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Damit können die Ursachen einer Überdokumentation häufig dem Leistungserbringer zugeschrieben werden.

Tabelle 51: AK 852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,05 % O = 378 N = 730.643	0,06 % O = 428 N = 754.238	**0,06 %** **O = 442** **N = 780.313**
rechnerische Auffälligkeiten	8 / 1.303 0,61 %	4 / 1.266 0,32 %	**3 / 1.235** **0,24 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 8 50,00 %	**2 / 4** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 1.303 0,31 %	**2 / 1.266** **0,16 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen dokumentiert und übermittelt wurden. Minimaldatensätze fließen nicht in die Indikatorberechnung ein und können ersatzweise, wenn sich ein durch

den QS-Filter ausgelöster Fall als nicht dokumentierbar erweist, angelegt werden. Der Anteil an Minimaldatensätzen sollte möglichst gering sein.

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 5,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass – identisch zum Vorjahr – nur bei 0,06 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS angelegt wurde. Dies deutet darauf hin, dass der QS-Filter valide definiert ist und für nur wenige Fälle eine potenziell fälschliche Dokumentationspflicht auslöst. Anzumerken ist, dass fast alle MDS von Krankenhäusern (441 von 442 bzw. 99,77 %) dokumentiert wurden. Auf Leistungserbringerebene hat sich im Vergleich zu den Vorjahren die Rate rechnerischer Auffälligkeiten von weiter von 0,32 % auf 0,24 % verbessert. Die Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren zeigen, dass für 2 der 4 Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen auch eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Ergebnisse für das Auffälligkeitskriterium 852209 auf keine größeren Validitätsprobleme hinweisen.

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

Im Modul *PCI* werden im Erfassungsjahr 2024 jeweils 15 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.[2] Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, die keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 7 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 52 sind die im Auswertungsjahr 2026 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 52: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS PCI

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen EJ 2024	Vollzähligkeit der Daten EJ 2024
30	Fehlende Datenlieferung	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	3 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 100 %.
28	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären Fälle nach § 301 SGB V liegt bei 99,72 %.

[2] Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf (abgerufen am 25.06.2026).

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen EJ 2024	Vollzähligkeit der Daten EJ 2024
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit der vertragsärztlichen Fälle nach § 295 SGB V liegt bei 99,58 %.
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Sterbefällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98.05 %.

Durch die fehlende aktuelle Lieferung von 3 Krankenkassen wurden die Auffälligkeiten in PK30 *„Fehlende Datenlieferung“* erzeugt. Diese wirken sich jedoch nicht auf den für die Auswertung genutzten Datenstand aus. Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegen keine Sterbeinformationen vor. Hierdurch wird die Sterblichkeit vermutlich um 2 % unterschätzt, weshalb eine Beeinträchtigung von 2 (IDs 56024, 56026) der 6 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren möglich ist.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann. Aufgrund der geringen Abweichungen wird keine Veränderung der Referenzwerte erwartet.

© IQTIG 2026

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

3.1.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten

Tabelle 53: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	18.073	-	17.901	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	11.251	100,00	6.031	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	621	5,52	366	6,07
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	621	100,00	366	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	621	100,00	366	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	121	19,48	21	5,74
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	500	80,52	345	94,26
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	500	100,00	345	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,20	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	215	34,62	116	31,69
Bewertung als qualitativ auffällig	136	21,90	132	36,07
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	124	19,97	81	22,13
Sonstiges	25	4,03	16	4,37
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	79	n. a.	57	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

In das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden insgesamt 7 der 19 dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren einbezogen. Die Anzahl der Indikatorergebnisse entspricht in etwa dem Vorjahreswert, wenngleich sich die Anzahl der Indikatorergebnisse mit Referenzbereich nochmals um ca. die Hälfte verringert hat (AJ 2024: 11.251 vs. AJ 2025: 6.031). Ursächlich für den Rückgang sind weitere Indikatoren, für die der Referenzbereich ausgesetzt wurde. Während es im Auswertungsjahr 2024 noch 7 Qualitätsindikatoren (IDs 56001, 56009–56011, 56016, 56024 und 56026) waren, ist die Zahl im Auswertungsjahr 2025 auf insgesamt 12 gestiegen (IDs 56000, 56001, 56009–56011, 56012, 56016, 56018, 56020, 56022, 56024 und 56026). 4 dieser Indikatoren sind aufgrund von Hinweisen auf eine unzureichende Risikoadjustierung ausgesetzt worden (IDs 56012, 56018, 56020 und 56022), 3 Indikatoren aufgrund geringer bis unzureichender Validität (IDs 56000, 56001 und 56016), 3 Indikatoren aufgrund fehlender Evidenz (IDs 56009-56011) sowie 2 Indikatoren (IDs 56024 und 56026) aufgrund fehlender Zuschreibbarkeit des Indikatorergebnisses. Für 5 der vorgenannten Indikatoren (IDs 56001, 56009-56011 und 56016) mit ausgesetztem Referenzbereich werden ab dem Auswertungsjahr 2026 per se keine Stellungnahmeverfahren mehr durchgeführt, da diese Indikatoren abgeschafft worden sind. Für die abgeschaffte QI-Gruppe „Kontrastmittelmenge“ (IDs 56009-56011) ist zum Erfassungsjahr 2027 die Einführung eines neuen Qualitätsindikators vorgesehen, der wieder den Kontrastmittelverbrauch überprüfen wird. Da weniger Indikatoren ins Stellungnahmeverfahren eingeschlossen wurden, sind 255 rechnerische Auffälligkeiten weniger ermittelt worden als im Auswertungsjahr 2024. Im Verhältnis zu den Indikatorergebnissen mit Referenzbereich bleiben diese jedoch auf einem annähernd konstanten Niveau, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass die Referenzbereiche überwiegend perzentilbasiert definiert sind.

Die Stellungnahmeverfahren wurden dabei ausschließlich schriftlich durchgeführt. Nur für wenige rechnerisch auffällige Ergebnisse (n = 21 bzw. 5,74 %) wurde auf die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens verzichtet. Im Vorjahr betrug der Anteil noch 19,48 %. Die recht hohe Zahl

nicht durchgeführter Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2024, trotz rechnerischer Auffälligkeit, ist vor allem auf die sozialdatenbasierten (risikoadjustierten) Follow-up-Indikatoren zurückzuführen. Vonseiten der LAG wurde dies u. a. damit begründet, dass den Leistungserbringern nicht alle relevanten Informationen zu Follow-up-Datensätzen bereitgestellt wurden (Art der Komplikation, Zeitpunkt etc.), sodass die betreffenden Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis zur internen Analyse des Ergebnisses erhalten haben. Da für diese Indikatoren im Auswertungsjahr 2025 der Referenzbereich ausgesetzt wurde, hat sich die Anzahl nicht durchgeführter Stellungnahmeverfahren deutlich reduziert. Für knapp 40 % der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren (n = 345) wurde ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Damit hat sich die Quote gegenüber dem Vorjahr um ca. 30 % erhöht. Der Anstieg der Quote ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass im Vorjahr für deutlich mehr Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde, gleichzeitig aber die Anzahl qualitativer Auffälligkeiten annähernd konstant blieb. Beispielsweise ergaben sich im Auswertungsjahr 2024 besonders wenige qualitative Auffälligkeiten für die MACCE-Indikatoren (IDs 56018, 56020, 56022). So entfielen auf 74 eingeleitete Stellungnahmeverfahren nur 5 qualitative Auffälligkeiten. Im Auswertungsjahr 2025 wurde für die MACCE-Indikatoren der Referenzbereich ausgesetzt und somit kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Mit Blick auf den qualitätsfördernden Gedanken der datengestützten Qualitätssicherung wurden bei 57 Leistungserbringern Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert. Neben Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 (vgl. § 17 Abs. 8 DeQS-RL) wurden vereinzelt (n = 3) auch Maßnahmen der Maßnahmenstufe 2a (vgl. § 17 Abs. 9 DeQS-RL) vereinbart. Anzumerken ist, dass die drei Maßnahmen der Maßnahmenstufe 2a sowie weitere drei Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 noch auf rechnerischen Auffälligkeiten der Vorjahre (AJ 2024 und AJ 2023) basieren.[3] Über alle vereinbarten Maßnahmen betrachtet, kamen insbesondere „sonstige Maßnahmen" (n = 28) und die „Implementierung von Behandlungspfaden" (n = 21) am häufigsten zum Tragen.

Mit Blick auf die indikatorbezogenen Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren weist wie bereits im Vorjahr der Indikator „‚Door-to-balloon'-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt" (ID 56003) mit 65,22 % (n = 30) den größten Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen in Relation zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen (n = 46) auf. In größerer Häufigkeit wurden qualitative Auffälligkeiten zudem für den Prozessindikator „Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien" (ID 56005, n = 32 bzw. 57,14 %) festgestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass Prozessindikatoren, zu denen die beiden vorgenannten Indikatoren zählen, gut geeignet sind, Qualitätsdefizite aufzudecken und qualitätsfördernde Maßnahmen zu initiieren.

Bei einem ähnlich hohen Anteil rechnerisch auffälliger Ergebnisse wie im Vorjahr wurde von einer Bewertung wegen einer fehlerhaften Dokumentation abgesehen. Insgesamt zeigte sich dabei für 81 Ergebnisse eine fehlerhafte Dokumentation. Die meisten Bewertungen verteilen sich hierbei auf die Indikatoren „Dosis-Flächen-Produkt unbekannt" (ID 56008, n = 49), „‚Door'-Zeitpunkt oder ‚Balloon'-Zeitpunkt unbekannt" (ID 56004, n = 15) und „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels" (ID 56014, n = 12). Anzumerken ist, dass ab dem Auswertungsjahr 2026 der Indikator „Dosis-

[3] Da diese Maßnahmen erst im Kalenderjahr 2025 abgeschlossen wurden, finden sie an dieser Stelle Erwähnung, werden in Tabelle 53 aber nicht ausgewiesen.

Flächen-Produkt unbekannt“ (ID 56008) nicht mehr in der Auswertung enthalten ist, da die Gruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ (IDs 56005–56008) abgeschafft wurde und der Indikator „‚Door‘-Zeitpunkt oder ‚Balloon‘-Zeitpunkt unbekannt“ (ID 56004) in ein Auffälligkeitskriterium (ID 852302) überführt wurde.

Mit 50 % qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnissen wurden für die Qualitätsindikatoren „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt“ (ID 56014) und „Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI“ (ID 56006) die höchsten Anteile unauffälliger Ergebnisse, gemessen an der Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, ermittelt. Für beide Qualitätsindikatoren wurden spezielle Patientenkollektive, Einzelfälle sowie veraltete Röntgenanlagen als Begründung herangezogen. Anzumerken ist, dass ab dem Auswertungsjahr 2026 der Indikator „Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI“ (ID 56006) nicht mehr in der Auswertung enthalten ist, da – wie zuvor bereits erwähnt - die Gruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ (IDs 56005–56008) abgeschafft wurde.

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

3.1.2 Patientenbefragung

Für die Patientenbefragung PCI sehen die Regelungen zum 4,5-jährigen Erprobungszeitraum vor, dass die LAG im Auswertungsjahr 2024 freiwillige Rückmeldungen der Leistungserbringer einholen konnten, insbesondere bei auffälligen Ergebnissen der Patientenbefragung (Teil 2 § 19 Abs. 8 DeQS-RL). Ab dem Auswertungsjahr 2025 sollte das Stellungnahmeverfahren regelhaft nach Teil 1 §§ 6 und 8a der Richtlinie durchgeführt werden, sofern eine ausreichende Datengrundlage vorliegt. Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Abs. 9 Satz 4 werden im Erprobungszeitraum jedoch nicht umgesetzt. Zusätzlich wurde im Auswertungsjahr 2025 für die qualitative Bewertung der Ergebnisse der Patientenbefragung die Verwendung der Kategorie „Bewertung nicht vorgesehen“ vom GBA empfohlen. Hieraus ergibt sich, dass für die Patientenbefragung keine Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren berichtet werden können.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 54: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	7.539	100,00	7.333	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	374	4,96	329	4,49
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	374	100,00	329	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	82	21,93	26	7,90
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	292	78,07	303	92,10
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	292	100,00	303	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	0,33
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	0,68	3	0,99
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	19	5,08	23	6,99
Bewertung als qualitativ auffällig	235	62,83	244	74,16
Sonstiges	36	9,63	33	10,03
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	18	n. a.	30	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	2	n. a.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Verfahren *QS PCI* insgesamt 4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft. Gegenüber dem Vorjahr zeigt sich insbesondere ein deutlicher Rückgang rechnerisch auffälliger Ergebnisse ohne Stellungnahmeverfahren (AJ 2025: n = 26 vs. AJ 2024: n = 82). Ursächlich für den Unterschied sind vor allem die Auffälligkeitskriterien zur Über- (ID 852208) und zur Unterdokumentation (ID 852201). Beide haben gemeinsam im Auswertungsjahr 2024 einen Anteil von etwa 80 % (64 von 82) an allen Ergebnissen ohne Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens ausgemacht. Im Auswertungsjahr 2025 hat sich der Anteil (53,85 %) und die Anzahl (14 von 26) für beide Auffälligkeitskriterien deutlich reduziert.

Die Anzahl qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse liegt auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr; der Zuwachs beträgt 3,83 %.

Im Vergleich zu den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens für die Qualitätsindikatoren ergibt sich für die Auffälligkeitskriterien ein deutlich höherer Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen (vgl. QI: 36,07 % vs. AK: 74,16 %). Dies lässt vermuten,

dass sich Dokumentationsfehler sicherer nachweisen lassen als ein potenzieller Qualitätsmangel in der medizinischen Versorgung. Bei 30 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 empfohlen, die Maßnahmenstufe 2 zweimal. Damit hat sich die Anzahl von Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 gegenüber dem Vorjahr um 40 % erhöht. Der Großteil der Maßnahmen bezog sich auf die Kategorie „sonstige Maßnahmen" (22 von 30 bzw. 73,33 %).

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden – wie bereits im Vorjahr – für das „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation" (ID 852201) ermittelt (n = 113 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 1.266 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium: 8,93 %). Knapp 73 % (82 von 113) sind dabei dem vertragsärztlichen Sektor zuzuschreiben. Bemerkenswert hierbei ist, dass bezogen auf alle in das Verfahren *QS PCI* eingeschlossenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte knapp 19 % (53 von 284) in dem Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation qualitativ auffällig sind. Im Sektorenvergleich zeigt sich hier ein besonders starkes Gefälle. Demgegenüber weisen nur etwas mehr als 2 % der Krankenhäuser (22 von 982) eine qualitative Auffälligkeit im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation auf. Um einen verlässlichen Sektoren- und Leistungserbringervergleich zu ermöglichen, muss die Vollzähligkeit der Dokumentation im vertragsärztlichen Bereich dringend verbessert werden.

Der höchste Anteil qualitativ auffällig bewerteter Leistungserbringer entfällt auf das Auffälligkeitskriterium „Angabe Zustand nach Bypass ‚unbekannt'" (ID 852105, 42 von 49; 85,71 %). Hier hat das Stellungnahmeverfahren sehr deutlich bestätigt, dass für Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen eine ungenügende Dokumentation über das Vorhandensein eines Koronararterien-Bypasses vorliegt. Ebenfalls hohe Anteile an qualitativen Auffälligkeiten zeigten sich für die Auffälligkeitskriterien „Angabe EF ‚unbekannt'" (ID 852103, 46 von 55; 83,64 %) und „Angabe Kreatininwert ‚unbekannt'" (ID 852106, 38 von 49; 77,55 %). Dieselben drei Auffälligkeitskriterien wiesen bereits im Vorjahr die höchsten Raten an qualitativen Auffälligkeiten auf.

4 Evaluation

4.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten

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

a) Verbesserung der Indikationsstellung
b) Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit
c) Verringerung der Komplikationsrate während und nach der Behandlung, hierbei insbesondere eine Verringerung von unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und der Sterblichkeit
d) Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation, Koordination und Kontinuität der Versorgung
e) Verbesserung der Patientenorientierung bezüglich Information und gemeinsamer Entscheidungsfindung
f) Erfassung und Verbesserung der den Eingriff begründenden Symptomatik und der mit dem Eingriff assoziierten Schmerzen und Beschwerden aus Patientensicht

Nach Umsetzung der Empfehlungen aus dem Abschlussbericht (IQTIG 2023) adressieren die verbleibenden Qualitätsindikatoren – gemeinsam mit der Patientenbefragung PCI – nach aktuellem Stand weiterhin alle genannten Ziele des QS-Verfahrens. Das aktuelle Indikatorenset enthält weiterhin Indikatoren, die die Verbesserung der Indikationsstellung (ID 56000), die leitliniengerechte Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit (IDs 56003 und 56014) sowie die Verringerung der Komplikationsraten während und nach der Behandlung (IDs 56012, 56018, 56020 und 56022) adressieren. Ebenso werden weiterhin die unter den Buchstaben d) bis f) genannten Verfahrensziele mit der Patientenbefragung für das Verfahren *QS PCI* verfolgt. Die im Rahmen des Abschlussberichtes avisierte Weiterentwicklung der Indikatoren zum Kontrastmittelverbrauch, die das Verfahrensziel „Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit" adressiert, ist abgeschlossen und vom IQTIG zur Einführung im Erfassungsjahr 2027 vorgeschlagen worden. Für den Qualitätsindikator 56000 wurden für das Erfassungsjahr 2026 umfangreiche Anpassungen vorgenommen, die die Validitätsprobleme für diesen Indikator beheben.

Im Auswertungsjahr 2026 adressieren ein Indikator die Qualität der Indikationsstellung, ein Indikator die Prozessqualität und weitere 6 Indikatoren sowie eine Transparenzkennzahl die Ergebnisqualität. Dabei ist festzuhalten, dass für nur 2 der 8 Qualitätsindikatoren (25 %) im Auswertungsjahr 2026 ein Referenzwert definiert war und somit nur für diese Indikatoren die Voraussetzungen zur Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens bzw. für eine Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse gegeben sind. Mit Blick auf die Aussetzung der Referenzbereiche muss konstatiert werden, dass im Auswertungsjahr 2025 nur für die Indikatoren, die die Prozess- und Ergebnisqualität bei der Versorgung des akuten Koronarsyndroms adressieren

(IDs 56003 und 56014), eine Qualitätsbewertung stattfindet. Damit werden die Qualität der Indikationsstellung sowie die Ergebnisqualität in Form einer Follow-up-Betrachtung im Auswertungsjahr 2026 keiner Qualitätsbewertung unterzogen. Die Problematik der unzureichenden Risikoadjustierung, die insbesondere die sozialdatenbasierten Follow-up-Indikatoren betrifft, konnte mit dem Auswertungsjahr 2026 noch nicht gelöst werden. Demnach zeigen sich für einige risikoadjustierte Qualitätsindikatoren im Subgruppenvergleich weiterhin nicht plausible Unterschiede, die womöglich darauf zurückzuführen sind, dass bestimmte (relevante) Risikofaktoren noch nicht in die Risikomodelle eingeschlossen sind. Vor diesem Hintergrund bedarf es weiterhin intensiver Überlegungen und Maßnahmen, die Probleme in Zukunft zu lösen.

Für das Auswertungsjahr 2025 haben 7 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt.

Die Rückmeldungen adressierten mehrere Themen, von denen eine LAG analog zum Vorjahr die großen Aufwände und die besondere Komplexität des Stellungnahmeverfahrens bei sozialdatenbasierten Indikatoren thematisierte. Da jedoch alle sozialdatenbasierten Indikatoren in den Auswertungsjahren 2025 und 2026 ohne Referenzbereich ausgewiesen wurden und somit kein Stellungnahmeverfahren stattfand, ist davon auszugehen, dass sich der Hinweis in erster Linie auf die Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2024 bezieht. Gleichwohl wird das IQTIG im Rahmen der Wiedereinführung festgelegter Referenzbereiche Möglichkeiten zur Optimierung des Stellungnahmeverfahrens prüfen. Dazu wurde die mandantenfähige Datenbank in den letzten Jahren in ihrer Funktionalität stetig ausgebaut.

Zwei LAG haben sich kritisch zur erfolgten Abschaffung der Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ (IDs 56005–56007) geäußert. Eine der LAG stützt sich dabei auf ihre Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren, wonach bei mitunter sehr hohen DFP-Werten die Erläuterungen des Leistungserbringers nicht darauf schließen ließen, dass dieses Problem von Medizinphysikexpertinnen und -experten angesprochen oder behoben wurde. Zudem hätten auch keine Hinweise vorgelegen, dass diese hohen Werte an die ärztlichen Stellen oder die Bezirksregierung gelangt sind, so wie es nach §§ 108, 109 sowie Anlage 14 und 15 der Strahlenschutzverordnung vorgeschrieben sei. Im Sinne der Patienten- und Mitarbeitersicherheit sollten aus Sicht der LAG die Indikatoren daher beibehalten werden. In den vergangenen Jahren hätten sich bei diesen viele rechnerisch und v. a. auch qualitativ auffällige Ergebnisse ergeben. Der Großteil weiterführender Maßnahmen entfiel ebenfalls auf diese Indikatoren; z. B. kollegiale Gespräche/Zielvereinbarungen konnten häufig mit großem Erfolg abgeschlossen werden. Auch wurden Vorschläge zur Erweiterung der Risikoadjustierung für die Indikatorengruppe unterbreitet. Angemerkt wurde außerdem von einer LAG, dass bei einigen Leistungserbringern aufgrund der neuen Auswertungsmethodik Verständnisprobleme bei den Qualitätsindikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt vorgelegen hätten.

Weitere einzelne Rückmeldungen enthielten jeweils den Wunsch, klare und ressourcenschonende Regelungen im Umgang mit Verbringungsleistungen zu treffen (z. B. Führung des Stellungnahmeverfahrens mit dem erbringenden und nicht verbringenden Standort), die Anpassung von Datenfeldern zu prüfen (z. B. DF „zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht

invasiven Vordiagnostik"; DF „postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei einer Koronarangiographie oder PCI"), Zwischenberichte früher und regelmäßiger den Leistungserbringern bereitzustellen, den Einschluss von Privatpatientinnen und -patienten zu prüfen sowie spezifische spezifikationsbezogene Hinweise zu prüfen.

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

4.2 Patientenbefragung: Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung

Gemäß der DeQS-RL wird die Patientenbefragung PCI für viereinhalb Jahre vom 1. Juli 2022 bis 31. Dezember 2026 erprobt, um die dafür entwickelten Softwaretools, Datenflüsse, Rückmeldeberichte und Qualitätsindikatoren sowie deren Bewertung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu evaluieren und ggf. zu optimieren. Mit dieser Begleitung der Erprobung hat der GBA das IQTIG mit Beschluss vom 3. Mai 2023 beauftragt.

Die wissenschaftliche Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung ist gemäß Auftrag in vier Betrachtungszeiträume untergliedert, in denen – entsprechend dem Umsetzungsstand – verschiedene Aspekte in zunehmender Tiefe analysiert werden. Für die ersten drei Betrachtungszeiträume war zum 15. Januar des Folgejahres ein Bericht zu erstellen, der die Erkenntnisse der jeweiligen Betrachtungszeiträume enthält. Die Abgabe des den gesamten Betrachtungszeitraum abdeckenden Abschlussberichts erfolgt am 30. Juni 2027. Der dritte Bericht der wissenschaftlichen Begleitevaluation *QS PCI*, der den folgenden Darstellungen zugrunde liegt, bezieht sich auf die Analysen und Erkenntnisse aus dem dritten Betrachtungszeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Oktober 2025.[4] Dabei liegt der Fokus auf der Funktionalität und Praktikabilität der Abläufe der Patientenbefragung, der Datenqualität, der Durchführbarkeit und Durchführung von Stellungnahmeverfahren sowie dem Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

4.2.1 Methodisches Vorgehen

Gemäß dem Beauftragungsgegenstand sollen die am Verfahren beteiligten Stakeholder, nämlich LAG, DAS, Softwareanbieter, VPB, Leistungserbringer sowie Patientinnen und Patienten, in die wissenschaftliche Begleitung einbezogen werden. Dies erfolgt durch eine strukturierte, onlinebasierte Befragung der jeweiligen Gruppen und Institutionen. Ein Schwerpunkt innerhalb dieser Befragung waren im Auswertungsjahr 2025 Fragen zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens. Zudem wurden auch die Trägerorganisationen und Patientenvertreterinnen und -vertreter

[4] Zur Zeit der Berichtslegung war der finale Auswertungsdatenpool noch nicht verfügbar. Aus diesem Grund beziehen sich die genannten Zahlen auf den Snapshot-Datenpool; neuere Analysen können daher davon abweichen.

des GBA eingebunden, die zur Funktionalität und Verständlichkeit der Bundesauswertung befragt wurden.

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

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

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

4.2.2 Analyse der Prozesse der Datenerhebung und Datenflüsse

Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenflüsse

Für den Betrachtungszeitraum lieferten insgesamt 1.115 Leistungserbringer mindestens einmal Daten für die Patientenbefragung. Dies entspricht 95,46 % der Anzahl der Leistungserbringer für die fallbezogene QS-Dokumentation (n = 1.168).

Der Großteil (n = 153; 68,61 %) aller Leistungserbringer, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben (n = 223), übermittelt die Daten monatlich einmal gesammelt an die DAS. Dabei wählen 65,48 % (129 von 197) der Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser diese Antwortoption; bei den Vertragsärztinnen und -ärzten sind es 92,31 % (24 von 26). Von den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser geben 23,86 % (n = 47 von 197) an, mehrmals im Monat Daten zu übermitteln. Die DAS bestätigen dieses Bild weitgehend. 43,33 % (n = 13) der DAS, die an der Befragung teilgenommen haben (n = 30), geben an, dass sie einmal monatlich Daten erhalten; weitere 26,67 % (n = 8) teilen mit, dass die Leistungserbringer zu unterschiedlichen Zeitpunkten Daten liefern und keine Vorgehensweise überwiegt. Laut Selbstauskunft übermitteln die Leistungserbringer die Daten zu 89,24 % (199 von 223) (meistens) fristgerecht. 21 von 30 DAS geben an, die Daten (überwiegend) fristgerecht zu erhalten, nur 3 erhalten sie laut Selbstauskunft überwiegend nicht fristgerecht. Dabei hat die Verlängerung der Datenlieferfrist vom 7. auf den 12. eines Monats, die seit Beginn des Erfassungsjahres 2025 gilt, das Lieferverhalten den Berichten nach nicht einheitlich verändert. 13 DAS sahen keine Änderung, 9 beobachteten eine Auswirkung. Einige DAS betonten, dass die Frist für Leistungserbringer weiterhin zu kurz sei. Nach Angaben der VPB stieg die Pünktlichkeit mit Einführung der verlängerten Frist. Seit dem 1. Januar 2025 seien 10,24 % der Datensätze von den DAS bzw. Leistungserbringern nicht fristgerecht übermittelt worden. Aus den Dokumentationen zur Pünktlichkeit der Datenlieferungen der Leistungserbringer über die DAS an

die VPB ergibt sich, dass in den ersten drei Quartalen 2025 insgesamt 498.054 Datensätze übermittelt wurden, von denen 56.374 nicht fristgerecht waren (11,32 %).

Die Qualität der gelieferten Daten beurteilt die VPB insgesamt als sehr gut, was eine weitere Verbesserung zum Vorjahr bedeutet. Einschränkungen seien einzig durch sehr verspätete Datenlieferungen gegeben.

Nach der Stichprobenziehung erstellt die VPB die Versandunterlagen und übergibt sie an den Postdienstleister. Die VPB unterhält einen Nachunternehmer, der den Druck der Versandunterlagen übernimmt. Aufgrund der fortlaufenden Unpünktlichkeit beim Versand der Befragungsunterlagen, die auch durch eine vorherige Verlängerung der Versandfrist um zwei Tage nicht behoben werden konnte, gilt seit dem 1. Januar 2025 für das Erstanschreiben ein flexibler Versandzeitraum vom 21. bis zum 30. des Folgemonats nach Indexbehandlung. Im Betrachtungszeitraum (1. Januar 2024 bis 31. Oktober 2025) wurden 59,66 % der Erstanschreiben verspätet und 40,34 % fristgerecht versendet. Ein Vergleich zeigt, dass im Erfassungsjahr 2024 noch 95,03 % der Erstanschreiben unpünktlich waren, 2025 dagegen nur 12,80 %. Diese Verbesserung geht auf den verlängerten Versandzeitraum zurück. Jedoch weist die VPB auf unvollständige oder fehlerhafte Versandmeldungen des Druckdienstleisters hin, die die Qualität der zugrunde liegenden Daten beeinflussen. Im September 2025 erfolgte dann der Wechsel zu einem neuen Dienstleister. Da der neue Druckdienstleister erst wenige Wochen vor Ende des Betrachtungszeitraums seine Arbeit aufnahm, können die Auswirkungen auf die Versandpünktlichkeit noch nicht endgültig bewertet werden. Erste Rückmeldungen der VPB deuten jedoch auf eine Verbesserung hin.

Kernaufgabe der Fragebogenannahmestelle (FAST) ist es, die eingehenden Fragebögen (maschinell) einzulesen und zu verarbeiten und diese Daten sowie die Mapping- und die Vollzähligkeitstabelle an das IQTIG weiterzuleiten. Die FAST beurteilt die Qualität dieses Prozesses als sehr gut. Den Datenaustausch mit dem IQTIG beschreibt die FAST als reibungslos. Fallbezogene Fehlerkonstellationen und Meldungen der VPB zur Mappingtabelle erfordern vereinzelt manuelle Eingriffe; die FAST regt an, deren Ursachen zu klären. Die Kommunikation mit der VPB wird von der FAST als sehr gut eingeschätzt.

Perspektive der Patientinnen und Patienten

Im Betrachtungszeitraum (1. Januar 2024 bis 31. Oktober 2025) konnte für die Patientenbefragung *QS PCI* eine durchschnittliche Rücklaufquote von 52,90 % verzeichnet werden. Im Rahmen der Stakeholderbefragung wurden im Zeitraum vom 21. August bis 31. Oktober 2025 sowohl Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Patientenbefragung (Respondenten) als auch Nicht-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer (Non-Respondenten) zu ihren Erfahrungen befragt. Insgesamt haben 766 Respondenten und 320 Non-Respondenten der Patientenbefragung PCI an der Online-Befragung teilgenommen. Die Mehrheit der Respondenten (60,57 %; n = 464 von 766) gibt an, die Patientenbefragung als *überhaupt nicht belastend* empfunden zu haben, weitere 33,16 % (n = 254) antworteten mit *wenig belastend*. Die überwiegende Mehrheit der Respondenten (96,34 %; n = 738 von 766) bewertete es als *wichtig* oder *sehr wichtig*, dass Patientinnen und Patienten zu ihren Erfahrungen in der medizinischen Versorgung befragt werden. 68,28 % (n = 523 von 766) der befragten

Personen gaben an, dass die Themen des Fragebogens Patientenbefragung PCI sehr relevant für die Versorgung von Menschen mit Herzkatheteruntersuchung oder Stenteinlage bzw. Ballonerweiterung seien. Weitere 26,89 % (n = 206) bewerteten die Themen des Fragebogens als *einigermaßen relevant*. Bei den Non-Respondenten wurde mit 17,00 % (60 von 353 Antworten; n = 320) als häufigster Grund für die Nicht-Teilnahme angegeben, dass der Fragebogen als zu lang empfunden wurde. Laut 9,63 % der Antworten (34 von 353) erschien der Rückversand der Unterlagen zu aufwendig. In 9,35 % der Antworten (33 von 353) wurde angegeben, dass der Zweck der Befragung nicht klar wurde.

Darüber hinaus zeigen die Daten der Patientenbefragung einen geringen Anteil an Item-Non-Response und wenige *Weiß-nicht*-(*mehr*)-Antworten in den Fragebögen, was für eine hohe Akzeptanz, Verständlichkeit und Erinnerbarkeit und dementsprechend für ein valides Fragebogeninstrument spricht.

Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten

Mit der Einführung der Patientenbefragung wurde am IQTIG eine Kontaktstelle eingerichtet, an die sich Patientinnen und Patienten bei Anliegen zur Patientenbefragung per E-Mail oder telefonisch wenden können. Etwa 3 % der über die Patientenbefragung angeschriebenen Patientinnen und Patienten wandten sich im Betrachtungszeitraum an die Kontaktstelle. Zu den drei häufigsten Anliegen der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen gehörten die Mitteilung über eine Nichtteilnahme, der Hinweis auf den Erhalt eines Erinnerungsschreibens trotz Fragebogenversand sowie Rückfragen zu den Teilnahmebedingungen.

Hinweise zu Rückmeldeberichten, Bundesauswertung und Bundesqualitätsbericht

Die Trägerorganisationen und Patientenvertreterinnen und -vertreter des GBA wurden gebeten, Hinweise zur Darstellung der Ergebnisse in der Bundesauswertung zu geben. Dabei wurden übergreifend Vorschläge zu sprachlichen Korrekturen, ergänzenden Beschreibungen und Erläuterungen sowie zur Beschriftung von Tabellen und Grafiken gemacht. Mehrfach wurde eine verständlichere Darstellung angeregt. Die Einschätzungen hierzu fielen jedoch teils gegensätzlich aus. Häufig wurde der Wunsch geäußert, bestimmte Abbildungen größer oder besser lesbar zu gestalten und Inkonsistenzen in Bezeichnungen und Achsenbeschriftungen zu beseitigen. Zu den spezifischen Darstellungsformen, darunter Detailergebnisse, Merkmale, Zeitverläufe sowie grafische Vergleiche zwischen Leistungserbringergruppen, lagen differenzierte Rückmeldungen vor. Einige Organisationen schlugen zusätzliche Informationen vor, etwa Erläuterungen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren oder eine klarere Darstellung der Item- und Antwortstrukturen. Für Tabellen und Grafiken zu Verteilungen und risikoadjustierten Ergebnissen wurden teils erweiterte Angaben wie Zählerwerte oder Gewichtungen empfohlen. In der Gesamtschau wurde angemerkt, dass die Reihenfolge der Darstellungen überarbeitet werden könnte und ergänzende Texte zur Erklärung hilfreich wären. Wünsche zur Basisauswertung betrafen unter anderem die Darstellung weiterer Inhalte. Der Detailgrad der Bundesauswertung wurde überwiegend als angemessen bewertet, jedoch mit dem Hinweis, dass zusätzliche Erläuterungen die Nutzbarkeit weiter

verbessern würden. Einige dieser Anmerkungen wurden vom IQTIG bereits für die Berichtsprodukte im Auswertungsjahr 2026 vorgesehen, weitere Anpassungen werden geprüft.

Im Mai 2025 haben alle Leistungserbringer, die Daten für die Patientenbefragung übermittelt haben, zum zweiten Mal ihre Ergebnisse gemeinsam mit den Ergebnissen der fallbezogenen QS-Dokumentation und den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren im Rückmeldebericht für das Verfahren *QS PCI* erhalten. Drei Viertel (75,78 %; n = 169) der Leistungserbringer, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben (n = 223), geben an, sich diesen Rückmeldebericht angesehen zu haben. Im Vorjahr waren es 67 %. Die Ergebnisse der Patientenbefragung sind also im Vergleich zum letzten Jahr noch präsenter geworden. 49,70 % der Leistungserbringer, die ihren Rückmeldebericht angesehen haben (84 von 169), fanden ihn verständlich. Die Frage, ob sie erkennen konnten, wie ihre Einrichtung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt abgeschnitten hat, bejahten 86,98 % (n = 147 von 169) der Leistungserbringer. Allerdings gaben nur 29,59 % (n = 50 von 169) an, dass sie die Ergebnisse der Patientenbefragung (eher) mit dem Versorgungsalltag in ihrer Einrichtung in Verbindung bringen konnten, während 33,14 % (n = 56) eine neutrale Einschätzung (*teils/teils*) äußerten. 47,34 % (n = 80 von 169) aller Leistungserbringer gaben an, dass sie auf Grundlage der Ergebnisse in den Rückmeldeberichten zum aktuellen Zeitpunkt nicht in der Lage seien, konkrete Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Support für Leistungserbringer

Seit Mai 2024 stellt das IQTIG eine Arbeitshilfe zum Umgang mit den Ergebnissen der *Patientenbefragung* zur Verfügung, die als Hilfestellung bei der Interpretation und dem Umgang mit den Befragungsergebnissen dienen soll (IQTIG 2024c). 41,70 % (n = 93) der Leistungserbringer, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben (n = 223), gaben an, dieses Dokument zu kennen. Von den Leistungserbringern, die die Arbeitshilfe kennen, gaben 59,14 % (n = 55 von 93) an, dass sie ihnen im Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung hilft.

Seit Mai 2025 stellt das IQTIG zusätzlich eine Kurzfassung der Arbeitshilfe zum Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung zur Verfügung (IQTIG 2025). Die Entwicklung dieser Kurzfassung erfolgte aufgrund der Rückmeldung der Leistungserbringer, die ursprüngliche Arbeitshilfe sei zu umfangreich und zu komplex. Die Kurzfassung fasst daher die wesentlichen Inhalte zusammen und reduziert methodische Erläuterungen auf das für die praktische Anwendung notwendige Maß. 58,30 % (n = 130) der Teilnehmenden (n = 223) gaben an, dieses Dokument zu kennen, von diesen hielten es 72,31 % (n = 94 von 130) im Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung für hilfreich.

4.2.3 Prüfung der Validität und der Auswertungen der Qualitätsindikatoren

Zur Beurteilung der Datenqualität der Patientenbefragung wurden die Vollständigkeit der beantworteten Items pro Fragebogen (Item-Non-Response) sowie die Dateninhalte, die die Qualität der Antworten innerhalb der zurückgesendeten Fragebögen betreffen, herangezogen. Die Dateninhalte beschreiben beispielsweise den Anteil von gewählten Ausweichkategorien bzw. von nicht-

substanziellen Antworten[5] innerhalb eines Items, wie zum Beispiel der Anteil der *Weiß-nicht-mehr*-Antworten. Im Betrachtungszeitraum zeigen die Daten der Patientenbefragung einen geringen Anteil an Item-Non-Response und wenige *Weiß-nicht-mehr*-Antworten, was für eine hohe Akzeptanz, Verständlichkeit und Erinnerbarkeit und dementsprechend für ein valides Fragebogeninstrument spricht.

Anhand der Daten des Auswertungsjahres 2025 wurde für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung darüber hinaus das Verbesserungspotenzial berechnet (IQTIG 2024b, Anhang B). Die meisten Qualitätsindikatoren weisen ein (eher) hohes Verbesserungspotenzial auf. Einzig der Indikator 56114 hat im Bundesergebnis ein mittleres Verbesserungspotenzial.

4.2.4 Stellungnahmeverfahren

Bereits im Dezember 2024 legten die Geschäftsstellen der LAG dem IQTIG einen Sachstandsbericht vor, in dem die zentralen Herausforderungen des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 Teil 1 DeQS-RL (STNV) bei Patientenbefragungen zusammengefasst wurden. Dabei wurde insbesondere auf die eingeschränkte Machbarkeit des Stellungnahmeverfahrens aufgrund des hohen Mengengerüsts an auffälligen Indikatorergebnissen hingewiesen. Zudem wurde deutlich, dass die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) vorgesehenen Kategorien zur qualitativen Bewertung für die Ergebnisse der Patientenbefragung nicht geeignet sind.

Empfehlungen zur Überarbeitung des Stellungnahmeverfahrens bei Patientenbefragungen

Um die Umsetzbarkeit des Stellungnahmeverfahrens für die Ergebnisse der Patientenbefragung zu verbessern, hat das IQTIG die Hinweise der LAG aufgegriffen und gemeinsam mit deren Vertreterinnen und Vertretern Handlungsempfehlungen für das Auswertungsjahr 2025 erarbeitet. Diese beinhalteten eine Gruppierung thematisch verwandter Indikatoren, bei der ein Stellungnahmeverfahren ausgelöst wird, wenn ein Grenzwert auffälliger Indikatoren innerhalb einer Gruppe überschritten wird. Zusätzlich wurde über die Qb-R für die qualitative Bewertung der Ergebnisse die Verwendung der Kategorie N99 („Bewertung nicht vorgesehen“) empfohlen. Die Empfehlungen wurden am 8. April 2025 in Form einer Praxishilfe zusammengefasst und den LAG übermittelt. Zugleich darf durch die Reduzierung des Mengengerüsts nicht das Ziel der Markierung von Standards in der Versorgung aus den Augen verloren werden.

Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2025

Im Auswertungsjahr 2025 lagen für alle 19 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung rechnerisch auffällige Ergebnisse vor. Insgesamt wurden 1.953 Auffälligkeiten identifiziert. Bundesweit wiesen 70,36 % der Leistungserbringer (629 von 894) bei mindestens einem Qualitätsindikator rechnerisch auffällige Ergebnisse auf.

[5] Ausweichkategorien bzw. nicht-substanzielle Antworten beschreiben Antwortoptionen, die nicht für die Berechnung des Indikatorergebnisses herangezogen werden. Sie dienen der besseren Beantwortbarkeit des Fragebogens für die Patientinnen und Patienten. Um inhaltlich aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, die den Leistungserbringern als Grundlage für gezielte Verbesserungen dienen können, soll der Anteil an Antworten in Form von Ausweichkategorien möglichst gering sein.

Da das Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2025 zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht abgeschlossen war, lagen noch keine vollständigen Angaben zu den tatsächlich durchgeführten Stellungnahmeverfahren vor. Alle an der Befragung teilnehmenden LAG führten aufgrund rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse (zumindest teilweise) Stellungnahmeverfahren durch. Die Zahl der durchgeführten Stellungnahmeverfahren variierte dabei deutlich zwischen den Ländern. Einige LAG verwiesen darauf, dass sie die vom IQTIG vorgeschlagene Gruppierung der Qualitätsindikatoren genutzt haben, um das Mengengerüst zu reduzieren. 11 der 14 LAG wandten die Gruppierung im Auswertungsjahr 2025 an; die Mehrheit von ihnen berichtete, Schwerpunkte für Qualitätsverbesserungen damit zumindest teilweise besser identifizieren zu können. 3 von 14 LAG gaben an, die Gruppierung nicht angewendet zu haben, sondern für jedes rechnerisch auffällige Ergebnis ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt zu haben (n = 2) bzw. alle Leistungserbringer angefragt zu haben, die ≥ 4 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse hatten. Zugleich bewerteten die LAG den Aufwand für das Stellungnahmeverfahren als hoch. Das IQTIG stellt zur Reduktion der Aufwände zukünftig unter anderem maschinenlesbare Dokumente zur Gruppierung der Qualitätsindikatoren bereit, um die Identifikation von Leistungserbringern für ein Stellungnahmeverfahren zu vereinfachen. Die Mehrheit der LAG sah das Stellungnahmeverfahren in seiner aktuellen Form als nicht sehr oder nicht zielführend an, obwohl die Patientenbefragung grundsätzlich als geeignet dafür eingeschätzt wurde, Qualitätsmängel sichtbar zu machen. 13 der 14 LAG, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben, gaben an, dass sie die Patientenbefragung als *wichtig* (n = 11) oder *sehr wichtig* (n = 2) erachten (n = 1 k. A.).

In der Stakeholderbefragung berichteten 36,32 % (n = 81) der Leistungserbringer (n = 223), dass sie im Auswertungsjahr 2025 aufgrund rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse der Patientenbefragung zu einer Stellungnahme aufgefordert wurden.

Ursachenanalyse
Die Mehrheit der LAG nutzte im Auswertungsjahr 2025 die Betrachtung der Item-Ebene zur Ursachenanalyse für die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens. Nach Einschätzung aller LAG konnten die Leistungserbringer ihre auffälligen Ergebnisse zumindest teilweise auf zugrunde liegende Strukturen und Prozesse beziehen. Zugleich berichteten die LAG, dass seitens der Leistungserbringer fehlendes Verständnis der Methodik, begrenzte Ressourcen und Unterschiede zu hausinternen Befragungen die Ursachenanalyse erschweren. Entsprechend bewerteten nur 5 der 14 LAG den Beitrag der Patientenbefragung zur Förderung einer patientenzentrierten Versorgungsqualität als stark.

Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen
Die meisten LAG (13 von 14) berichteten, dass Leistungserbringer aus dem Stellungnahmeverfahren zumindest teilweise Verbesserungsmöglichkeiten ableiten konnten. Eine LAG sah hierfür keine Hinweise. Als Gründe für Schwierigkeiten wurden mangelnde Reflexion, die teils schwer verständlichen Rückmeldeberichte und eine kritische Haltung einzelner Leistungserbringer gegenüber der Patientenbefragung genannt. Einige LAG beobachteten jedoch eine zunehmende Akzeptanz des Verfahrens.

Einbindung der Fachkommissionen
Die LAG bewerteten den Aufwand für die Fachkommissionen im Stellungnahmeverfahren als hoch, vor allem aufgrund der großen Zahl an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Von einigen LAG wurde berichtet, dass die Fachkommissionen noch wenig Erfahrung mit der Patientenbefragung haben und einzelne Mitglieder das Verfahren kritisch sehen. Einige LAG regten an, statt eines Stellungnahmeverfahrens eher unterstützende Informations- und Beratungsangebote bereitzustellen. Zudem wurde empfohlen, neben der medizinischen Expertise auch Fachpersonen aus dem Qualitätsmanagement der Leistungserbringer einzubinden.

4.2.5 Aufwand-Nutzen-Betrachtung

Im Auswertungsjahr 2025 berichten die verschiedenen Stakeholder weiterhin über spürbare Aufwände im Zusammenhang mit der Patientenbefragung PCI. Zwei Drittel der Leistungserbringer schätzen den Mehraufwand als hoch oder sehr hoch ein. Zentral genannt werden der erhöhte Dokumentationsaufwand (abhängig von der Softwarelösung), der monatliche Versandrhythmus und begrenzte personelle Ressourcen. Die meisten Patientinnen und Patienten empfinden die Teilnahme dagegen als wenig belastend. Auch aufseiten der DAS und der VPB werden nur geringe Aufwände berichtet.

Das im Auswertungsjahr 2025 erstmals verpflichtende Stellungnahmeverfahren führte aufgrund des großen Mengengerüsts an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu einem hohen Aufwand bei den LAG. Dies betrifft sowohl die fachliche Bearbeitung als auch die notwendigen organisatorischen Anpassungen. Zugleich stehen unterstützende Dokumente des IQTIG zur Verfügung, und durch die im Auswertungsjahr 2025 eingeführte Gruppierung der Qualitätsindikatoren konnten erste Schritte zur Reduktion des Mengengerüsts umgesetzt werden.

Beim Nutzen zeigt sich ein differenziertes Bild. Für nahezu alle Qualitätsindikatoren besteht weiterhin ein hohes bis eher hohes Verbesserungspotenzial. Die Bedeutung der Patientenperspektive wird von den Patientinnen und Patienten als sehr hoch eingeschätzt; das spiegelt sich auch in der erneut hohen Rücklaufquote und der guten Datenqualität wider. Die Leistungserbringer sehen den Nutzen dagegen deutlich zurückhaltender und können nur teilweise konkrete Verbesserungsmaßnahmen aus den Ergebnissen ableiten.

Insgesamt zeigt sich ein Verhältnis, bei dem die Patientenbefragung PCI mit relevanten Aufwänden verbunden ist, zugleich jedoch ein substanzieller Nutzen für die Bewertung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität erkennbar bleibt. Perspektivisch scheinen weitere Aufwandsreduktionen möglich, insbesondere bei der Umsetzung des Stellungnahmeverfahrens.

4.2.6 Empfehlungen

Aus den Erkenntnissen des aktuellen Beobachtungszeitraums der wissenschaftlichen Begleitung der Patientenbefragung PCI leitet das IQTIG folgende Empfehlungen ab:

Die Grundlagen zur Bewertung der Pünktlichkeit der Versandunterlagen sollten weiter präzisiert werden. Vor diesem Hintergrund hat das IQTIG einen Austausch mit der VPB zu den vom neuen Druckdienstleister hinterlegten Gutmeldungen angestoßen, die die Grundlage für die

dokumentierten Versanddaten darstellen. Zudem empfiehlt das IQTIG für das Spezifikationsjahr 2027, die Angaben aus den Datenfeldern zum Eingriffs- bzw. Entlassdatum über die Mapping-Tabelle für die langfristige Beobachtung der Pünktlichkeit der Versandunterlagen heranzuziehen.
Die Korrektheit der Datengrundlage in der VPB wird weiterhin beobachtet. Bei ausreichender Datenqualität wird künftig ein Auffälligkeitskriterium für die Lieferung von Daten für die Patientenbefragung empfohlen werden. Darüber hinaus hat das IQTIG inzwischen geprüft, inwiefern den LAG anhand der bereits vorliegenden Informationen eine Diskrepanz zwischen Soll und Ist für die Patientenbefragung nachvollziehbar gemacht werden kann, und entsprechende Anpassungen vorgenommen.
Empfohlen werden Anpassungen an den Fragebögen, insbesondere zur einheitlichen Erfassung der Soziodemografie als verfahrensübergreifende Angleichung bei Patientenbefragungen. Änderungen am QI-Set sind nicht vorgesehen.
Das IQTIG erarbeitet für das Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2026 eine Verbesserung der technischen Umsetzung der Gruppierung der Qualitätsindikatoren sowie die Darstellung in den Berichtsprodukten. Den LAG liegen nun die Zahlen für den Soll-Ist-Vergleich in den Datengrundlagelisten vor.

5 Ausblick

5.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten

Für die Mehrzahl der Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS PCI* hat sich das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 gegenüber den Vorjahren verbessert. Zum Auswertungsjahr 2026 wurden mehrere Indikatoren entweder abgeschafft (IDs 56001, 56005–56011 und 56016) oder als Transparenzkennzahl weitergeführt (ID 56026). Für die Indikatorengruppe „Kontrastmittelmenge" (IDs 56009–56011), die zur Abschaffung empfohlen wurde, hat das IQTIG die Einführung eines neuen Qualitätsindikators empfohlen, der den Kontrastmittelverbrauch bei Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion überprüft. Die erstmalige Auswertung des Indikators wäre demnach für das Auswertungsjahr 2028 geplant. Für die ebenfalls zur Abschaffung empfohlene Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt" (IDs 56005–56008) wurde das IQTIG am 18. Juli 2024 vom GBA beauftragt, die Aussetzungsempfehlung mit Blick auf die neue Auswertungsmethodik und das Ausmaß der Redundanzen durch die anderen Qualitätssicherungsvorgaben noch einmal zu bewerten. Diesem Auftrag kommt das IQTIG im aktuellen Auswertungsjahr nach.

Weiterhin vor großen Herausforderungen steht das IQTIG in Zusammenhang mit der sektorenübergreifenden Risikoadjustierung. Im Rahmen eines internen Projektes untersucht das IQTIG die Thematik weiter intensiv. Im Mittelpunkt des Projektes stehen dabei insbesondere die umfassende Recherche nach weiteren (neuen) Risikofaktoren, die Analyse des Einflusses von Abrechnung und medizinischer Leistungsdokumentation auf die Risikoadjustierung sowie Überlegungen, welche Möglichkeiten und Grenzen Gruppenvergleiche mit sich bringen. Das IQTIG plant das Projekt bis zum Jahresende abzuschließen und – sofern es die Projektergebnisse erfordern –zum Erfassungsjahr 2029 ggf. notwendige Anpassungen an den Rechenregeln zur Berechnung der Indikatorergebnisse vorzunehmen. Erste Ergebnisse auf dieser Basis würden erstmals ab 2031 vorliegen.

Für den Indikator 56000, der die Indikationsstellung zur elektiven Koronarangiografie adressiert, ließ sich zum Erfassungsjahr 2026 die Validität verbessern. Außerdem wurde ein neuer Indikator zur Überprüfung der Indikationsstellung für die elektive PCI eingeführt. Da es jedoch zu Beginn des Erfassungsjahres 2026 einen größeren Spezifikationsfehler in Zusammenhang mit der Einführung neuer Datenfelder zur Berechnung dieses neuen Indikationsindikators gegeben hat, ist davon auszugehen, dass im Auswertungsjahr 2027 noch keine aussagekräftigen und validen Ergebnisse über die Qualität der Indikationsstellung zur elektiven PCI vorliegen. Darüber hinaus gilt es weiter zu beobachten, inwieweit es mit Blick auf den GBA-Beschluss vom 18. Januar 2024, der zur Aufnahme der Computertomografie-Koronarangiografie (CCTA) in den ambulanten Leistungskatalog geführt hat, zu Veränderungen in den Fallzahlen diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen kommen wird.

Da sich aus den Stellungnahmeverfahren regelmäßig Hinweise auf Dokumentationsfehler ergeben und für das Verfahren *QS PCI* bislang keine fundierten Hinweise über die Dokumentationsqualität vorliegen, wäre die Durchführung einer Datenvalidierung in Form eines systematischen

Abgleichs zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation eine wichtige Maßnahme für die Zukunft. Hierzu wäre es erforderlich, dass zunächst der GBA eine entsprechende Regelung beschließt, die einen Datenabgleich möglich macht. Auch aus den Reihen des Expertengremiums auf Bundesebene wird die Durchführung einer Datenvalidierung ausdrücklich gefordert.

Eine größere Veränderung in Bezug auf die Fallauslösung und Datenerhebung hat sich für das Verfahren *QS PCI* ab dem Erfassungsjahr 2026 ergeben. Um einen Anreiz zur Ambulantisierung zu schaffen, wurden sogenannte Hybrid-DRG eingeführt. Dabei handelt es sich um Fallpauschalen, bei denen Krankenhäuser und Vertragsärzte für die gleichen Leistungen die gleiche Vergütung erhalten (sog. sektorengleiche Vergütung). Der Hybrid-DRG-Katalog gilt für Fälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Belegungstagen und für eine festdefinierte Auswahl von Prozeduren (OPS-Kodes). Einige dieser OPS-Kodes betreffen auch das Verfahren *QS PCI*. Mit Blick auf diese grundlegenden Änderungen der Abrechnungssystematik wurden für das Erfassungsjahr 2026 vom IQTIG Vorkehrungen getroffen, die die Fallauslösung und Dokumentation von Hybrid-DRG-Leistungen ermöglichen. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung ist davon auszugehen, dass die Fallauslösung für das Erfassungsjahr 2026 lediglich für den vertragsärztlichen Bereich eingeschränkt sein könnte. Für das Erfassungsjahr 2027 erfolgte eine umfangreichere Überarbeitung der Spezifikation.

5.2 Patientenbefragung

Im Auswertungsjahr 2026 zeigt sich in den Ergebnissen und in der Evaluation der Patientenbefragung im Verfahren *QS PCI* ein insgesamt stabiles Bild der von den Patientinnen und Patienten wahrgenommenen Versorgungsqualität. Die Zahl der für die Patientenbefragung eingegangenen Dokumentationsdaten ist gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Während auch die Zahl der versendeten Fragebögen leicht angestiegen ist, ist die Rücklaufquote gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig, insgesamt aber auf hohem Niveau. Positive Ergebnisse zeigen sich bei Qualitätsindikatoren beispielsweise weiterhin bei der Interaktion und Kommunikation bei elektiven Eingriffen (ID 56110) oder der Vermeidung von Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle (ID 56116). In anderen Bereichen der Versorgung wird hingegen nach wie vor Handlungs- und Verbesserungsbedarf deutlich, so zum Beispiel bei der patientenorientierten Information zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung im Rahmen dringender bzw. akuter PCI (ID 56113). Vor allem bei der Symptombelastung aus Patientensicht (ID 56100 und ID 56101) gibt es zwar nur eine kleine Menge Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen, jedoch gab jeweils mehr als ein Drittel der Befragten an, keine entsprechenden Symptome zu haben, sodass die Indikation sowohl bei der elektiven Koronarangiografie als auch bei der elektiven PCI kritisch zu betrachten ist. Vor diesem Hintergrund sollte die Patientenbefragung als systematisch verankerte Datenquelle in der externen Qualitätssicherung kontinuierlich eingesetzt werden, um patientenzentrierte Perspektiven dauerhaft zu integrieren, zeitliche Entwicklungen vergleichbar darzustellen und Leistungserbringern Ergebnisse für gezielte Verbesserungsmaßnahmen zur Verfügung zu stellen.

Literatur

AAPOR [American Association for Public Opinion Research] (2023): *Standard Definitions.* Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 10th edition. Revised 2023. Alexandria: AAPOR. URL: https://aapor.org/wp-content/uploads/2023/05/Standards-Definitions-10th-edition.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

GBA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2024 zu Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI – postoperative Wundinfektionen), Verfahren 4 (QS NET) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 20.07.2023. Berlin: GBA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6113/2023-07-20_DeQS-RL_prospektive-Rechenregeln_PCI_WI_NET_EJ_2024.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

GBA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2025 zu Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI – postoperative Wundinfektionen), Verfahren 4 (QS NET) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 18.07.2024. Berlin: GBA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6744/2024-07-18_DeQS-RL_prospektive-Rechenregeln-QS-PCI-WI-NET-EJ-2025.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS PCI*, *QS HSMDEF* und *QS KEP*. Abschlussbericht. [Stand:] 19.07.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS_Verfahren-PCI-HSMDEF-KEP_2023-07-19-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 31.08.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Konstruktion und Auswertungsmethodik für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. [Stand:] 31.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung_2024-05-31.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

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: 05.08.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024c): Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung *QS PCI* im Stellungnahmeverfahren. Arbeitshilfe für die Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer. Version 1.0. Stand: 02.05.2024.

Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Patientenbefragung-QS-PCI_STNV_Arbeitshilfe_2024.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren – Arbeitshilfe für Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer. Kurzfassung und FAQ für Leistungserbringer. Stand: 28.04.2025. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2025/IQTIG_Patientenbefragung-QS-PCI_STNV_Kurzfassung_2025-04-28.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

PCI:
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2024 und 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 7

Datengrundlagen 10

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 10

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

Datengrundlage Patientenbefragung 14

Ergebnisübersicht 16

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 19

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 22

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 24

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 25

56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) 25

Details zu den Ergebnissen 30

56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt 32

Details zu den Ergebnissen 36

56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen 38

Details zu den Ergebnissen 44

56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt 46

Details zu den Ergebnissen 50

Gruppe: MACCE 52

56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 52

56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 59

56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 66

Details zu den Ergebnissen 73

Gruppe: Sterblichkeit bei PCI 77

56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 77

56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag) 84

Details zu den Ergebnissen 91

56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI 93

56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie 104

56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur 115

56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung 119

56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals 124

56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte 134

56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur 146

56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur 159

56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten 163

56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur 167

56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur 171

56111: Patienteninformation nach der Prozedur 178

56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI 190

56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI 200

56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI 205

56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung 210

56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle 215

56117: Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur 219

56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI 226

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 234

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 234

852302: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt" 234

852103: Angabe EF "unbekannt" 236

852104: Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie ... 238
852105: Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt" ... 240
852106: Angabe Kreatininwert "unbekannt" ... 242
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 244
852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 244
852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 246
852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 248
Basisauswertung ... 250
QS Dokumentation ... 250
Übersicht (Gesamt) ... 250
Patientinnen und Patienten ... 253
Vorgeschichte ... 256
Interventionen ... 257
Postprozeduraler Verlauf ... 257
Koronarangiographie ... 258
Patientinnen und Patienten ... 258
Vorgeschichte ... 260
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur) ... 261
Indikation und Diagnose ... 262
Intervention ... 263
Komplikationen ... 265
PCI ... 265
Patientinnen und Patienten ... 266
Vorgeschichte ... 267
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur) ... 268
Indikation und Diagnose ... 269
Intervention ... 269
Komplikationen ... 273
Sozialdaten ... 274
Erfassungsjahr 2024 ... 274
7 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024 ... 274

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes . . . 274
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) . . . 278
Mortalität . . . 284
30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024 . . . 286
365 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024 . . . 287
Patientenbefragung . . . 288
Übersicht Fragebogenrücklauf . . . 289

Einleitung

Die vorliegende Jahresauswertung beinhaltet die Ergebnisse für das QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI). Es wurden sowohl Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2025 auf Basis der QS-Dokumentation und der Patientenbefragung als auch sozialdatenbasierte Follow-up-Qualitätsindikatoren für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024 ausgewertet und berichtet.

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

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

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

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

- Verringerung der Anzahl der Komplikationen während und nach dem Eingriff

Das Indikatorenset für das Auswertungsjahr 2026 besteht aus insgesamt 27 Indikatoren und einer Transparenzkennzahl, von denen 3 Indikatoren ausschließlich auf der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, 5 Indikatoren und eine Transparenzkennzahl - zusätzlich zu der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer - auf den Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie 19 Indikatoren auf einer Patientenbefragung basieren. Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt. Die Adressdaten für die Patientenbefragung werden monatlich von den Leistungserbringern über die DAS an die Versendestelle übermittelt.

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

Versichertenstammdaten pseudonymisiert übermittelt.

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

Die Daten aus der Patientenbefragung werden nicht mit den QS-Dokumentationsdaten verknüpft. Die Patientenbefragung wird anonym durchgeführt; eine Auswertung und Darstellung der Indikatorergebnisse erfolgt, wenn mindestens 4 zurückgeschickte Fragebögen vorliegen.

Für die folgenden 7 Indikatoren wird im Auswertungsjahr 2026 kein Referenzbereich festgelegt: ID 56000, ID 56012, ID 56018, ID 56020, ID 56022, ID 56024 und ID 56102. Gründe hierfür liegen in einem festgestellten Überarbeitungsbedarf (ID 56000), in einer geplanten Aussetzung (ID 56102) und der Umwandlung in eine Transparenzkennzahl (QI 56024) oder in Hinweisen darauf, dass die Risikoadjustierung nicht angemessen sein könnte (ID 56012, ID 56018, ID 56020 und ID 56022).

Für die Patientenbefragung werden rechnerische Auffälligkeiten auf der Ebene der Indikatoren ausgewiesen. Für die Auslösung des Stellungnahmeverfahrens wird die Verwendung von Stellungnahmeverfahren-Gruppen (STNV-Gruppen) empfohlen. Eine solche STNV-Gruppe kann aus mehreren Indikatoren bestehen und ist erst auffällig, wenn eine Mindestzahl an Indikatoren aus dieser STNV-Gruppe rechnerisch auffällig ist.

Im Folgenden werden die STNV-Gruppen sowie ihre Zusammensetzung und das Auslösekriterium beschrieben:
1. Indikationsstellung aus Patientensicht (PCI): QI 56100 „Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI“ (Auslösekriterium: 1 rechnerisch auffälliger QI)
2. Indikationsstellung aus Patientensicht (Koronarangiografie): QI 56101 „Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie“ (Auslösekriterium: 1 rechnerisch auffälliger QI)
3. Interaktion und Kommunikation: QI 56104 „Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals“, QI 56105 „Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte“ und QI 56110 „Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur“ (Auslösekriterium: 2 rechnerisch auffällige QI)
4. Information und Patientenbeteiligung vor der elektiven Prozedur: QI 56103 „Prozessbegleitende Koordination der Versorgung“, QI 56106 „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur“, QI 56107 „Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur“ und QI 56108 „Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten“ (Auslösekriterium: 2 rechnerisch auffällige QI)
5. Information nach der Prozedur: QI 56111 „Patienteninformation nach der Prozedur“, QI 56112 „Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI“ und QI 56113 „Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung

bei dringender bzw. akuter PCI“ (Auslösekriterium: 2 rechnerisch auffällige QI)
6. Organisation und Koordination der Versorgung: QI 56109 „Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur“, QI 56114 „Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI“ und QI 56115 „Unbehandelte Schmerzen in der Nachbehandlung“ (Auslösekriterium: 2 rechnerisch auffällige QI)
7. Outcome: QI 56116 „Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle“ und QI 56117 „Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur“ (Auslösekriterium: 2 rechnerisch auffällige QI)
8. Verbesserung der Symptomschwere: QI 56118 „Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI“ (Auslösekriterium: 1 rechnerisch auffälliger QI)

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

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

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

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

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

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	68.893 68.892 1	76.305	90,29
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	705.072 704.631 441	700.404	100,67
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	3.662 3.662 0	3.604	101,61

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	777.627 777.185 442	780.313	99,66
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	248	264	93,94
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	886		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	957	970	98,66
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	765	778	98,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	30	26	115,38
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.135		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.206	1.235	97,65
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	1.014	1.043	97,22

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	70.959 70.959 0	75.408	94,10

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	688.842 688.414 428	675.071	102,04
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	3.594 3.594 0	3.759	95,61
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	763.395 762.967 428	754.238	101,21
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	259	282	91,84
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	907		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	980	980	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	781	781	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	30	30	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.167		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.240	1.264	98,10
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	1.041	1.065	97,75

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	70.959	91,81 N = 65.149
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	688.414	96,95 N = 667.400
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	3.594	56,15 N = 2.018
Bund (gesamt)	762.967	96,28 N = 734.567

Datengrundlage Patientenbefragung

Soll-Ist-Abgleich Patientenbefragung

Für die Patientenbefragung sind die Leistungserbringer gemäß DeQS-RL dazu verpflichtet, die Daten der Patientinnen und Patienten, die im Vormonat einen Indexeingriff hatten bzw. im Vormonat entlassen wurden, monatlich bis zum 12. Tag über die Datenannahmestellen an die Versendestelle Patientenbefragung zu übermitteln. Zu diesen Daten gehören insbesondere die Adressdaten der Patientinnen und Patienten sowie medizinische und behandlungsspezifische Daten, die für die Auswahl des korrekten Fragebogens in der Versendestelle erforderlich sind. An den Übermittlungsstichtag (12. Tag eines Monats) schließt sich eine 7-tägige Korrekturfrist an. Daten, die nach dieser Korrekturfrist eingehen, sind nicht fristgemäß und werden für den Versand der Fragebögen nicht berücksichtigt. Die „Anzahl der übermittelten Dokumentationsdaten“ stellt also die Anzahl fristgerecht übermittelter Fälle durch die Leistungserbringer dar. Die Anzahl der fristgerecht übermittelten Dokumentationsdaten ist für den Soll-Ist-Abgleich gemäß DeQS-RL relevant.

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

Erfassungsjahr	Anzahl der eingegangenen Dokumentations-daten (Ist)	Anzahl der erwarteten Dokumentations-daten (Soll)	Quote in %
2025	661.480	780.313	84,77
2024	609.579	754.238	80,82

Rücklaufquote der Patientenbefragung

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

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

In Einzelfällen kann es zu Abweichungen zwischen der geplanten Stichprobengröße und der tatsächlich gezogenen Stichprobe gekommen sein, da die von Leistungserbringern tatsächlich gelieferten Dokumentationen für die Patientenbefragung von der erwarteten Fallzahl, die der Stichprobengröße zugrunde liegt, abweichen kann. Wir bitten dies bei der Interpretation der Zahl der versendete und zurückgesendeten Fragebögen zu berücksichtigen.

Erfassungsjahr	Anzahl versendete Fragebögen (Brutto)	Anzahl zurückgesendete Fragebögen (Netto)	Rücklaufquote in %
2025	142.349	68.625	48,21
2024	135.884	71.106	52,33

Ergebnisübersicht

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

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

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

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

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

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

- nach Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2025 sowie
- nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

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

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

- Die Ergebnisse der Patientenbefragung beziehen sich auf das Jahr 2025, wenn für den jeweiligen Standort bzw. die jeweilige Betriebsstättennummer Daten an die Versendestelle geliefert wurden. Anhand dieser gelieferten Daten wurde, entsprechend der Vorgaben in der DeQS-RL (Teil 2, Verfahren 1 § 19 Abs. 2), eine Vollerhebung oder Stichprobenziehung durchgeführt. Die Ergebnisse stellen die Antworten aller zurückgesendeten gültigen Fragebögen von Patientinnen und Patienten dar.

- Die Ergebnisse von 18 der 19 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden mit Referenzbereichen dargestellt. Grundsätzlich gilt, dass hohe Werte (bis maximal 100) ein gutes Ergebnis darstellen. Diese Interpretation gilt nicht für die risikoadjustierten QI der Patientenbefragung.

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

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

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

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

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

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

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)	Nicht definiert	73,46 % O = 238.682 N = 324.932
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	≥ 75,00 %	82,45 % O = 21.821 N = 26.466
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	≥ 94,80 % (5. Perzentil)	95,68 % O = 111.061 N = 116.074
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	≥ 1,08 (Mittelwert)	1,08 n = 14.246
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	≥ 1,03 (Mittelwert)	1,03 n = 32.509
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	Nicht definiert	87,26 Punkte n = 29.814
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	≥ 89,56 Punkte (Mittelwert)	89,56 Punkte n = 68.622
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	≥ 86,70 Punkte (Mittelwert)	86,70 Punkte n = 68.622
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	≥ 85,17 Punkte (Mittelwert)	85,17 Punkte n = 68.622

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	≥ 80,00 Punkte	74,83 Punkte n = 46.755
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	≥ 90,00 Punkte	89,72 Punkte n = 39.539
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	≥ 80,00 Punkte	80,59 Punkte n = 46.755
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	≥ 84,02 Punkte (Mittelwert)	84,02 Punkte n = 46.755
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	≥ 90,83 Punkte (Mittelwert)	90,83 Punkte n = 17.366
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	≥ 80,00 Punkte	79,57 Punkte n = 68.622
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	≥ 70,00 Punkte	60,98 Punkte n = 20.896
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	≥ 50,00 Punkte	55,66 Punkte n = 10.585
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	≥ 95,00 Punkte	91,82 Punkte n = 7.651
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	≥ 78,04 Punkte (Mittelwert)	78,04 Punkte n = 68.622
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	≥ 93,69 Punkte (Mittelwert)	93,69 Punkte n = 68.622
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	≥ 1,05 (Mittelwert)	1,05 n = 46.755

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	≥ 1,04 (Mittelwert)	1,04 n = 14.246

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

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	Nicht definiert	1,09 O/E = 5.825 / 5.354,13 0,76 % O/N = 5.825 / 766.858
Gruppe: MACCE			
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	Nicht definiert	1,04 O/E = 6.609 / 6.371,63 1,49 % O/N = 6.609 / 443.183
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	Nicht definiert	0,99 O/E = 7.235 / 7.275,26 2,75 % O/N = 7.235 / 262.770
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	Nicht definiert	0,96 O/E = 4.506 / 4.670,76 10,45 % O/N = 4.506 / 43.140

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI			
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	Nicht definiert	1,00 O/E = 4.057 / 4.052,29 1,68 % O/N = 4.057 / 241.189
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	Transparenzkennzahl	1,06 O/E = 13.530 / 12.824,06 5,71 % O/N = 13.530 / 237.117

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852302	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"	≤ 21,65 % (95. Perzentil)	4,03 % 1.127 / 27.968	4,65 % 31 / 667
852103	Angabe EF "unbekannt"	≤ 9,01 % (95. Perzentil)	2,74 % 21.294 / 775.905	4,67 % 53 / 1.135
852104	Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie	Nicht definiert	1,28 % 10.040 / 783.733	0,00 % 0 / 1.133
852105	Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"	≤ 0,60 % (95. Perzentil)	0,15 % 1.160 / 777.185	4,05 % 46 / 1.135
852106	Angabe Kreatininwert "unbekannt"	≤ 1,45 % (95. Perzentil)	0,42 % 3.037 / 717.880	4,13 % 46 / 1.114
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	99,66 % 777.627 / 780.313	8,50 % 105 / 1.235
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	99,66 % 777.627 / 780.313	2,35 % 29 / 1.235
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,06 % 442 / 780.313	0,24 % 3 / 1.235

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)

Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven Koronarangiographien (isoliert oder einzeitig), bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive Ischämiezeichen) vorliegt, soll hoch sein.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle elektiven Koronarangiographien (isoliert oder einzeitig) mit der führenden Indikation: „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „Verdacht auf Progression der bekannten KHK“ unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit CCS III
Zähler	Gesicherte oder fragliche, objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen (Belastungs-EKG, Herz-CT, Belastungsszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests)
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

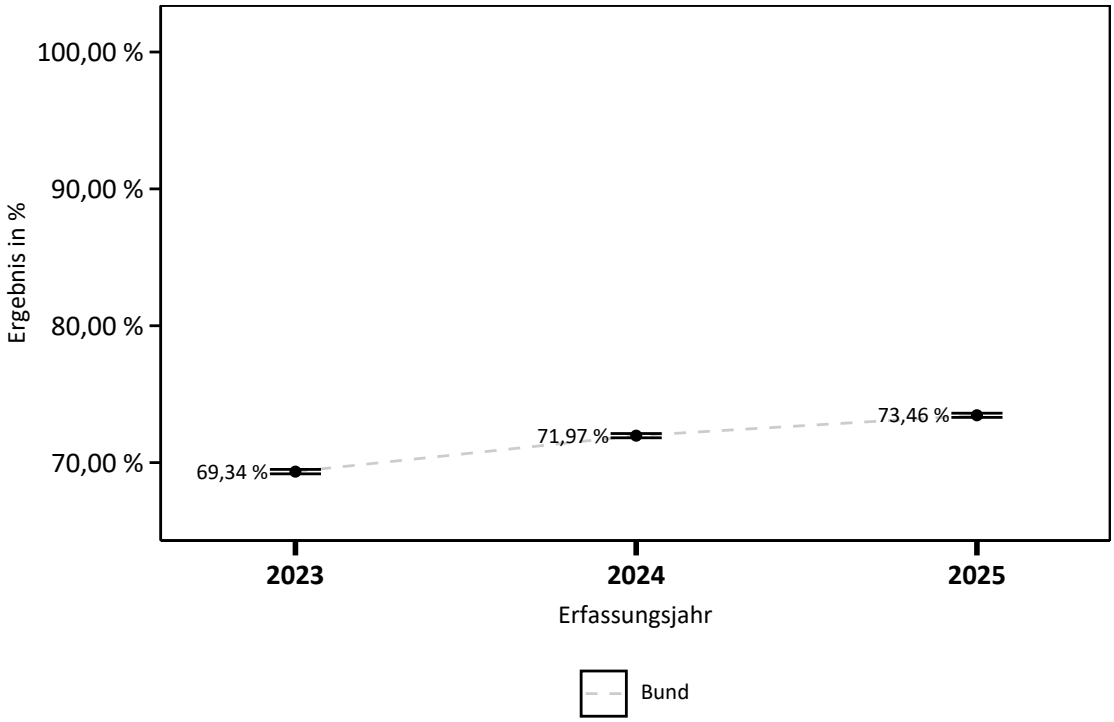
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2023**	29.628 / 41.749	70,97	70,53 - 71,40
		2024	32.654 / 44.300	73,71	73,30 - 74,12
		2025	31.434 / 42.135	74,60	74,19 - 75,02
	KH	**2023**	34.804 / 48.770	71,36	70,96 - 71,76
		2024	45.431 / 61.657	73,68	73,33 - 74,03
		2025	52.500 / 69.803	75,21	74,89 - 75,53

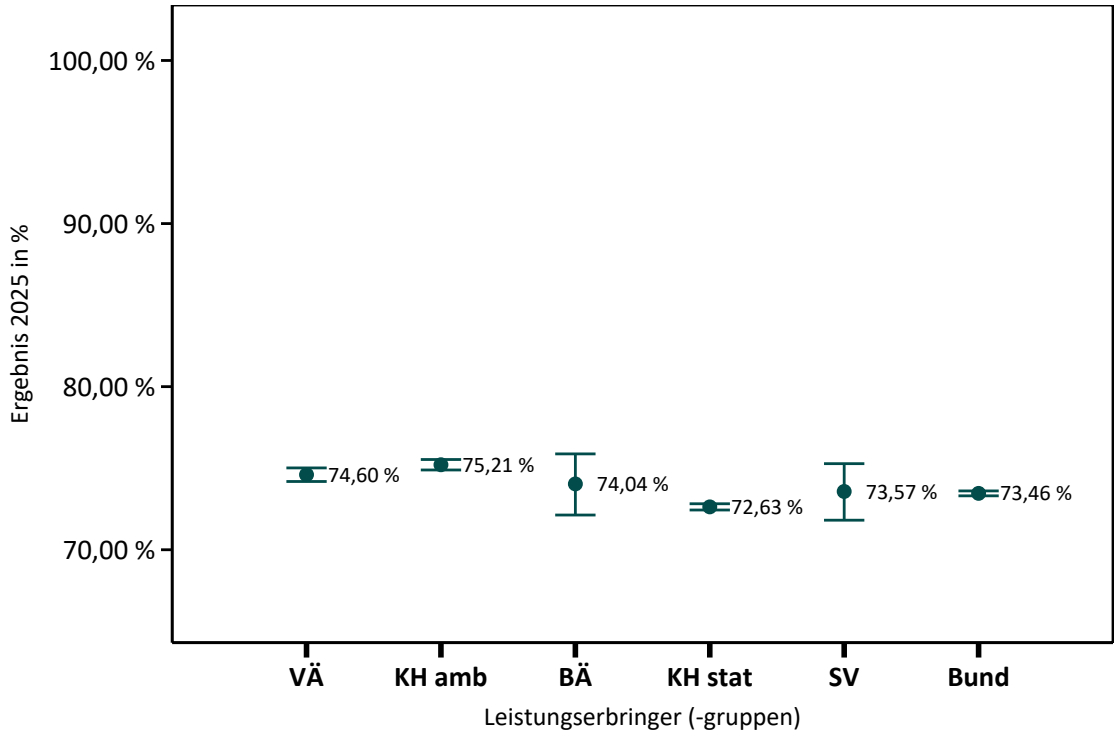
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Stationär	BÄ	2023	951 / 1.379	68,96	66,48 - 71,36
		2024	1.166 / 1.491	78,20	76,05 - 80,24
		2025	1.554 / 2.099	74,04	72,13 - 75,88
	KH	2023	148.720 / 216.987	68,54	68,34 - 68,73
		2024	151.614 / 213.389	71,05	70,86 - 71,24
		2025	151.365 / 208.409	72,63	72,44 - 72,82
Selektivvertragliche Leistungen		2023	1.754 / 2.424	72,36	70,55 - 74,11
		2024	1.790 / 2.446	73,18	71,40 - 74,91
		2025	1.829 / 2.486	73,57	71,81 - 75,28
Bund		2023	215.857 / 311.309	69,34	69,18 - 69,50
		2024	232.655 / 323.283	71,97	71,81 - 72,12
		2025	238.682 / 324.932	73,46	73,30 - 73,61

Ergebnisse im Zeitverlauf

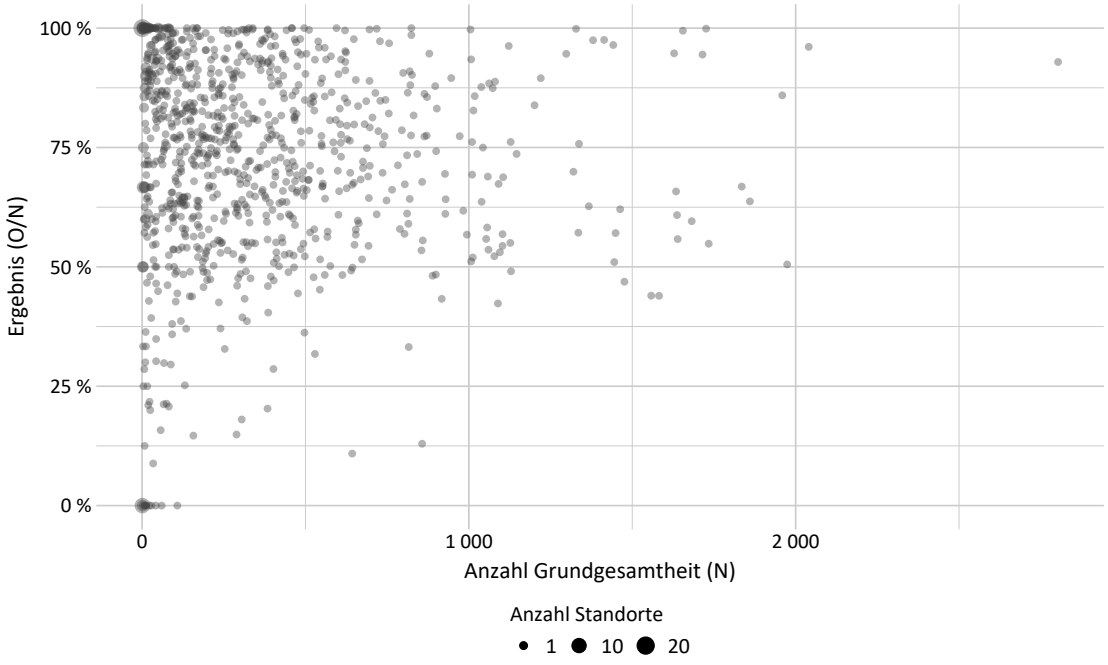
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.005	0	0,00	100,00	76,92

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 56000** **Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)**	73,46 % 238.682/324.932
1.1.1	ID: 56_26008 Objektive, nicht invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isolierte Koronarangiographie)	72,80 % 173.245/237.990
1.1.2	ID: 56_26009 Objektive, nicht invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (einzeitige Koronarangiographie und PCI)	75,27 % 65.437/86.942
1.1.3	ID: 56_26010 keine Ischämiezeichen	21,41 % 69.570/324.932
1.1.4	ID: 56_26011 Ischämiezeichen unbekannt	4,62 % 15.022/324.932
1.1.5	ID: 56_22000 gesicherte Ischämiezeichen	64,36 % 209.120/324.932
1.1.5.1	ID: 56_24005 gesicherte Ischämiezeichen nach Ruhe-EKG	19,69 % 41.177/209.120
1.1.5.2	ID: 56_24006 gesicherte Ischämiezeichen nach Ruhe-Echokardiographie	34,11 % 71.339/209.120
1.1.5.3	ID: 56_24007 gesicherte Ischämiezeichen nach Belastungs-EKG	12,77 % 26.708/209.120
1.1.5.4	ID: 56_24008 gesicherte Ischämiezeichen nach Stress-Echokardiographie	5,83 % 12.186/209.120
1.1.5.5	ID: 56_26000 gesicherte Ischämiezeichen nach Stress-MRT	2,94 % 6.147/209.120
1.1.5.6	ID: 56_26001 gesicherte Ischämiezeichen nach Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)	6,50 % 13.596/209.120
1.1.5.7	ID: 56_26002 gesicherte Ischämiezeichen nach SPECT-Myokardszintigraphie	10,82 % 22.625/209.120
1.1.5.8	ID: 56_26003 gesicherte Ischämiezeichen nach Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	0,29 % 605/209.120
1.1.5.9	ID: 56_24010 gesicherte Ischämiezeichen nach sonstigen Verfahren	7,02 % 14.677/209.120
1.1.6	ID: 56_22001 fragliche Ischämiezeichen	9,10 % 29.562/324.932
1.1.6.1	ID: 56_24011 fragliche Ischämiezeichen nach Ruhe-EKG	24,80 % 7.331/29.562

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.6.2	ID: 56_24012 fragliche Ischämiezeichen nach Ruhe-Echokardiographie	34,91 % 10.321/29.562
1.1.6.3	ID: 56_24013 fragliche Ischämiezeichen nach Belastungs-EKG	19,26 % 5.695/29.562
1.1.6.4	ID: 56_24014 fragliche Ischämiezeichen nach Stress-Echokardiographie	2,86 % 845/29.562
1.1.6.5	ID: 56_26004 fragliche Ischämiezeichen nach Stress-MRT	0,96 % 285/29.562
1.1.6.6	ID: 56_26005 fragliche Ischämiezeichen nach Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)	3,07 % 908/29.562
1.1.6.7	ID: 56_26006 fragliche Ischämiezeichen nach SPECT-Myokardszintigraphie	3,02 % 892/29.562
1.1.6.8	ID: 56_26007 fragliche Ischämiezeichen nach Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	1,12 % 331/29.562
1.1.6.9	ID: 56_24016 fragliche Ischämiezeichen nach sonstigen Verfahren	9,98 % 2.950/29.562
1.1.7	Angina pectoris oder Anginapectoris-Äquivalent (Belastungs-Dyspnoe) bei chronischem Koronarsyndrom (CCS)	
1.1.7.1	ID: 56_26012 liegt nicht vor	26,28 % 85.391/324.932
1.1.7.2	ID: 56_26013 CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	12,73 % 41.362/324.932
1.1.7.3	ID: 56_26014 CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	47,22 % 153.425/324.932
1.1.7.4	ID: 56_26015 atypische Angina pectoris	13,26 % 43.096/324.932

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

Qualitätsziel	Möglichst niedrige "Door-to-balloon"-Zeit.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Erst-PCIs (isoliert oder einzeitig) bei Patientinnen und Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies unbekannt ist und bei denen vor der Prozedur kein kardiogener Schock (stabilisiert oder instabil) vorlag. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit gültigen Angaben zum "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkt sowie mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor
Zähler	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten
Referenzbereich	≥ 75,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

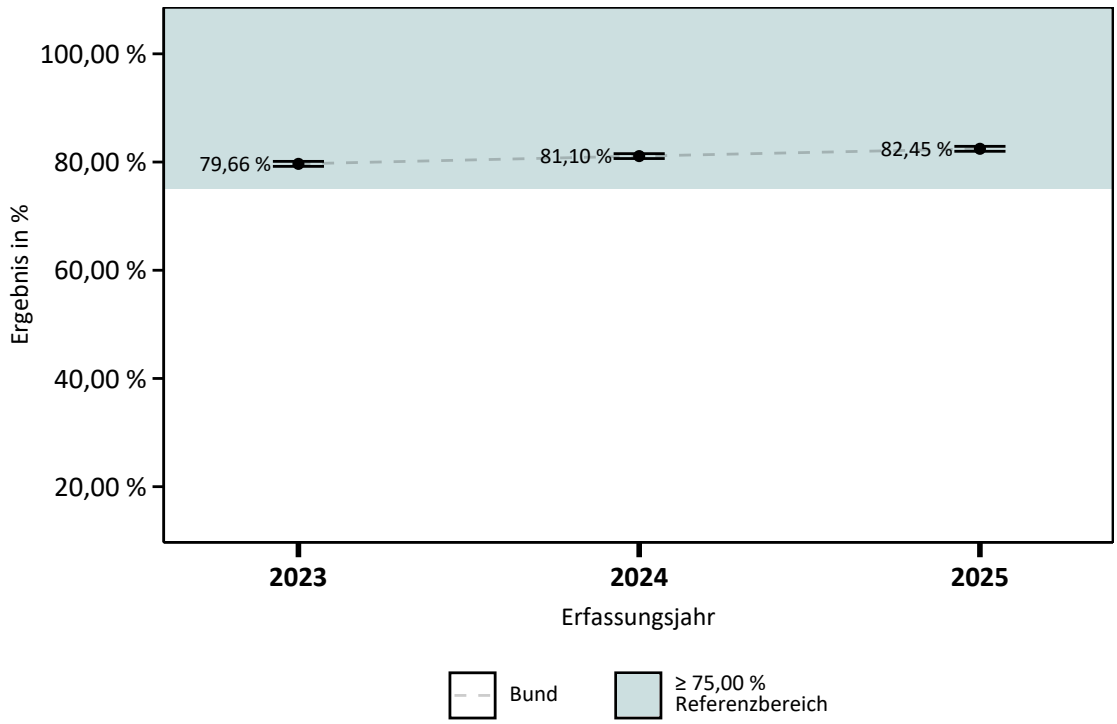
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2023**	109 / 121	90,08	83,82 - 94,46
		2024	80 / 98	81,63	73,11 - 88,32
		2025	≤3	x	17,67 - 96,13
	KH	**2023**	123 / 160	76,88	69,90 - 82,89
		2024	112 / 136	82,35	75,30 - 88,05
		2025	45 / 57	78,95	67,10 - 87,94
Stationär	**BÄ**	**2023**	19 / 32	59,38	42,16 - 74,98
		2024	17 / 22	77,27	57,14 - 90,76
		2025	102 / 114	89,47	82,86 - 94,12
	KH	**2023**	22.709 / 28.508	79,66	79,19 - 80,12
		2024	23.160 / 28.559	81,10	80,64 - 81,55
		2025	21.672 / 26.292	82,43	81,96 - 82,88

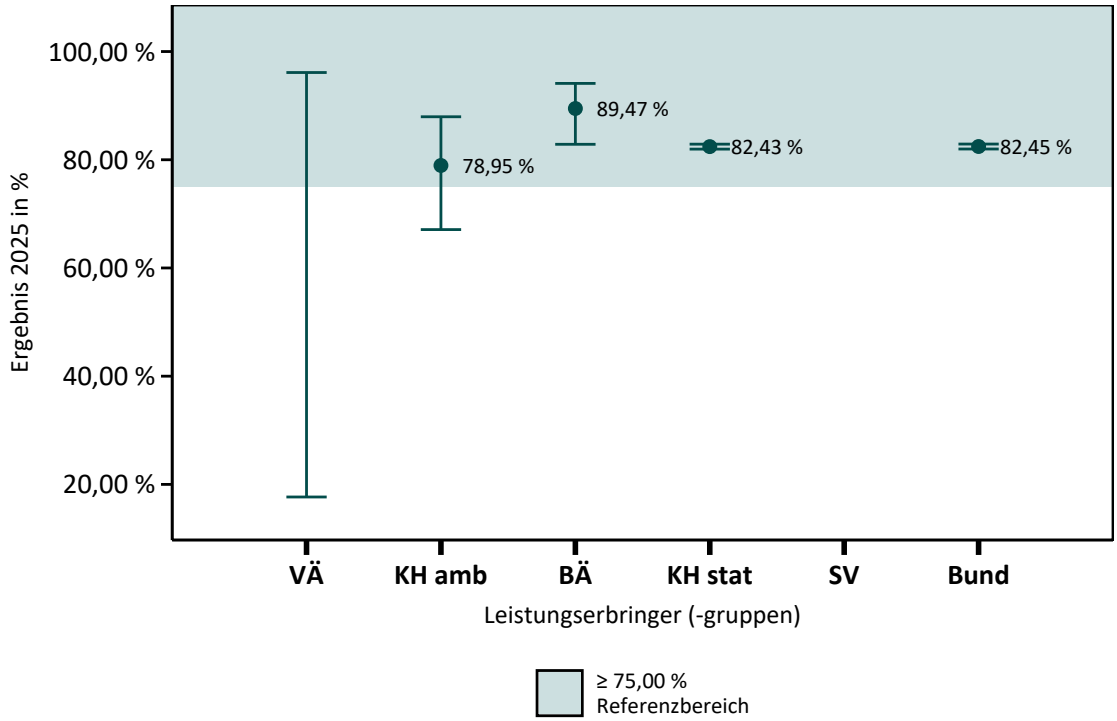
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	0 / 0	-	-
	2024	≤3	x	14,67 - 99,96
	2025	0 / 0	-	-
Bund	**2023**	22.960 / 28.821	79,66	79,20 - 80,13
	2024	23.370 / 28.816	81,10	80,65 - 81,55
	2025	21.821 / 26.466	82,45	81,99 - 82,90

Ergebnisse im Zeitverlauf

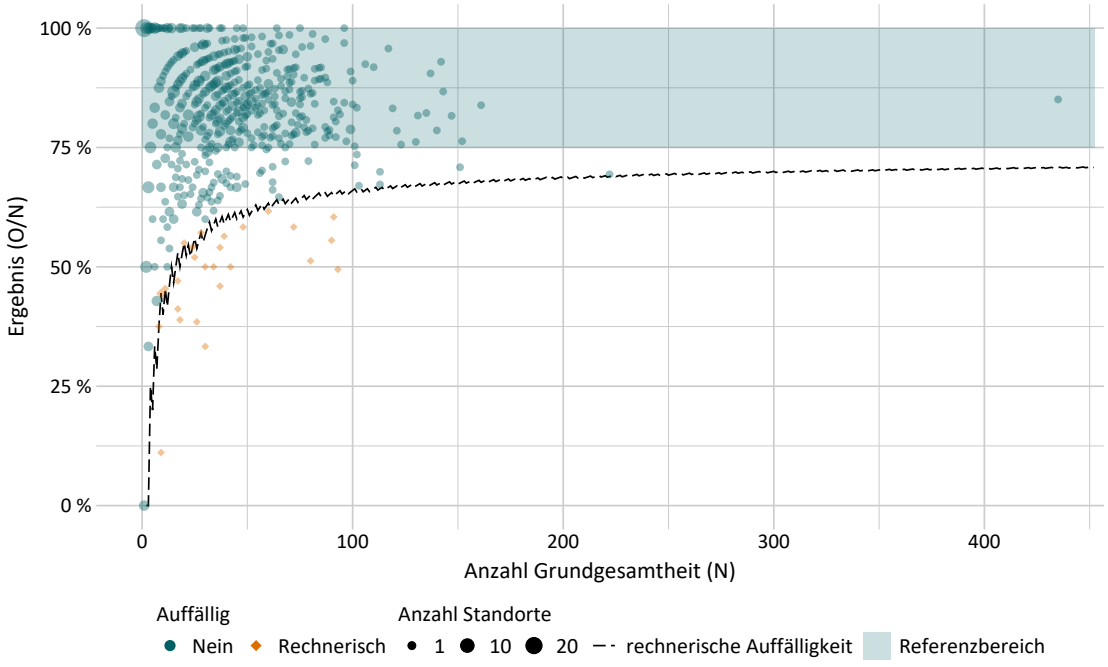
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	661	27	0,00	100,00	84,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 56003** **"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt**	82,45 % 21.821/26.466

2.1.1 Altersverteilung und Geschlecht für Fälle mit einer "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt Ergebnis Bund (gesamt)	**Geschlecht männlich**	**Geschlecht weiblich**	**Geschlecht divers**	**Geschlecht unbestimmt**	**Geschlecht unbekannt**
18 - 29 Jahre	ID: 56_22024 0,25 % 39/15.605	ID: 56_22031 0,06 % 4/6.211	ID: 56_22038 x % ≤3	ID: 56_22045 - 0/0	ID: 56_22242 - -/-
30 - 39 Jahre	ID: 56_22025 2,22 % 347/15.605	ID: 56_22032 0,95 % 59/6.211	ID: 56_22039 x % ≤3	ID: 56_22046 - 0/0	ID: 56_22243 - -/-
40 - 49 Jahre	ID: 56_22026 11,20 % 1.747/15.605	ID: 56_22033 5,46 % 339/6.211	ID: 56_22040 x % ≤3	ID: 56_22047 - 0/0	ID: 56_22244 - -/-
50 - 59 Jahre	ID: 56_22027 28,12 % 4.388/15.605	ID: 56_22034 15,49 % 962/6.211	ID: 56_22041 x % ≤3	ID: 56_22048 - 0/0	ID: 56_22245 - -/-
60 - 69 Jahre	ID: 56_22028 32,38 % 5.053/15.605	ID: 56_22035 28,37 % 1.762/6.211	ID: 56_22042 x % ≤3	ID: 56_22049 - 0/0	ID: 56_22246 - -/-
70 - 79 Jahre	ID: 56_22029 16,35 % 2.552/15.605	ID: 56_22036 23,17 % 1.439/6.211	ID: 56_22043 x % ≤3	ID: 56_22050 - 0/0	ID: 56_22247 - -/-
≥ 80 Jahre	ID: 56_22030 9,48 % 1.479/15.605	ID: 56_22037 26,50 % 1.646/6.211	ID: 56_22044 x % ≤3	ID: 56_22051 - 0/0	ID: 56_22248 - -/-
Gesamt	ID: 56_24018 100,00 % 15.605/15.605	ID: 56_24019 100,00 % 6.211/6.211	ID: 56_24020 x % ≤3	ID: 56_24021 - 0/0	ID: 56_22249 - -/-

2.1.2 Altersverteilung und Geschlecht für Fälle mit einer "Door-to-balloon"-Zeit über 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt Ergebnis Bund (gesamt)	**Geschlecht männlich**	**Geschlecht weiblich**	**Geschlecht divers**	**Geschlecht unbestimmt**	**Geschlecht unbekannt**
18 - 29 Jahre	ID: 56_22052 0,37 % 12/3.231	ID: 56_22059 x % ≤3/1.413	ID: 56_22066 - 0/0	ID: 56_22073 - 0/0	ID: 56_22250 - -/-
30 - 39 Jahre	ID: 56_22053 2,29 % 74/3.231	ID: 56_22060 1,56 % 22/1.413	ID: 56_22067 - 0/0	ID: 56_22074 - 0/0	ID: 56_22251 - -/-
40 - 49 Jahre	ID: 56_22054 10,03 % 324/3.231	ID: 56_22061 5,31 % 75/1.413	ID: 56_22068 - 0/0	ID: 56_22075 - 0/0	ID: 56_22252 - -/-
50 - 59 Jahre	ID: 56_22055 27,64 % 893/3.231	ID: 56_22062 12,74 % 180/1.413	ID: 56_22069 - 0/0	ID: 56_22076 - 0/0	ID: 56_22253 - -/-
60 - 69 Jahre	ID: 56_22056 29,81 % 963/3.231	ID: 56_22063 22,72 % 321/1.413	ID: 56_22070 - 0/0	ID: 56_22077 - 0/0	ID: 56_22254 - -/-
70 - 79 Jahre	ID: 56_22057 17,27 % 558/3.231	ID: 56_22064 24,06 % 340/1.413	ID: 56_22071 - 0/0	ID: 56_22078 - 0/0	ID: 56_22255 - -/-
≥ 80 Jahre	ID: 56_22058 12,60 % 407/3.231	ID: 56_22065 33,55 % 474/1.413	ID: 56_22072 - 0/0	ID: 56_22079 - 0/0	ID: 56_22256 - -/-
Gesamt	ID: 56_24022 100,00 % 3.231/3.231	ID: 56_24023 100,00 % 1.413/1.413	ID: 56_24024 - 0/0	ID: 56_24025 - 0/0	ID: 56_22257 - -/-

56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen

Qualitätsziel	Der Anteil therapiebedürftiger Blutungen und punktionsnaher Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI
Zähler	Therapiebedürftige Blutungen oder punktionsnahe Komplikationen (Thrombininjektion nach Blutung, Transfusion nach Blutung, chirurgische Intervention nach Blutung oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages
O (observed)	Beobachtete Anzahl an therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
E (expected)	Erwartete Anzahl an therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56012.
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Art der Prozedur: isolierte PCI Art der Prozedur: einzeitig Koronarangiographie und PCI Geschlecht: Weiblich Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht Rotablation Alter (linear) bis 50 Jahre Alter (quadratisch) bis 50 Jahre Alter (linear) ab 50 bis 105 Jahre BMI (linear) bis 30 kg/m^2 eGFR (linear) bis 105 ml/min eGFR (quadratisch) bis 105 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Niereninsuffizienz eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

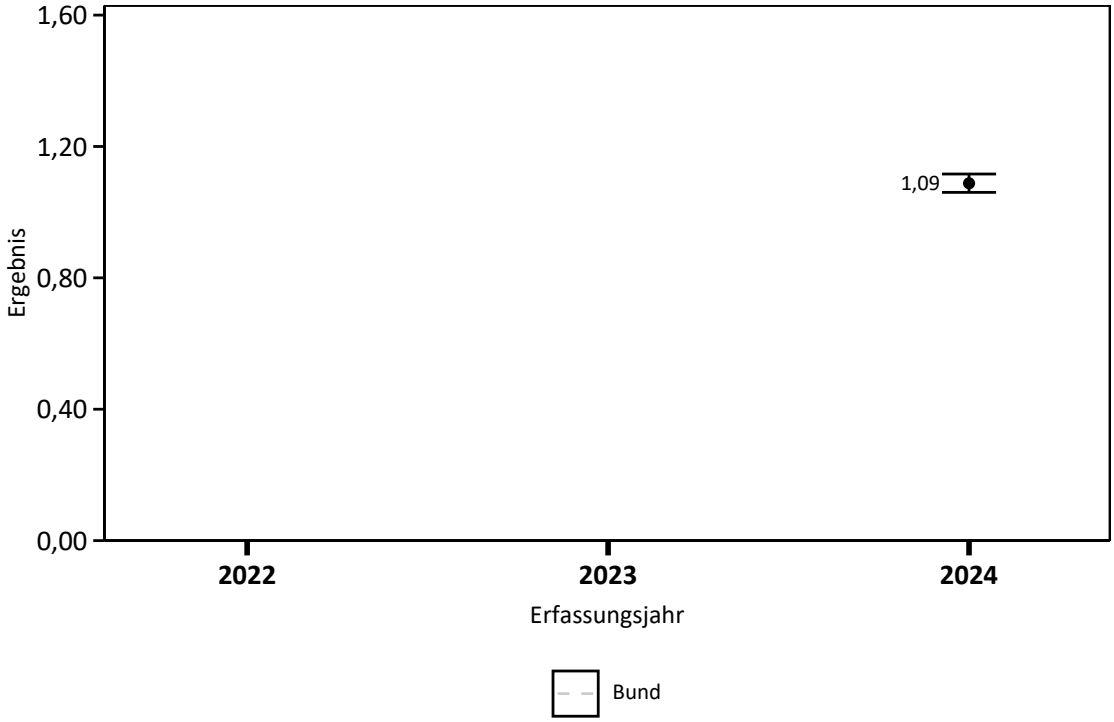
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2022	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	62.484	157 / 335,37	0,47	0,40 - 0,55
	KH	2022	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	68.477	86 / 344,50	0,25	0,20 - 0,31
Stationär	BÄ	2022	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	3.129	21 / 21,26	0,99	0,63 - 1,48
	KH	2022	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	630.732	5.561 / 4.641,83	1,20	1,17 - 1,23
Selektivvertragliche Leistungen		2022	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	2.036	0 / 11,18	0,00	0,00 - 0,22
Bund		2022	-	- / -	-	-
		2023	-	- / -	-	-
		2024	766.858	5.825 / 5.354,13	1,09	1,06 - 1,12

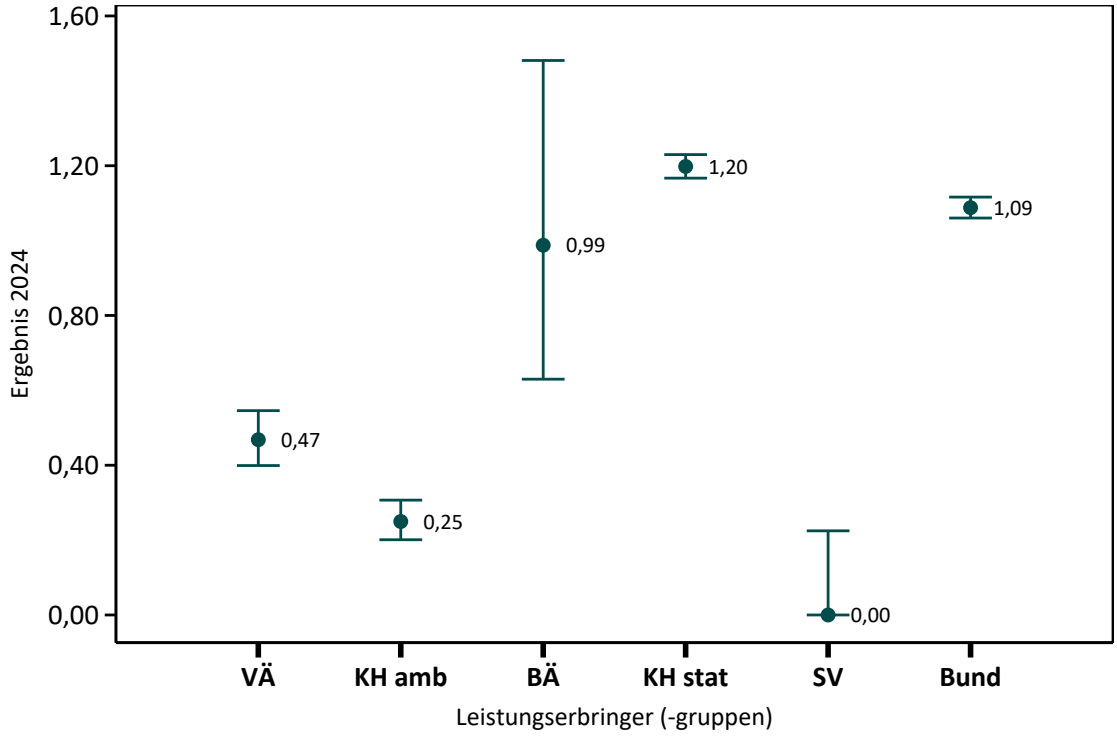
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

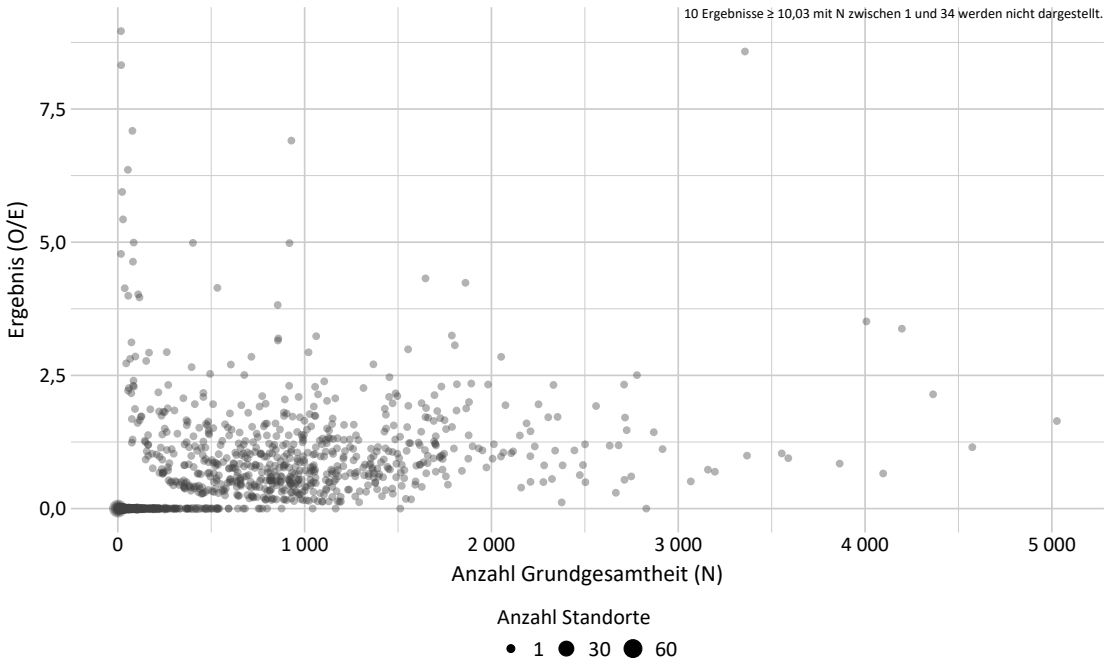
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



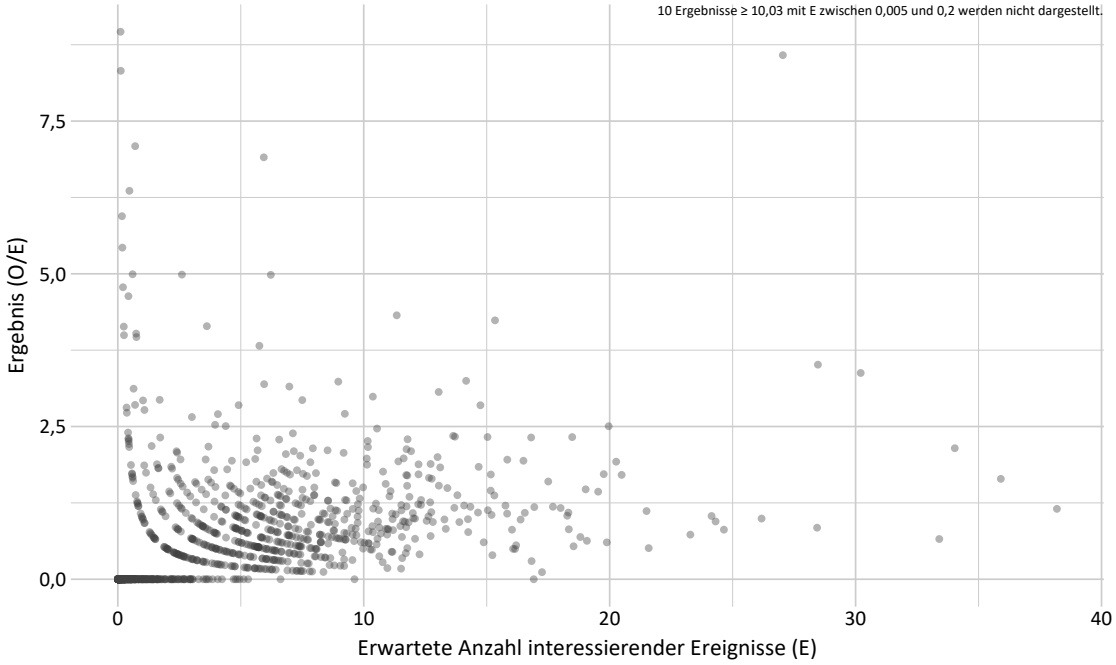
Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



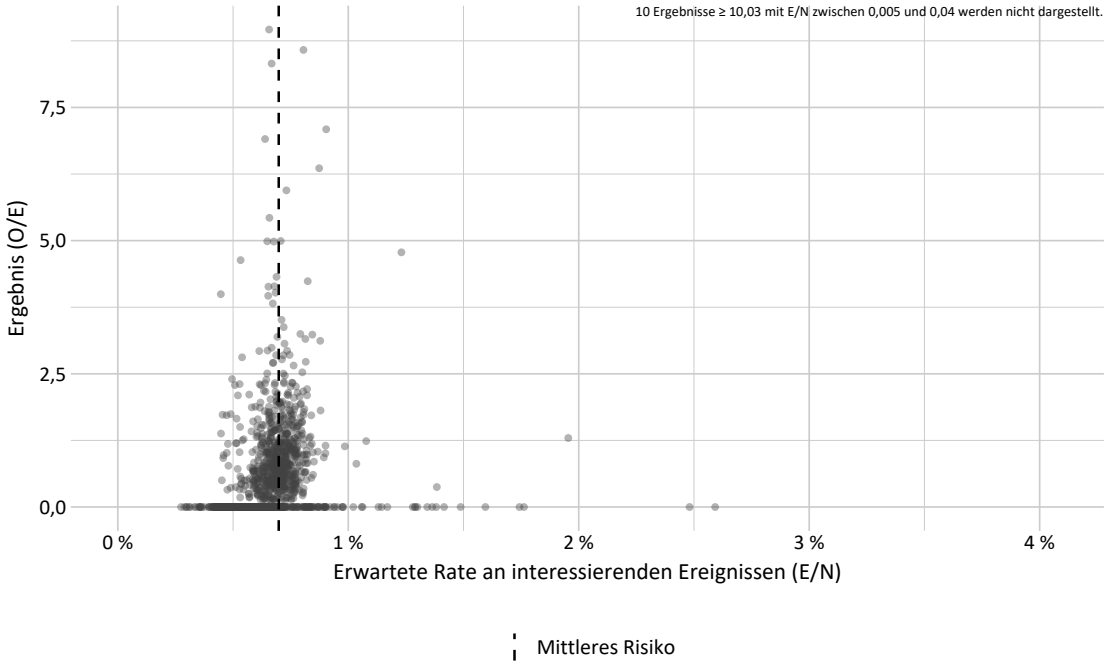
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.166	0	0,00	205,93	0,43

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.1.1.1	ID: O_56012 O/N (observed, beobachtet)	0,76 % 5.825/766.858
3.1.1.2	ID: E_56012 E/N (expected, erwartet)	0,70 % 5.354,13/766.858
3.1.1.3	**ID: 56012** **O/E**	1,09
3.1.2	ID: 56_22239 Thrombin-Injektion nach Blutung (Sozialdaten)	12,27 % 715/5.825
3.1.3	ID: 56_22240 Chirurgische Intervention nach Blutung (Sozialdaten)	63,62 % 3.706/5.825
3.1.4	ID: 56_22241 Aneurysma spurium (Sozialdaten)	4,45 % 259/5.825
3.1.5	ID: 56_26016 Aneurysma spurium (QS-Dokumentation)	15,18 % 884/5.825
3.1.6	ID: 56_26017 Transfusion (QS-Dokumentation)	18,01 % 1.049/5.825
3.1.7	ID: 56_26018 Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen bei isolierten Koronarangiographien	46,54 % 2.711/5.825
3.1.7.1	ID: 56_26019 elektive Prozeduren	62,63 % 1.698/2.711
3.1.7.2	ID: 56_26020 dringende Prozeduren	21,87 % 593/2.711
3.1.7.3	ID: 56_26021 notfallmäßige Prozeduren	15,49 % 420/2.711
3.1.8	ID: 56_26022 Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen bei isolierten PCI	5,91 % 344/5.825
3.1.8.1	ID: 56_26023 elektive Prozeduren	66,86 % 230/344
3.1.8.2	ID: 56_26024 dringende Prozeduren	22,67 % 78/344
3.1.8.3	ID: 56_26025 notfallmäßige Prozeduren	10,47 % 36/344

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1.9	ID: 56_26026 Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen bei einzeitigen Koronarangiographien und PCI	47,55 % 2.770/5.825
3.1.9.1	ID: 56_26027 elektive Prozeduren	45,05 % 1.248/2.770
3.1.9.2	ID: 56_26028 dringende Prozeduren	23,10 % 640/2.770
3.1.9.3	ID: 56_26029 notfallmäßige Prozeduren	31,84 % 882/2.770

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

Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle PCI (isoliert oder einzeitig) mit den Indikationen - akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt, - akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt oder - subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt
Zähler	TIMI III-Fluss
Referenzbereich	≥ 94,80 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

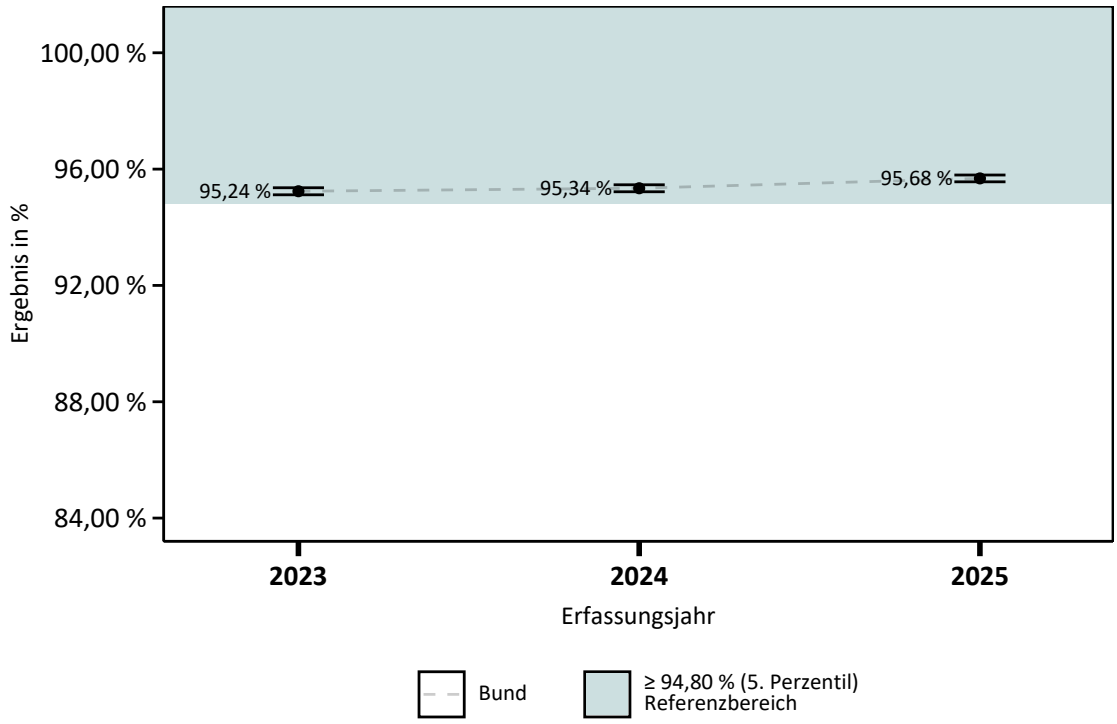
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant	VÄ	2023	619 / 653	94,79	92,89 - 96,30
		2024	518 / 538	96,28	94,43 - 97,64
		2025	109 / 113	96,46	91,80 - 98,79
	KH	2023	458 / 526	87,07	84,00 - 89,73
		2024	435 / 481	90,44	87,57 - 92,82
		2025	345 / 377	91,51	88,38 - 94,01
Stationär	BÄ	2023	265 / 286	92,66	89,20 - 95,26
		2024	288 / 305	94,43	91,42 - 96,59
		2025	700 / 730	95,89	94,26 - 97,15
	KH	2023	112.072 / 117.619	95,28	95,16 - 95,40
		2024	111.393 / 116.814	95,36	95,24 - 95,48
		2025	109.877 / 114.824	95,69	95,57 - 95,81
Selektivvertragliche Leistungen		2023	47 / 49	95,92	87,55 - 99,14
		2024	19 / 19	100,00	87,77 - 100,00
		2025	30 / 30	100,00	92,03 - 100,00

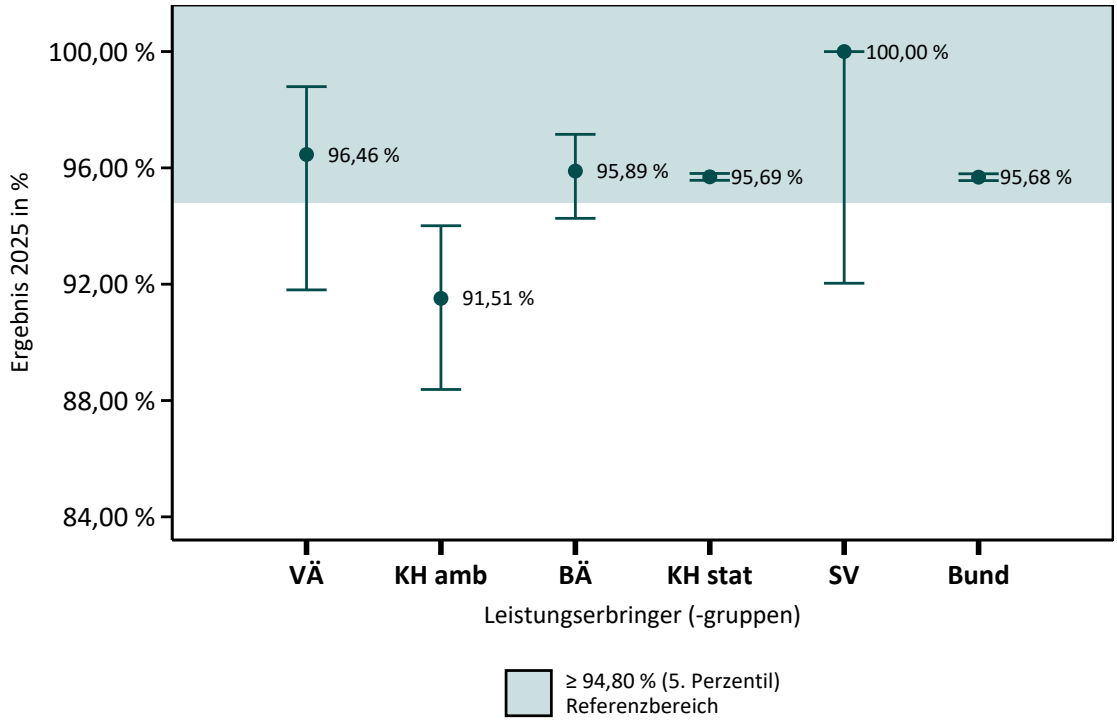
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	113.461 / 119.133	95,24	95,12 - 95,36
	2024	112.653 / 118.157	95,34	95,22 - 95,46
	2025	111.061 / 116.074	95,68	95,56 - 95,80

Ergebnisse im Zeitverlauf

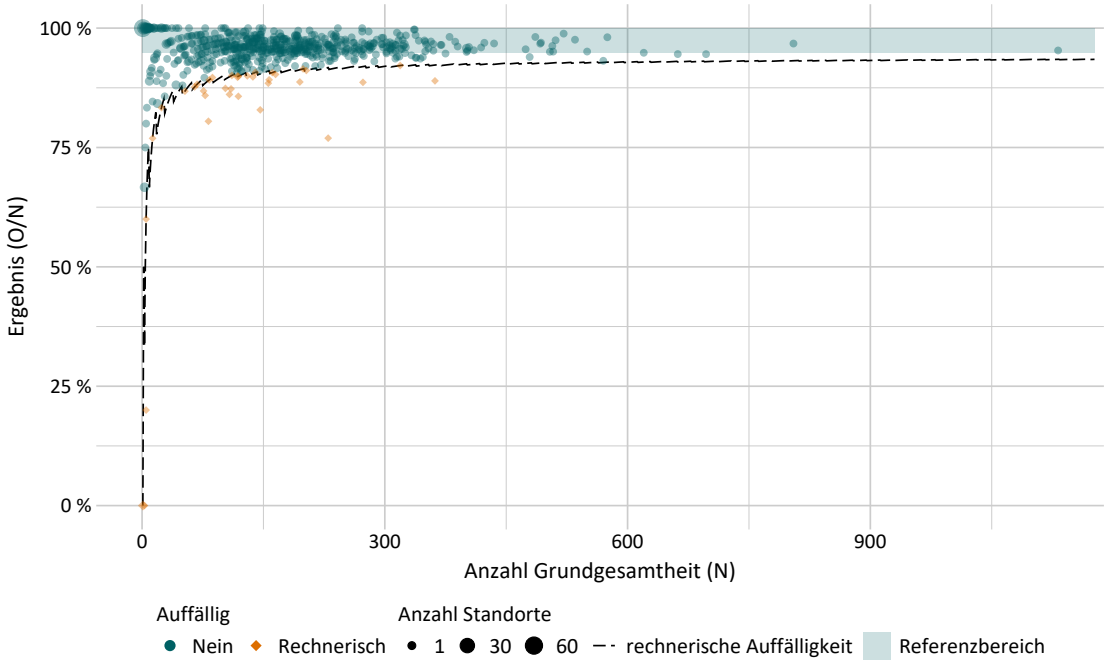
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	801	40	0,00	100,00	96,26

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	
4.1.1	**ID: 56014** **Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt**	95,68 % 111.061/116.074
4.1.2	wesentliches Interventionsziel nicht erreicht	
4.1.2.1	ID: 56_22201 TIMI 0	1,55 % 1.804/116.074
4.1.2.1.1	ID: 56_26045 TIMI 0 bei PCI mit der Indikation akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	1,44 % 1.058/73.534
4.1.2.1.2	ID: 56_26046 TIMI 0 bei PCI mit der Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden	1,41 % 527/37.380
4.1.2.1.3	ID: 56_26047 TIMI 0 bei PCI mit der Indikation subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden	4,24 % 219/5.160
4.1.2.2	ID: 56_22202 TIMI I	0,73 % 852/116.074
4.1.2.2.1	ID: 56_26048 TIMI I bei PCI mit der Indikation akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	0,59 % 435/73.534
4.1.2.2.2	ID: 56_26049 TIMI I bei PCI mit der Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden	0,81 % 301/37.380
4.1.2.2.3	ID: 56_26050 TIMI I bei PCI mit der Indikation subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden	2,25 % 116/5.160
4.1.2.3	ID: 56_22203 TIMI II	2,03 % 2.357/116.074
4.1.2.3.1	ID: 56_26051 TIMI II bei PCI mit der Indikation akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	1,49 % 1.099/73.534
4.1.2.3.2	ID: 56_26052 TIMI II bei PCI mit der Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden	2,60 % 972/37.380

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1.2.3.3	ID: 56_26053 TIMI II bei PCI mit der Indikation subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden	5,54 % 286/5.160

Gruppe: MACCE

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

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

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten Koronarangiographien bei Patientinnen und Patienten, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: neu aufgetretener Herzinfarkt, TIA bzw. Schlaganfall, Tod
O (observed)	Beobachtete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie
E (expected)	Erwartete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56018
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht: Weiblich Dringlichkeit: dringend Dringlichkeit: notfallmäßig Ejektionsfraktion unter 40%: fraglich Ejektionsfraktion unter 40%: ja Ejektionsfraktion unter 40%: unbekannt (mit Exitus) Herzinsuffizienz (nach NYHA) I Herzinsuffizienz (nach NYHA) II Herzinsuffizienz (nach NYHA) III Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (ohne Schock) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil) Akutes Koronarsyndrom ohne Reanimation Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation Angina pectoris: atypisch Angina pectoris: CCS I oder II Angina pectoris: CCS III Indikation = 2: Verdacht auf Progression von KHK Indikation = 3: akutes Koronarsyndrom ohne Infarkt Indikation = 4: akutes Koronarsyndrom mit NSTEMI Indikation = 5: akutes Koronarsyndrom mit STEMI Indikation = 6: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI Indikation = 7: elektive Kontrolle nach Koronarintervention Indikation = 8: Myokarderkrankung mit Ejektionsfraktion unter 40% Indikation = 9: Vitium bzw. Endokarditis Indikation = 10: Komplikation nach vorangegangener Prozedur Indikation = 99: sonstige Entlassdiagnose: Alter Myokardinfarkt Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Ein Gefäß Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Zwei Gefäße Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Drei Gefäße Entlassdiagnose: Respiratorische Insuffizienz/Lungenkollaps Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS Entlassdiagnose: Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht Alter (linear) bis 40 Jahre Alter (linear) ab 40 bis 85 Jahre Alter (linear) ab 85 bis 105 Jahre BMI (linear) BMI (quadratisch) eGFR (linear) bis 105 ml/min eGFR (quadratisch) bis 105 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Niereninsuffizienz eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

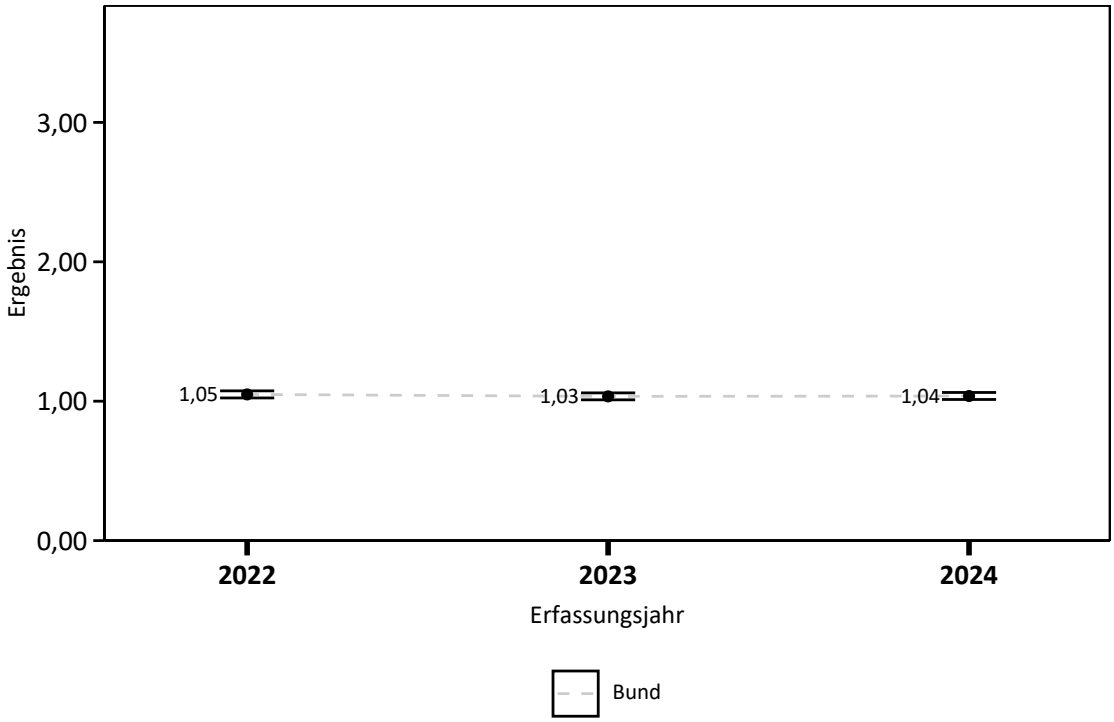
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2022	45.005	136 / 220,21	0,62	0,52 - 0,73
		2023	47.086	151 / 229,51	0,66	0,56 - 0,77
		2024	48.285	114 / 226,80	0,50	0,42 - 0,60
	KH	2022	35.127	134 / 168,31	0,80	0,67 - 0,94
		2023	52.903	180 / 248,14	0,73	0,63 - 0,84
		2024	63.486	188 / 288,81	0,65	0,56 - 0,75
Stationär	BÄ	2022	1.054	8 / 10,66	0,75	0,35 - 1,42
		2023	1.342	17 / 11,31	1,50	0,91 - 2,35
		2024	1.376	32 / 12,78	2,50	1,75 - 3,49
	KH	2022	330.129	6.329 / 5.894,88	1,07	1,05 - 1,10
		2023	332.144	6.266 / 5.906,89	1,06	1,03 - 1,09
		2024	328.426	6.272 / 5.836,30	1,07	1,05 - 1,10
Selektivvertragliche Leistungen		2022	2.256	4 / 10,78	0,37	0,13 - 0,88
		2023	1.787	11 / 8,28	1,33	0,71 - 2,30
		2024	≤3	≤3	0,43	0,12 - 1,15
Bund		2022	413.571	6.611 / 6.304,85	1,05	1,02 - 1,07
		2023	435.262	6.625 / 6.404,12	1,03	1,01 - 1,06
		2024	443.183	6.609 / 6.371,63	1,04	1,01 - 1,06

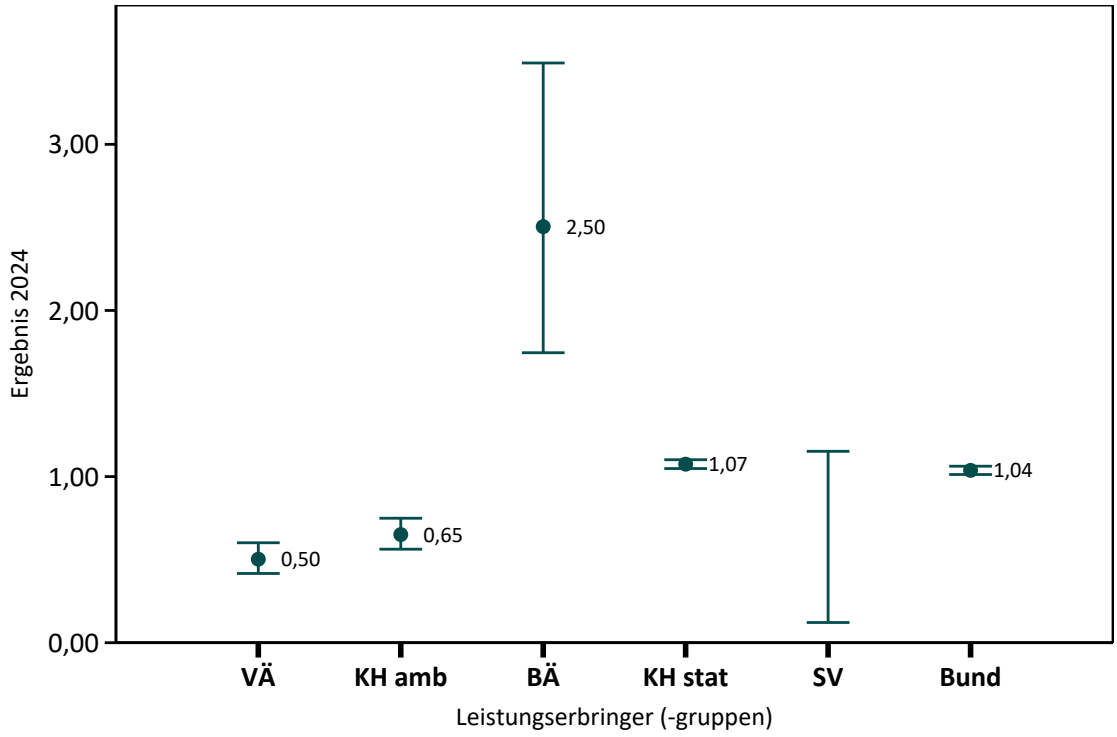
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

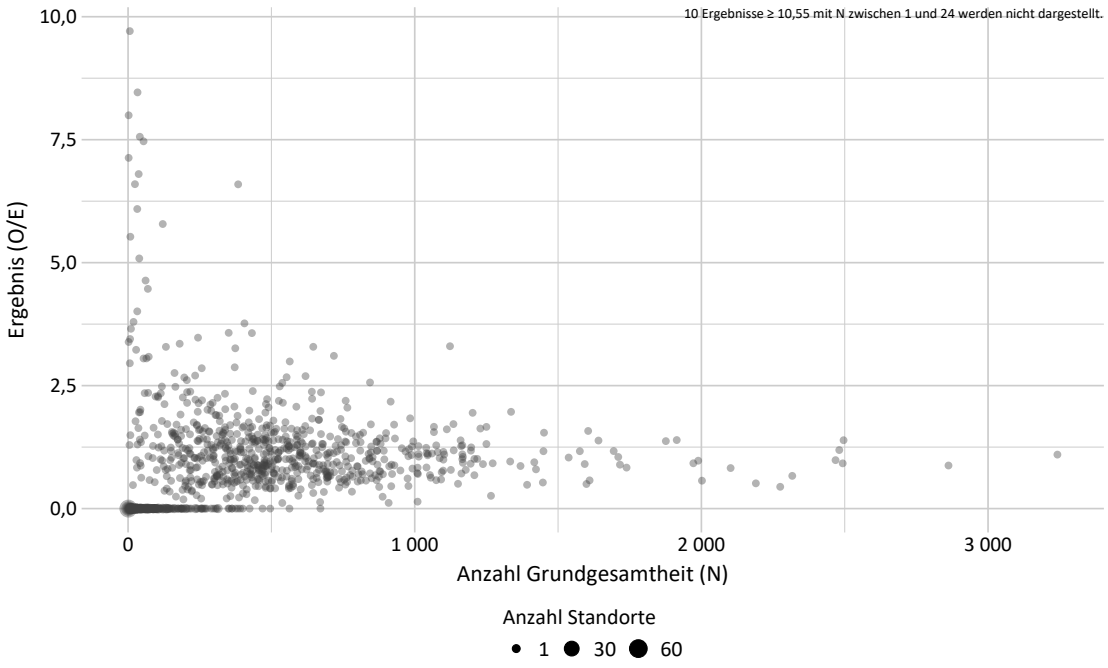
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



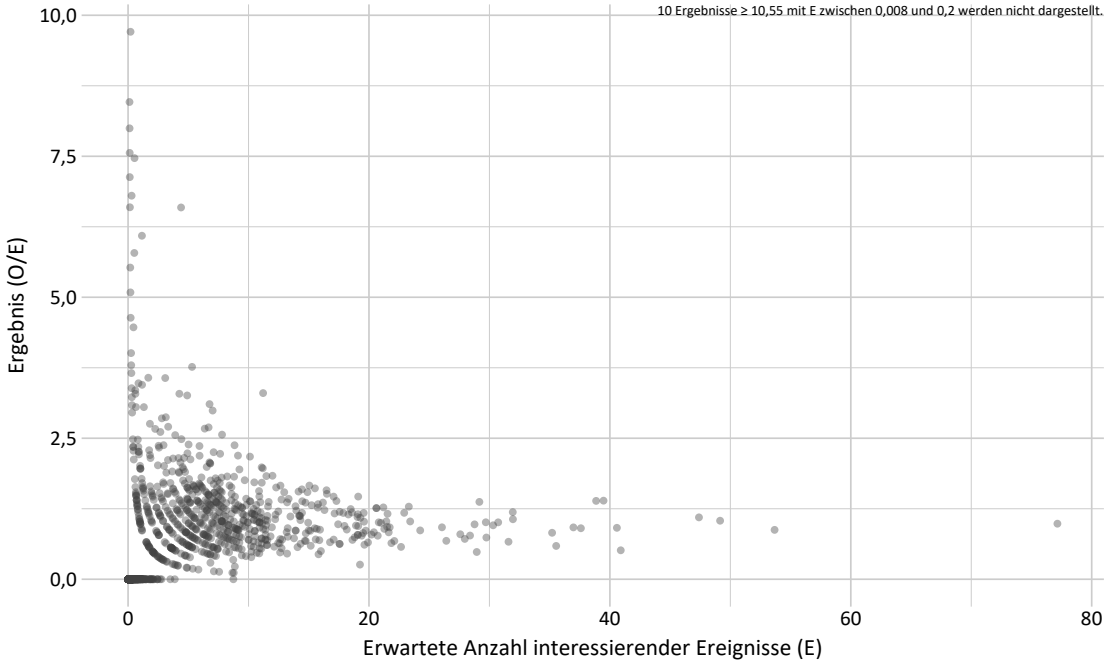
Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



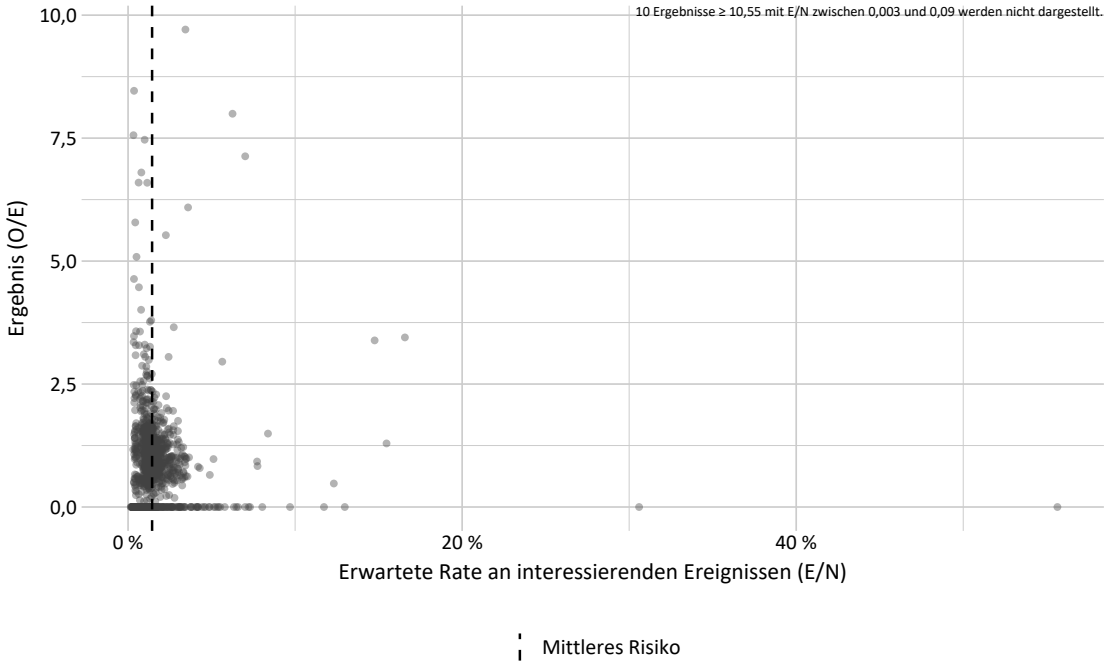
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.142	0	0,00	127,40	0,73

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

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei Patientinnen und Patienten ohne ST-Hebungsinfarkt
Zähler	Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod
O (observed)	Beobachtete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI
E (expected)	Erwartete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56020
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht: Weiblich Dringlichkeit: dringend Dringlichkeit: notfallmäßig Ejektionsfraktion unter 40%: fraglich Ejektionsfraktion unter 40%: ja Ejektionsfraktion unter 40%: unbekannt (mit Exitus) Herzinsuffizienz (nach NYHA) I Herzinsuffizienz (nach NYHA) II Herzinsuffizienz (nach NYHA) III Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (ohne Schock) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil) Akutes Koronarsyndrom ohne Reanimation Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation Angina pectoris: atypisch Angina pectoris: CCS I oder II Angina pectoris: CCS III Indikation = 2: akutes Koronarsyndrom ohne Infarkt Indikation = 3: akutes Koronarsyndrom mit NSTEMI Indikation = 6: prognostische Indikation oder stumme Ischämie Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur Indikation = 9: sonstige Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht PCI am Hauptstamm PCI an einem weiterem Gefäß PCI an zwei weiteren Gefäßen PCI an drei weiteren Gefäßen PCI am kompletten Gefäßverschluss PCI eines Koronarbypasses PCI am ungeschützten Hauptstamm PCI einer Ostiumstenose PCI am letzten verbliebenen Gefäß PCI an einer Bifurkationsstenose PCI mit sonstigen besonderen Merkmalen Rotablation Entlassdiagnose: Alter Myokardinfarkt Entlassdiagnose: Anämie/Blutgerinnungsstörung Entlassdiagnose: Herzrhythmusstörung Entlassdiagnose: Respiratorische Insuffizienz/Lungenkollaps Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS Entlassdiagnose: Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Zwei Gefäße Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Drei Gefäße Entlassdiagnose: keine atherosklerotische Herzkrankheit Alter (linear) bis 45 Jahre Alter (linear) ab 45 bis 85 Jahre Alter (linear) ab 85 bis 105 Jahre eGFR (linear) ab 10 bis 90 ml/min eGFR (quadratisch) ab 10 bis 90 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Niereninsuffizienz eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

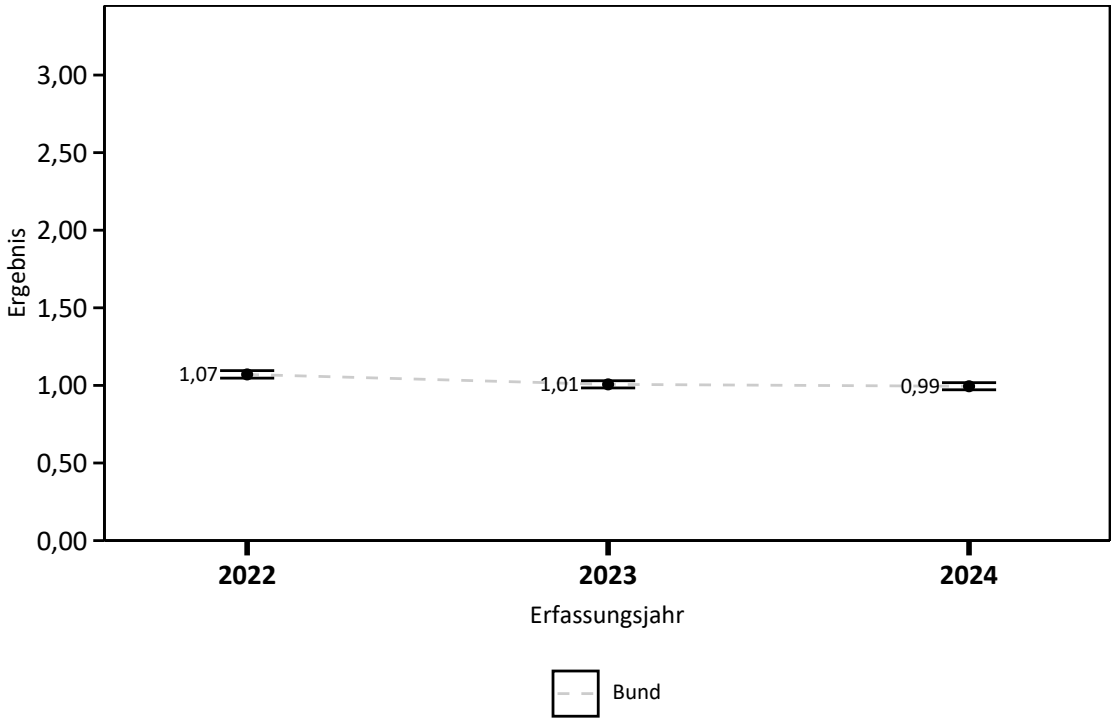
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2022	12.543	201 / 155,08	1,30	1,13 - 1,48
		2023	12.482	200 / 157,29	1,27	1,10 - 1,46
		2024	12.288	187 / 145,21	1,29	1,11 - 1,48
	KH	2022	961	52 / 21,57	2,41	1,82 - 3,13
		2023	1.239	57 / 27,68	2,06	1,58 - 2,65
		2024	4.447	68 / 59,49	1,14	0,89 - 1,44
Stationär	BÄ	2022	1.059	15 / 14,78	1,01	0,59 - 1,63
		2023	1.359	18 / 19,80	0,91	0,56 - 1,41
		2024	1.619	24 / 22,59	1,06	0,70 - 1,55
	KH	2022	228.979	7.230 / 6.809,76	1,06	1,04 - 1,09
		2023	240.975	6.962 / 6.982,33	1,00	0,97 - 1,02
		2024	244.013	6.950 / 7.042,73	0,99	0,96 - 1,01
Selektivvertragliche Leistungen		2022	623	8 / 8,63	0,93	0,44 - 1,75
		2023	379	4 / 5,40	0,74	0,25 - 1,76
		2024	403	6 / 5,24	1,14	0,48 - 2,36
Bund		2022	244.165	7.506 / 7.009,84	1,07	1,05 - 1,10
		2023	256.434	7.241 / 7.192,51	1,01	0,98 - 1,03
		2024	262.770	7.235 / 7.275,26	0,99	0,97 - 1,02

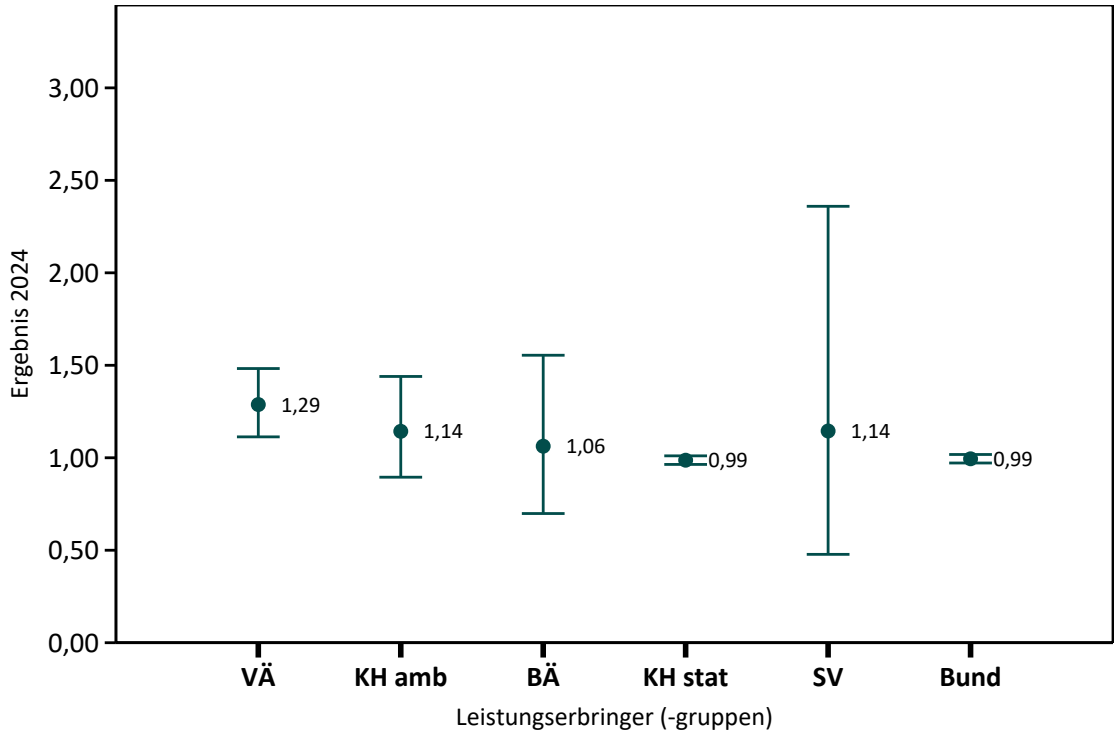
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

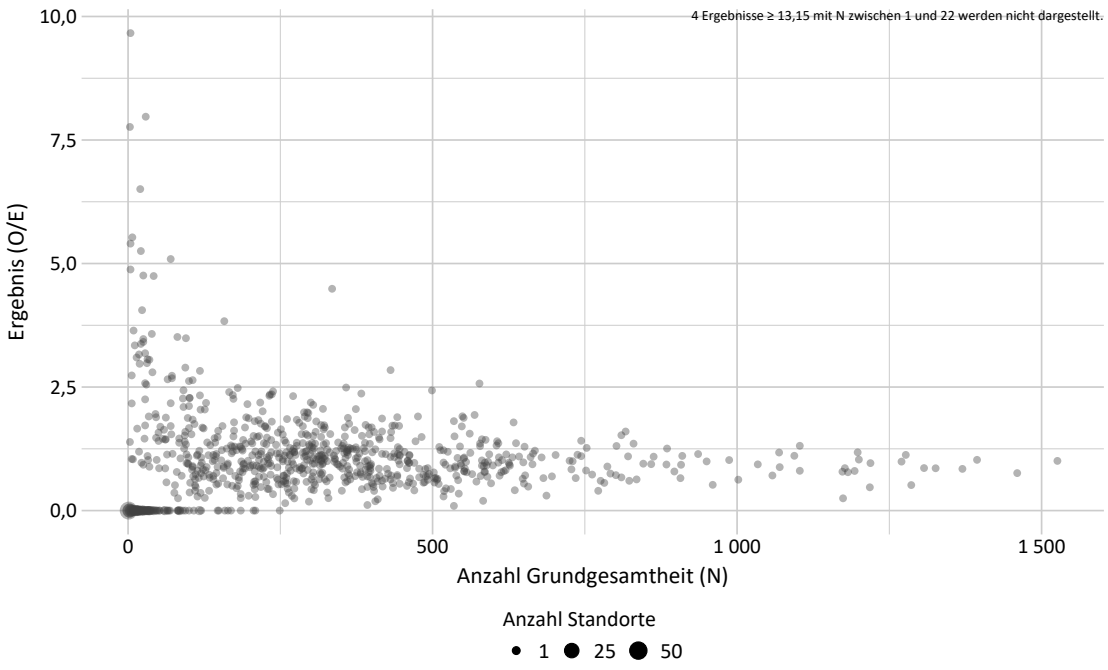
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



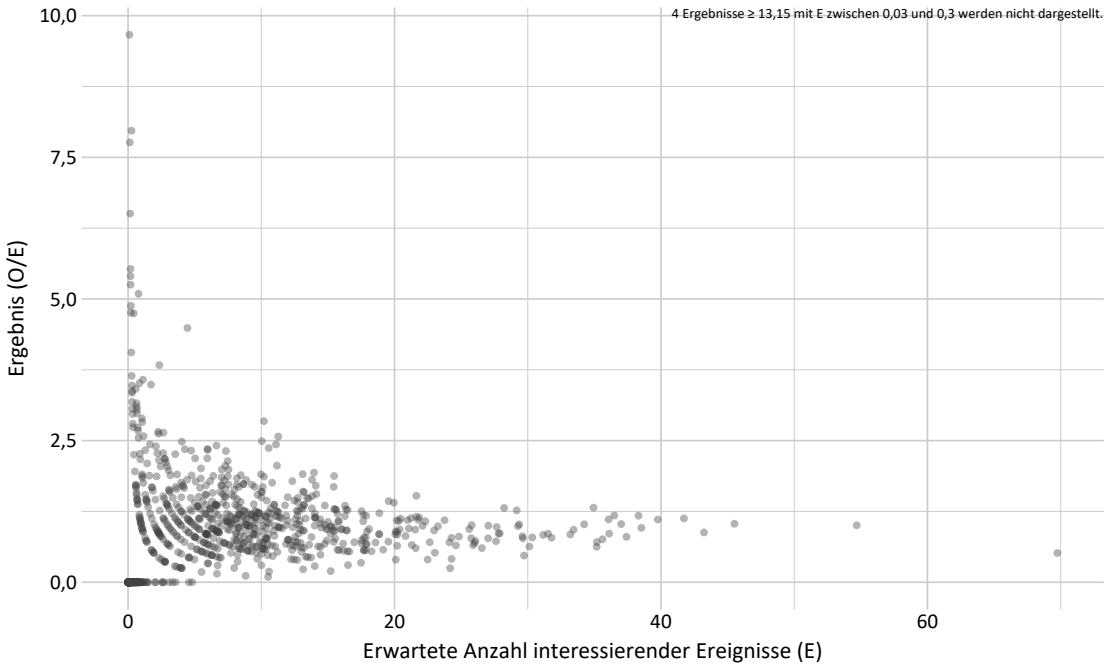
Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



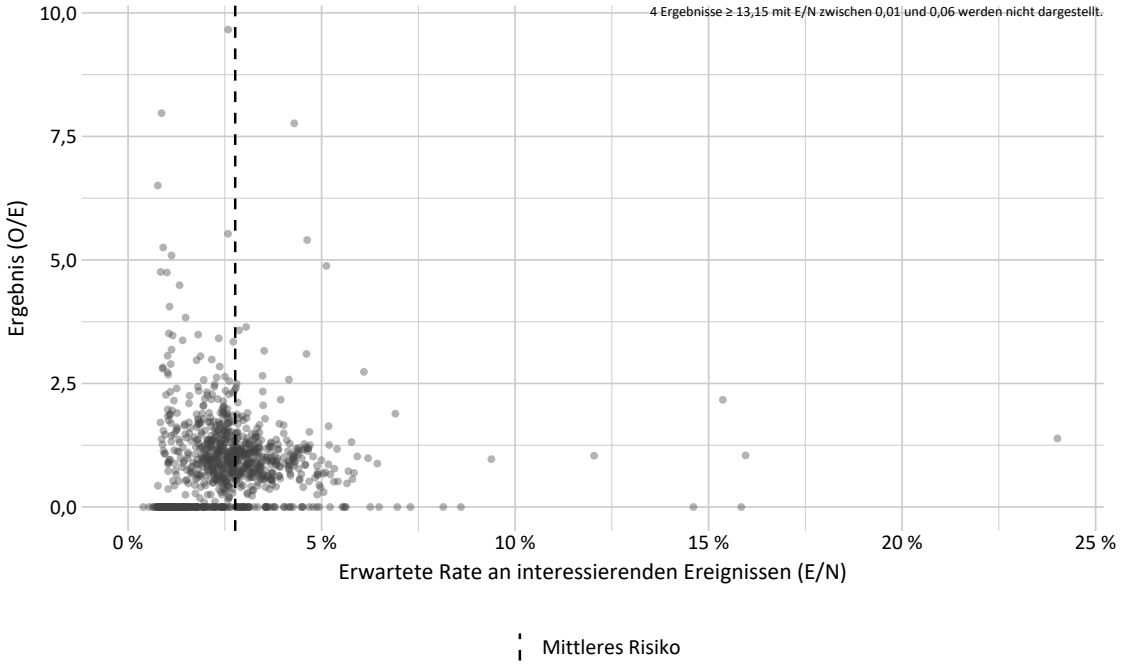
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	971	0	0,00	36,23	0,86

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

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt
Zähler	Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, Reinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod
O (observed)	Beobachtete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
E (expected)	Erwartete Anzahl an MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56022
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht: Weiblich Ejektionsfraktion unter 40%: fraglich Ejektionsfraktion unter 40%: ja Ejektionsfraktion unter 40%: unbekannt (mit Exitus) Herzinsuffizienz (nach NYHA) I Herzinsuffizienz (nach NYHA) II Herzinsuffizienz (nach NYHA) III Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (ohne Schock) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil) Zustand nach koronarer Bypass-OP: ja Akutes Koronarsyndrom ohne Reanimation Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation Angina pectoris: atypisch Angina pectoris: CCS I oder II Angina pectoris: CCS III Indikation = 5: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht PCI am Hauptstamm PCI am kompletten Gefäßverschluss PCI eines Koronarbypasses PCI am ungeschützten Hauptstamm PCI einer Ostiumstenose PCI am letzten verbliebenen Gefäß PCI an einer In-Stent Stenose PCI an einer Bifurkationsstenose PCI mit sonstigen besonderen Merkmalen Rotablation Entlassdiagnose: Alter Myokardinfarkt Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Zwei Gefäße Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Drei Gefäße Entlassdiagnose: keine atherosklerotische Herzkrankheit STEMI ist nicht Hauptdiagnose Alter (linear) ab 55 bis 105 Jahre eGFR (linear) ab 10 bis 90 ml/min eGFR (quadratisch) ab 10 bis 90 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: keine Niereninsuffizienz eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

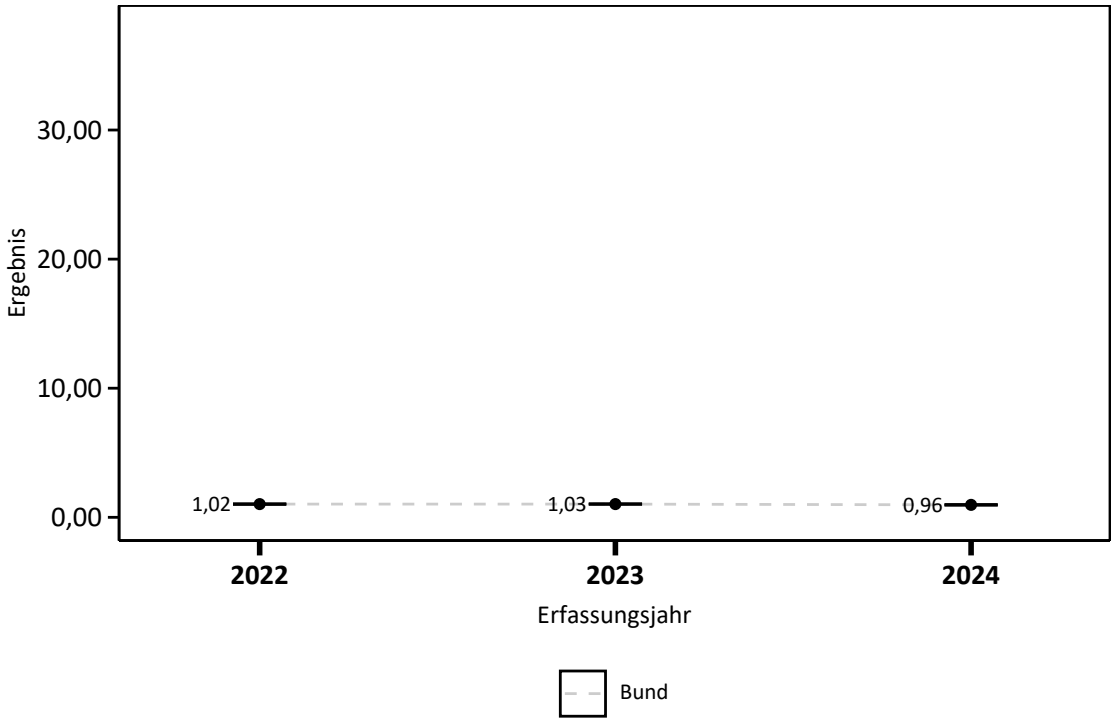
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2022	229	18 / 15,06	1,19	0,73 - 1,85
		2023	175	13 / 11,68	1,11	0,62 - 1,85
		2024	148	12 / 9,26	1,30	0,71 - 2,19
	KH	2022	201	35 / 25,87	1,35	0,96 - 1,86
		2023	250	46 / 34,68	1,33	0,98 - 1,75
		2024	202	32 / 26,67	1,20	0,84 - 1,67
Stationär	BÄ	2022	≤3	≤3	1,10	0,23 - 3,53
		2023	57	7 / 3,53	1,98	0,89 - 3,89
		2024	50	4 / 4,01	1,00	0,34 - 2,37
	KH	2022	42.685	4.867 / 4.759,81	1,02	0,99 - 1,05
		2023	43.243	4.912 / 4.798,25	1,02	1,00 - 1,05
		2024	42.739	4.458 / 4.630,75	0,96	0,93 - 0,99
Selektivvertragliche Leistungen		2022	12	0 / 0,81	0,00	0,00 - 3,10
		2023	≤3	≤3	0,00	0,00 - 24,76
		2024	≤3	≤3	0,00	0,01 - 36,04
Bund		2022	43.161	4.922 / 4.803,37	1,02	1,00 - 1,05
		2023	43.728	4.978 / 4.848,25	1,03	1,00 - 1,06
		2024	43.140	4.506 / 4.670,76	0,96	0,94 - 0,99

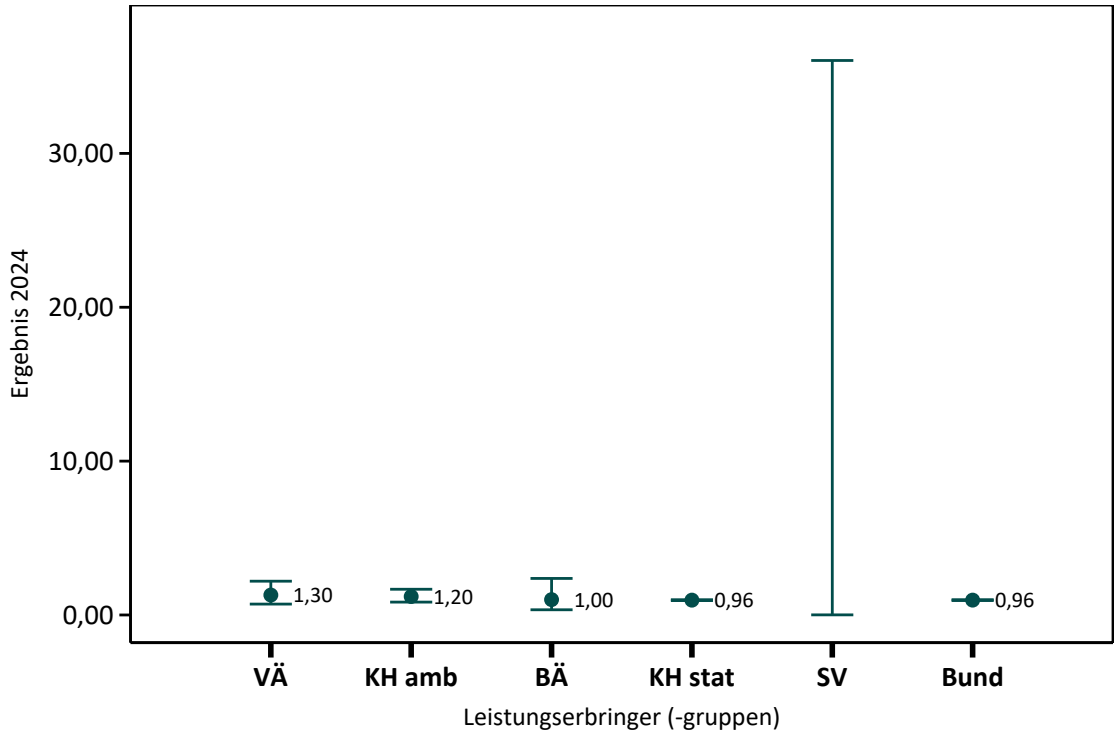
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

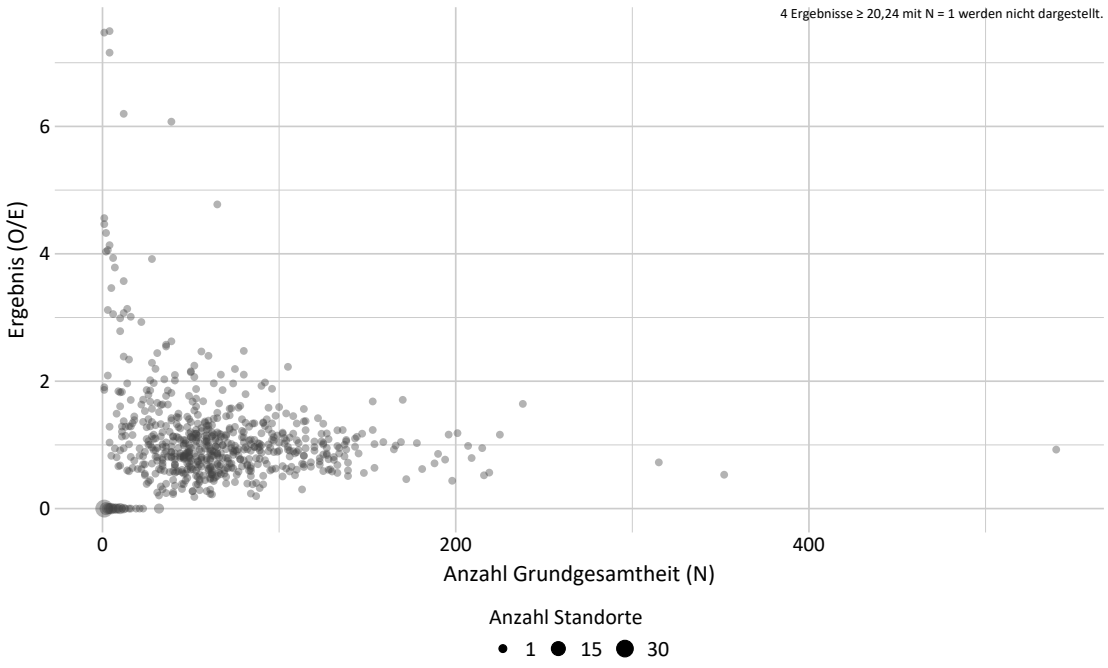
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



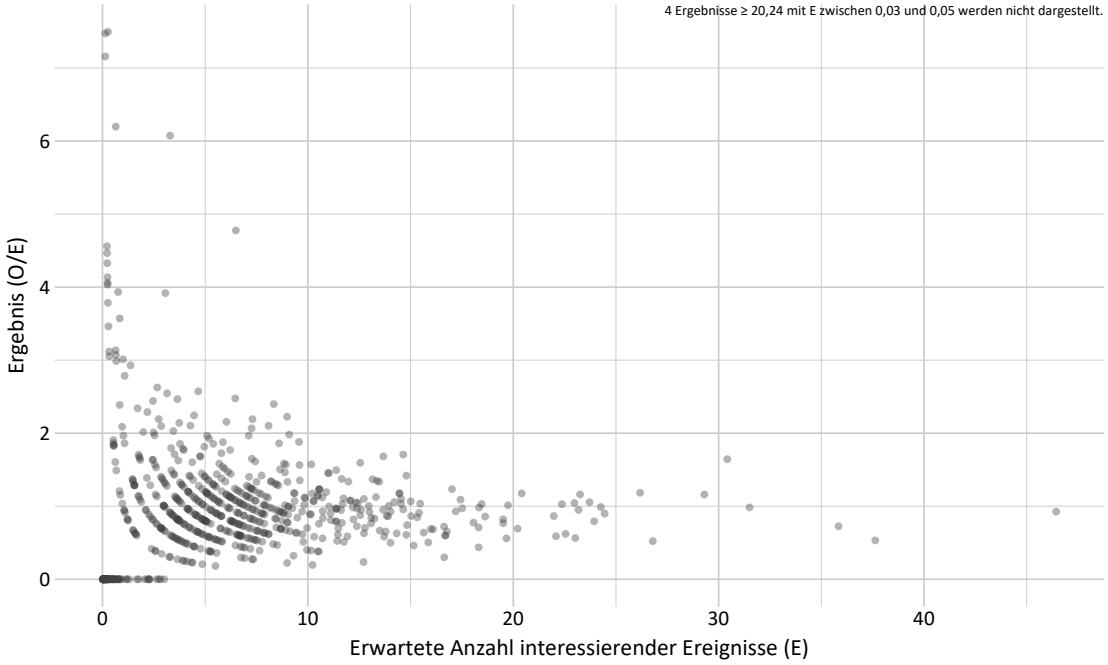
Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



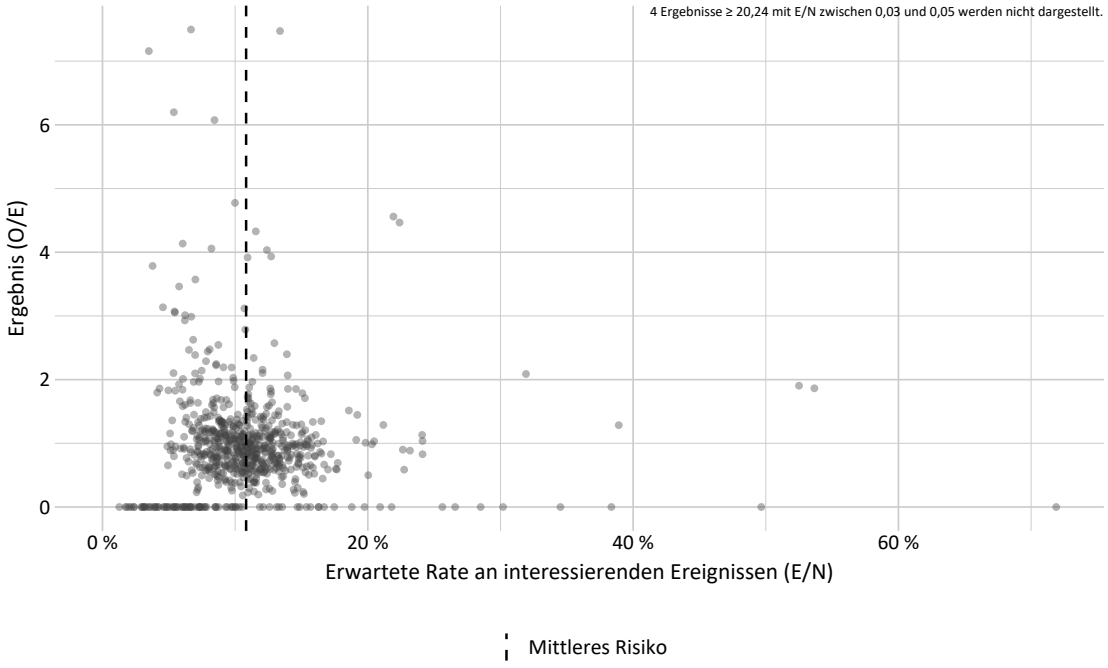
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	720	0	0,00	31,64	0,90

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	
5.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
5.1.1.1	ID: O_56018 O/N (observed, beobachtet)	1,49 % 6.609/443.183
5.1.1.2	ID: E_56018 E/N (expected, erwartet)	1,44 % 6.371,63/443.183
5.1.1.3	**ID: 56018** **O/E**	1,04
5.1.2	Anzahl der Prozeduren	
5.1.2.1	ID: 56_22212 Anzahl der Prozeduren mit koronarem Verschluss (QS-Dokumentation)	51
5.1.2.2	ID: 56_24033 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall (Sozialdaten)	796
5.1.2.3	ID: 56_22213 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall intraprozedural (QS-Dokumentation)	100
5.1.2.4	ID: 56_26030 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall innerhalb von 7 Tagen postprozedural (QS-Dokumentation)	271
5.1.2.5	ID: 56_22215 Anzahl der Prozeduren mit Exitus im Herzkatheterlabor (QS-Dokumentation)	255
5.1.2.6	ID: 56_22216 Anzahl der Prozeduren mit Tod innerhalb von 7 Tagen (QS-Dokumentation, Sozialdaten)	4.447
5.1.2.7	ID: 56_24034 Anzahl der Prozeduren mit Myokardinfarkt (Sozialdaten)	1.248
5.1.2.8	ID: 56_24035 Anzahl der Prozeduren mit Myokardinfarkt (QS-Dokumentation)	91

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	
5.2.1.1	ID: O_56020 O/N (observed, beobachtet)	2,75 % 7.235/262.770
5.2.1.2	ID: E_56020 E/N (expected, erwartet)	2,77 % 7.275,26/262.770
5.2.1.3	**ID: 56020** **O/E**	0,99
5.2.2	Anzahl der Prozeduren	
5.2.2.1	ID: 56_22217 Anzahl der Prozeduren mit koronarem Verschluss (QS-Dokumentation)	910
5.2.2.2	ID: 56_24036 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall (Sozialdaten)	438
5.2.2.3	ID: 56_22218 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall intraprozedural (QS-Dokumentation)	69
5.2.2.4	ID: 56_26031 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall innerhalb von 7 Tagen postprozedural (QS-Dokumentation)	269
5.2.2.5	ID: 56_22220 Anzahl der Prozeduren mit Exitus im Herzkatheterlabor (QS-Dokumentation)	437
5.2.2.6	ID: 56_22221 Anzahl der Prozeduren mit Tod innerhalb von 7 Tagen (QS-Dokumentation, Sozialdaten)	4.012
5.2.2.7	ID: 56_24037 Anzahl der Prozeduren mit Myokardinfarkt (Sozialdaten)	767
5.2.2.8	ID: 56_24038 Anzahl der Prozeduren mit Myokardinfarkt (QS-Dokumentation)	1.349
5.2.2.9	ID: 56_24039 Anzahl der Prozeduren mit anschließender aortokoronarer Bypass-Operation (CABG) (Sozialdaten)	560
5.2.2.10	ID: 56_24040 Anzahl der Prozeduren mit anschließender aortokoronarer Bypass-Operation (CABG) (QS-Dokumentation)	197
5.2.2.11	ID: 56_24041 Anzahl der Prozeduren mit mit erneuter PCI am selben Gefäß (QS-Dokumentation)	142

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	
5.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
5.3.1.1	ID: O_56022 O/N (observed, beobachtet)	10,45 % 4.506/43.140
5.3.1.2	ID: E_56022 E/N (expected, erwartet)	10,83 % 4.670,76/43.140
5.3.1.3	**ID: 56022** **O/E**	0,96
5.3.2	Anzahl der Prozeduren	
5.3.2.1	ID: 56_22222 Anzahl der Prozeduren mit koronarem Verschluss (QS-Dokumentation)	245
5.3.2.2	ID: 56_24042 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall (Sozialdaten)	57
5.3.2.3	ID: 56_22223 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall intraprozedural (QS-Dokumentation)	10
5.3.2.4	ID: 56_26032 Anzahl der Prozeduren mit TIA/Schlaganfall innerhalb von 7 Tagen postprozedural (QS-Dokumentation)	54
5.3.2.5	ID: 56_22225 Anzahl der Prozeduren mit Exitus im Herzkatheterlabor (QS-Dokumentation)	482
5.3.2.6	ID: 56_22226 Anzahl der Prozeduren mit Tod innerhalb von 7 Tagen (QS-Dokumentation, Sozialdaten)	3.298
5.3.2.7	ID: 56_24043 Anzahl der Prozeduren mit rezidivierendem Myokardinfarkt (Sozialdaten)	518
5.3.2.8	ID: 56_24044 Anzahl der Prozeduren mit rezidivierendem Myokardinfarkt (QS-Dokumentation)	465
5.3.2.9	ID: 56_24045 Anzahl der Prozeduren mit anschließender aortokoronarer Bypass-Operation (CABG) (Sozialdaten)	256
5.3.2.10	ID: 56_24046 Anzahl der Prozeduren mit anschließender aortokoronarer Bypass-Operation (CABG) (QS-Dokumentation)	71

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3.2.11	ID: 56_24047 Anzahl der Prozeduren mit erneuter PCI am selben Gefäß (QS-Dokumentation)	57

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

Gruppe: Sterblichkeit bei PCI

Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI

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

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit PCI (isoliert oder einzeitig), die nicht innerhalb vom 1. bis. 7. Tag verstorben sind.
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten zwischen dem 8. und dem 30. postprozeduralen Tag
O (observed)	Beobachtete Anzahl an 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)
E (expected)	Erwartete Anzahl an 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag), risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56024
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht: Weiblich Dringlichkeit: dringend Dringlichkeit: notfallmäßig Ejektionsfraktion unter 40%: fraglich Ejektionsfraktion unter 40%: ja Herzinsuffizienz (nach NYHA) I Herzinsuffizienz (nach NYHA) II Herzinsuffizienz (nach NYHA) III Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (ohne Schock) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil) Indikation = 2: akutes Koronarsyndrom ohne Infarkt Indikation = 3: akutes Koronarsyndrom mit NSTEMI Indikation = 4: akutes Koronarsyndrom mit STEMI Indikation = 5: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI Indikation = 6: prognostische Indikation oder stumme Ischämie Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur Indikation = 9: sonstige Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht PCI am Hauptstamm PCI an einem weiterem Gefäß PCI an zwei oder drei weiteren Gefäßen PCI am kompletten Gefäßverschluss PCI eines Koronarbypasses PCI am ungeschützten Hauptstamm PCI einer Ostiumstenose PCI an einer In-Stent Stenose PCI an einer Bifurkationsstenose PCI mit sonstigen besonderen Merkmalen Rotablation Entlassdiagnose: Alter Myokardinfarkt Entlassdiagnose: Atherosklerose Entlassdiagnose: Anämie/Blutgerinnungsstörung Entlassdiagnose: Herzrhythmusstörung Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS Entlassdiagnose: Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Zwei Gefäße Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Drei Gefäße Entlassdiagnose: keine atherosklerotische Herzkrankheit Angina pectoris Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation Alter (linear) bis 105 Jahre eGFR (linear) bis 100 ml/min eGFR (quadratisch) bis 100 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

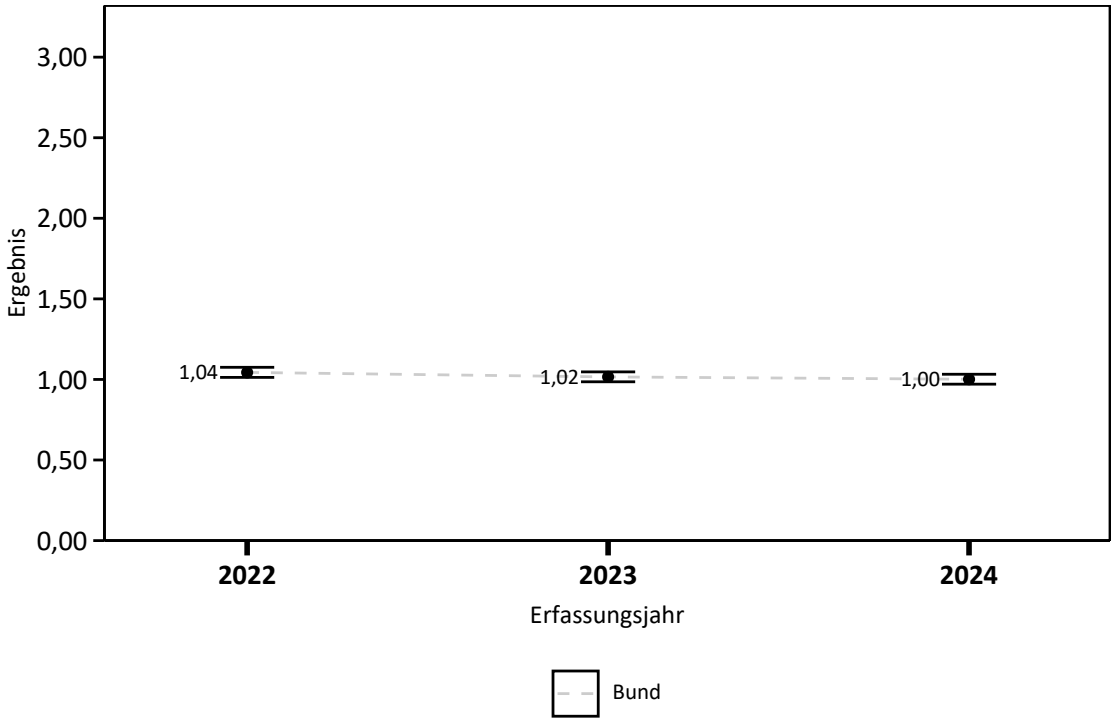
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2022	10.861	26 / 50,78	0,51	0,34 - 0,74
		2023	10.637	29 / 52,86	0,55	0,38 - 0,78
		2024	10.461	12 / 46,30	0,26	0,14 - 0,44
	KH	2022	942	10 / 11,48	0,87	0,45 - 1,55
		2023	1.239	14 / 16,74	0,84	0,48 - 1,37
		2024	3.980	24 / 24,91	0,96	0,63 - 1,41
Stationär	BÄ	2022	≤3	≤3	0,30	0,06 - 0,96
		2023	≤3	≤3	0,25	0,05 - 0,80
		2024	≤3	≤3	0,11	0,01 - 0,52
	KH	2022	214.812	4.222 / 4.011,33	1,05	1,02 - 1,08
		2023	223.484	4.137 / 4.038,46	1,02	0,99 - 1,06
		2024	224.972	4.019 / 3.970,53	1,01	0,98 - 1,04
Selektivvertragliche Leistungen		2022	≤3	≤3	0,34	0,04 - 1,61
		2023	≤3	≤3	0,62	0,07 - 2,91
		2024	≤3	≤3	0,65	0,07 - 3,02
Bund		2022	228.113	4.261 / 4.083,14	1,04	1,01 - 1,08
		2023	236.918	4.183 / 4.117,67	1,02	0,99 - 1,05
		2024	241.189	4.057 / 4.052,29	1,00	0,97 - 1,03

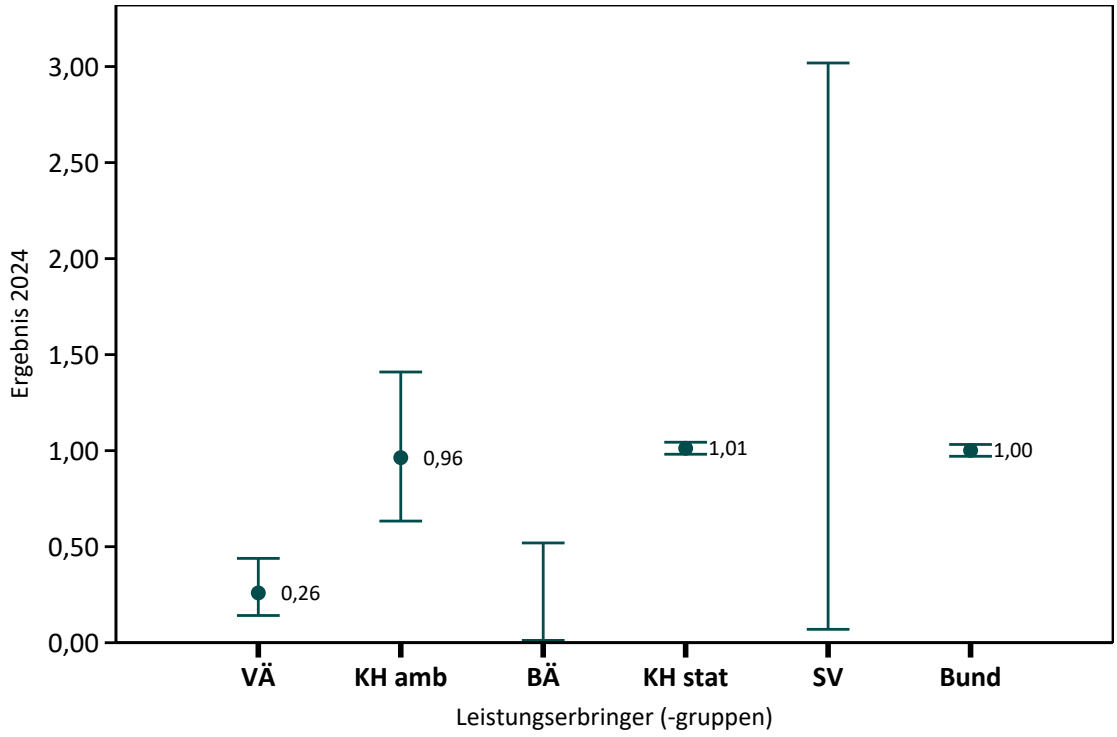
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

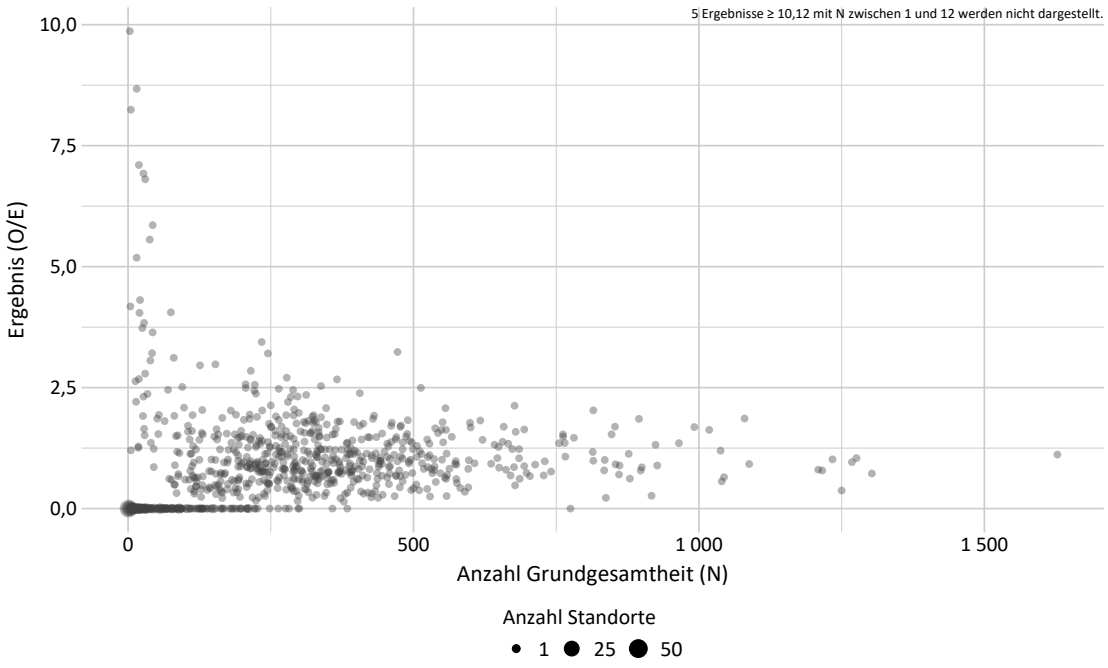
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



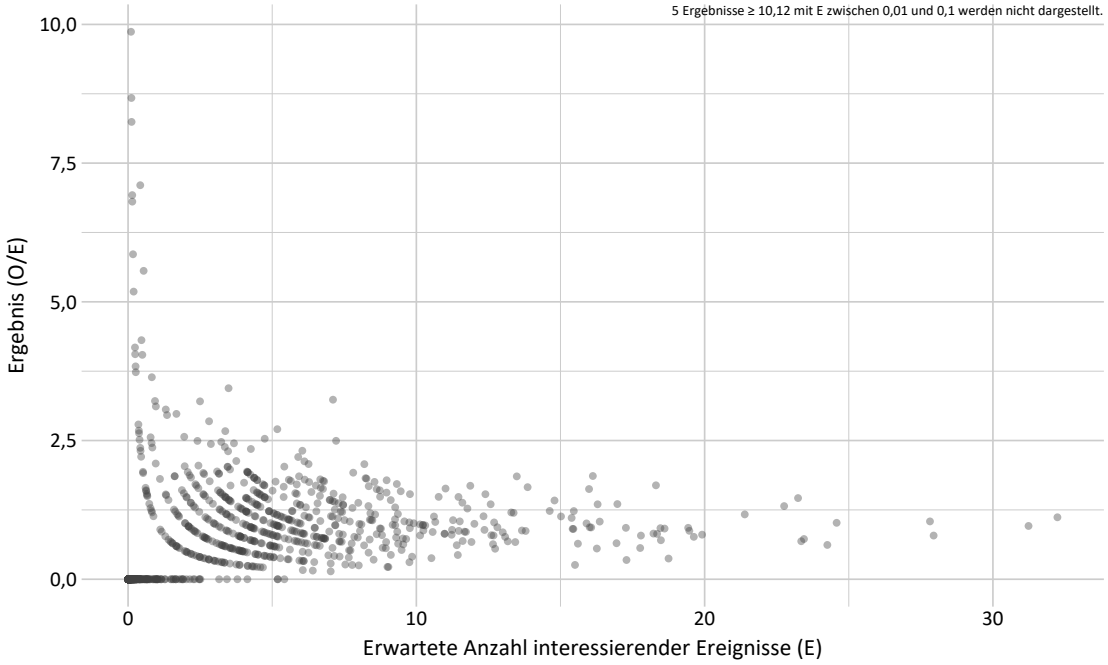
Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



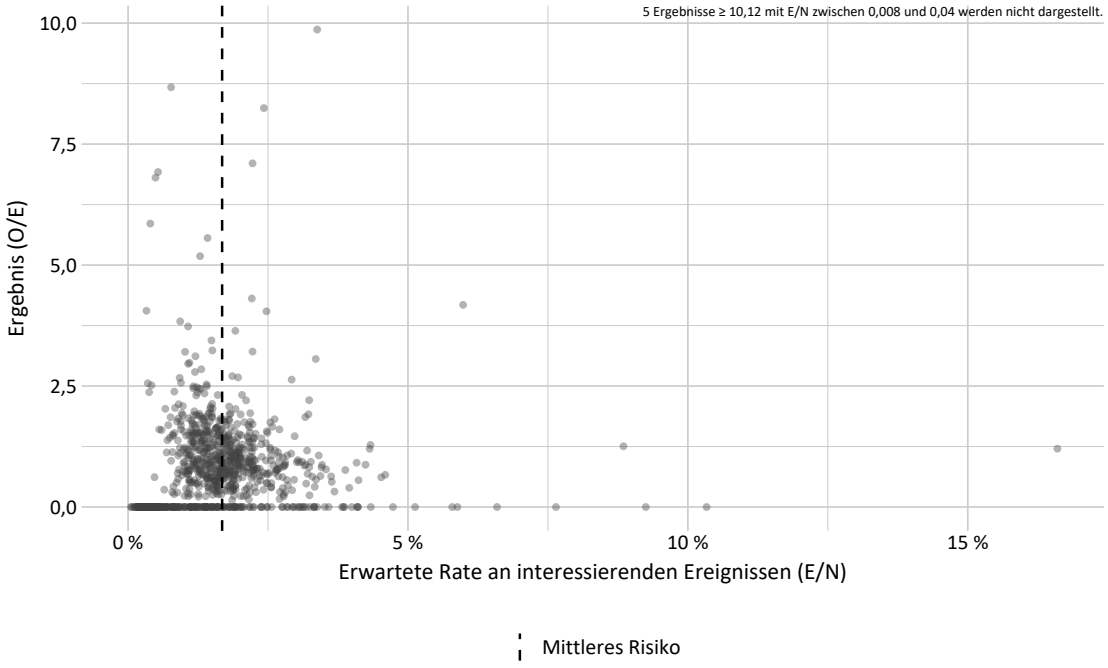
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	966	0	0,00	96,13	0,68

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

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit PCI (isoliert oder einzeitig), die nicht innerhalb vom 1. bis 30. Tag verstorben sind.
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten vom 31. bis zum 365. postprozeduralen Tag
O (observed)	Beobachtete Anzahl an 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
E (expected)	Erwartete Anzahl an 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag), risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56026
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht: Weiblich Ejektionsfraktion unter 40%: fraglich Ejektionsfraktion unter 40%: ja Zustand nach koronarer Bypass-OP: ja Indikation = 2: akutes Koronarsyndrom ohne Infarkt Indikation = 3: akutes Koronarsyndrom mit NSTEMI Indikation = 4: akutes Koronarsyndrom mit STEMI Indikation = 5: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI Indikation = 6: prognostische Indikation oder stumme Ischämie Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur Indikation = 9: sonstige Diabetes ohne Insulinpflicht Diabetes mit Insulinpflicht PCI am Hauptstamm PCI am kompletten Gefäßverschluss PCI eines Koronarbypasses PCI am ungeschützten Hauptstamm PCI einer Ostiumstenose PCI am letzten verbliebenen Gefäß PCI an einer Bifurkationsstenose PCI mit sonstigen besonderen Merkmalen Rotablation Entlassdiagnose: Alter Myokardinfarkt Entlassdiagnose: Atherosklerose Entlassdiagnose: Anämie/Blutgerinnungsstörung Entlassdiagnose: Herzrhythmusstörung Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Zwei Gefäße Entlassdiagnose: Atherosklerotische Herzkrankheit - Drei Gefäße Entlassdiagnose: keine atherosklerotische Herzkrankheit Angina pectoris Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation Herzinsuffizienz (nach NYHA) I Herzinsuffizienz (nach NYHA) II Herzinsuffizienz (nach NYHA) III Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV Dringlichkeit: dringend oder notfallmäßig Alter (linear) bis 70 Jahre Alter (quadratisch) bis 70 Jahre Alter (linear) ab 70 bis 85 Jahre Alter (quadratisch) ab 70 bis 85 Jahre Alter (kubisch) ab 70 bis 85 Jahre Alter (linear) ab 85 bis 105 Jahre eGFR (linear) bis 120 ml/min eGFR (quadratisch) bis 120 ml/min eGFR (kubisch) bis 120 ml/min eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

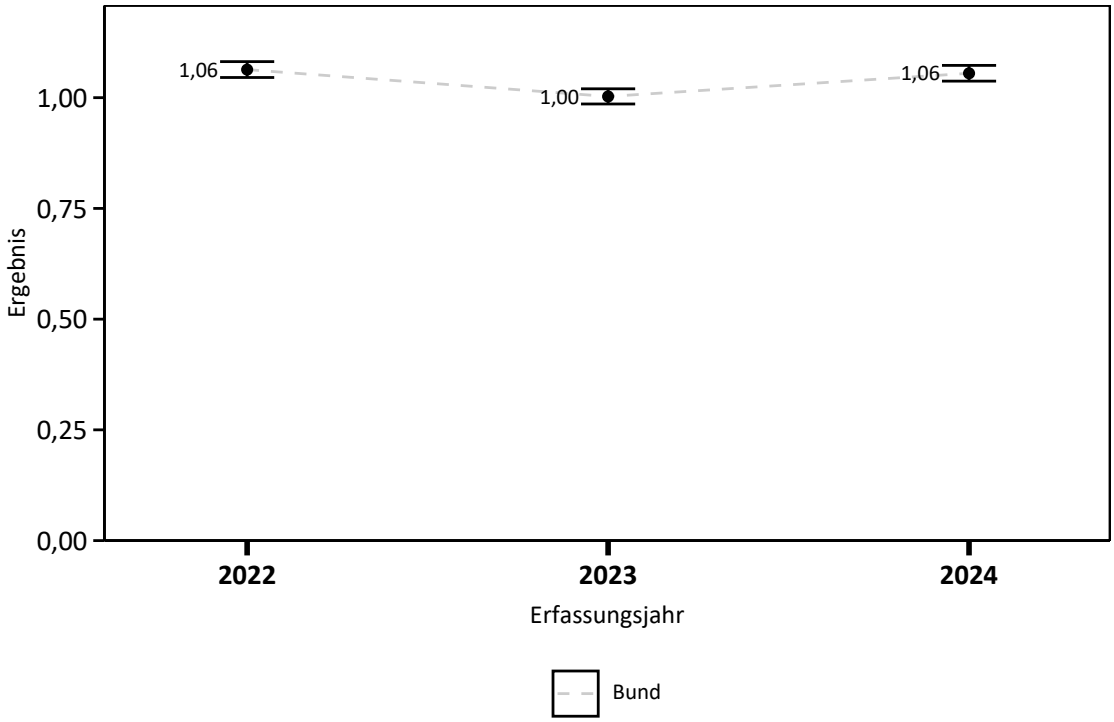
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2022	10.834	202 / 344,89	0,59	0,51 - 0,67
		2023	10.607	191 / 354,33	0,54	0,47 - 0,62
		2024	10.448	187 / 317,26	0,59	0,51 - 0,68
	KH	2022	931	25 / 38,06	0,66	0,44 - 0,95
		2023	1.224	42 / 53,11	0,79	0,58 - 1,06
		2024	3.956	75 / 124,26	0,60	0,48 - 0,75
Stationär	BÄ	2022	955	30 / 38,71	0,77	0,53 - 1,09
		2023	1.230	32 / 44,65	0,72	0,50 - 1,00
		2024	1.434	41 / 50,24	0,82	0,59 - 1,10
	KH	2022	210.577	13.258 / 12.278,05	1,08	1,06 - 1,10
		2023	219.336	12.887 / 12.655,71	1,02	1,00 - 1,04
		2024	220.939	13.223 / 12.321,23	1,07	1,06 - 1,09
Selektivvertragliche Leistungen		2022	540	12 / 20,37	0,59	0,32 - 1,00
		2023	≤3	≤3	0,28	0,08 - 0,74
		2024	340	4 / 11,08	0,36	0,12 - 0,86
Bund		2022	223.837	13.527 / 12.720,09	1,06	1,05 - 1,08
		2023	232.722	13.155 / 13.118,56	1,00	0,99 - 1,02
		2024	237.117	13.530 / 12.824,06	1,06	1,04 - 1,07

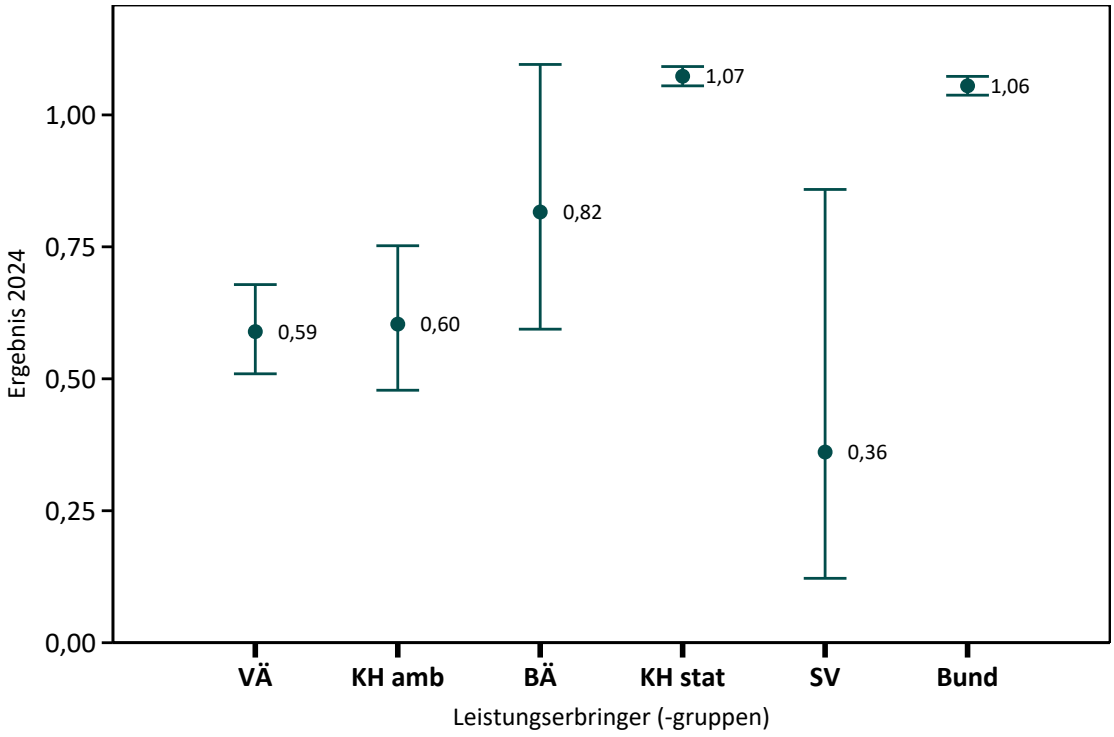
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

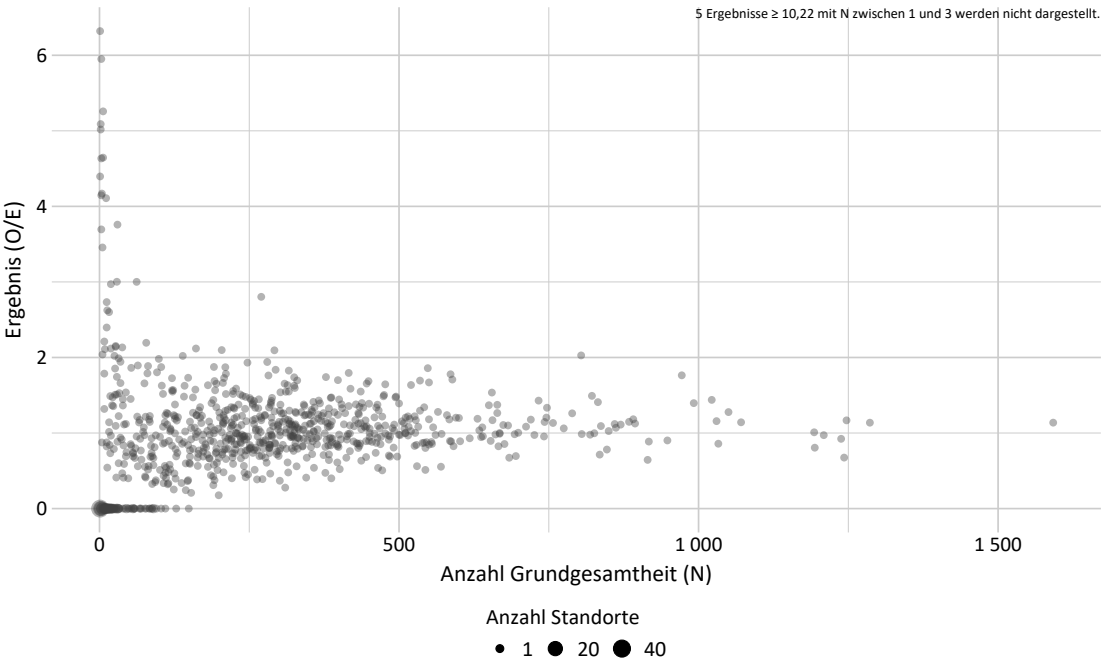
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



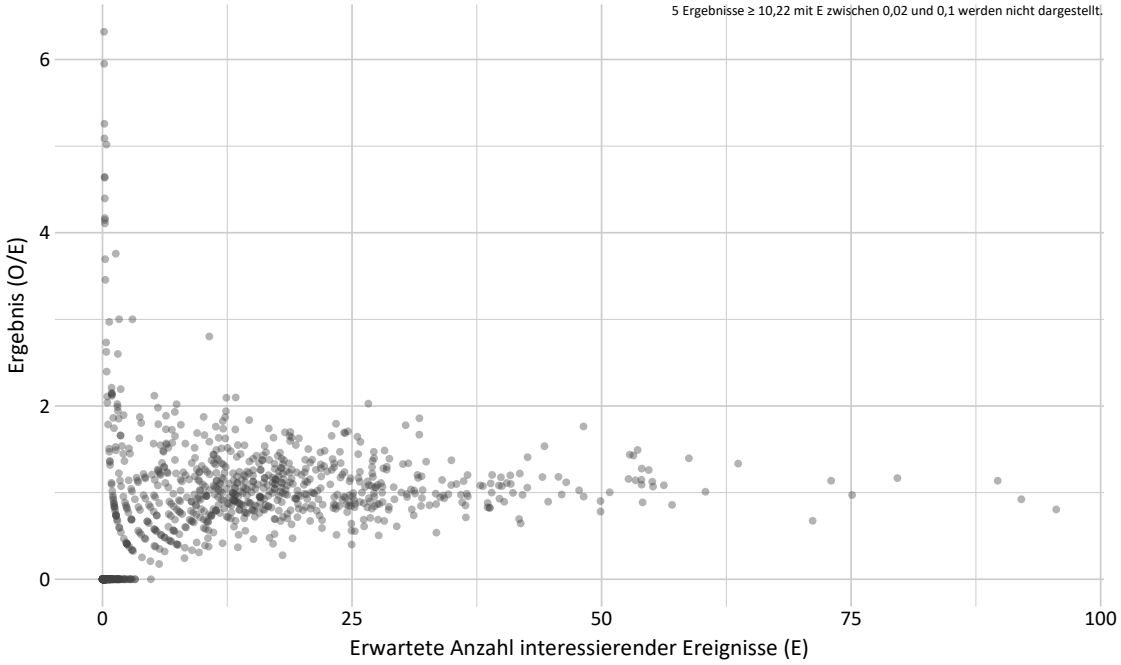
Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



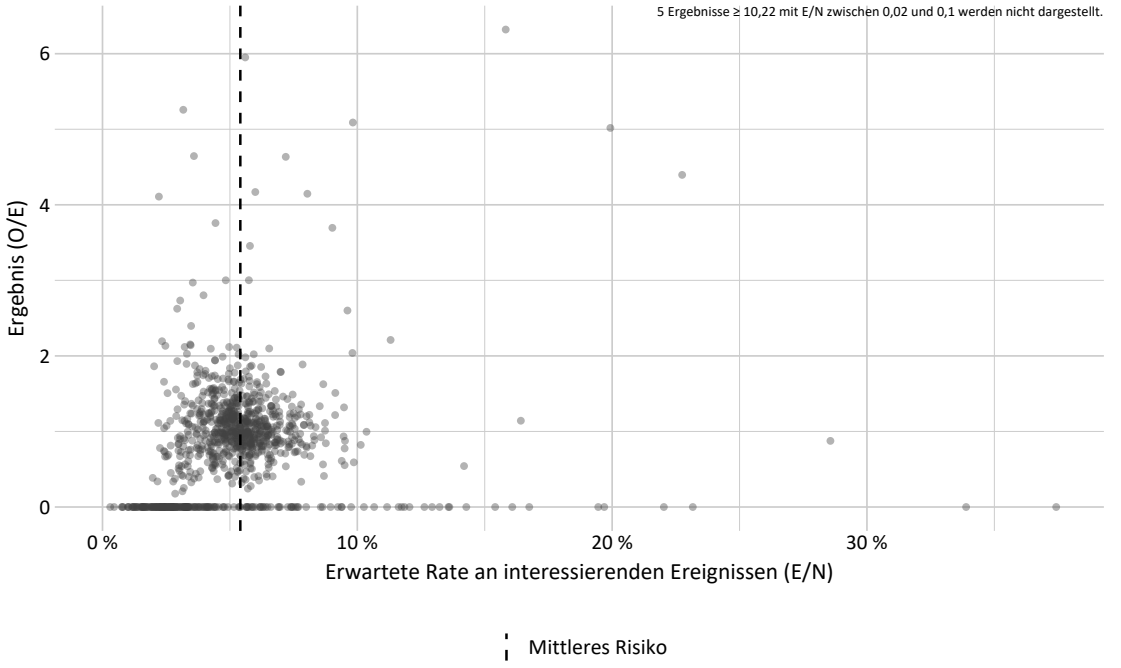
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	964	0	0,00	44,80	0,92

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
6.1.1.1	ID: O_56024 O/N (observed, beobachtet)	1,68 % 4.057/241.189
6.1.1.2	ID: E_56024 E/N (expected, erwartet)	1,68 % 4.052,29/241.189
6.1.1.3	**ID: 56024** **O/E**	1,00
6.1.2	Dringlichkeit der Prozedur	
6.1.2.1	ID: 56_22232 Anteil der Fälle mit elektiver PCI	27,73 % 1.125/4.057
6.1.2.2	ID: 56_26033 Anteil der Fälle mit dringender PCI	29,06 % 1.179/4.057
6.1.2.3	ID: 56_26034 Anteil der Fälle mit notfallmäßiger PCI	43,21 % 1.753/4.057
6.1.3	Indikation zur PCI	
6.1.3.1	ID: 56_22229 Anteil der Fälle mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	27,21 % 1.104/4.057
6.1.3.2	ID: 56_22230 Anteil der Fälle mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	42,25 % 1.714/4.057
6.1.3.3	ID: 56_22231 Anteil der Fälle mit akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	5,99 % 243/4.057
6.1.3.4	ID: 56_26035 Anteil der Fälle mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)	12,77 % 518/4.057
6.1.3.5	ID: 56_26036 Anteil der Fälle mit prognostischer Indikation	9,93 % 403/4.057
6.1.3.6	ID: 56_26037 Anteil der Fälle mit Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI	0,42 % 17/4.057
6.1.3.7	ID: 56_26038 Anteil der Fälle mit sonstiger Indikation	1,43 % 58/4.057
6.1.4	ID: 56_22227 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (1. bis 30. postprozeduraler Tag)	4,64 % 11.544/248.698

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	
6.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[5]	
6.2.1.1	ID: O_56026 O/N (observed, beobachtet)	5,71 % 13.530/237.117
6.2.1.2	ID: E_56026 E/N (expected, erwartet)	5,41 % 12.824,06/237.117
6.2.1.3	**ID: 56026** **O/E**	1,06
6.2.2	Dringlichkeit der Prozedur	
6.2.2.1	ID: 56_22238 Anteil der Fälle mit elektiver PCI	50,61 % 6.848/13.530
6.2.2.2	ID: 56_26039 Anteil der Fälle mit dringender PCI	31,09 % 4.207/13.530
6.2.2.3	ID: 56_26040 Anteil der Fälle mit notfallmäßiger PCI	18,29 % 2.475/13.530
6.2.3	Indikation zur PCI	
6.2.3.1	ID: 56_22235 Anteil der Fälle mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	10,61 % 1.436/13.530
6.2.3.2	ID: 56_22236 Anteil der Fälle mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	34,47 % 4.664/13.530
6.2.3.3	ID: 56_22237 Anteil der Fälle mit akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	7,89 % 1.067/13.530
6.2.3.4	ID: 56_26041 Anteil der Fälle mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)	27,98 % 3.786/13.530
6.2.3.5	ID: 56_26042 Anteil der Fälle mit prognostischer Indikation	16,90 % 2.287/13.530
6.2.3.6	ID: 56_26043 Anteil der Fälle mit Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI	0,24 % 33/13.530
6.2.3.7	ID: 56_26044 Anteil der Fälle mit sonstiger Indikation	1,90 % 257/13.530
6.2.4	ID: 56_22234 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (1. - 365. postprozeduraler Tag)	10,08 % 25.074/248.698

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

56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor der elektiven PCI spürbare Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene symptomatische Indikation aus Patientensicht besteht.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig), die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 1,08 (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Herzinsuffizienz: 'Ja' Herzinsuffizienz: 'keine Angabe' Arterielle Verschlusskrankheit: 'Ja' Arterielle Verschlusskrankheit: 'keine Angabe' Chronische Lungenerkrankung: 'Ja' Chronische Lungenerkrankung: 'keine Angabe' Vorherige Bypass-Operation: 'Ja' Vorherige Bypass-Operation: 'keine Angabe' BMI-Berechnung nicht möglich BMI (pro Einheit)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Indikationsstellung aus Patientensicht (PCI) [INDIKATION_PCI]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant	**VÄ**	**2023**	1.584	1,20	1,04 - 1,39
		2024	1.692	1,08	0,93 - 1,29
		2025	1.764	1,06	0,92 - 1,29
	KH	**2023**	67	5,20	1,10 - 19,44
		2024	193	1,49	0,47 - 4,80
		2025	447	1,02	0,62 - 1,93

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Stationär	BÄ	2023	201	1,31	0,91 - 1,92
		2024	193	1,34	0,92 - 2,00
		2025	259	1,17	0,84 - 1,67
	KH	2023	12.012	1,19	1,12 - 1,28
		2024	12.428	1,15	1,09 - 1,25
		2025	11.660	1,10	1,03 - 1,19
Selektivvertragliche Leistungen		2023	81	1,37	0,70 - 2,79
		2024	106	1,37	0,78 - 2,47
		2025	116	1,62	0,83 - 3,54
Bund		2023	13.945	1,20	1,13 - 1,28
		2024	14.612	1,14	1,08 - 1,23
		2025	14.246	1,08	1,02 - 1,16

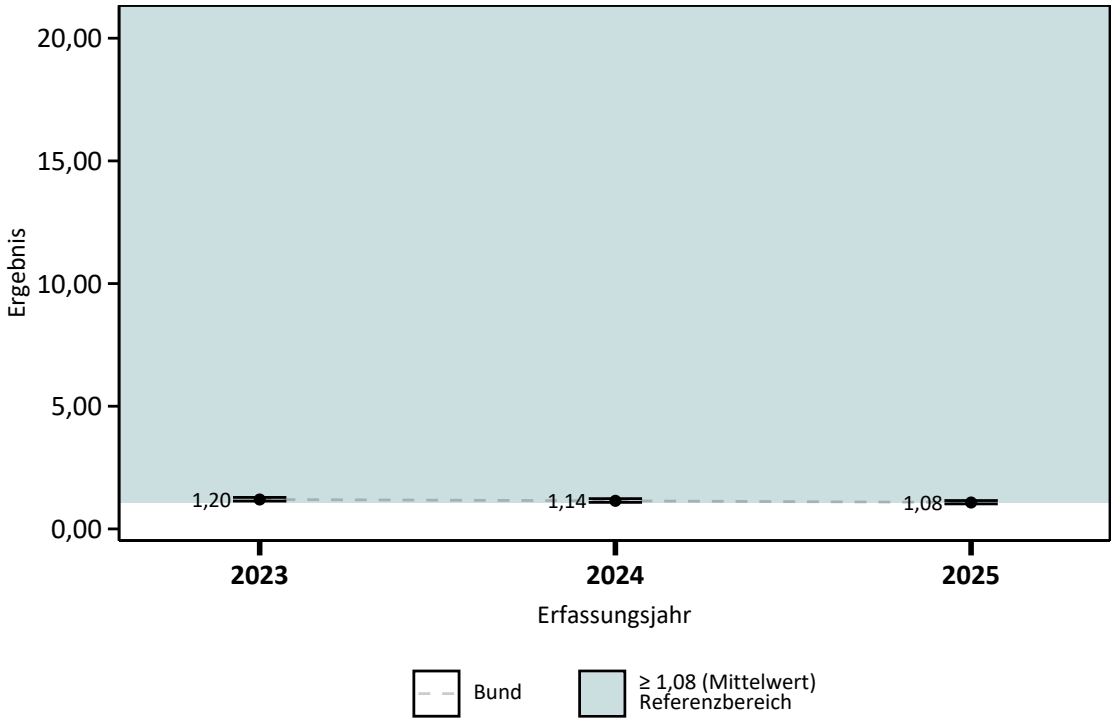
* Das Ergebnis wird als sog. Standardized Mortality Odds Ratio (SMOR) ausgewiesen. Es beschreibt das Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Chance für Punkte im Qualitätsindikator. Werte größer eins bedeuten, dass die beobachtete Chance für Punkte größer ist als die erwartete und umgekehrt. Ersteres ist positiv zu werten.

Ergebnisse der Merkmale

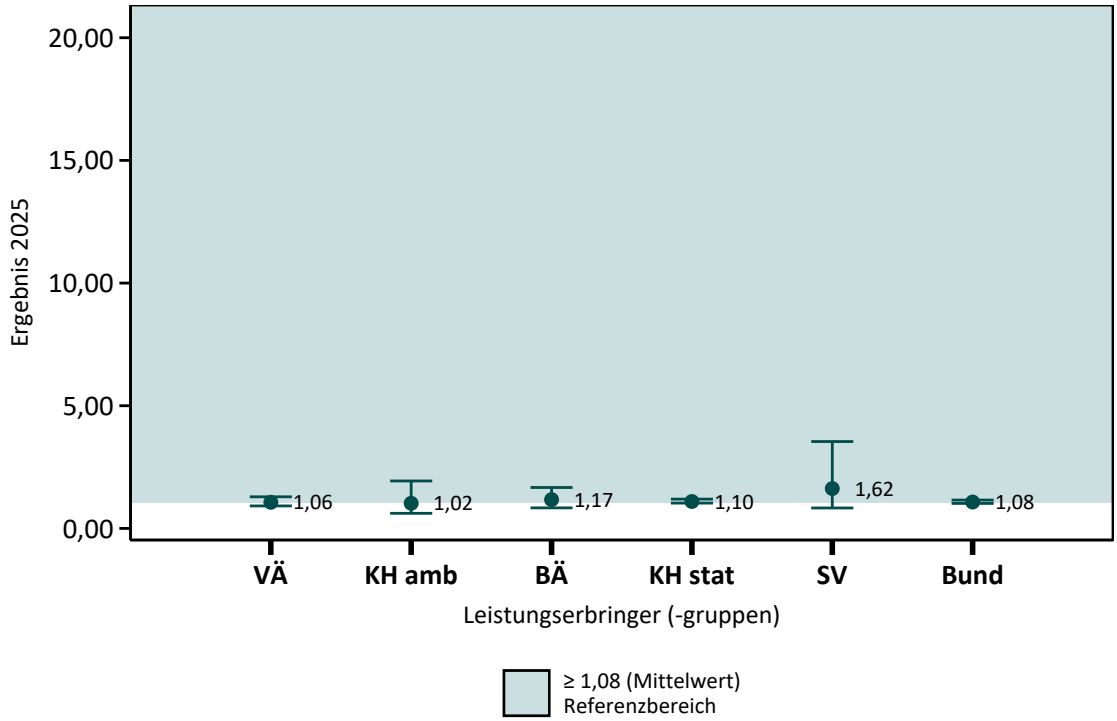
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	1,08

Ergebnisse im Zeitverlauf

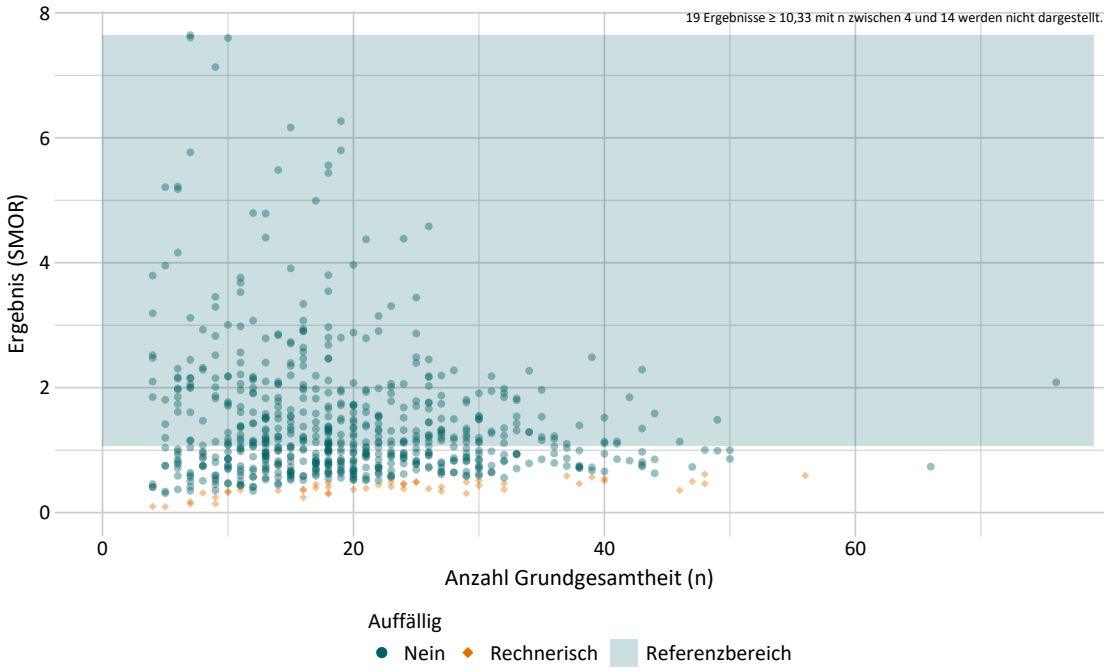
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

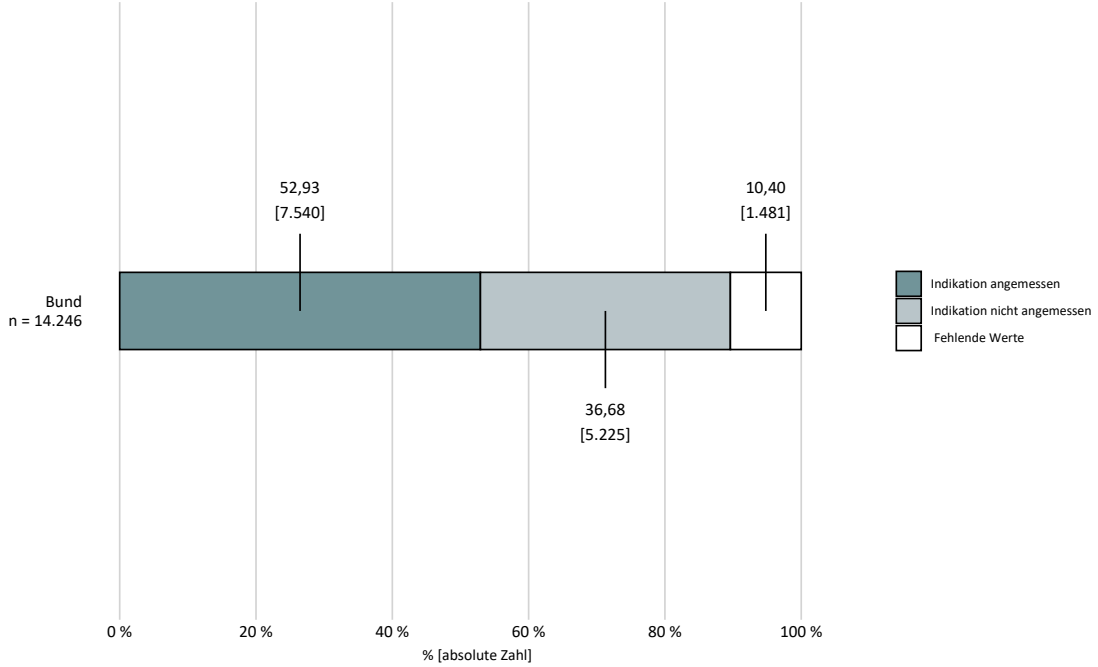


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	722	49	0,09	1.671,29	1,10

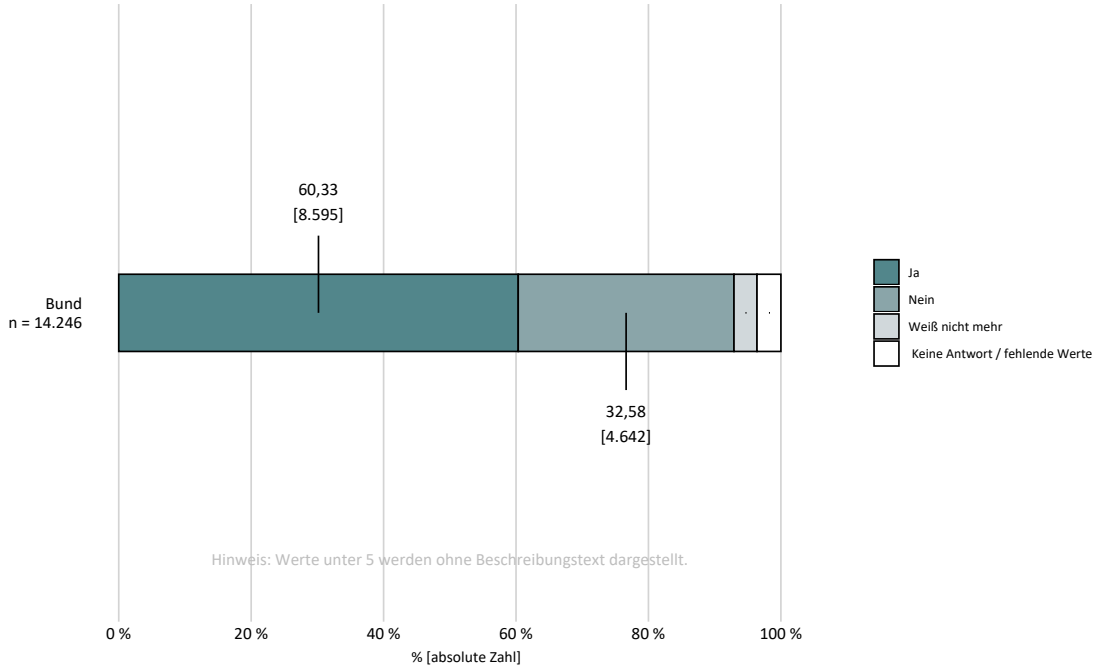
Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI

Darstellung des Vorliegens: „Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI“ (berechnete Funktion)



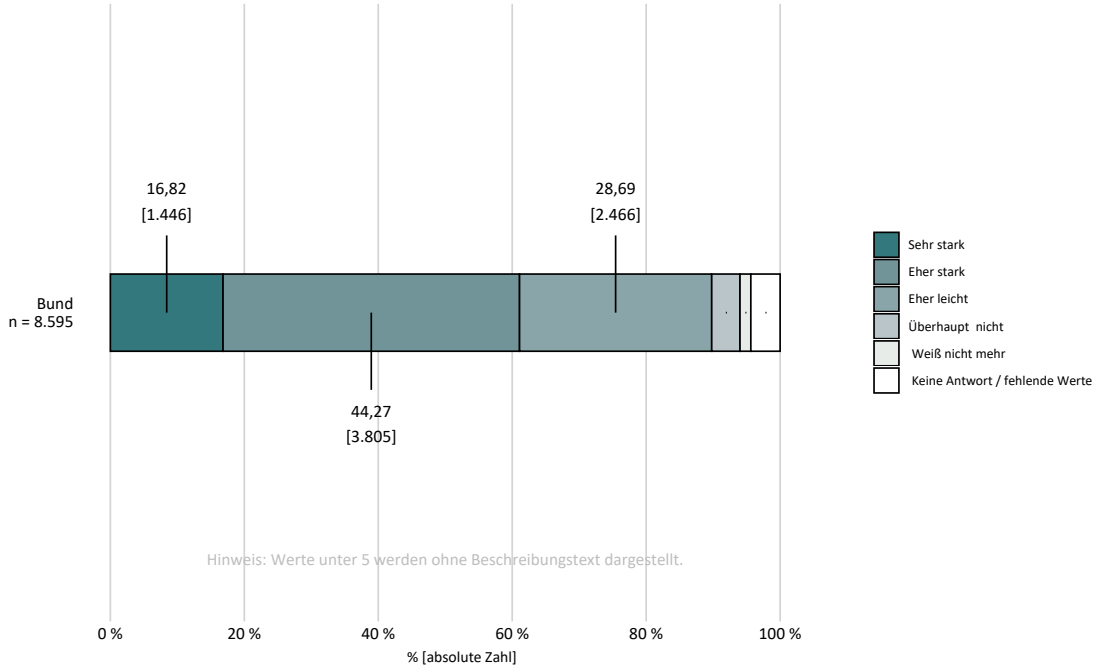
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Indikation angemessen	52,93	7.540
Indikation nicht angemessen	36,68	5.225
Fehlende Werte	10,40	1.481

Hatten Sie vor dem Eingriff Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot (z. B. bei bestimmten Belastungen, aber auch in Ruhe)?



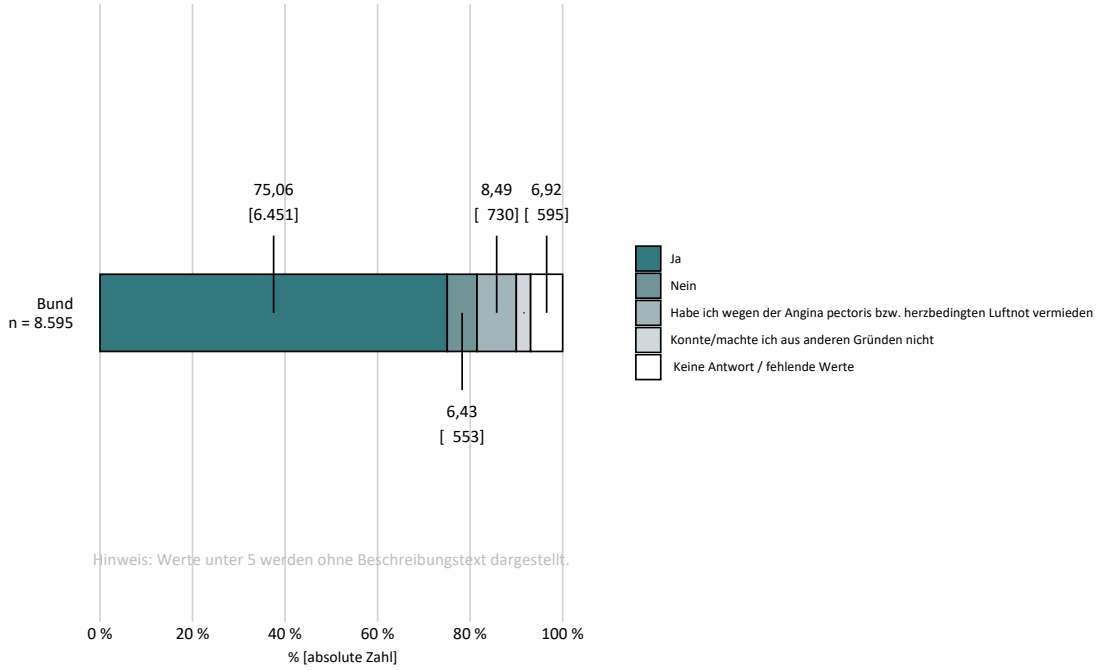
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	60,33	8.595
Nein	32,58	4.642
Weiß nicht mehr	3,47	495
Keine Antwort / fehlende Werte	3,61	514

Wie beeinträchtigt waren Sie in Ihrem Alltag vor dem Eingriff durch Angina pectoris (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot? (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



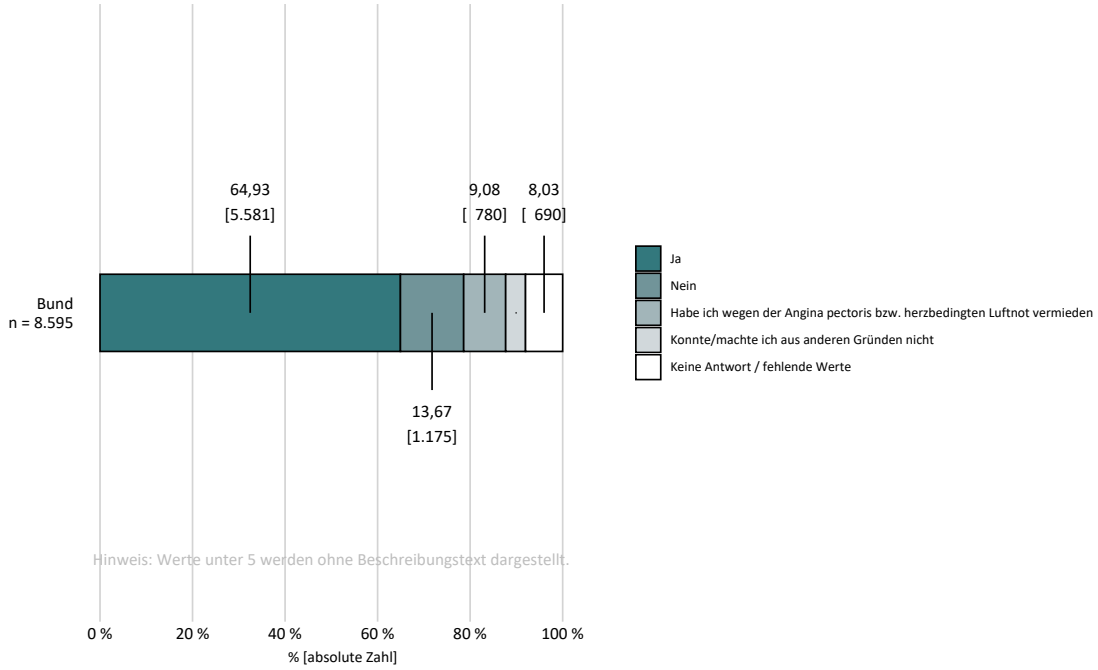
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Sehr stark	16,82	1.446
Eher stark	44,27	3.805
Eher leicht	28,69	2.466
Überhaupt nicht	4,22	363
Weiß nicht mehr	1,62	139
Keine Antwort / fehlende Werte	4,37	376

Angina pectoris Beschwerden: Bei außergewöhnlichen Belastungen (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



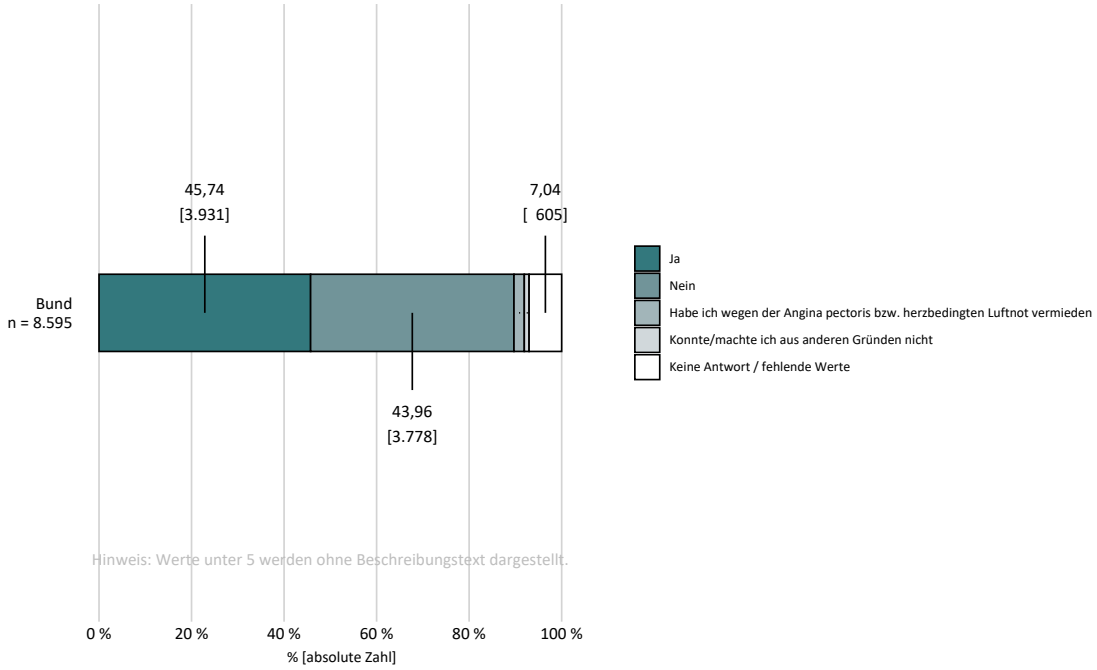
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	75,06	6.451
Nein	6,43	553
Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden	8,49	730
Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht	3,09	266
Keine Antwort / fehlende Werte	6,92	595

Angina pectoris Beschwerden: Bei schweren Alltagstätigkeiten (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



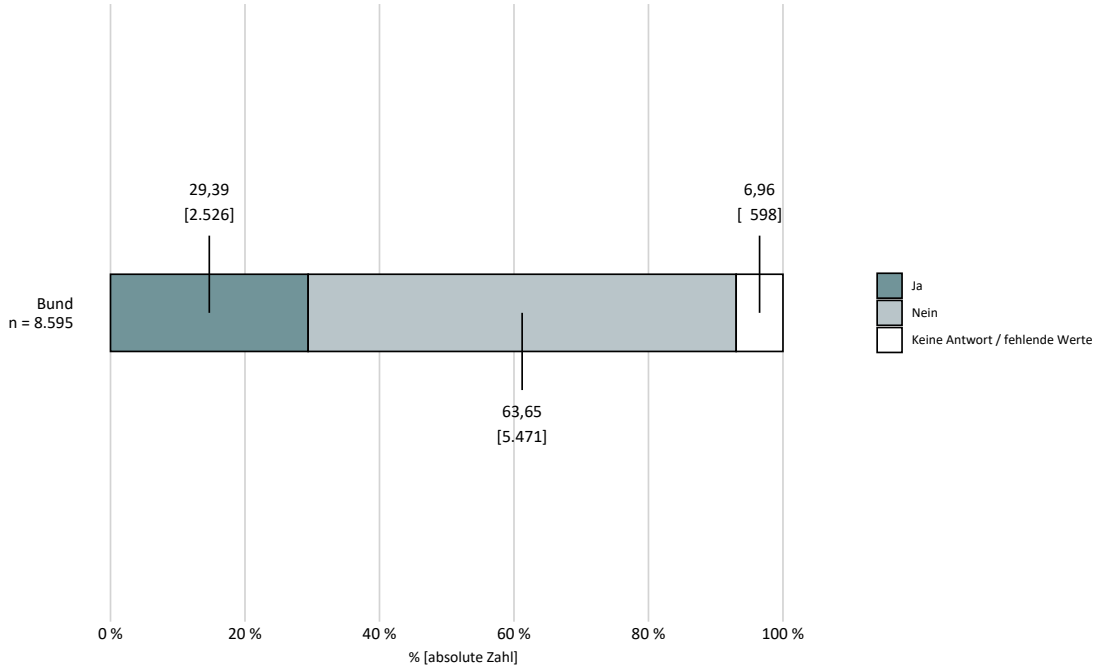
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	64,93	5.581
Nein	13,67	1.175
Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden	9,08	780
Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht	4,29	369
Keine Antwort / fehlende Werte	8,03	690

Angina pectoris Beschwerden: Bei leichten Alltagstätigkeiten (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	45,74	3.931
Nein	43,96	3.778
Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden	2,23	192
Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht	1,04	89
Keine Antwort / fehlende Werte	7,04	605

Angina pectoris Beschwerden: In Ruhe (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	29,39	2.526
Nein	63,65	5.471
Keine Antwort / fehlende Werte	6,96	598

56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen über die Ziele und Folgen der Koronarangiografie informiert werden (Klärung, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird bzw. eine Bypass-Operation oder eine andere Operation/Eingriff am Herzen geplant ist, die damit verbunden ist). Außerdem sollen Patientinnen und Patienten Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene Indikation aus Patientensicht abgeleitet werden kann.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 1,03 (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Angeborener Herzfehler: 'Ja' Angeborener Herzfehler: 'keine Angabe' Herzinsuffizienz: 'Ja' Herzinsuffizienz: 'keine Angabe' Arterielle Verschlusskrankheit: 'Ja' Arterielle Verschlusskrankheit: 'keine Angabe' Chronische Lungenerkrankung: 'Ja' Chronische Lungenerkrankung: 'keine Angabe' Chronische Nierenerkrankung: 'Ja' Chronische Nierenerkrankung: 'keine Angabe' Vorherige Bypass-Operation: 'Ja' Vorherige Bypass-Operation: 'keine Angabe' BMI-Berechnung nicht möglich BMI (pro Einheit)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Indikationsstellung aus Patientensicht (Koronarangiografie) [INDIKATION_KORO]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2023	8.722	1,10	1,04 - 1,16
		2024	8.943	1,03	0,98 - 1,09
		2025	8.618	0,97	0,92 - 1,02
	KH	2023	3.515	1,17	1,05 - 1,38
		2024	4.780	1,03	0,95 - 1,16
		2025	5.645	0,98	0,90 - 1,11
Stationär	BÄ	2023	202	1,29	0,91 - 1,85
		2024	157	1,60	1,07 - 2,38
		2025	128	1,63	0,87 - 3,49
	KH	2023	20.254	1,14	1,10 - 1,19
		2024	19.777	1,15	1,10 - 1,21
		2025	17.782	1,14	1,09 - 1,20
Selektivvertragliche Leistungen		2023	335	1,34	0,96 - 1,96
		2024	341	1,03	0,78 - 1,37
		2025	336	1,39	1,04 - 1,87
Bund		2023	33.028	1,11	1,08 - 1,14
		2024	33.998	1,07	1,04 - 1,10
		2025	32.509	1,03	1,00 - 1,06

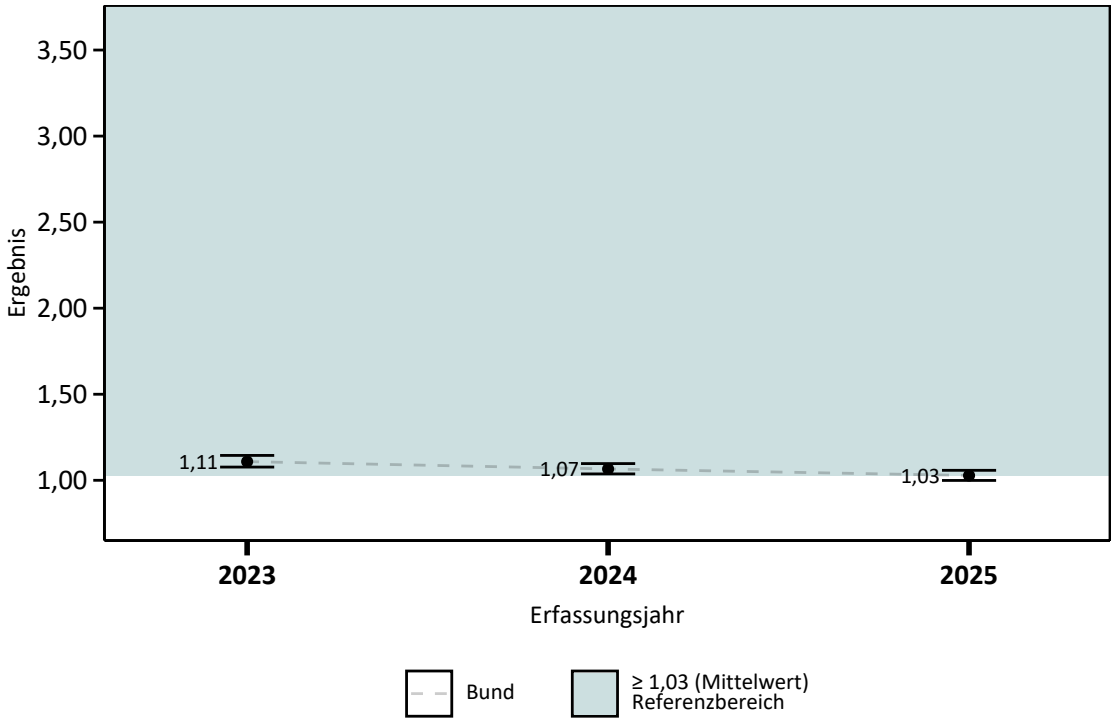
* Das Ergebnis wird als sog. Standardized Mortality Odds Ratio (SMOR) ausgewiesen. Es beschreibt das Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Chance für Punkte im Qualitätsindikator. Werte größer eins bedeuten, dass die beobachtete Chance für Punkte größer ist als die erwartete und umgekehrt. Ersteres ist positiv zu werten.

Ergebnisse der Merkmale

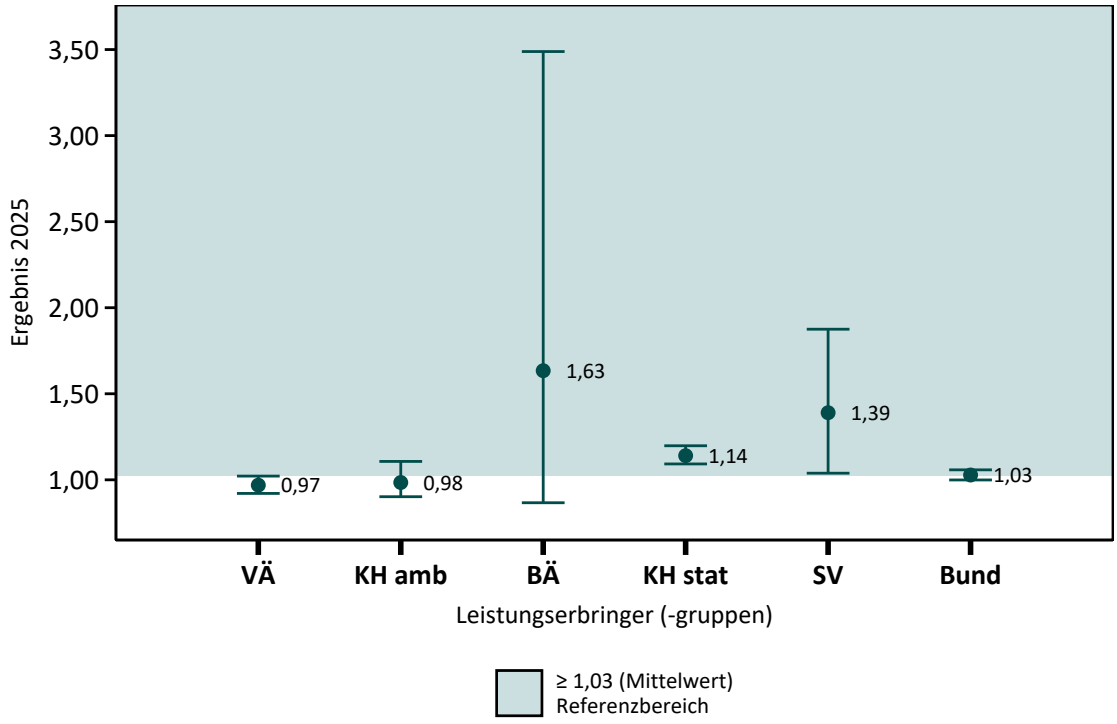
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56101	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	1,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

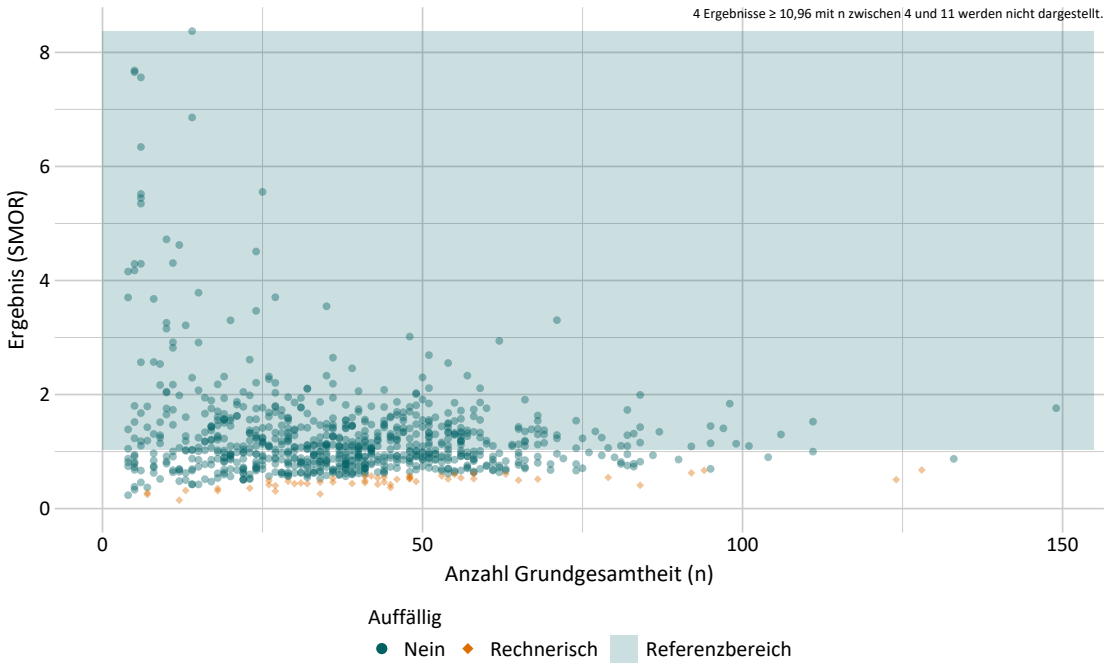
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

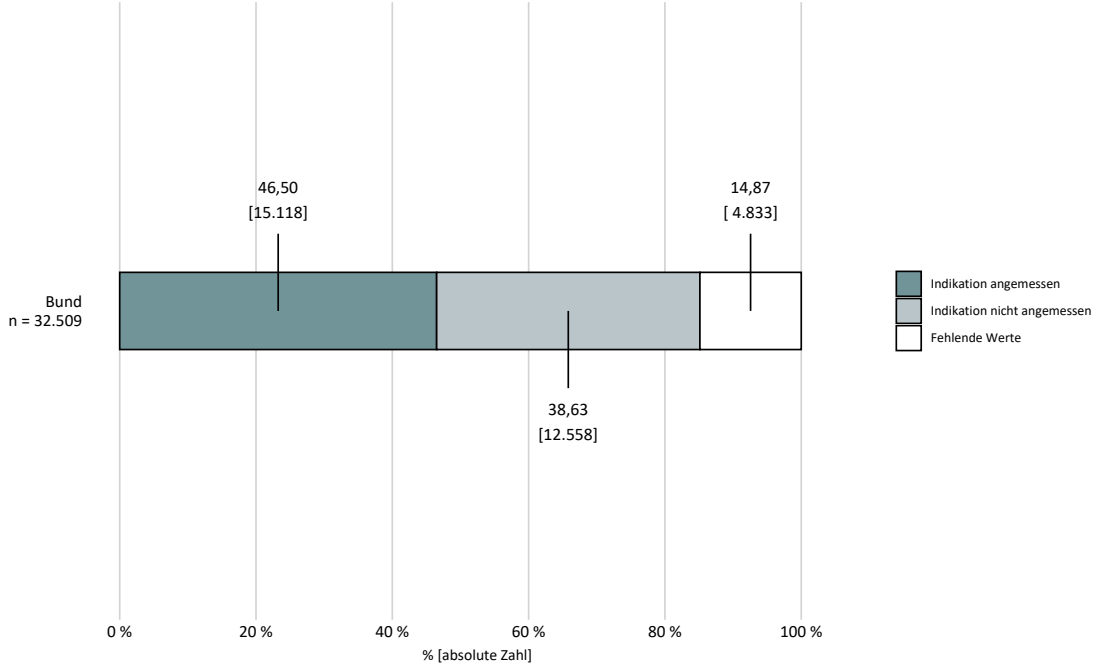


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	845	51	0,15	2.046,14	1,02

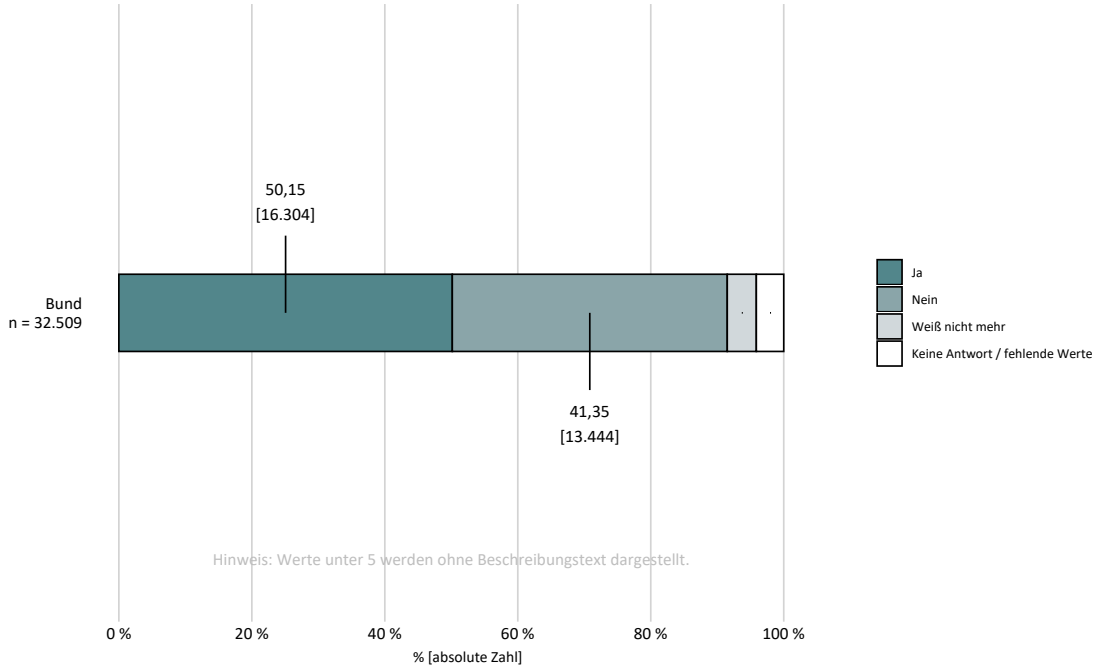
Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie

Darstellung des Vorliegens einer „Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie“ (berechnete Funktion)



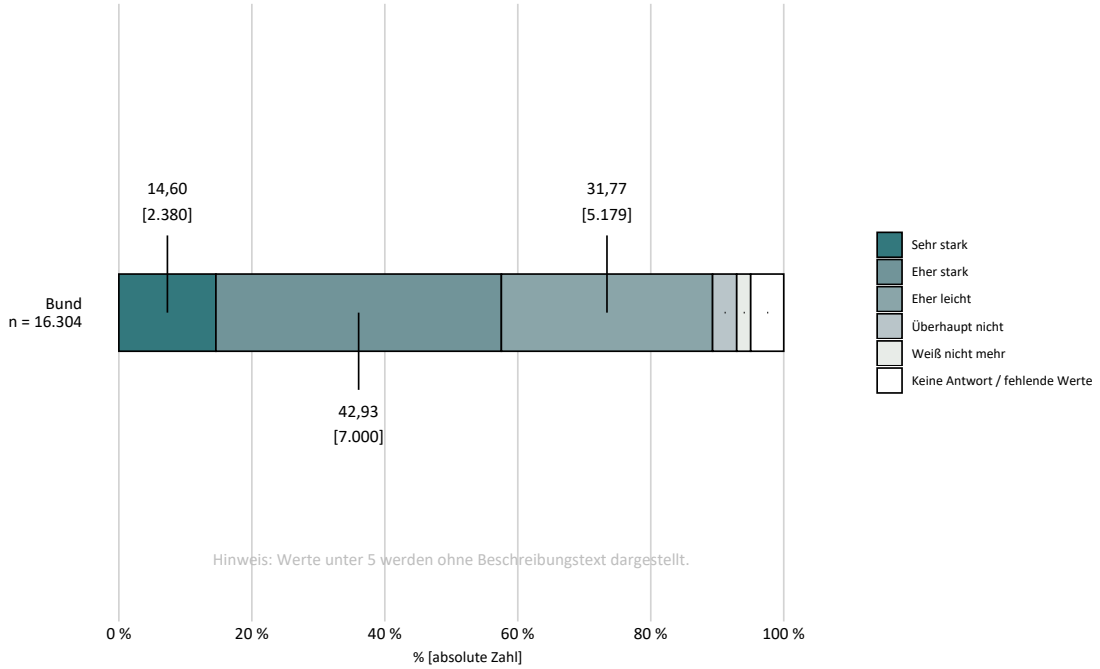
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Indikation angemessen	46,50	15.118
Indikation nicht angemessen	38,63	12.558
Fehlende Werte	14,87	4.833

Hatten Sie vor dem Eingriff Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot (z. B. bei bestimmten Belastungen, aber auch in Ruhe)?



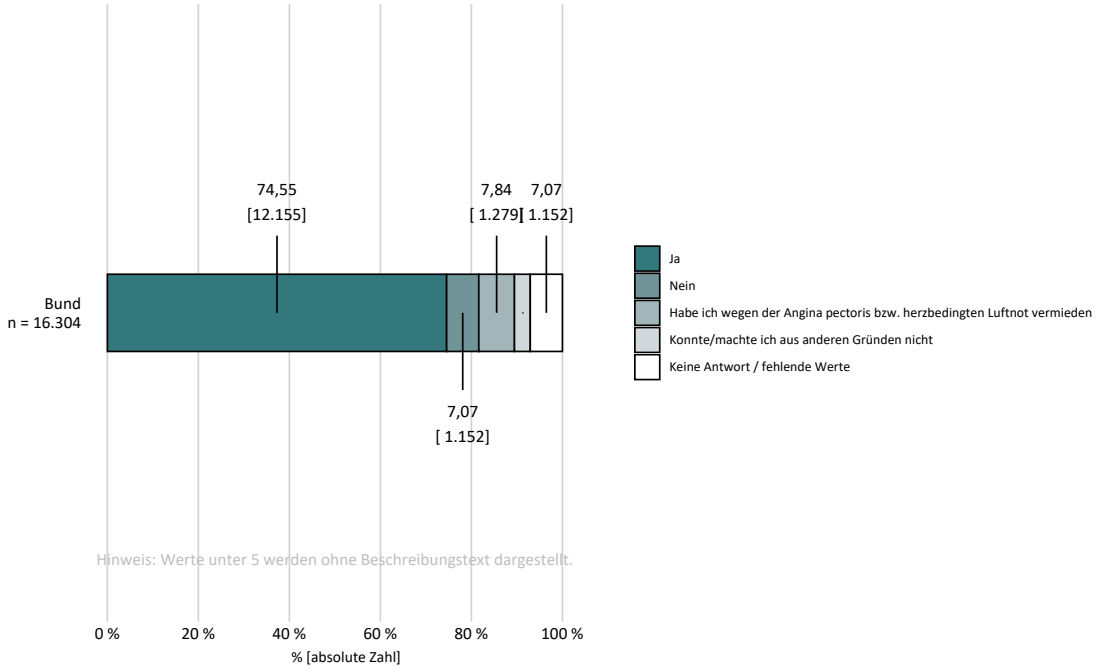
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	50,15	16.304
Nein	41,35	13.444
Weiß nicht mehr	4,37	1.421
Keine Antwort / fehlende Werte	4,12	1.340

Wie beeinträchtigt waren Sie in Ihrem Alltag vor dem Eingriff durch Angina pectoris (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot? (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



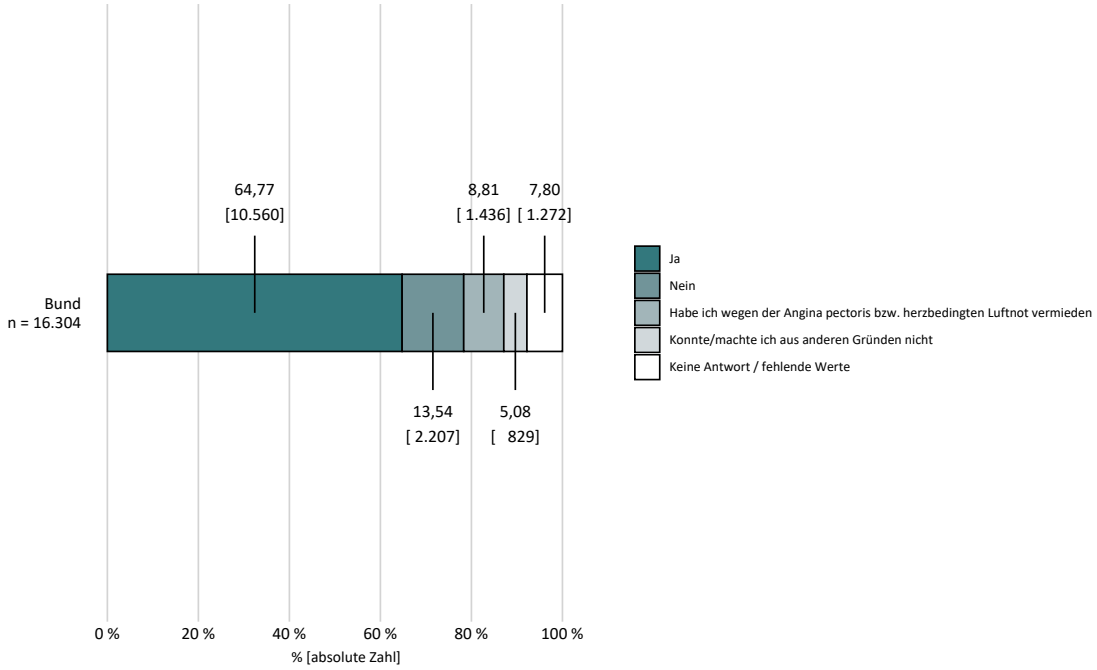
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Sehr stark	14,60	2.380
Eher stark	42,93	7.000
Eher leicht	31,77	5.179
Überhaupt nicht	3,63	592
Weiß nicht mehr	2,10	343
Keine Antwort / fehlende Werte	4,97	810

Angina pectoris Beschwerden: Bei außergewöhnlichen Belastungen (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



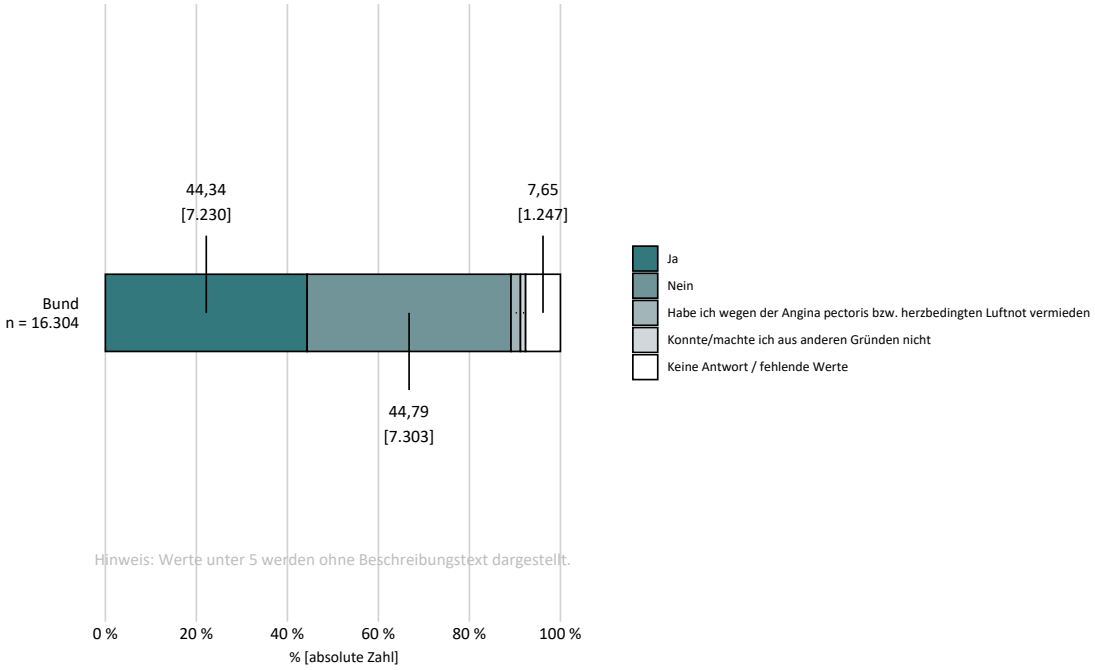
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	74,55	12.155
Nein	7,07	1.152
Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden	7,84	1.279
Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht	3,47	566
Keine Antwort / fehlende Werte	7,07	1.152

Angina pectoris Beschwerden: Bei schweren Alltagstätigkeiten (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



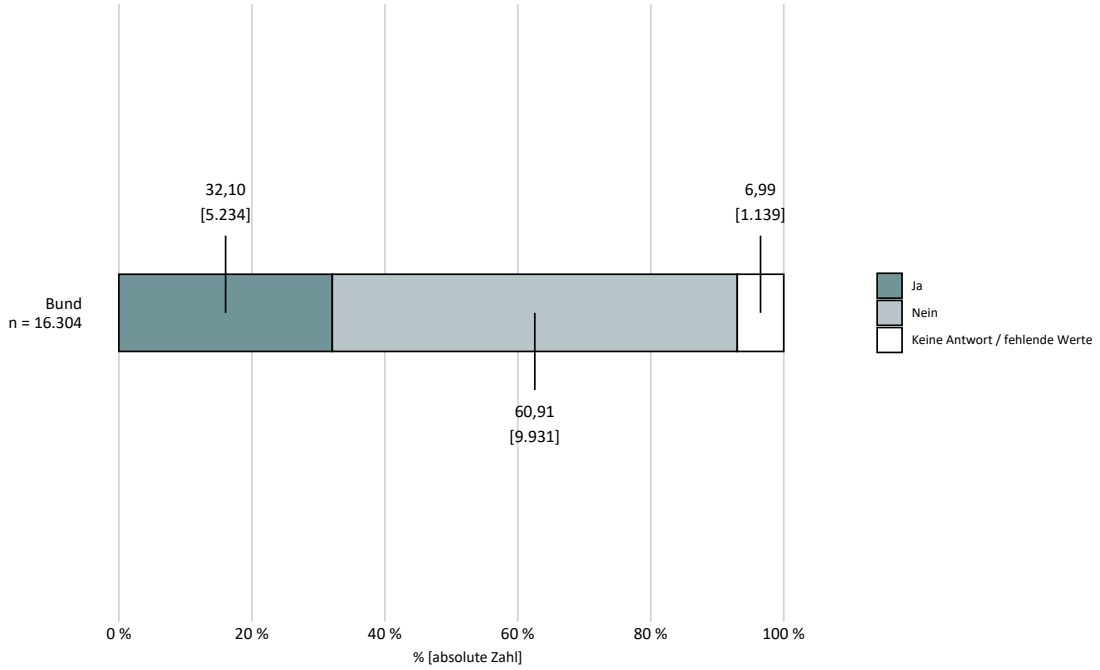
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	64,77	10.560
Nein	13,54	2.207
Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden	8,81	1.436
Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht	5,08	829
Keine Antwort / fehlende Werte	7,80	1.272

Angina pectoris Beschwerden: Bei leichten Alltagstätigkeiten (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	44,34	7.230
Nein	44,79	7.303
Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden	2,09	340
Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht	1,13	184
Keine Antwort / fehlende Werte	7,65	1.247

Angina pectoris Beschwerden: In Ruhe (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	32,10	5.234
Nein	60,91	9.931
Keine Antwort / fehlende Werte	6,99	1.139

56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen unmittelbar nach der Prozedur keinen Termin für eine weitere Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben und angeben, dass bei ihnen keine weitere Koronarangiografie oder PCI geplant oder durchgeführt wurde.
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	**VÄ**	**2023**	7.344	84,31	83,50 - 85,10
		2024	7.360	84,30	83,49 - 85,10
		2025	7.256	81,92	81,06 - 82,77
	KH	**2023**	2.760	91,36	90,36 - 92,31
		2024	3.752	91,93	91,09 - 92,72
		2025	4.505	91,61	90,84 - 92,34
Stationär	**BÄ**	**2023**	248	69,81	64,59 - 74,90
		2024	210	72,59	66,92 - 78,03
		2025	244	68,47	63,20 - 73,53
	KH	**2023**	20.169	88,70	88,28 - 89,12
		2024	19.188	88,63	88,19 - 89,05
		2025	17.523	87,90	87,44 - 88,36
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	276	84,75	80,64 - 88,44
		2024	306	81,18	77,06 - 85,00
		2025	286	79,23	74,77 - 83,43

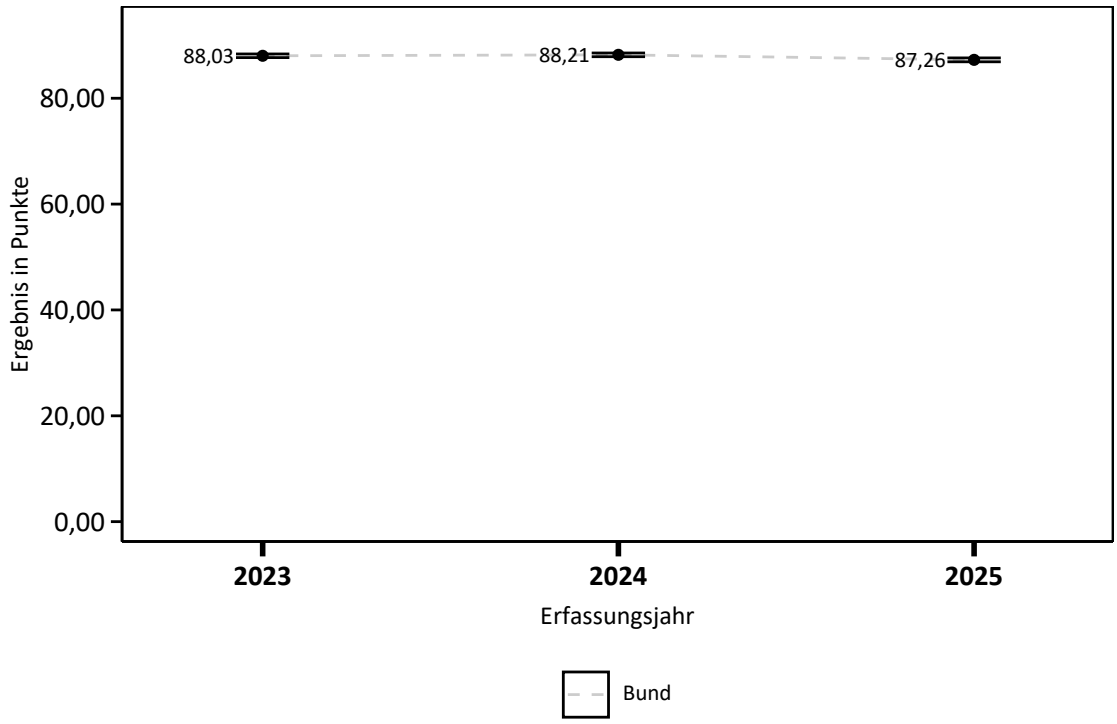
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Bund	2023	30.797	88,03	87,68 - 88,37
	2024	30.816	88,21	87,86 - 88,55
	2025	29.814	87,26	86,89 - 87,62

Ergebnisse der Merkmale

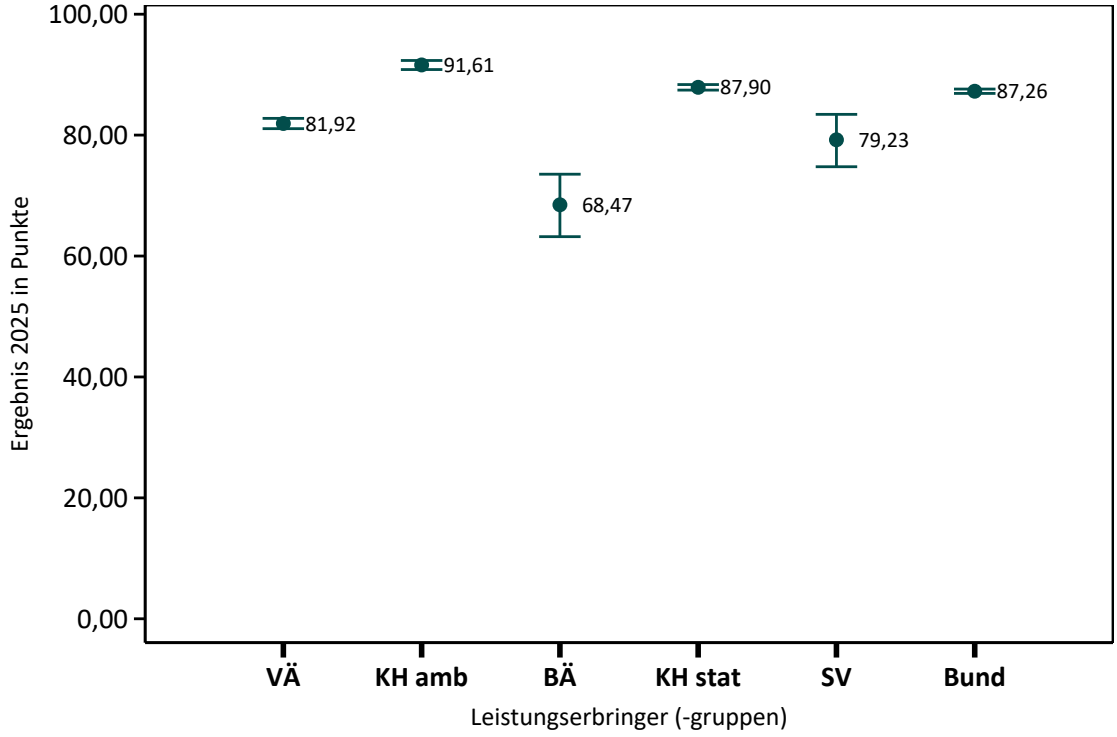
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie	87,26 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

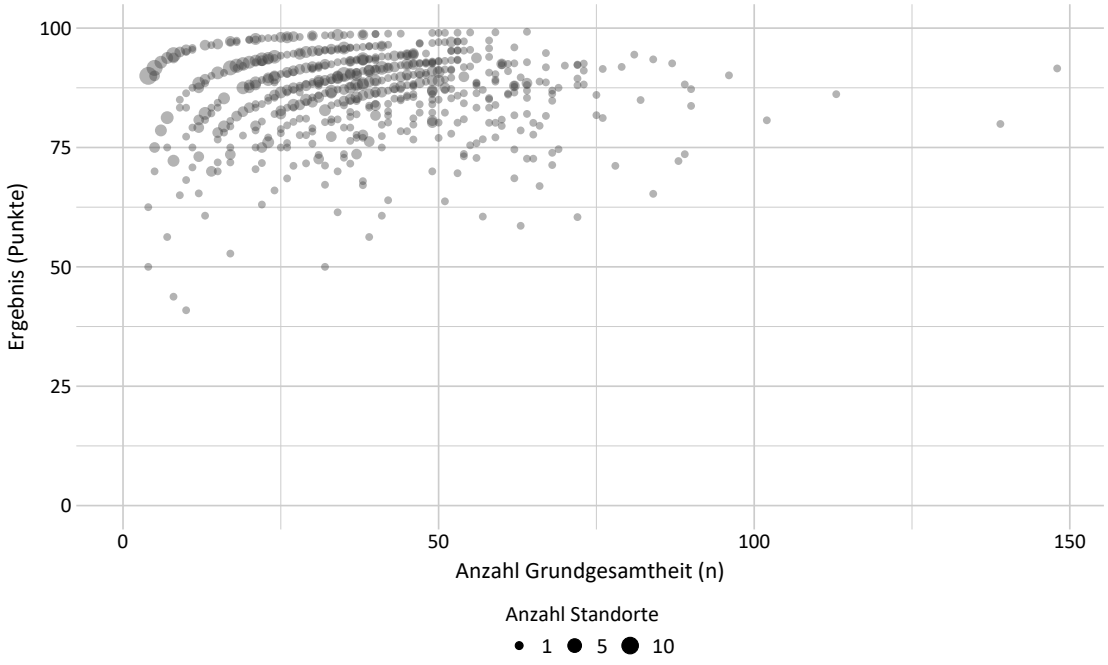
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

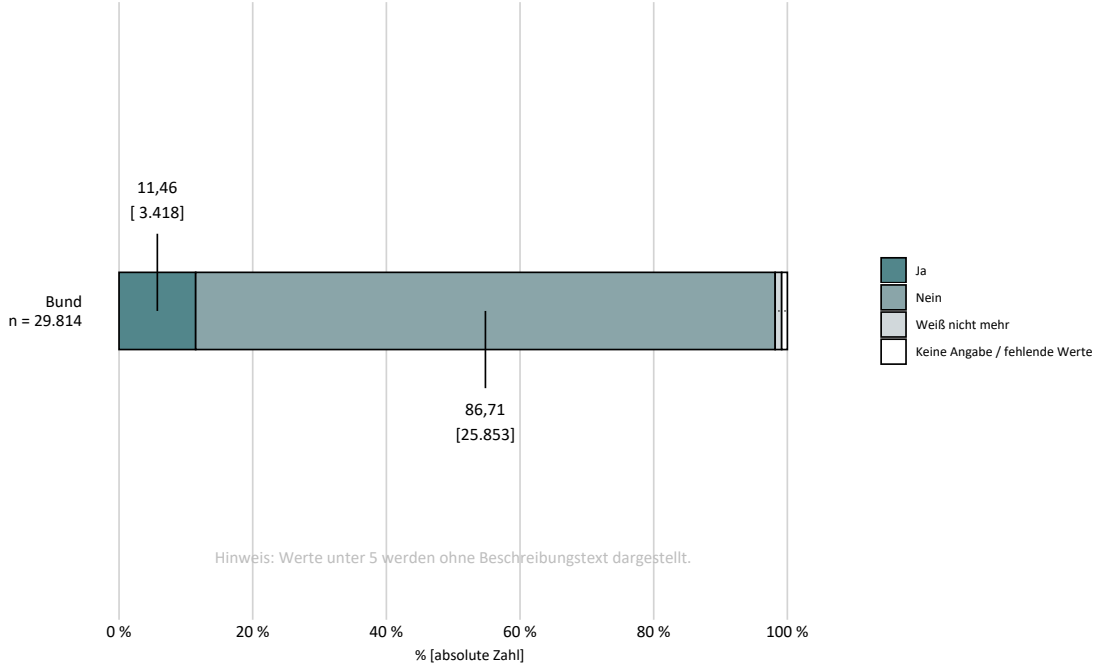


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	841	0	40,91	99,23	89,00

Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie

Wurde mit Ihnen direkt im Anschluss an die Prozedur ein Termin für eine (weitere) Herzkatheteruntersuchung zur Kontrolle vereinbart?



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	11,46	3.418
Nein	86,71	25.853
Weiß nicht mehr	0,97	289
Keine Angabe / fehlende Werte	0,85	254

56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten, die mit denen der Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen. Außerdem soll Patientinnen und Patienten bei Bedarf ermöglicht werden, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in Gespräche mit einzubeziehen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 89,56 Punkte (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Information und Patientenbeteiligung vor der elektiven Prozedur [PATBET_ELEK_PROZ]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	**VÄ**	**2023**	11.508	91,24	90,96 - 91,51
		2024	11.763	91,95	91,70 - 92,20
		2025	11.523	92,65	92,40 - 92,89
	KH	**2023**	3.751	89,86	89,34 - 90,38
		2024	5.226	91,46	91,07 - 91,84
		2025	6.342	91,31	90,95 - 91,66
Stationär	**BÄ**	**2023**	451	89,85	88,29 - 91,29
		2024	455	91,29	89,90 - 92,58
		2025	615	90,48	89,19 - 91,71
	KH	**2023**	52.053	87,64	87,49 - 87,78
		2024	53.193	88,25	88,11 - 88,39
		2025	49.677	88,50	88,36 - 88,64

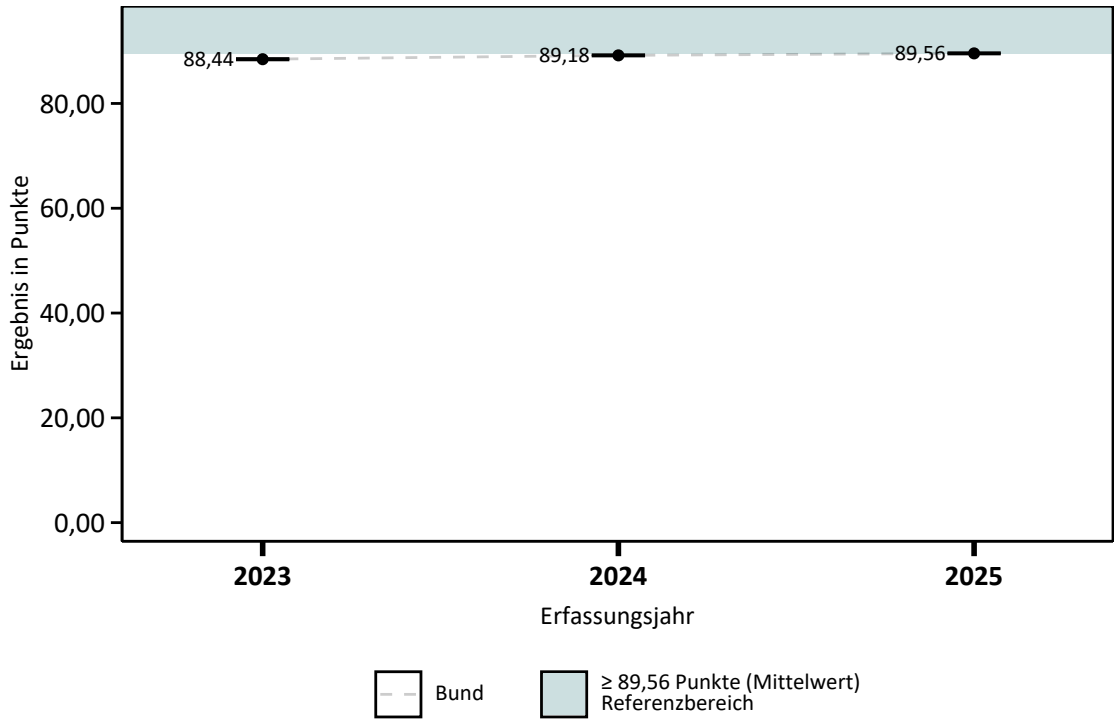
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	458	89,78	88,22 - 91,23
	2024	469	90,77	89,28 - 92,15
	2025	465	91,01	89,60 - 92,32
Bund	**2023**	68.221	88,44	88,32 - 88,57
	2024	71.106	89,18	89,06 - 89,29
	2025	68.622	89,56	89,44 - 89,67

Ergebnisse der Merkmale

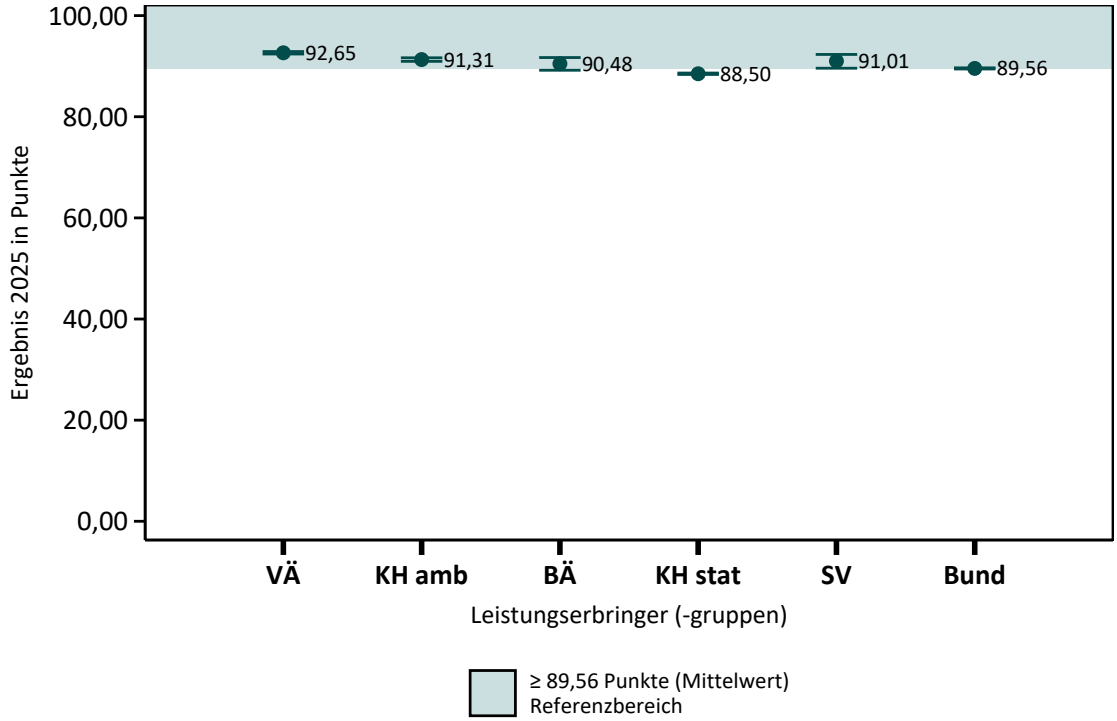
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56103	Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten im Team	89,51 Punkte
M2_56103	Angebot, Angehörige einzubeziehen	89,36 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

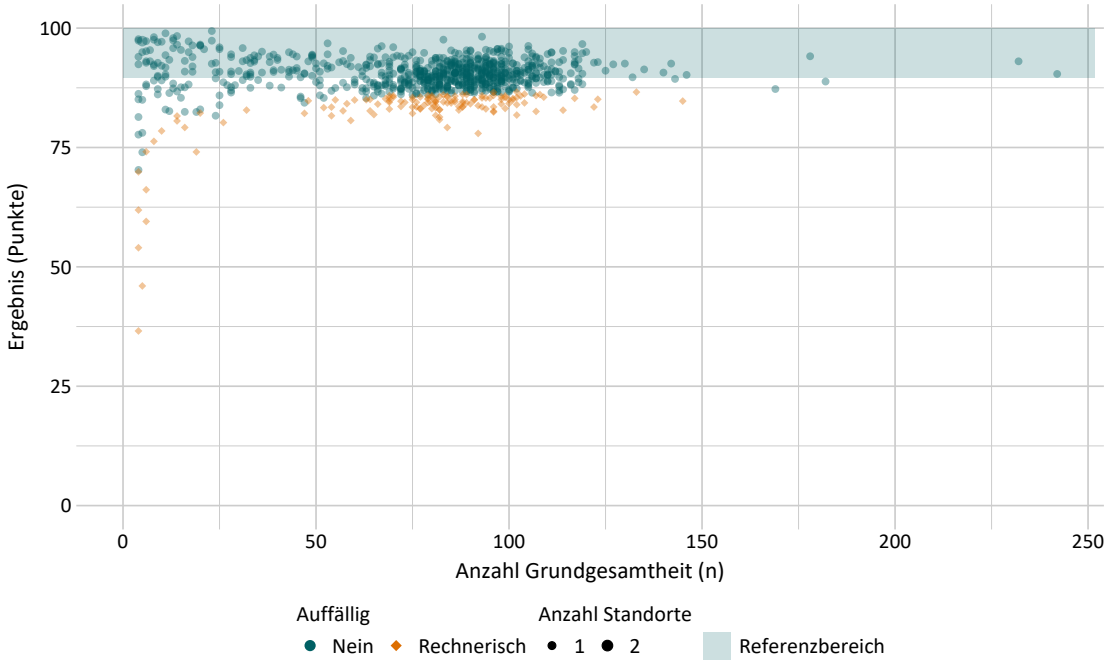
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

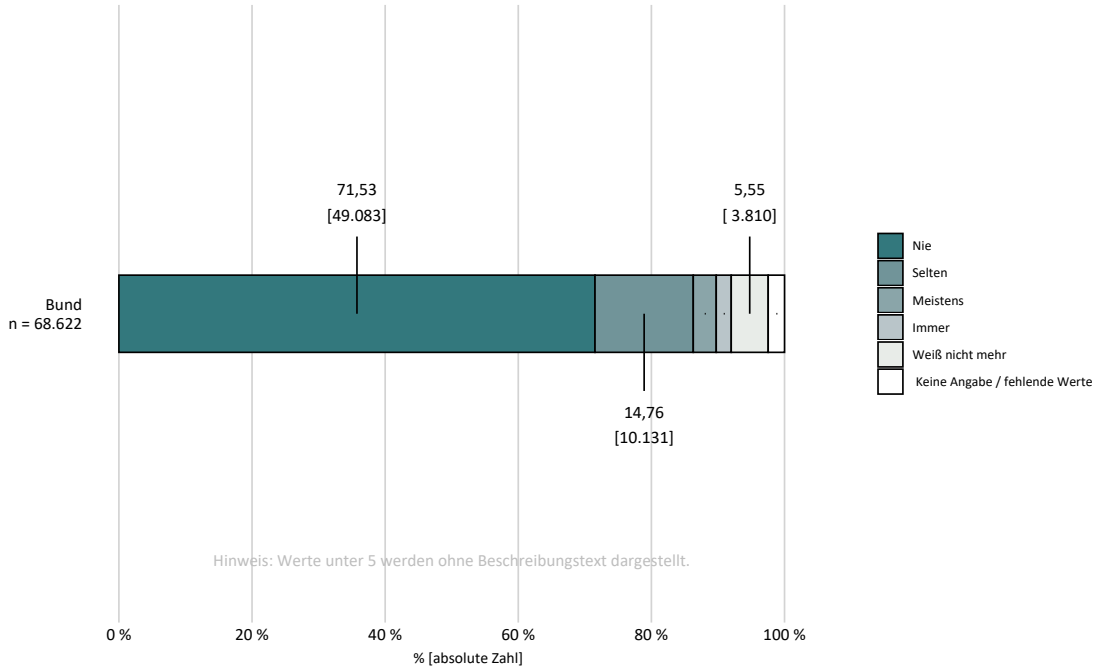


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	896	135	36,57	99,39	89,80

Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten im Team

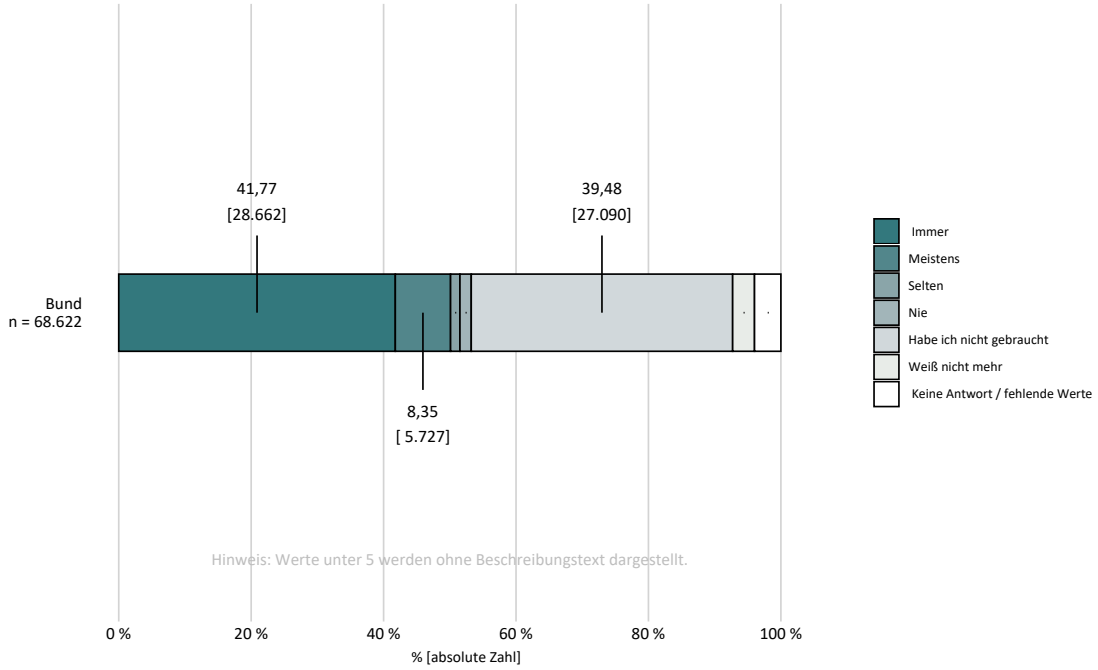
Wie häufig kam es vor, dass Sie vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten haben, die nicht mit den Informationen von den Ärztinnen und Ärzten übereingestimmt haben?



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nie	71,53	49.083
Selten	14,76	10.131
Meistens	3,45	2.368
Immer	2,25	1.547
Weiß nicht mehr	5,55	3.810
Keine Angabe / fehlende Werte	2,45	1.683

Angebot, Angehörige einzubeziehen

Wenn ich Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit den Ärztinnen bzw. Ärzten mitnehmen wollte, wurde mir dies ermöglicht.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	41,77	28.662
Meistens	8,35	5.727
Selten	1,41	971
Nie	1,71	1.172
Habe ich nicht gebraucht	39,48	27.090
Weiß nicht mehr	3,30	2.267
Keine Antwort / fehlende Werte	3,98	2.733

56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen, respektvollen und zugewandten Umgang durch das Pflege- und Assistenzpersonal erfahren. Außerdem soll das Pflege- und Assistenzpersonal für die Patientinnen und Patienten bei Bedarf erreichbar sein und so gut deutsch sprechen, dass eine Verständigung mit den Patientinnen und Patienten möglich ist.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 86,70 Punkte (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Interaktion und Kommunikation [KOMMUNIKATION]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	VÄ	2023	11.508	92,03	91,87 - 92,18
		2024	11.763	91,02	90,86 - 91,18
		2025	11.523	90,85	90,68 - 91,01
	KH	2023	3.751	90,67	90,39 - 90,96
		2024	5.226	89,67	89,41 - 89,92
		2025	6.342	89,13	88,89 - 89,36
Stationär	BÄ	2023	451	89,43	88,55 - 90,30
		2024	455	88,19	87,26 - 89,10
		2025	615	88,38	87,61 - 89,14
	KH	2023	52.053	86,55	86,46 - 86,63
		2024	53.193	85,37	85,28 - 85,46
		2025	49.677	85,36	85,27 - 85,46

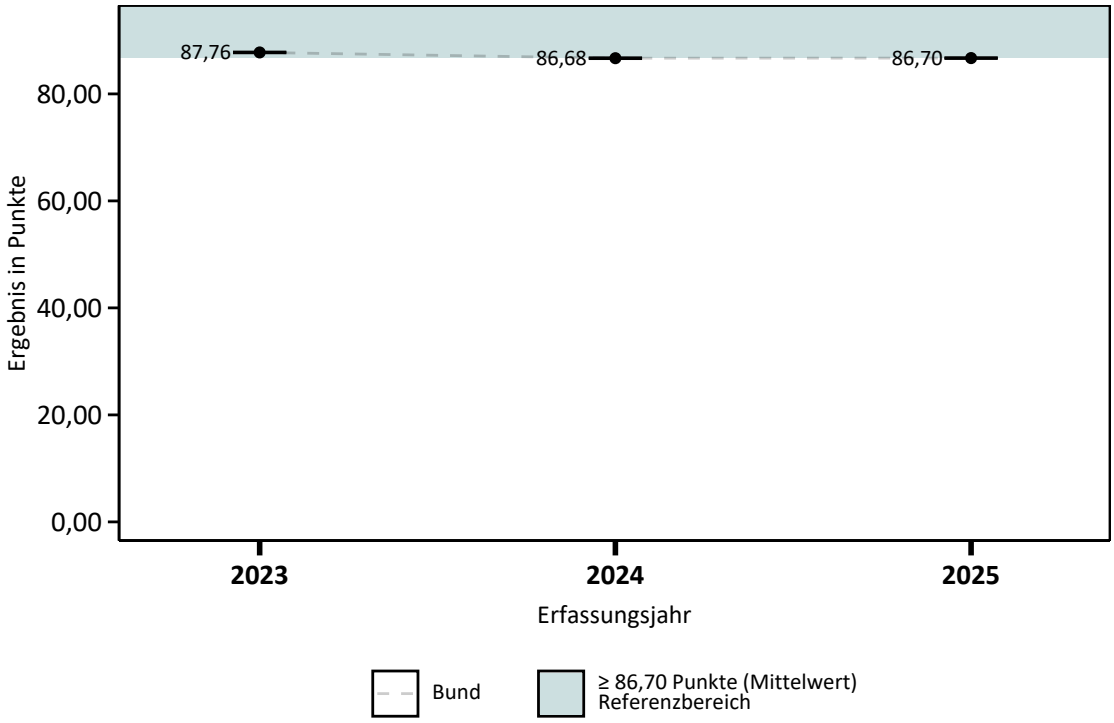
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	458	90,18	89,33 - 91,01
	2024	469	90,12	89,27 - 90,95
	2025	465	88,57	87,66 - 89,46
Bund	**2023**	68.221	87,76	87,68 - 87,83
	2024	71.106	86,68	86,60 - 86,76
	2025	68.622	86,70	86,62 - 86,78

Ergebnisse der Merkmale

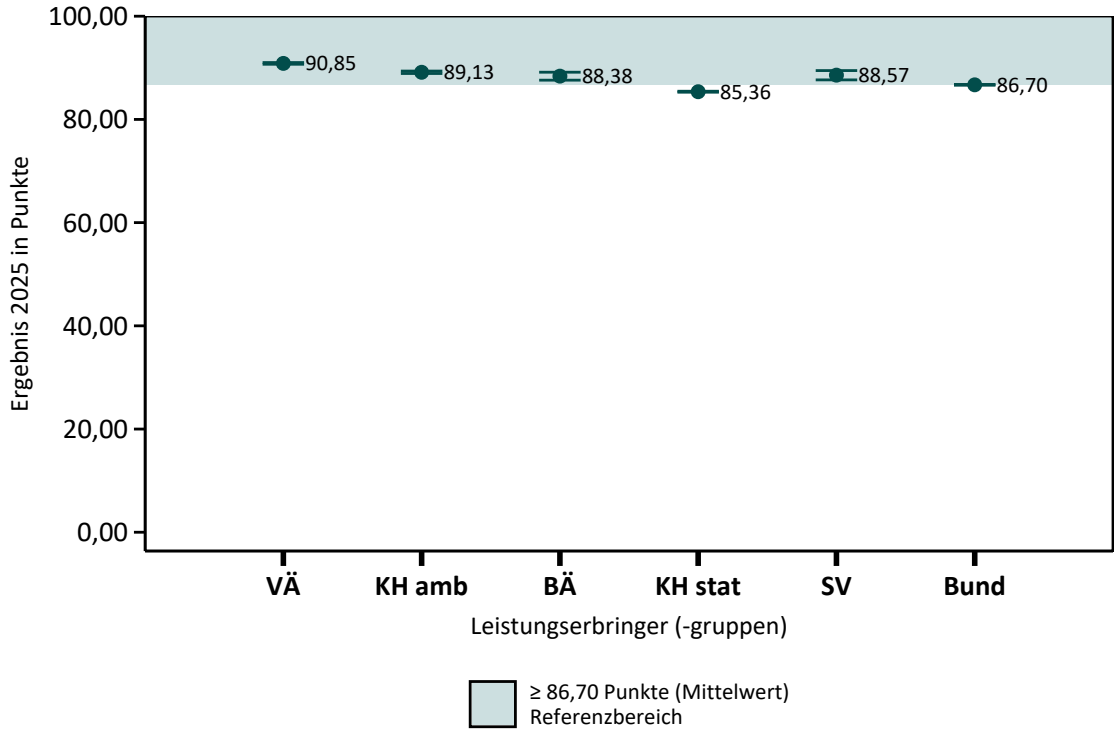
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56104	Höflicher und respektvoller Umgang	91,59 Punkte
M2_56104	Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals auf Anliegen der Patientinnen und Patienten	80,88 Punkte
M3_56104	Sprach- und Verständigungsbarrieren	87,39 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

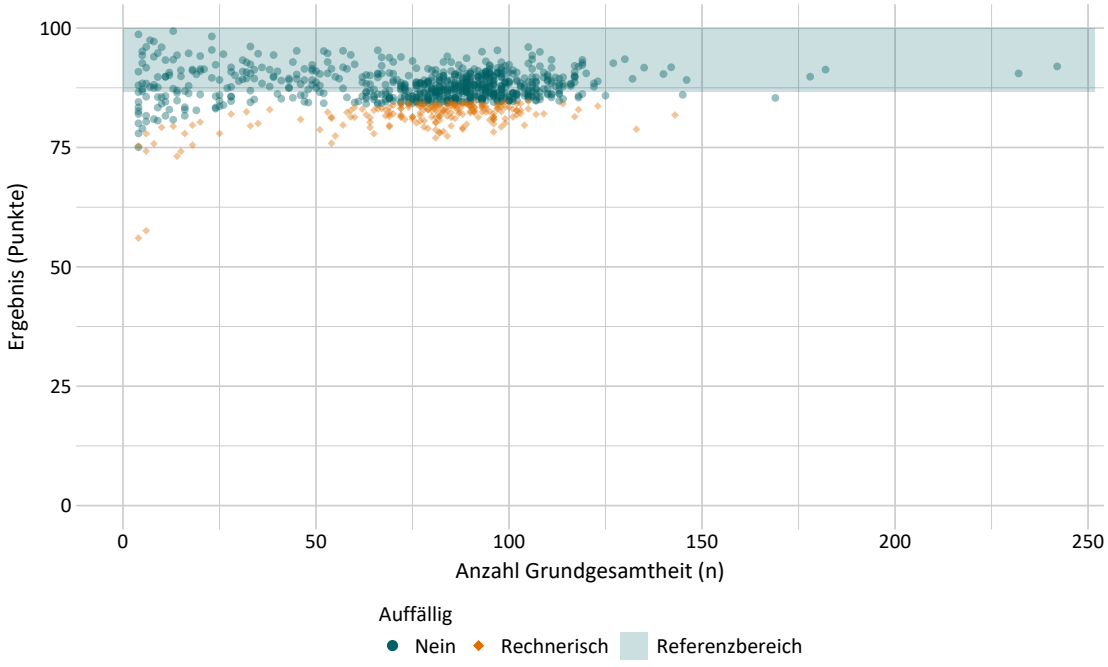
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

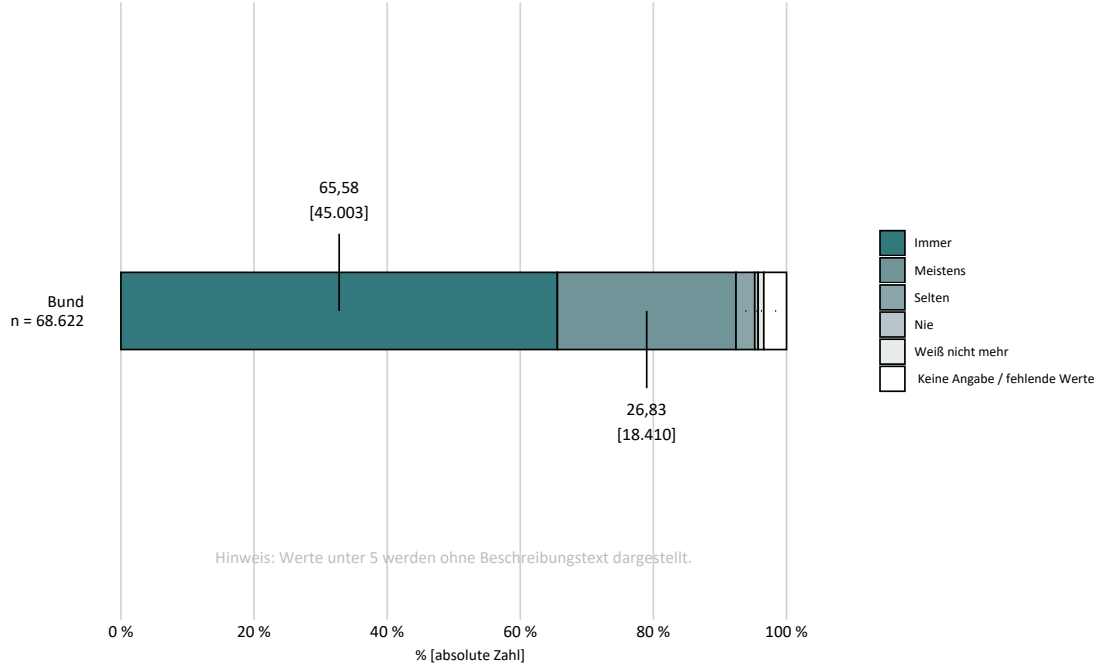


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	896	199	56,01	99,37	86,53

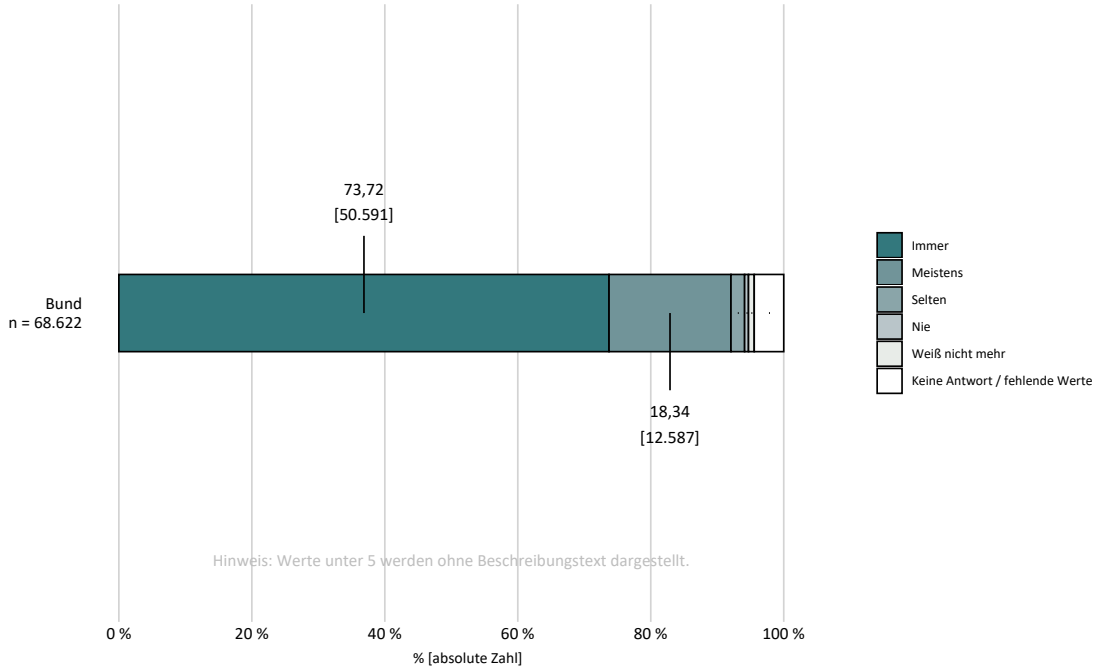
Höflicher und respektvoller Umgang

Wenn ich ein Anliegen hatte, konnte ich jemanden vom Pflege- und Assistenzpersonal erreichen.



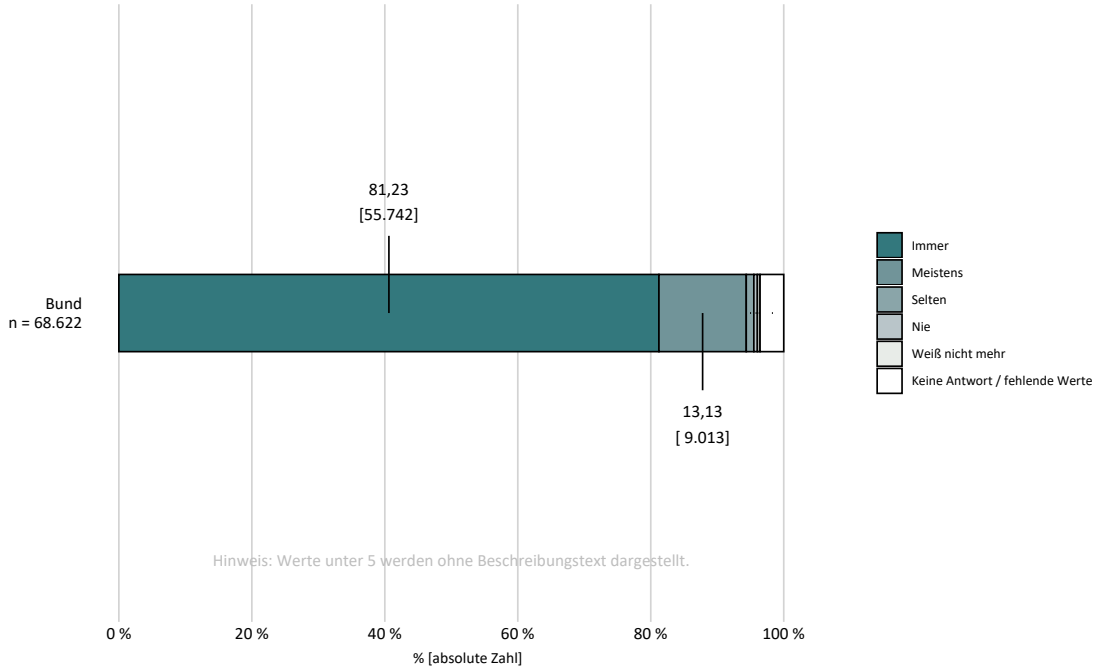
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	65,58	45.003
Meistens	26,83	18.410
Selten	2,82	1.934
Nie	0,52	354
Weiß nicht mehr	0,84	577
Keine Angabe / fehlende Werte	3,42	2.344

Pflege- und Assistenzpersonal: Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.



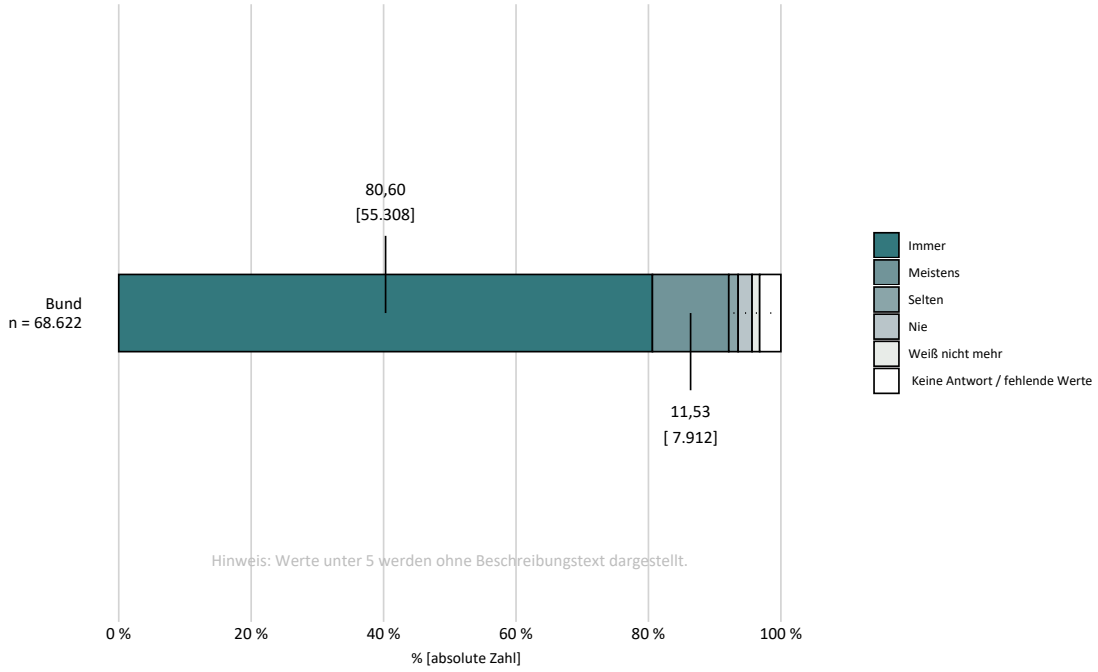
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	73,72	50.591
Meistens	18,34	12.587
Selten	2,05	1.406
Nie	0,59	402
Weiß nicht mehr	0,86	591
Keine Antwort / fehlende Werte	4,44	3.045

Pflege- und Assistenzpersonal: Ich wurde respektvoll behandelt.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	81,23	55.742
Meistens	13,13	9.013
Selten	1,14	780
Nie	0,54	371
Weiß nicht mehr	0,40	272
Keine Antwort / fehlende Werte	3,56	2.444

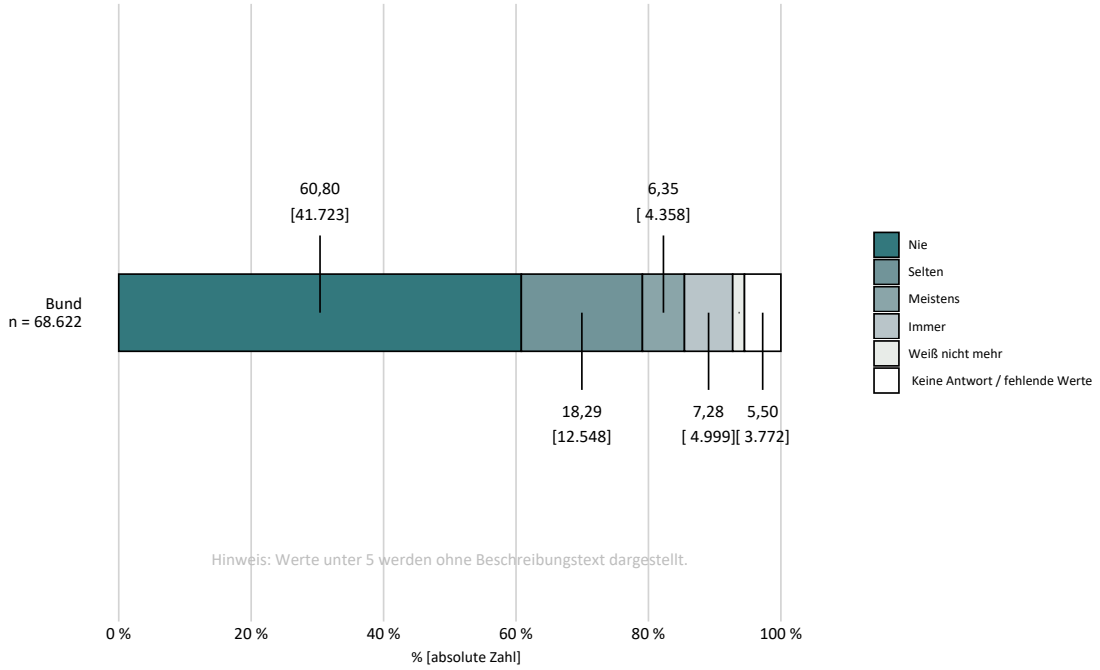
Pflege- und Assistenzpersonal: Meine Intimsphäre wurde gewahrt.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	80,60	55.308
Meistens	11,53	7.912
Selten	1,41	971
Nie	2,10	1.444
Weiß nicht mehr	1,15	787
Keine Antwort / fehlende Werte	3,21	2.200

Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals auf Anliegen der Patientinnen und Patienten

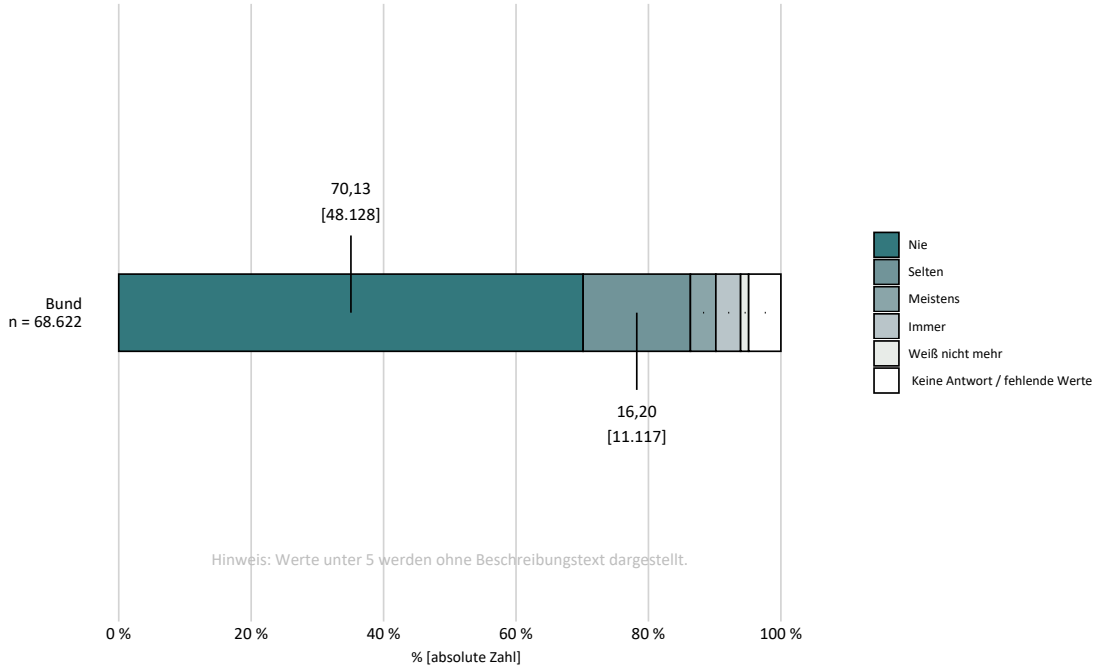
Pflege- und Assistenzpersonal: Ich musste lange warten, wenn ich Unterstützung angefordert habe.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nie	60,80	41.723
Selten	18,29	12.548
Meistens	6,35	4.358
Immer	7,28	4.999
Weiß nicht mehr	1,78	1.222
Keine Antwort / fehlende Werte	5,50	3.772

Sprach- und Verständigungsbarrieren

Es kam vor, dass ich mich mit dem Pflege- und Assistenzpersonal nicht verständigen konnte, weil es nicht gut deutsch gesprochen hat.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nie	70,13	48.128
Selten	16,20	11.117
Meistens	3,84	2.634
Immer	3,74	2.568
Weiß nicht mehr	1,22	834
Keine Antwort / fehlende Werte	4,87	3.341

56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen und respektvollen Umgang durch die Ärztinnen und Ärzte erfahren. Für die Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte bei Fragen erreichbar sein und Informationen sollen verständlich kommuniziert werden. Bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte so gut deutsch sprechen, dass eine Verständigung möglich ist. In dem Beisein von Patientinnen und Patienten soll nicht über sie gesprochen werden, ohne sie einzubeziehen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 85,17 Punkte (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Interaktion und Kommunikation [KOMMUNIKATION]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	**VÄ**	**2023**	11.508	89,73	89,60 - 89,86
		2024	11.763	90,47	90,34 - 90,59
		2025	11.523	90,41	90,29 - 90,54
	KH	**2023**	3.751	87,76	87,51 - 88,00
		2024	5.226	87,99	87,78 - 88,19
		2025	6.342	87,67	87,48 - 87,86

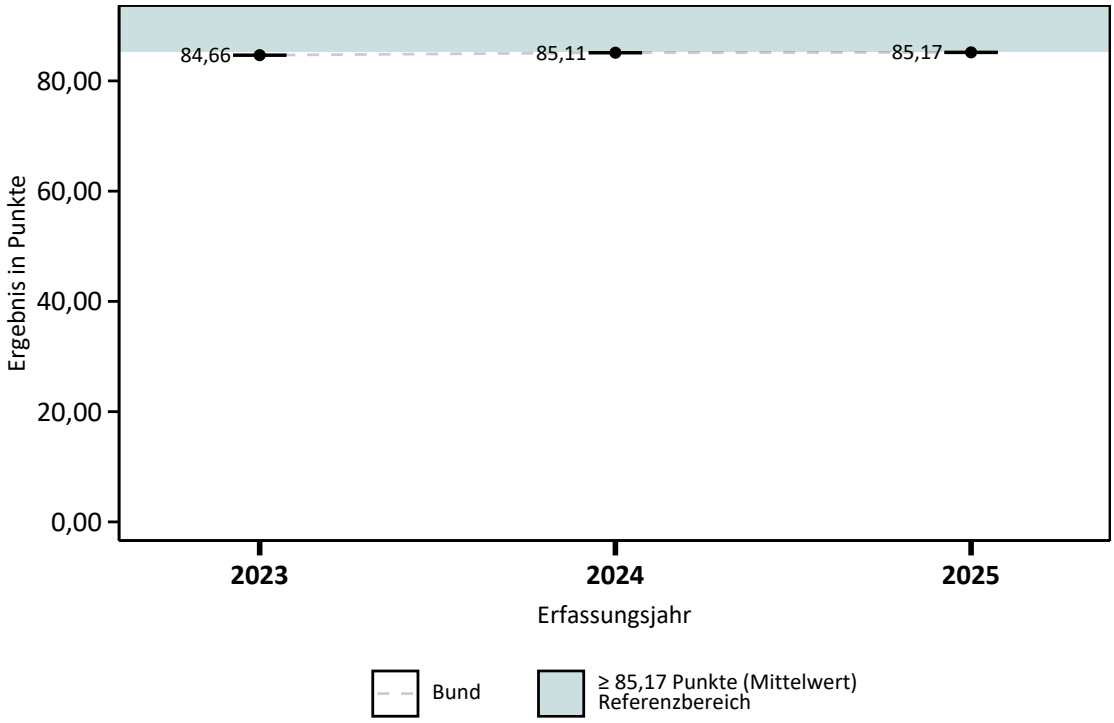
Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Stationär	BÄ	2023	451	88,83	88,15 - 89,49
		2024	455	87,92	87,21 - 88,62
		2025	615	86,84	86,22 - 87,44
	KH	2023	52.053	83,25	83,17 - 83,32
		2024	53.193	83,56	83,49 - 83,63
		2025	49.677	83,56	83,49 - 83,64
Selektivvertragliche Leistungen		2023	458	87,71	86,99 - 88,41
		2024	469	91,08	90,47 - 91,67
		2025	465	89,04	88,36 - 89,69
Bund		2023	68.221	84,66	84,60 - 84,72
		2024	71.106	85,11	85,05 - 85,17
		2025	68.622	85,17	85,11 - 85,23

Ergebnisse der Merkmale

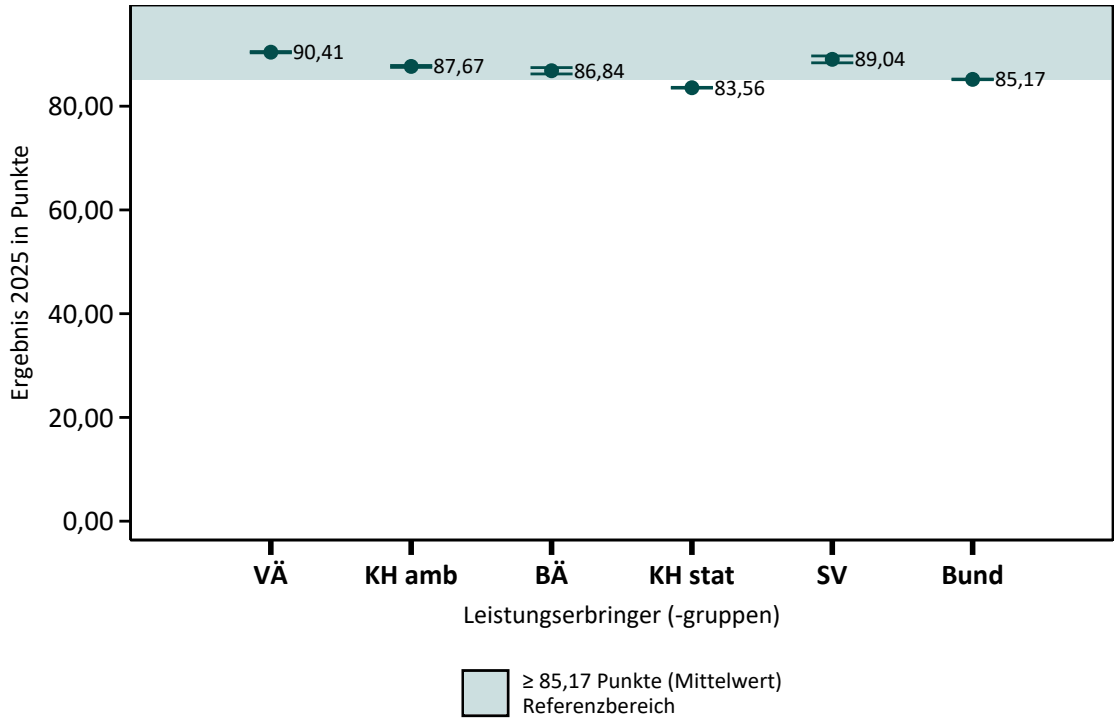
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56105	Höflicher und respektvoller Umgang	85,05 Punkte
M2_56105	Eingehen auf Informationsbedürfnisse der Patientin / des Patienten während des Aufenthalts	75,89 Punkte
M3_56105	Verwendung einer verständlichen Sprache durch Ärztinnen und Ärzte	80,53 Punkte
M4_56105	Sprach- und Verständigungsbarrieren	92,03 Punkte
M5_56105	Direkte Ansprache der Patientin / des Patienten	91,83 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

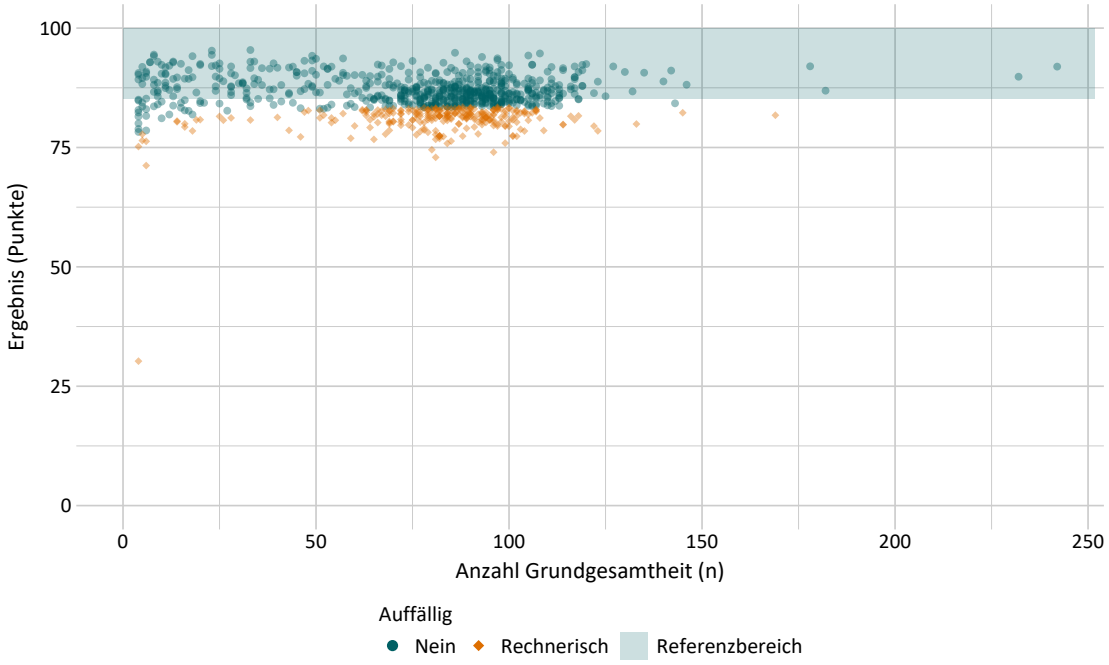
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

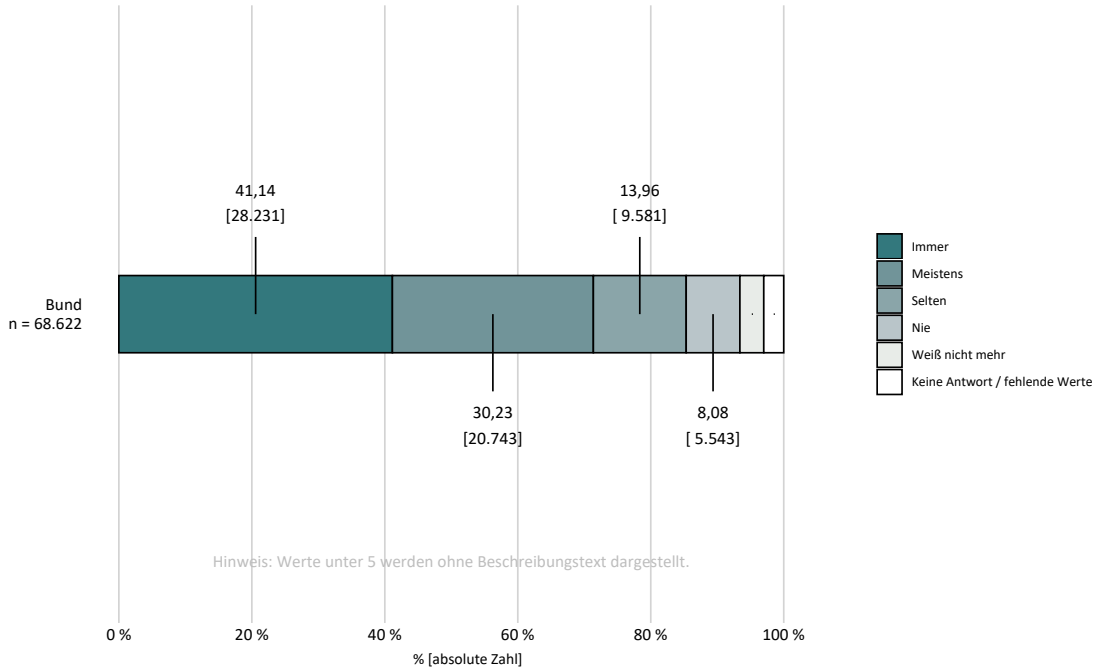


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	896	266	30,25	95,41	85,21

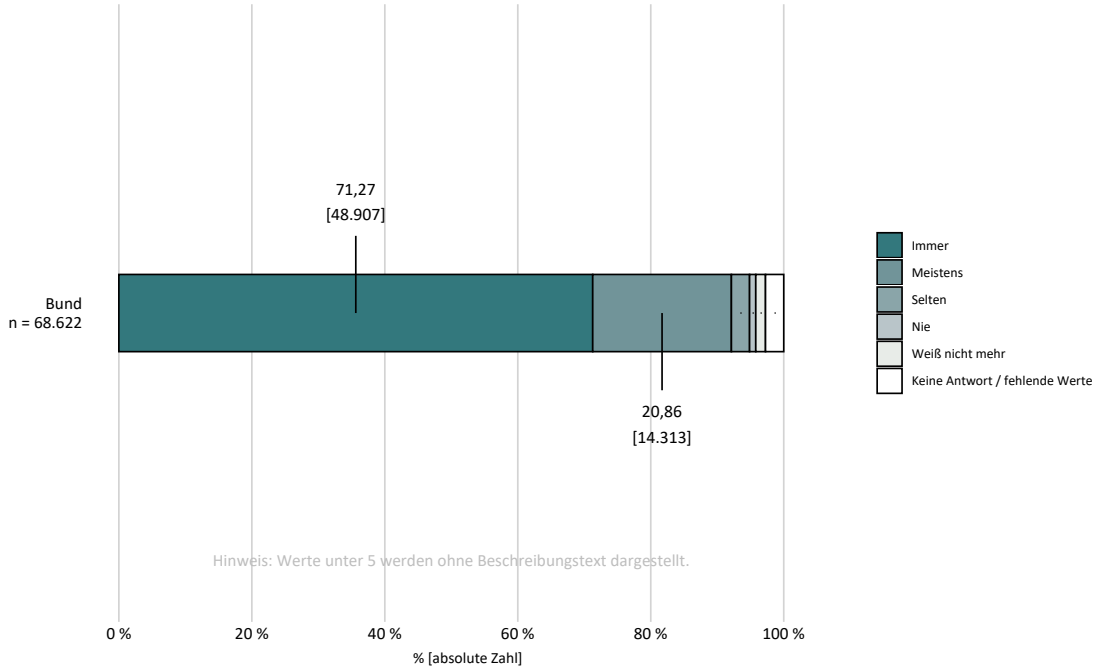
Höflicher und respektvoller Umgang

In Gesprächen haben die Ärztinnen bzw. Ärzte mich ermutigt, Fragen zu stellen.



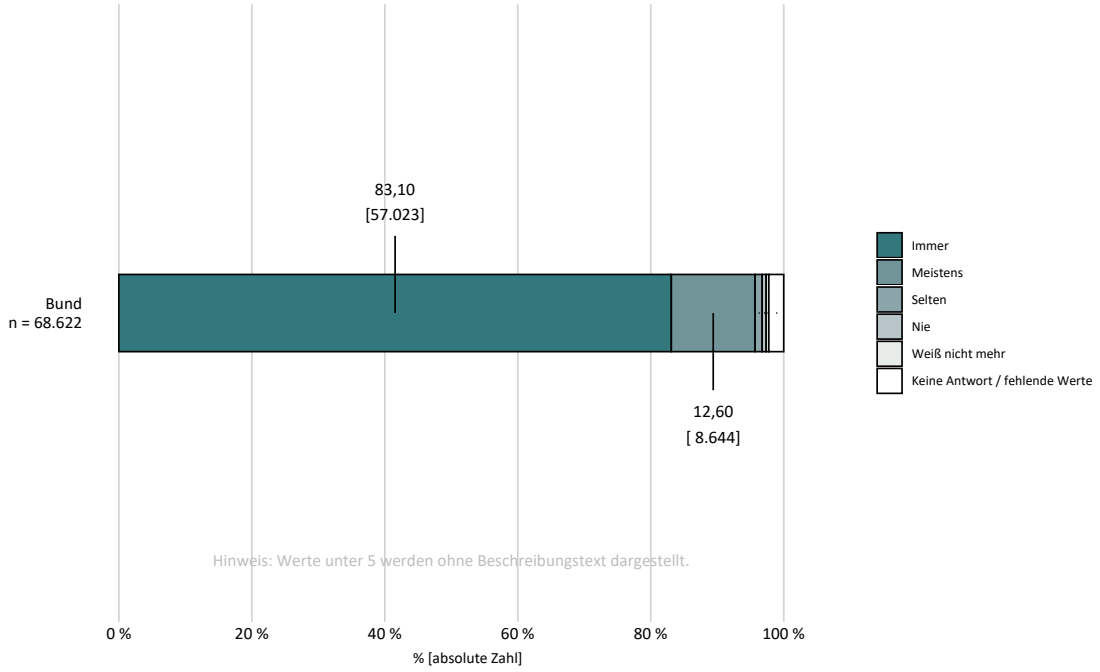
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	41,14	28.231
Meistens	30,23	20.743
Selten	13,96	9.581
Nie	8,08	5.543
Weiß nicht mehr	3,59	2.464
Keine Antwort / fehlende Werte	3,00	2.060

Ärztinnen und Ärzte: Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	71,27	48.907
Meistens	20,86	14.313
Selten	2,73	1.876
Nie	0,93	639
Weiß nicht mehr	1,46	1.004
Keine Antwort / fehlende Werte	2,74	1.883

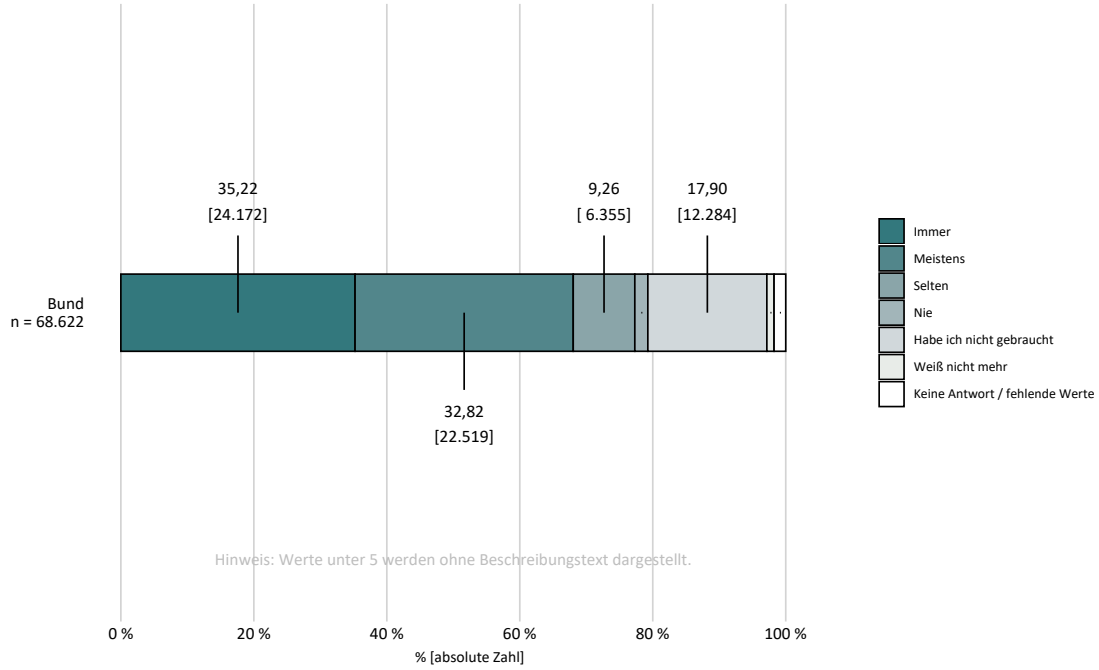
Ärztinnen und Ärzte: Ich wurde respektvoll behandelt.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	83,10	57.023
Meistens	12,60	8.644
Selten	1,07	733
Nie	0,60	411
Weiß nicht mehr	0,40	274
Keine Antwort / fehlende Werte	2,24	1.537

Eingehen auf Informationsbedürfnisse der Patientin / des Patienten während des Aufenthalts

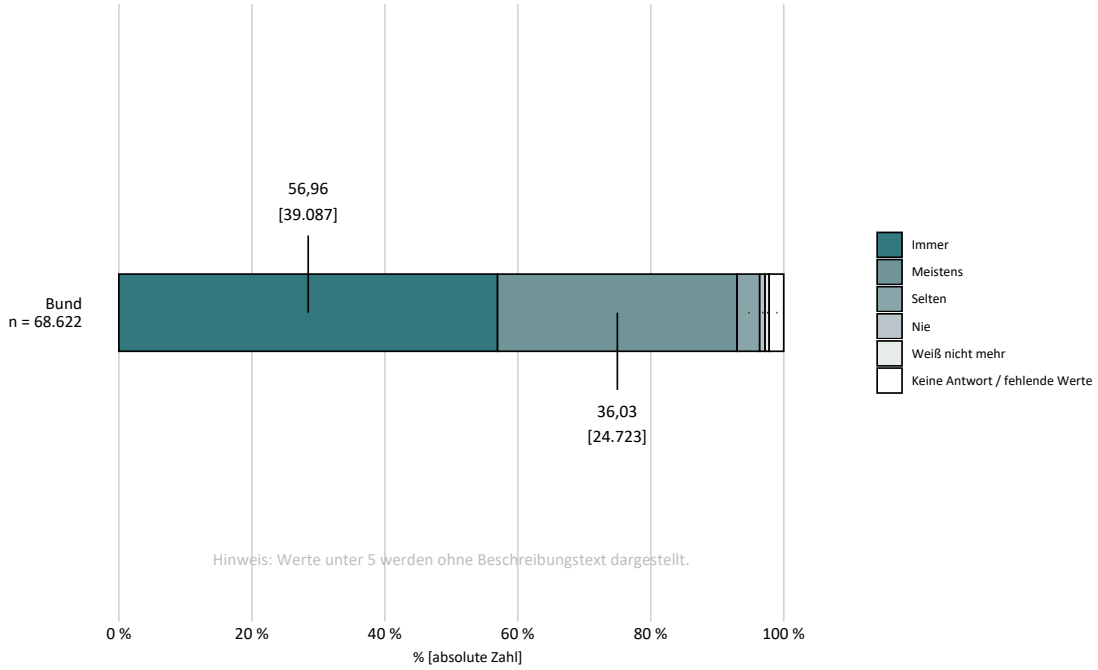
Ich hatte Gelegenheit, eine Ärztin bzw. einen Arzt zu sprechen, wenn ich Fragen hatte.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	35,22	24.172
Meistens	32,82	22.519
Selten	9,26	6.355
Nie	1,96	1.343
Habe ich nicht gebraucht	17,90	12.284
Weiß nicht mehr	1,09	745
Keine Antwort / fehlende Werte	1,75	1.204

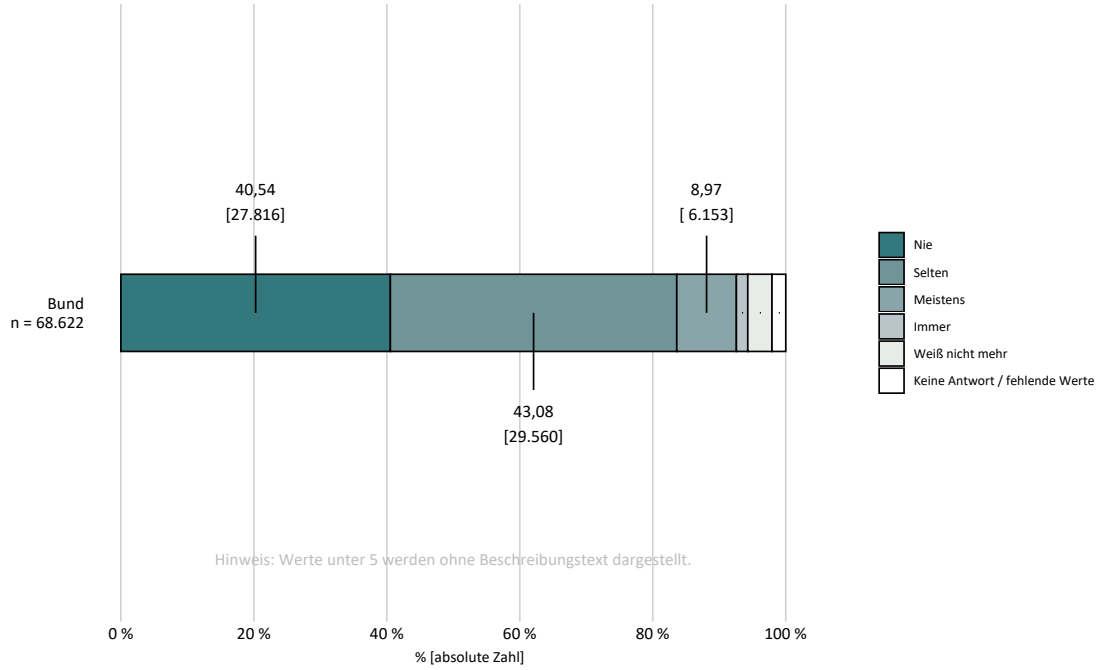
Verwendung einer verständlichen Sprache durch Ärztinnen und Ärzte

Die Informationen, die ich von den Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten habe, waren für mich verständlich.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	56,96	39.087
Meistens	36,03	24.723
Selten	3,40	2.332
Nie	0,81	553
Weiß nicht mehr	0,62	424
Keine Antwort / fehlende Werte	2,19	1.503

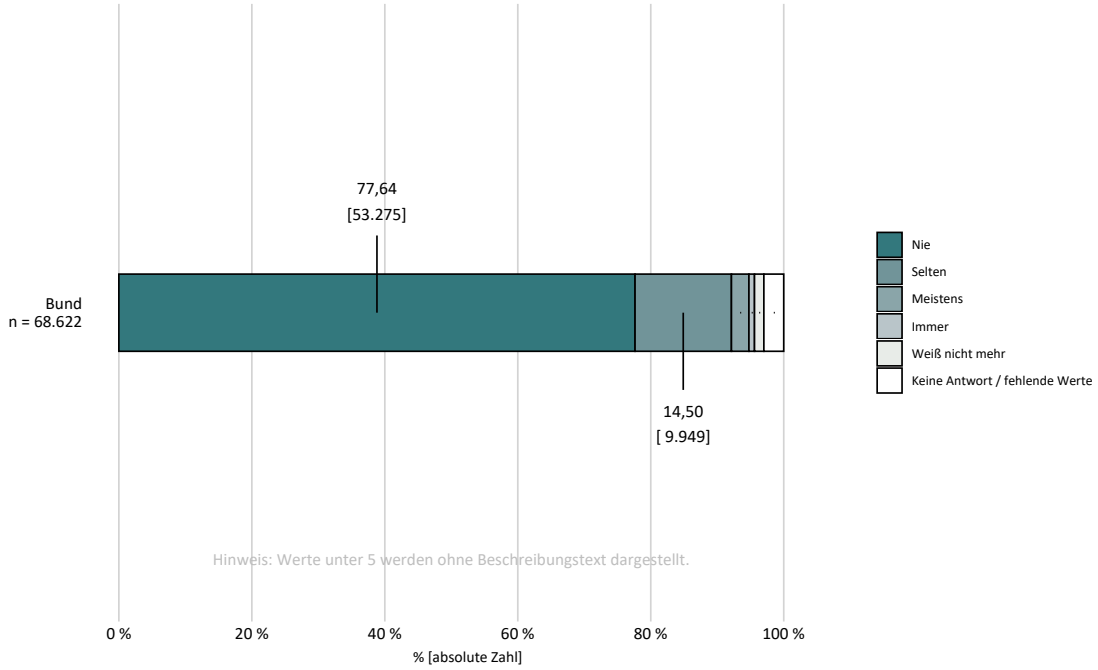
Ärztinnen bzw. Ärzte haben in Gesprächen mit mir Fachwörter verwendet, die ich nicht verstanden habe.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nie	40,54	27.816
Selten	43,08	29.560
Meistens	8,97	6.153
Immer	1,71	1.175
Weiß nicht mehr	3,64	2.497
Keine Antwort / fehlende Werte	2,07	1.421

Sprach- und Verständigungsbarrieren

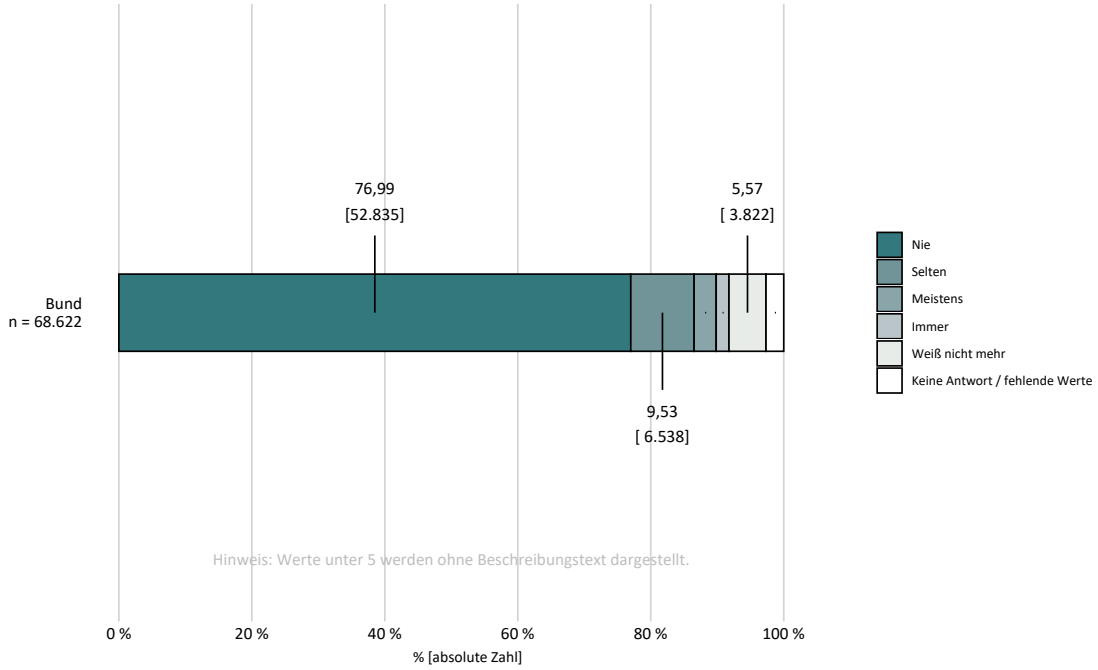
Es kam vor, dass ich mich mit Ärztinnen bzw. Ärzten nicht verständigen konnte, weil sie nicht gut deutsch gesprochen haben.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nie	77,64	53.275
Selten	14,50	9.949
Meistens	2,63	1.805
Immer	0,84	576
Weiß nicht mehr	1,41	968
Keine Antwort / fehlende Werte	2,99	2.049

Direkte Ansprache der Patientin / des Patienten

In meinem Beisein haben Ärztinnen bzw. Ärzte über mich gesprochen, als ob ich nicht da wäre.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nie	76,99	52.835
Selten	9,53	6.538
Meistens	3,32	2.277
Immer	1,93	1.322
Weiß nicht mehr	5,57	3.822
Keine Antwort / fehlende Werte	2,66	1.828

56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend über die Zielsetzung, Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz, den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen, den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs oder dass es möglich ist, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten, informiert werden. Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit haben, über eventuelle Ängste und Sorgen zu sprechen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 80,00 Punkte
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Information und Patientenbeteiligung vor der elektiven Prozedur [PATBET_ELEK_PROZ]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	VÄ	2023	10.306	80,36	80,09 - 80,63
		2024	10.635	81,10	80,84 - 81,37
		2025	10.382	81,05	80,79 - 81,32
	KH	2023	3.582	77,91	77,44 - 78,37
		2024	4.973	78,59	78,19 - 78,97
		2025	6.092	78,27	77,92 - 78,62
Stationär	BÄ	2023	403	78,10	76,55 - 79,57
		2024	350	78,93	77,05 - 80,76
		2025	387	73,68	71,87 - 75,47
	KH	2023	32.266	72,13	71,95 - 72,31
		2024	32.205	72,25	72,07 - 72,43
		2025	29.442	71,59	71,40 - 71,78

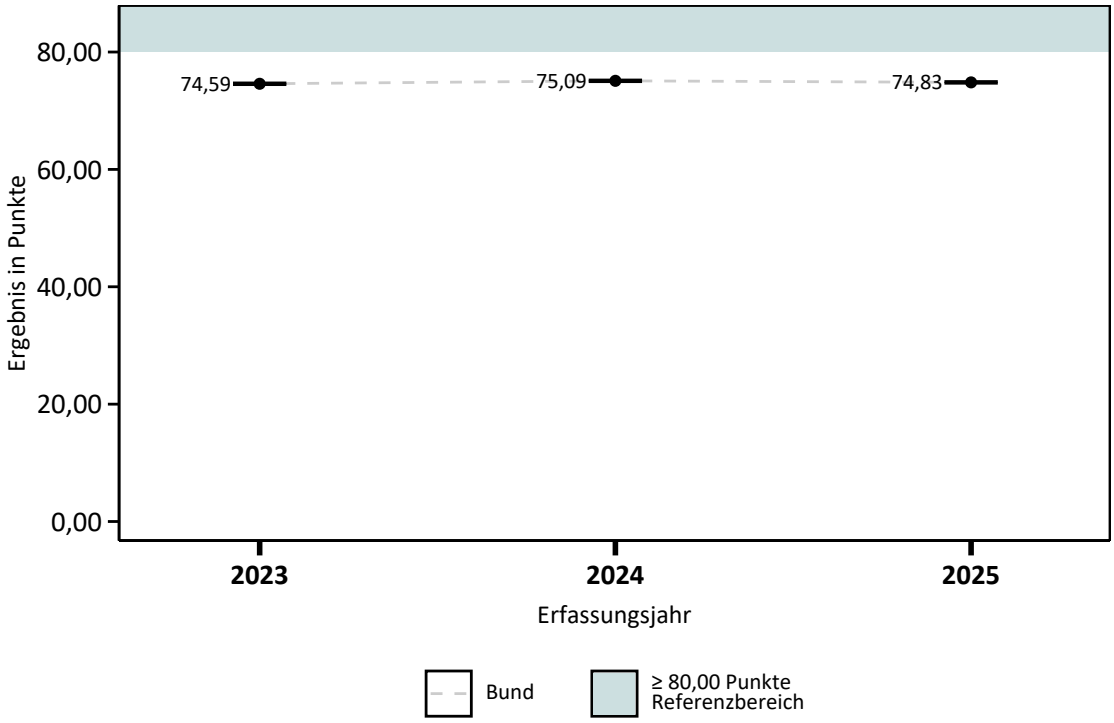
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	416	81,18	79,85 - 82,48
	2024	447	81,29	80,04 - 82,54
	2025	452	82,22	80,96 - 83,45
Bund	**2023**	46.973	74,59	74,45 - 74,73
	2024	48.610	75,09	74,95 - 75,23
	2025	46.755	74,83	74,69 - 74,97

Ergebnisse der Merkmale

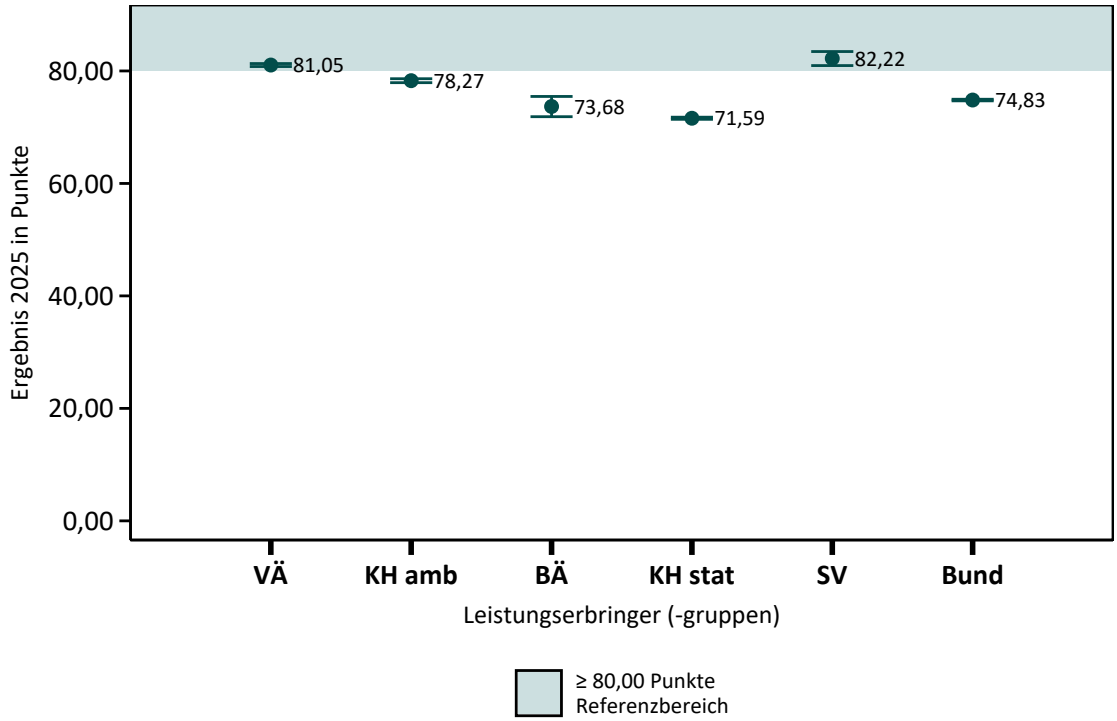
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56106	Zielsetzung	78,81 Punkte
M2_56106	Behandlungsalternativen zum Eingriff	43,05 Punkte
M3_56106	Therapeutische Konsequenz	67,83 Punkte
M4_56106	Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen	82,14 Punkte
M5_56106	Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs	82,88 Punkte
M6_56106	Möglichkeit, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten	76,08 Punkte
M7_56106	Ablauf der Nachbeobachtung	84,84 Punkte
M8_56106	Besprechen von Sorgen und Ängsten	79,34 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

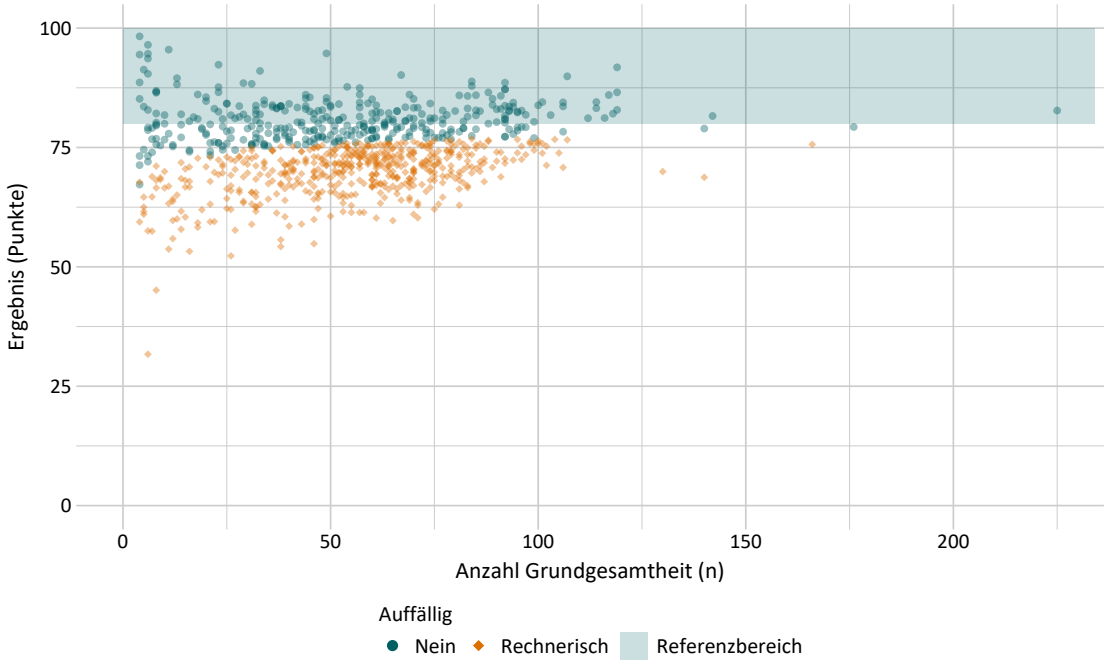
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

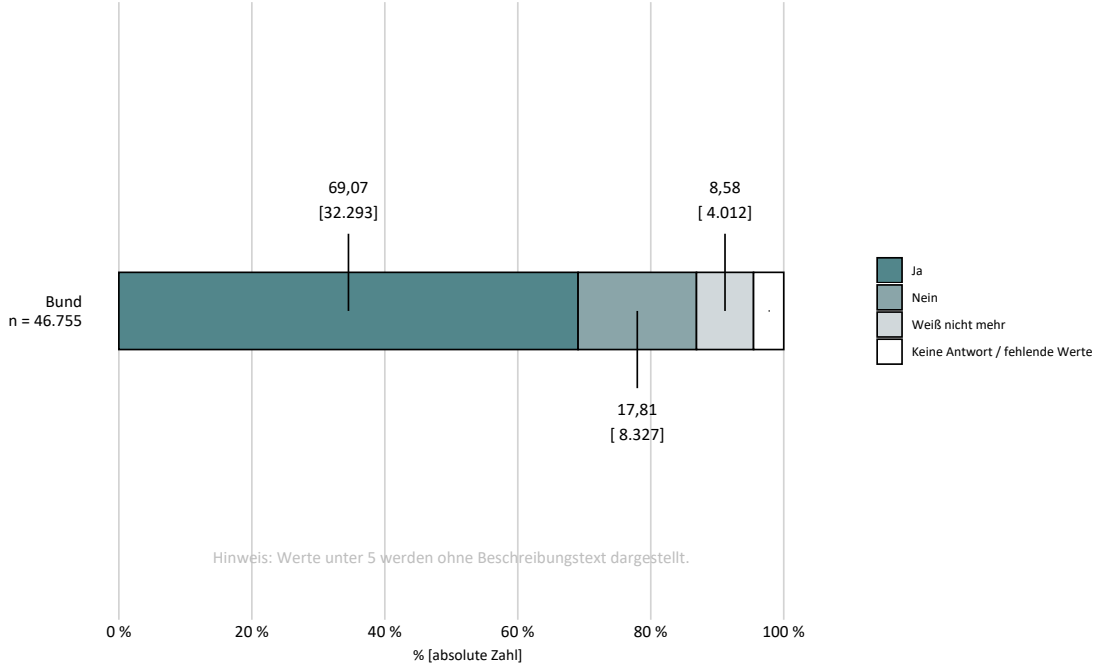


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	857	508	31,70	98,28	74,27

Zielsetzung

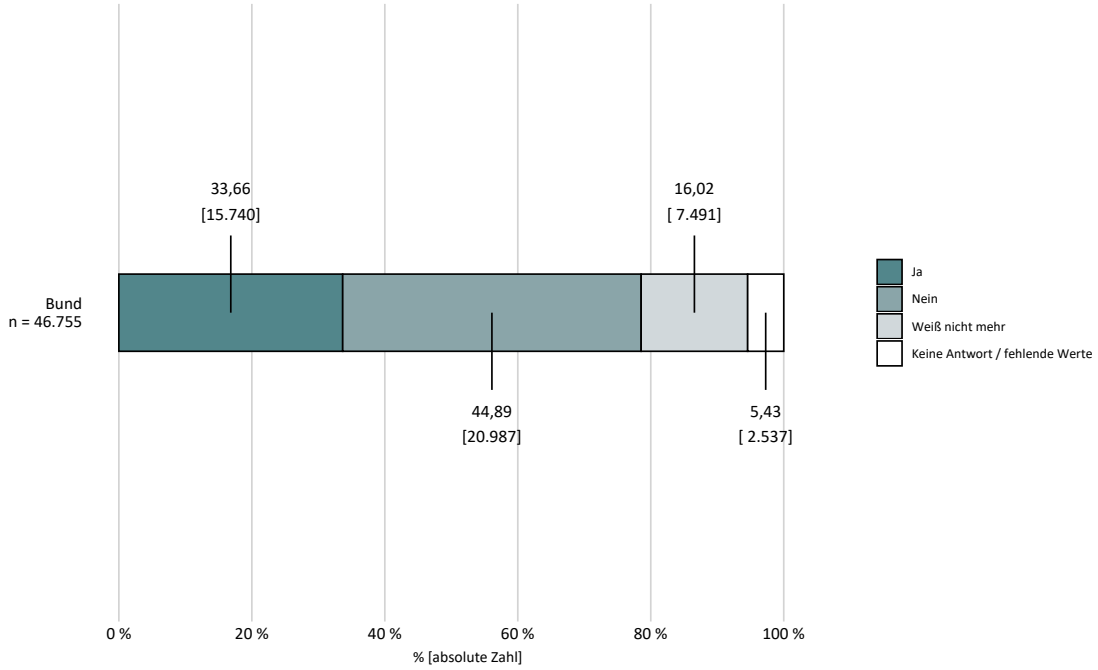
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, was sich durch einen Stent verbessern soll, wenn er erforderlich ist.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	69,07	32.293
Nein	17,81	8.327
Weiß nicht mehr	8,58	4.012
Keine Antwort / fehlende Werte	4,54	2.123

Behandlungsalternativen zum Eingriff

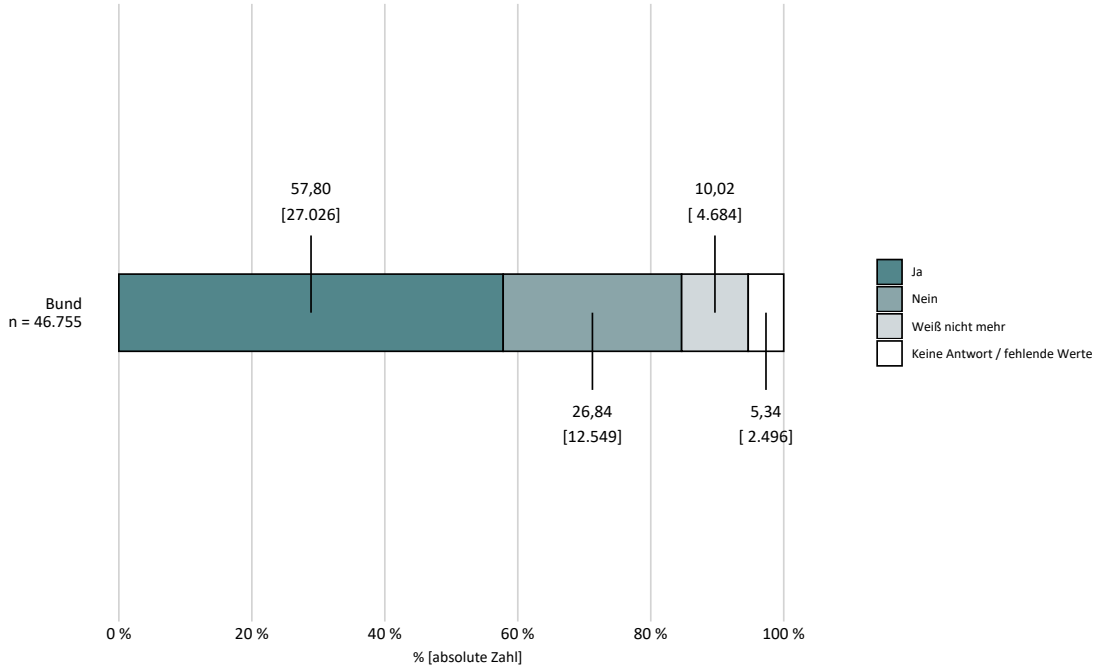
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, dass es auch andere Behandlungsmöglichkeiten als eine Stenteinlage gibt.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	33,66	15.740
Nein	44,89	20.987
Weiß nicht mehr	16,02	7.491
Keine Antwort / fehlende Werte	5,43	2.537

Therapeutische Konsequenz

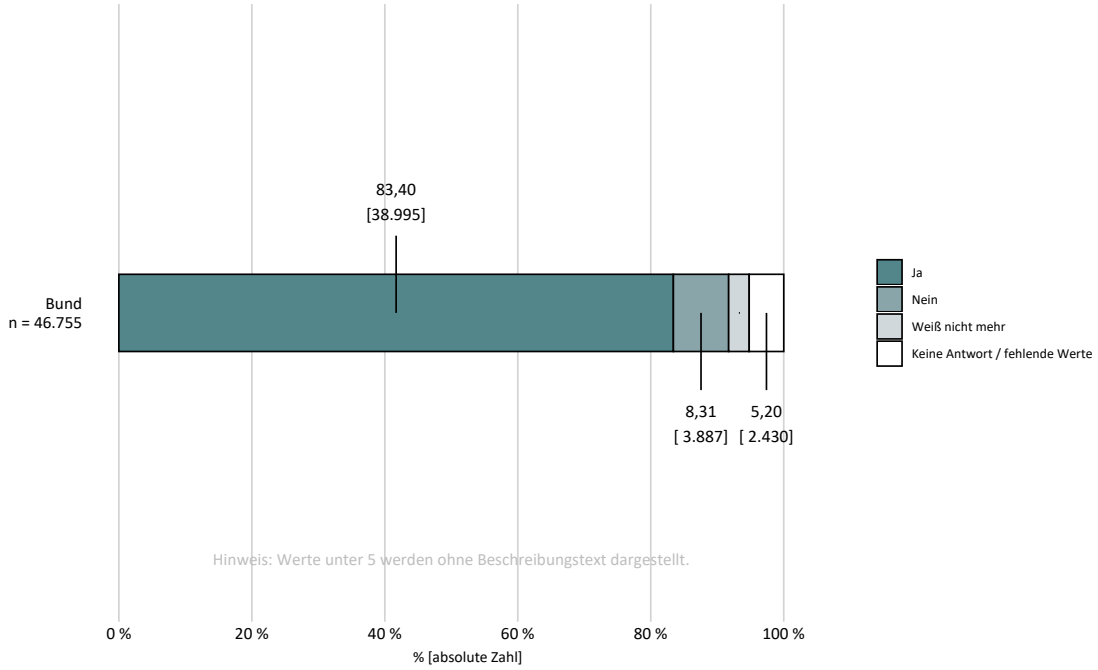
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, dass ich nach einer Stenteinlage regelmäßig Medikamente einnehmen muss.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	57,80	27.026
Nein	26,84	12.549
Weiß nicht mehr	10,02	4.684
Keine Antwort / fehlende Werte	5,34	2.496

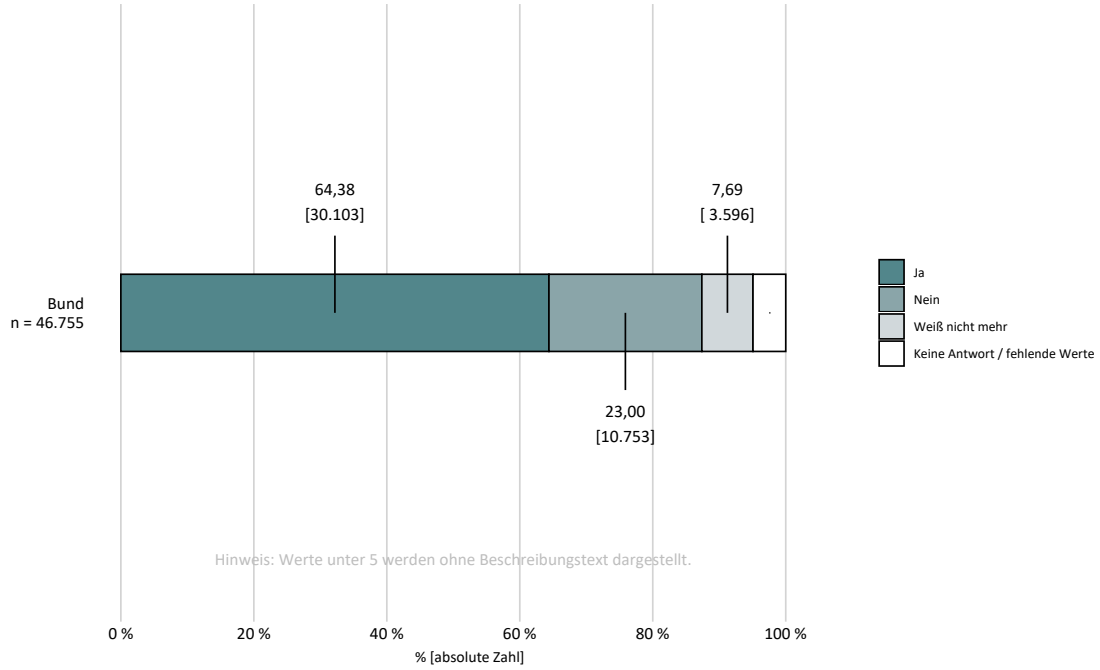
Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen

Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, wie die Prozedur ablaufen wird.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	83,40	38.995
Nein	8,31	3.887
Weiß nicht mehr	3,09	1.443
Keine Antwort / fehlende Werte	5,20	2.430

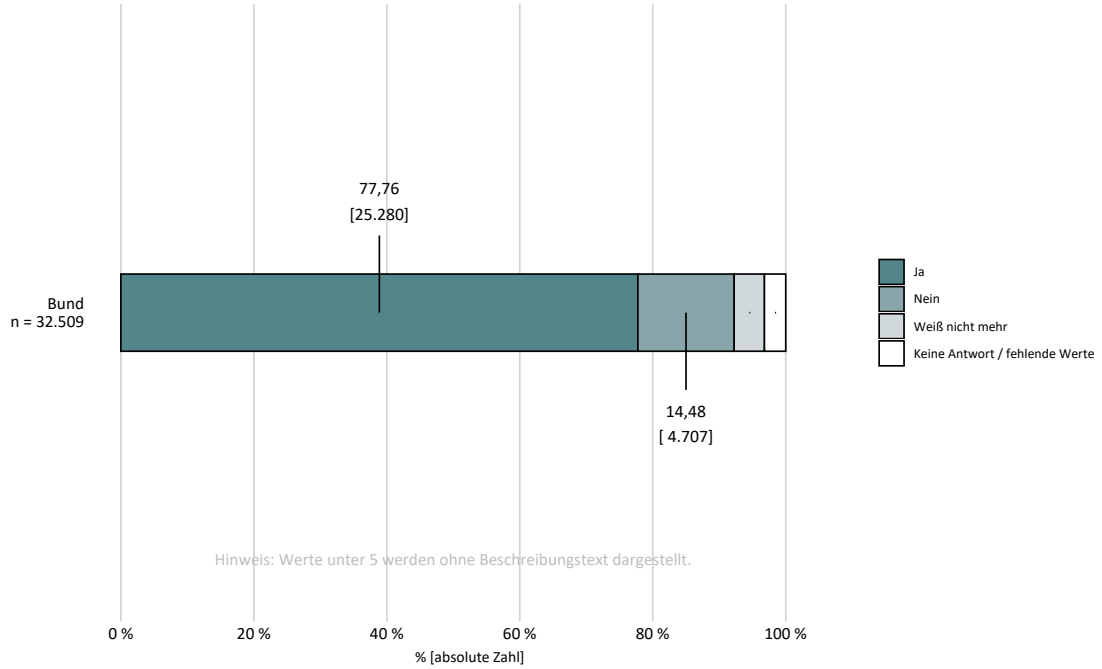
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, ob ich Schmerzen während der Prozedur zu erwarten habe.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	64,38	30.103
Nein	23,00	10.753
Weiß nicht mehr	7,69	3.596
Keine Antwort / fehlende Werte	4,93	2.303

Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs

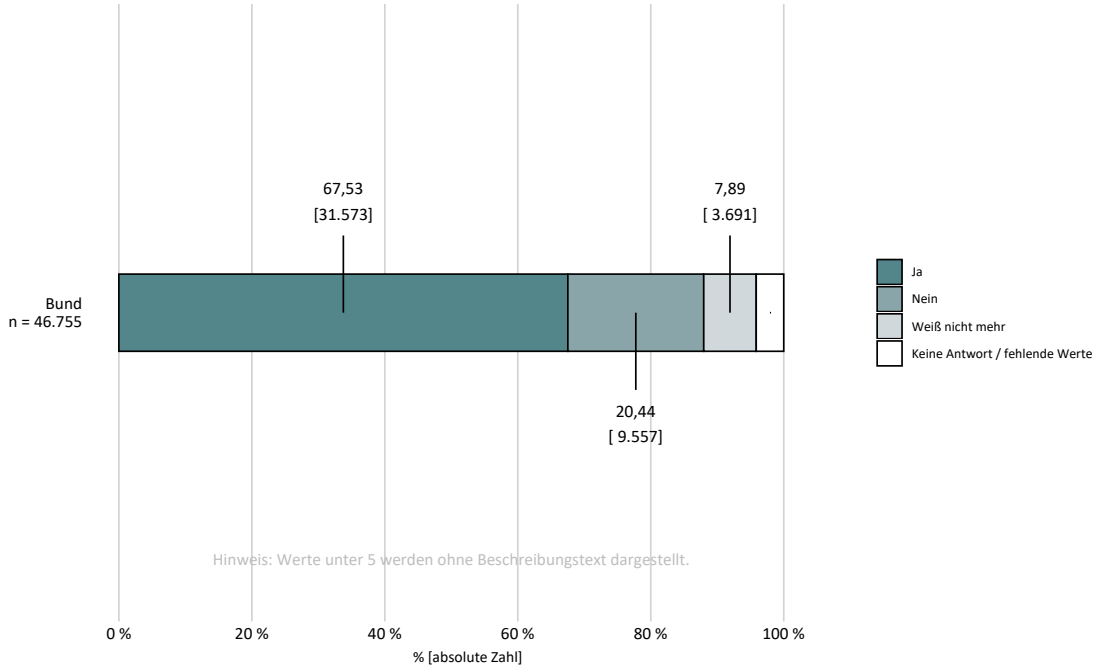
nur für elektive Koronarangiografie: Ich wurde vor der Untersuchung darüber informiert, dass bereits während der Herzkatheteruntersuchung ein Stent eingesetzt werden kann, falls es nötig ist.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	77,76	25.280
Nein	14,48	4.707
Weiß nicht mehr	4,56	1.481
Keine Antwort / fehlende Werte	3,20	1.041

Möglichkeit, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten

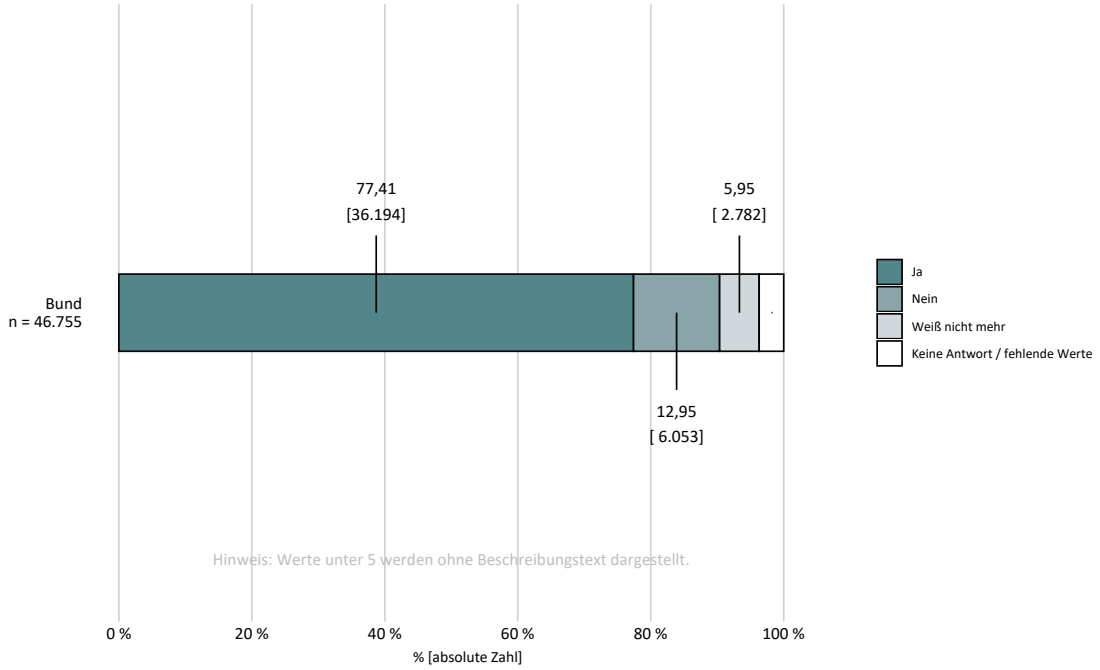
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, dass es möglich ist, für die Prozedur ein Beruhigungsmittel zu erhalten.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	67,53	31.573
Nein	20,44	9.557
Weiß nicht mehr	7,89	3.691
Keine Antwort / fehlende Werte	4,14	1.934

Ablauf der Nachbeobachtung

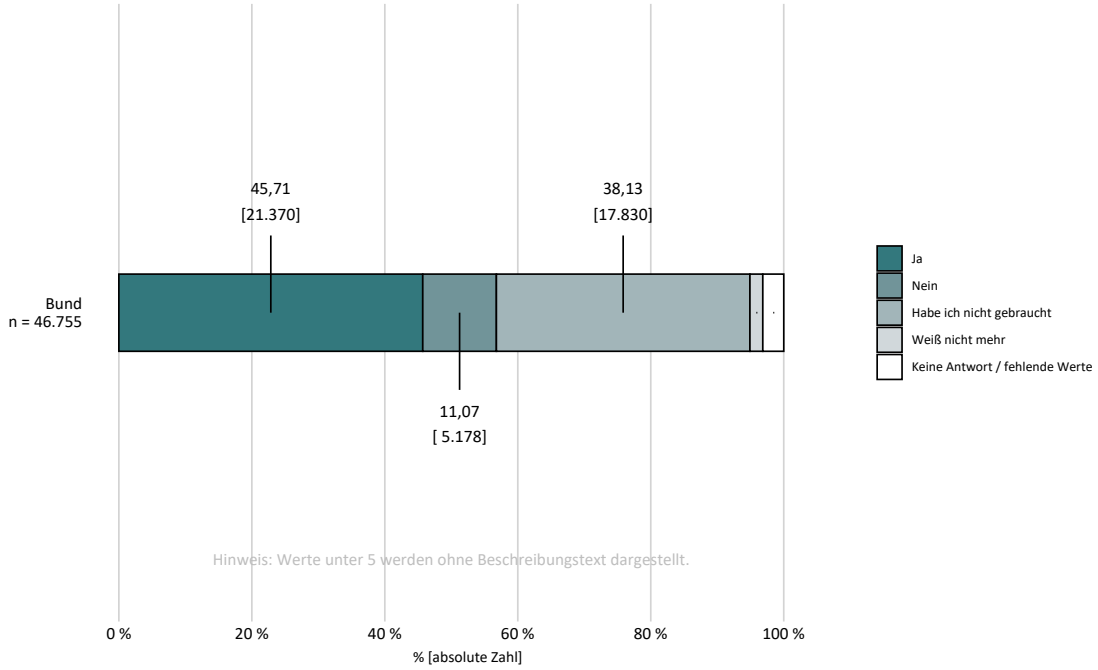
Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, was in den ersten Stunden nach der Prozedur passiert.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	77,41	36.194
Nein	12,95	6.053
Weiß nicht mehr	5,95	2.782
Keine Antwort / fehlende Werte	3,69	1.726

Besprechen von Sorgen und Ängsten

Hatten Sie die Möglichkeit, mit einer Ärztin oder einem Arzt über Ängste und Sorgen zu sprechen, die Sie wegen der bevorstehenden Prozedur hatten?



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	45,71	21.370
Nein	11,07	5.178
Habe ich nicht gebraucht	38,13	17.830
Weiß nicht mehr	1,93	904
Keine Antwort / fehlende Werte	3,15	1.473

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

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über den Umgang mit einer bestehenden Medikation vor der geplanten Prozedur informiert werden (Absetzen oder Umstellen ihrer Medikation).
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die vor der Prozedur Medikamente eingenommen haben und einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 90,00 Punkte
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Information und Patientenbeteiligung vor der elektiven Prozedur [PATBET_ELEK_PROZ]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	**VÄ**	**2023**	8.811	94,82	94,35 - 95,26
		2024	9.113	94,88	94,42 - 95,31
		2025	9.002	94,76	94,30 - 95,21
	KH	**2023**	3.009	90,33	89,32 - 91,30
		2024	4.273	90,42	89,57 - 91,24
		2025	5.253	90,39	89,63 - 91,12
Stationär	**BÄ**	**2023**	348	94,46	91,91 - 96,56
		2024	303	92,48	89,35 - 95,12
		2025	331	93,16	90,34 - 95,56
	KH	**2023**	26.953	87,41	87,02 - 87,80
		2024	26.755	87,12	86,72 - 87,51
		2025	24.572	86,94	86,52 - 87,35

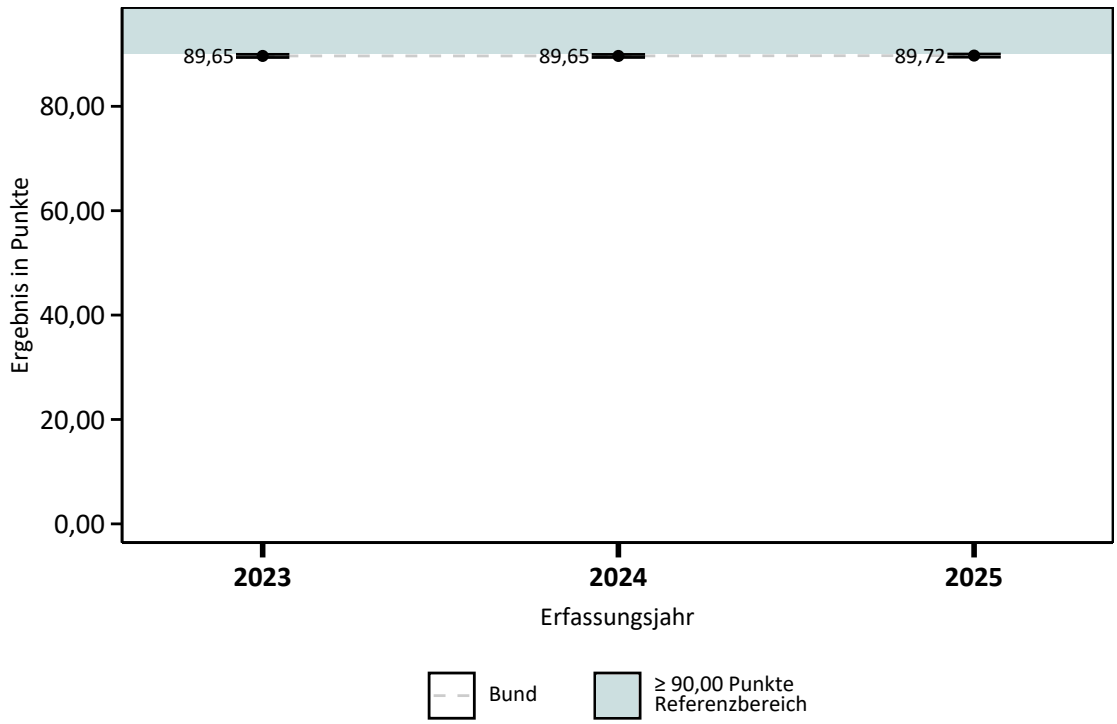
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	360	94,87	92,53 - 96,83
	2024	388	94,17	91,79 - 96,19
	2025	381	93,94	91,52 - 96,01
Bund	**2023**	39.481	89,65	89,36 - 89,95
	2024	40.832	89,65	89,36 - 89,94
	2025	39.539	89,72	89,42 - 90,01

Ergebnisse der Merkmale

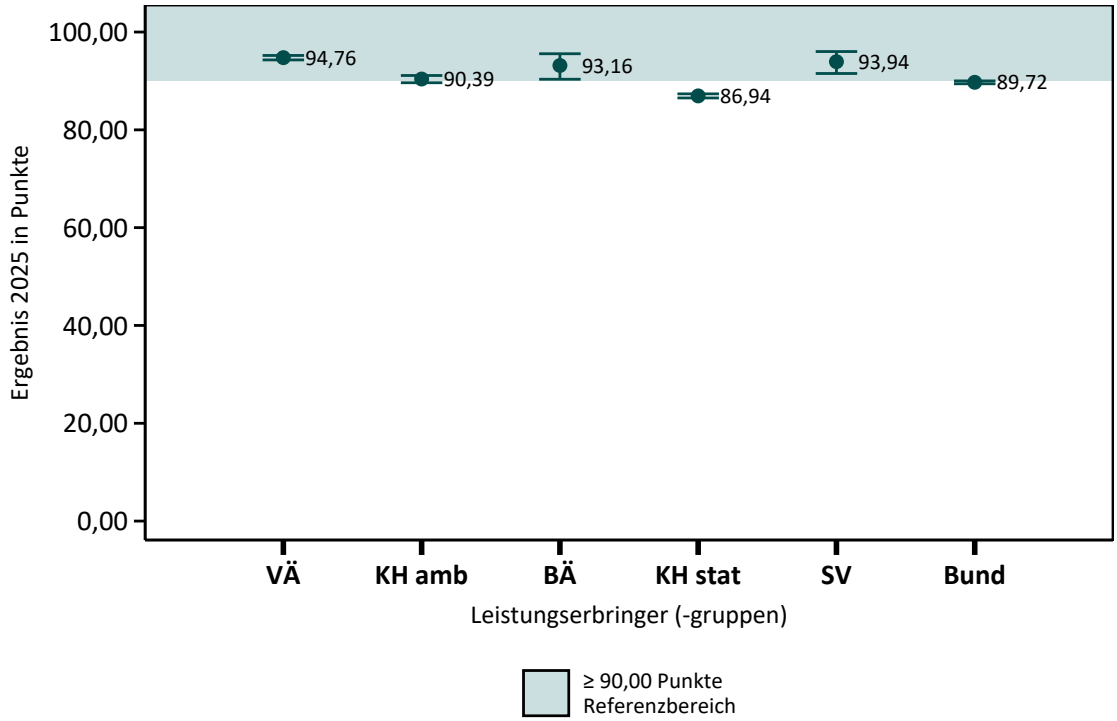
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56107	Absetzen oder Umstellen der Medikamente	89,72 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

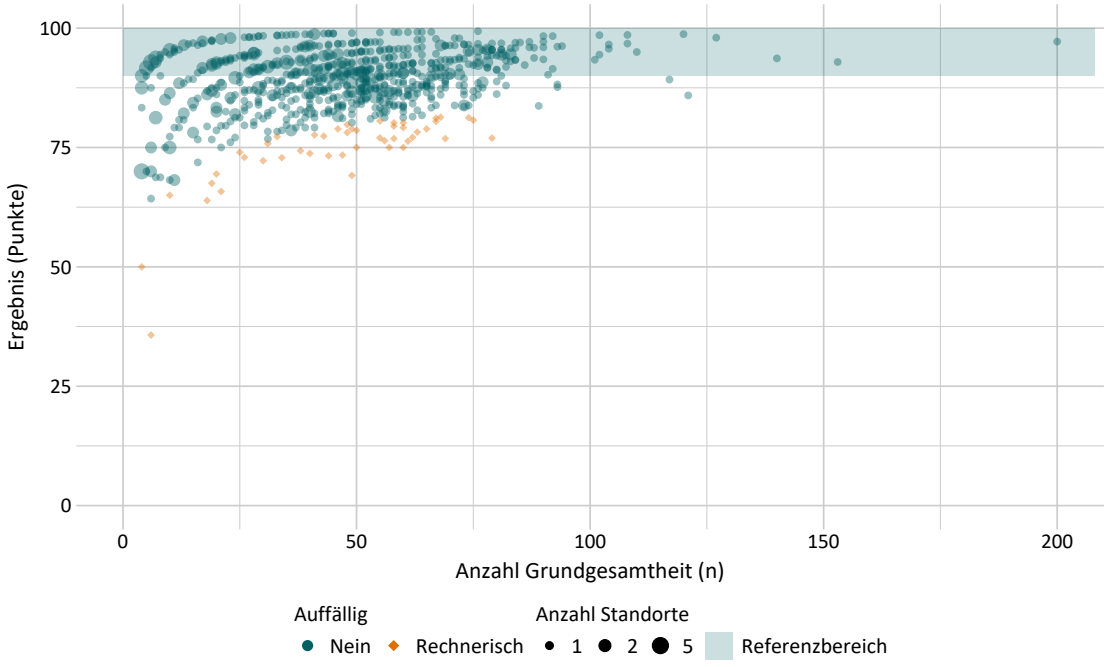
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

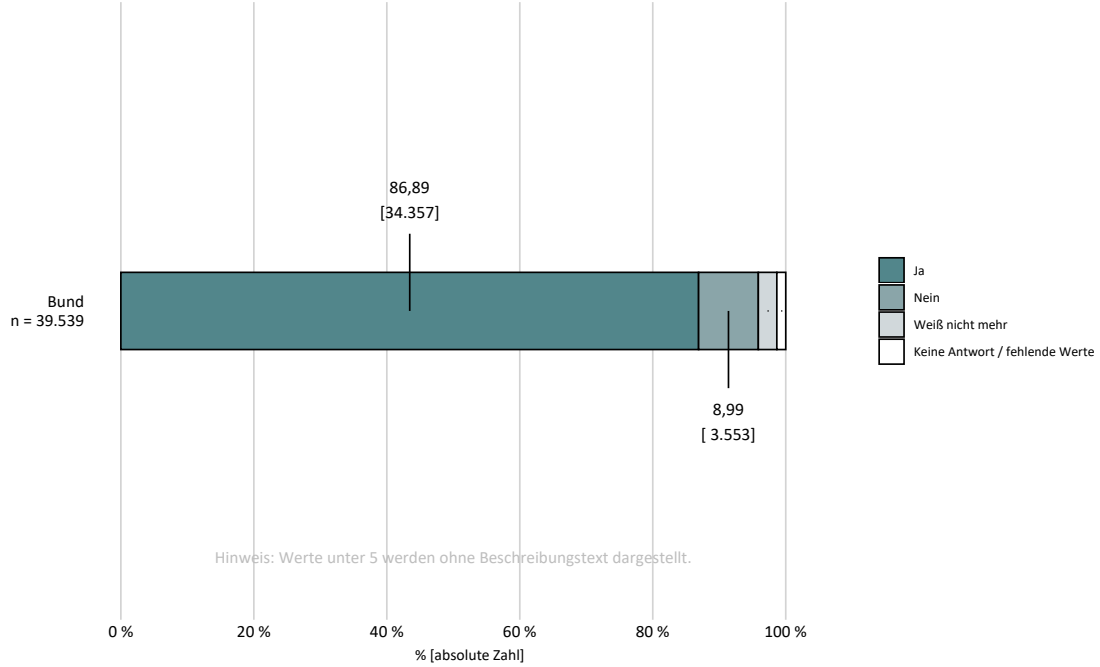


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	850	47	35,71	99,35	89,81

Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Wurden Sie darüber informiert, wie Sie Ihre Medikamente bis zur Prozedur einnehmen sollen? (Nur Personen, die vor der Prozedur Medikamente eingenommen haben)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	86,89	34.357
Nein	8,99	3.553
Weiß nicht mehr	2,78	1.100
Keine Antwort / fehlende Werte	1,34	529

56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen je nach ihrem Bedürfnis in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 80,00 Punkte
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Information und Patientenbeteiligung vor der elektiven Prozedur [PATBET_ELEK_PROZ]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	VÄ	2023	10.306	86,26	85,86 - 86,65
		2024	10.635	86,04	85,64 - 86,44
		2025	10.382	86,27	85,87 - 86,67
	KH	2023	3.582	83,62	82,89 - 84,35
		2024	4.973	82,79	82,17 - 83,41
		2025	6.092	82,87	82,31 - 83,43
Stationär	BÄ	2023	403	84,54	82,38 - 86,60
		2024	350	83,71	81,28 - 85,98
		2025	387	80,00	77,62 - 82,29
	KH	2023	32.266	78,80	78,53 - 79,06
		2024	32.205	78,04	77,77 - 78,31
		2025	29.442	77,89	77,60 - 78,17
Selektivvertragliche Leistungen		2023	416	84,39	82,24 - 86,43
		2024	447	87,23	85,35 - 89,03
		2025	452	85,17	83,13 - 87,11

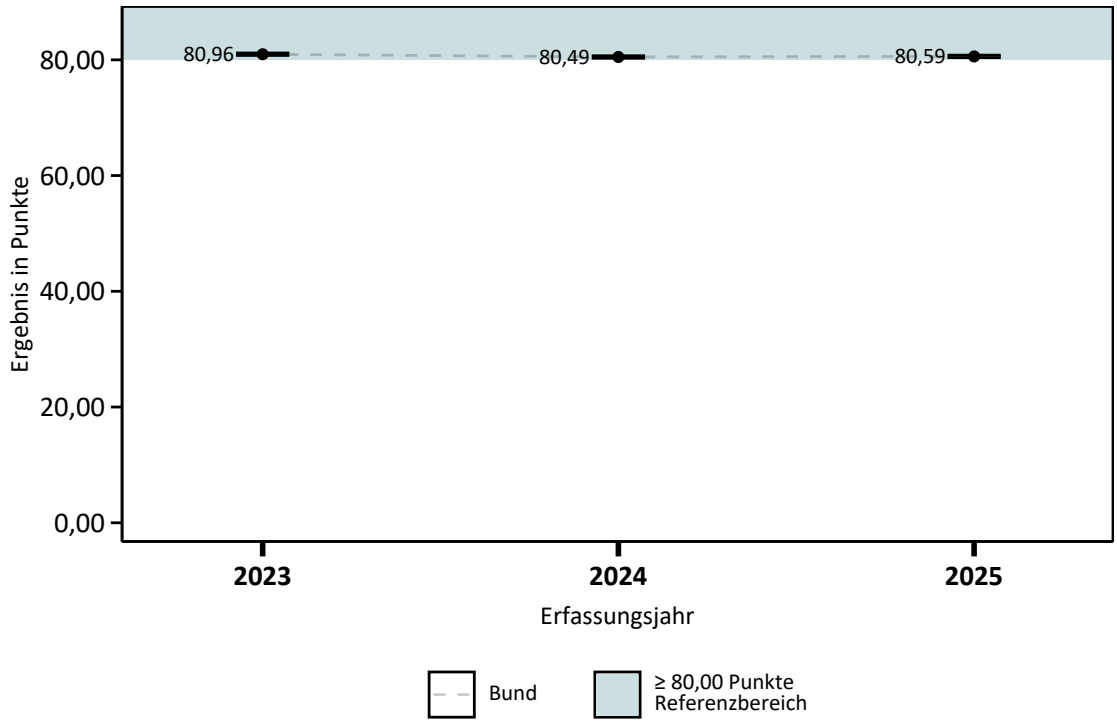
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Bund	**2023**	46.973	80,96	80,75 - 81,18
	2024	48.610	80,49	80,28 - 80,70
	2025	46.755	80,59	80,37 - 80,80

Ergebnisse der Merkmale

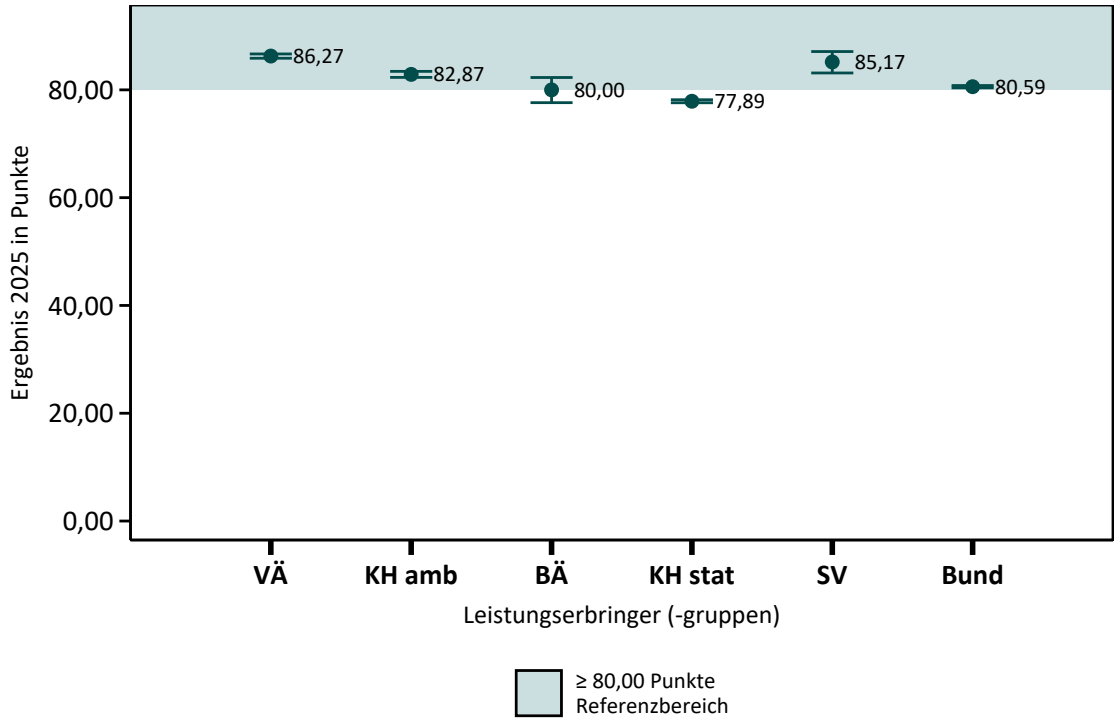
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56108	Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess	80,59 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

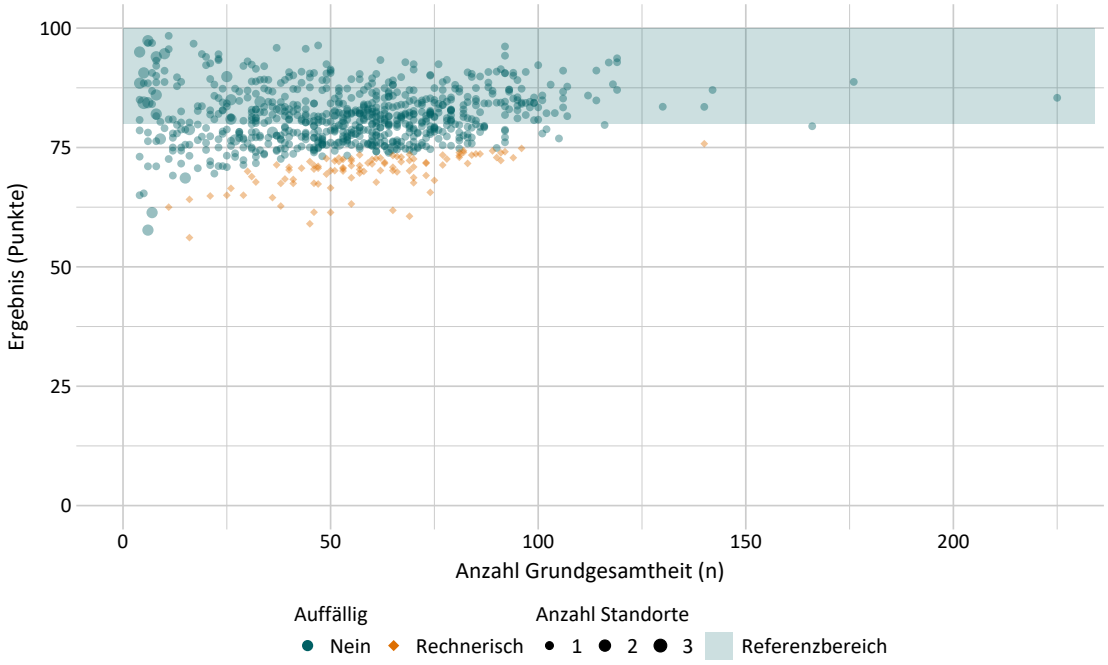
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

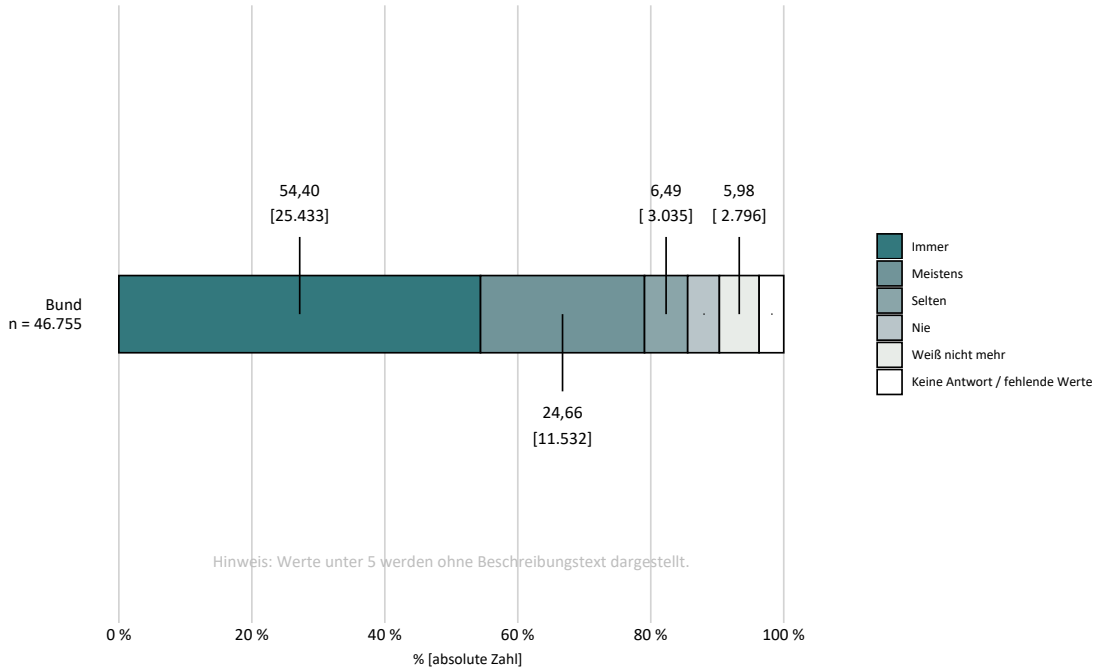


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	857	102	56,12	98,39	80,45

Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess

Ärztinnen und Ärzte: Ich wurde so viel in Entscheidungen einbezogen, wie ich wollte.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Immer	54,40	25.433
Meistens	24,66	11.532
Selten	6,49	3.035
Nie	4,77	2.229
Weiß nicht mehr	5,98	2.796
Keine Antwort / fehlende Werte	3,70	1.730

56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur

Qualitätsziel	Die Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor soll für die Patientinnen und Patienten niedrig sein.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 84,02 Punkte (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Organisation und Koordination der Versorgung [ORGA_VERSORGUNG]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	**VÄ**	**2023**	10.306	88,64	88,29 - 88,99
		2024	10.635	88,72	88,38 - 89,06
		2025	10.382	88,26	87,90 - 88,61
	KH	**2023**	3.582	83,76	83,06 - 84,45
		2024	4.973	83,32	82,74 - 83,90
		2025	6.092	82,73	82,19 - 83,26
Stationär	**BÄ**	**2023**	403	86,50	84,52 - 88,37
		2024	350	88,69	86,65 - 90,60
		2025	387	83,60	81,43 - 85,65
	KH	**2023**	32.266	82,13	81,88 - 82,38
		2024	32.205	82,67	82,42 - 82,91
		2025	29.442	82,64	82,38 - 82,90
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	416	83,17	81,02 - 85,20
		2024	447	85,14	83,21 - 87,00
		2025	452	83,64	81,62 - 85,56

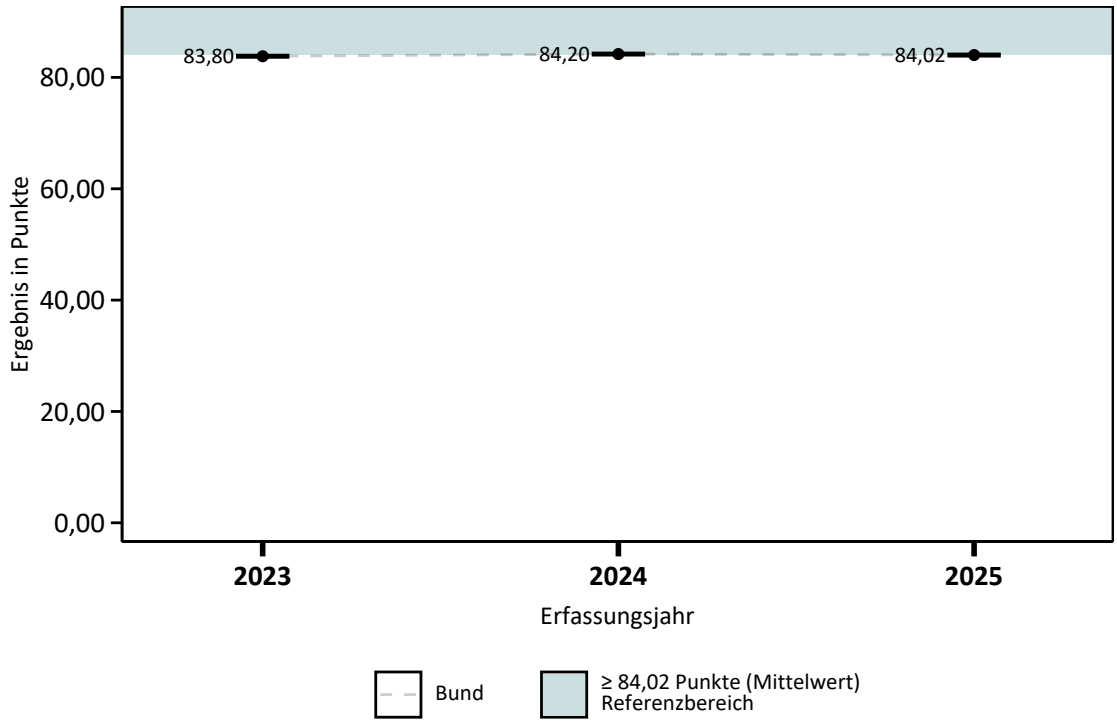
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Bund	**2023**	46.973	83,80	83,61 - 84,00
	2024	48.610	84,20	84,01 - 84,38
	2025	46.755	84,02	83,82 - 84,21

Ergebnisse der Merkmale

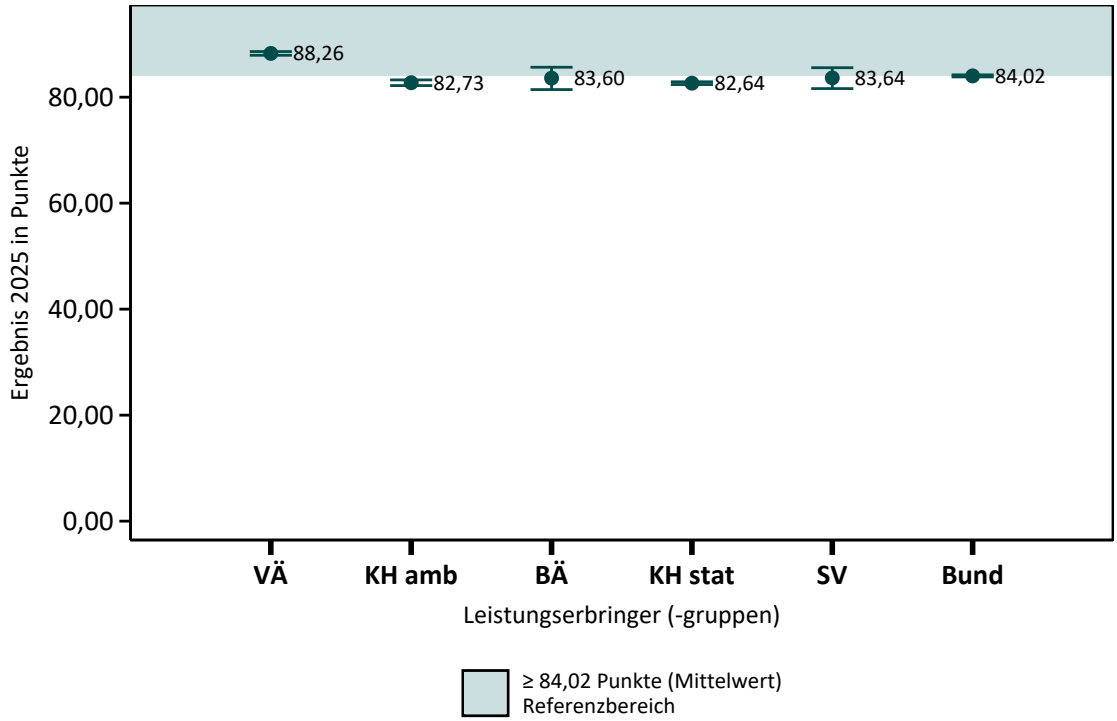
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56109	Wartezeit im Patientenhemd	84,02 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

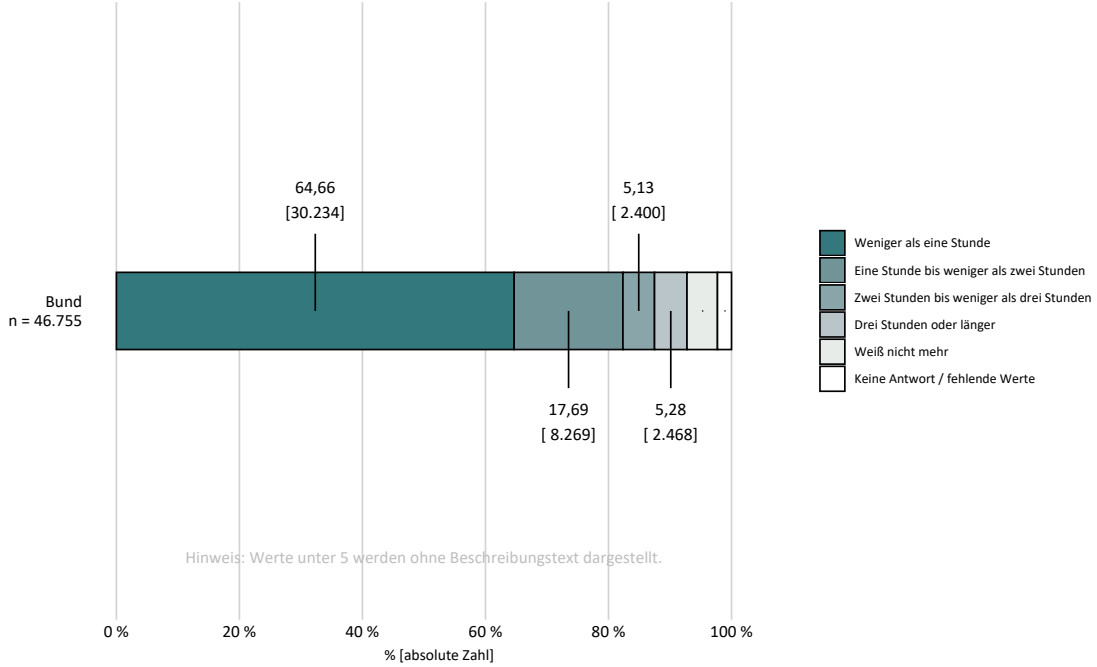


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	857	154	39,47	99,68	84,44

Wartezeit im Patientenhemd

Wie lange haben Sie in dieser [speziellen] Kleidung gewartet, bis Sie zum Herzkatheterlabor gebracht wurden?



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Weniger als eine Stunde	64,66	30.234
Eine Stunde bis weniger als zwei Stunden	17,69	8.269
Zwei Stunden bis weniger als drei Stunden	5,13	2.400
Drei Stunden oder länger	5,28	2.468
Weiß nicht mehr	4,96	2.317
Keine Antwort / fehlende Werte	2,28	1.067

56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen die durchführende Ärztin / den durchführenden Arzt vor der Prozedur kennenlernen und ihnen soll der Ablauf erklärt werden. Das Pflege- und Assistenzpersonal soll während der Prozedur beruhigend auf die Patientinnen und Patienten eingehen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die kein Beruhigungsmittel erhalten haben und einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 90,83 Punkte (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Interaktion und Kommunikation [KOMMUNIKATION]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	VÄ	2023	3.840	93,87	93,43 - 94,30
		2024	4.078	94,52	94,12 - 94,91
		2025	3.990	94,08	93,66 - 94,50
	KH	2023	1.441	92,03	91,20 - 92,83
		2024	1.992	90,66	89,93 - 91,37
		2025	2.411	90,59	89,93 - 91,24
Stationär	BÄ	2023	167	94,28	92,11 - 96,14
		2024	149	94,82	92,62 - 96,68
		2025	163	90,13	87,44 - 92,59
	KH	2023	11.767	90,36	90,05 - 90,66
		2024	11.802	89,82	89,51 - 90,14
		2025	10.649	89,29	88,96 - 89,62

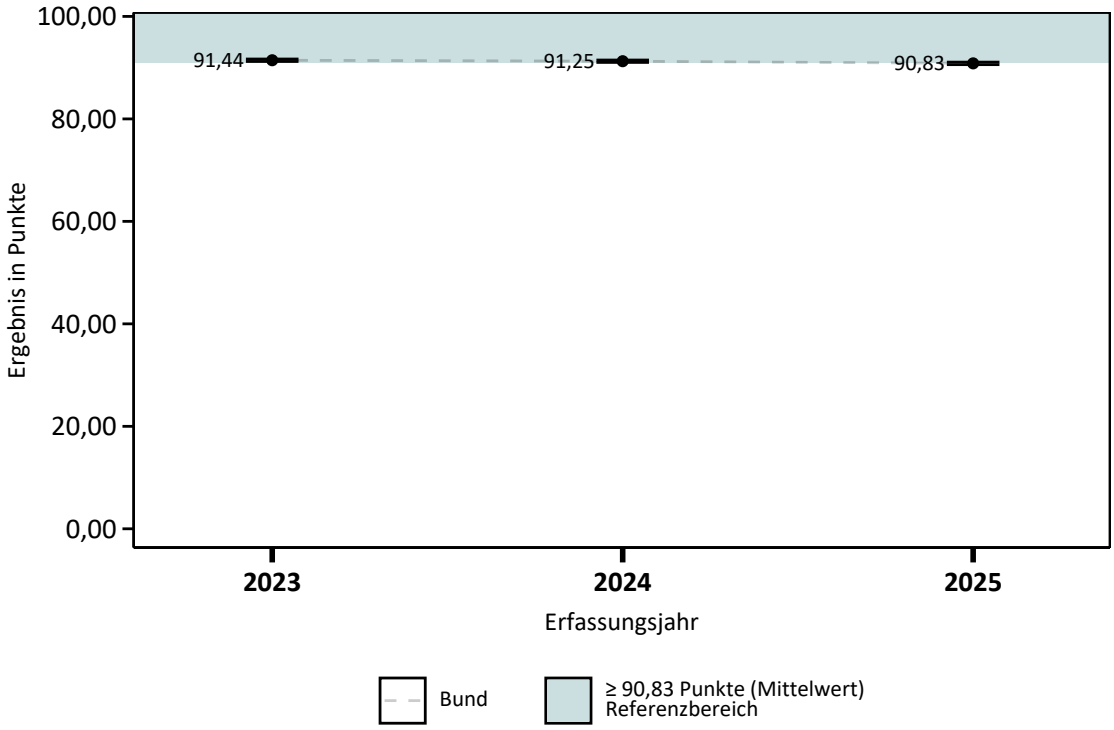
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	156	91,65	89,13 - 93,92
	2024	168	94,83	92,66 - 96,67
	2025	153	93,69	91,32 - 95,72
Bund	**2023**	17.371	91,44	91,20 - 91,68
	2024	18.189	91,25	91,02 - 91,49
	2025	17.366	90,83	90,59 - 91,08

Ergebnisse der Merkmale

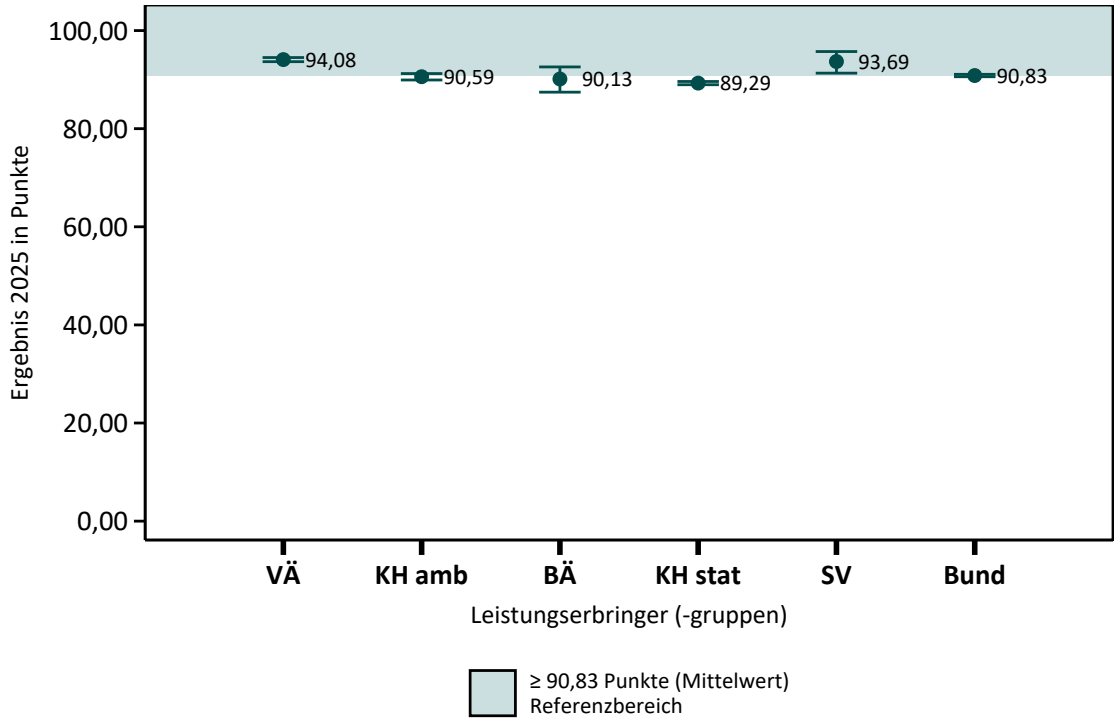
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56110	Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozedur I	91,34 Punkte
M3_56110	Erklären des Ablaufs	84,52 Punkte
M4_56110	Beruhigen der Patientin / des Patienten	92,81 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

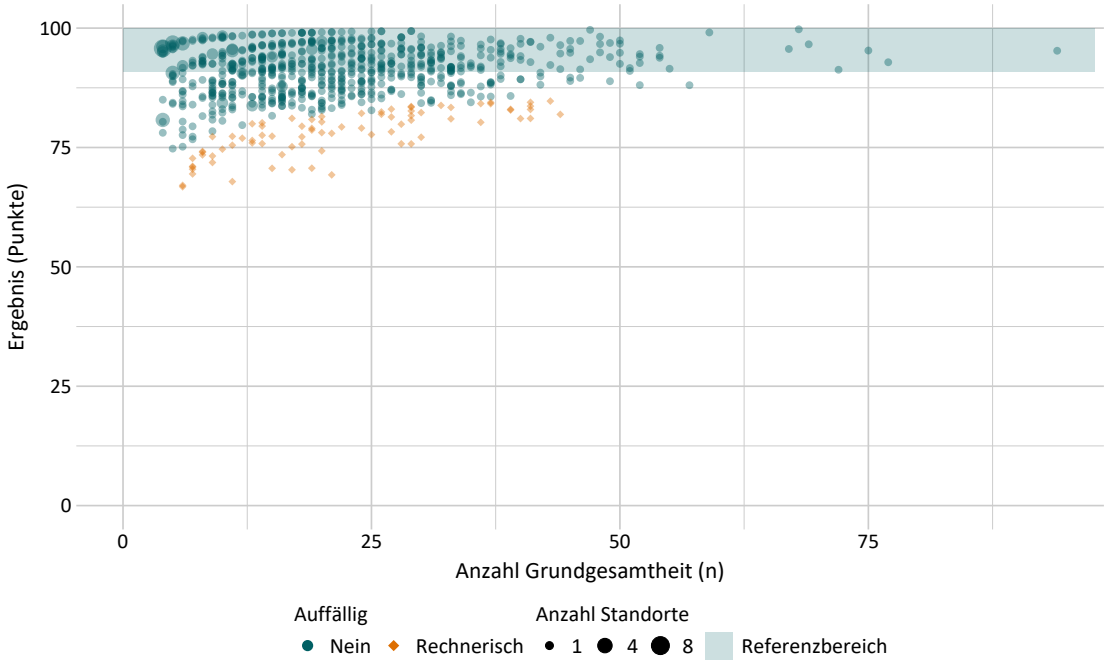
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

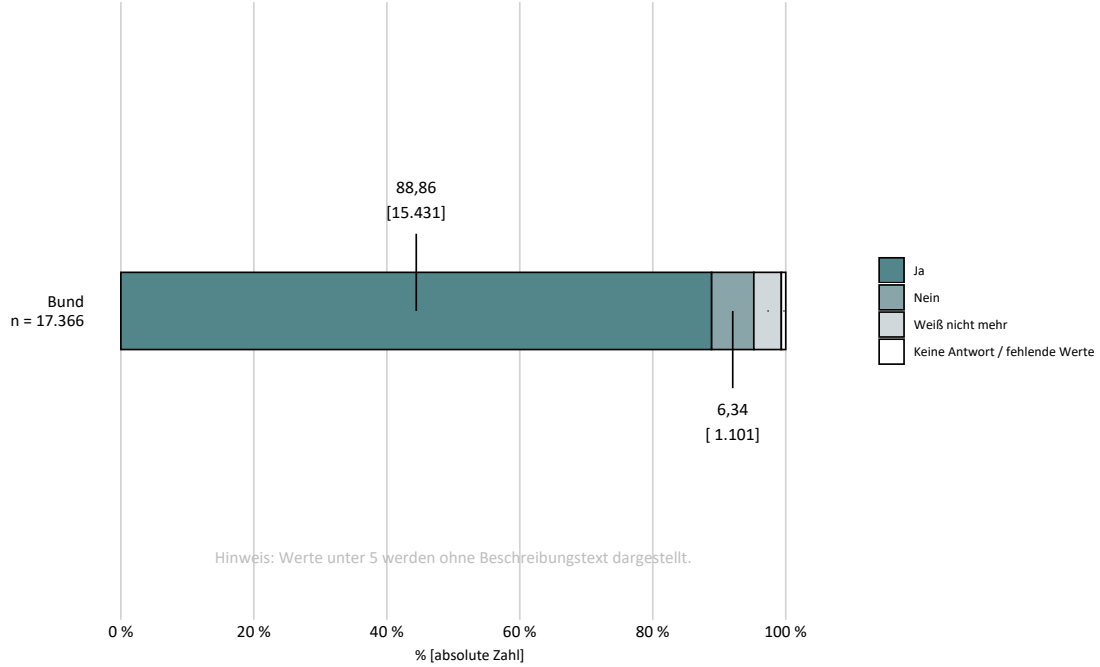


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	805	79	66,78	99,75	91,44

Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozedur I

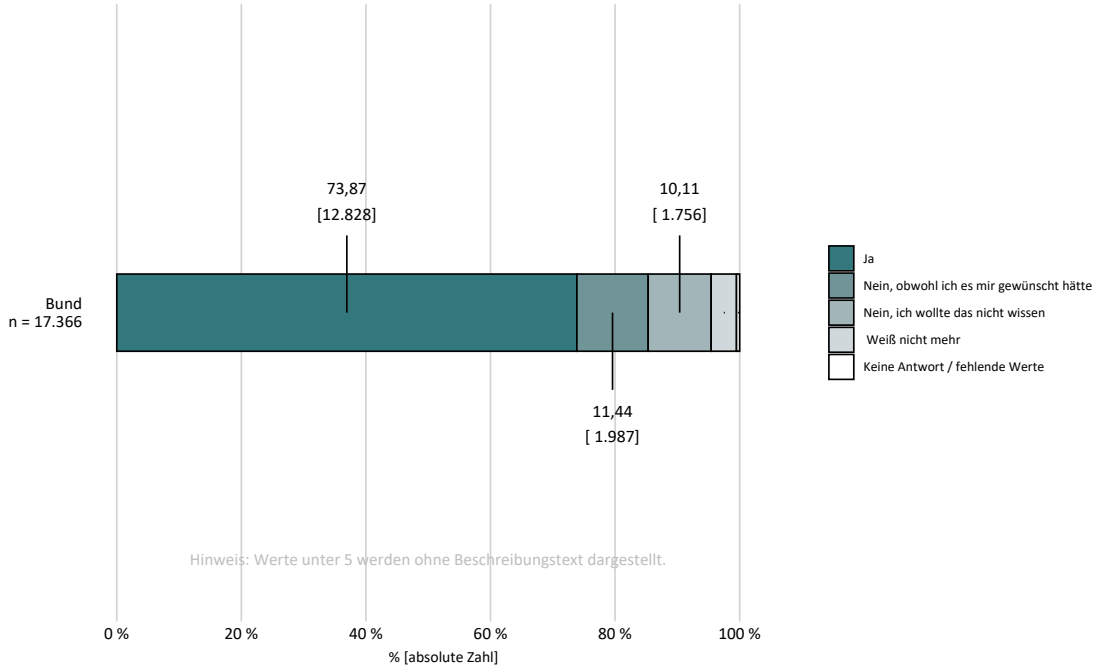
Im Herzkatheterlabor: Die Ärztin bzw. der Arzt hat sich mir mit Namen vorgestellt. (Nur Personen, die angaben, kein Beruhigungsmittel erhalten zu haben)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	88,86	15.431
Nein	6,34	1.101
Weiß nicht mehr	4,14	719
Keine Antwort / fehlende Werte	0,66	115

Erklären des Ablaufs

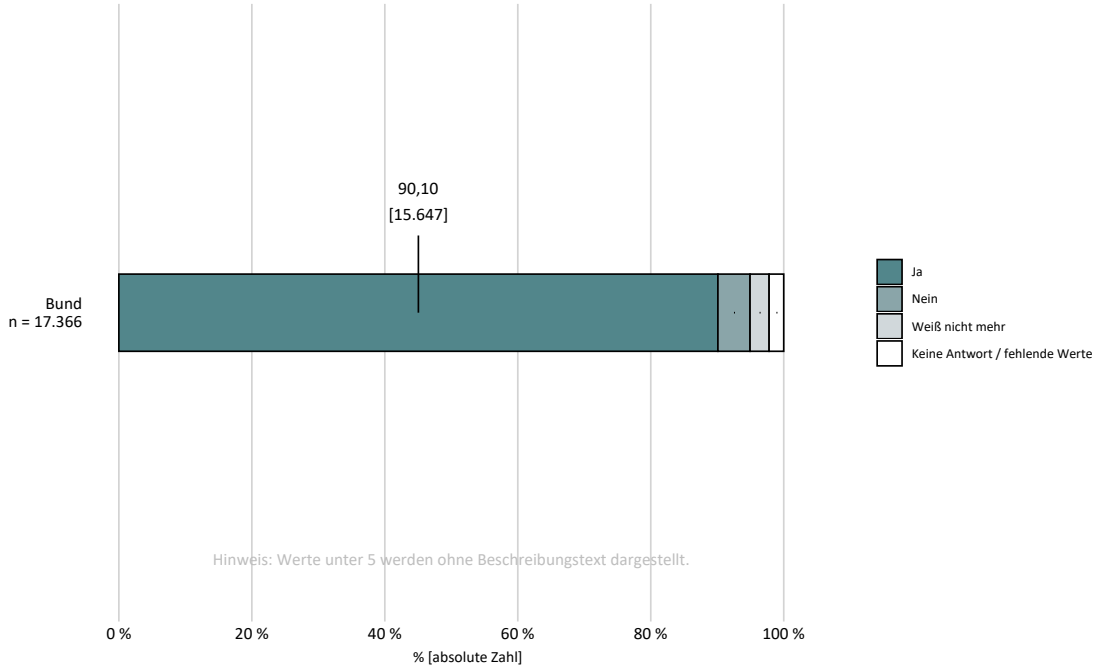
Im Herzkatheterlabor: Wurde Ihnen während der Prozedur erklärt, was passiert, z. B. was die Ärztin bzw. der Arzt gerade tut? (Nur Personen, die angaben, kein Beruhigungsmittel erhalten zu haben)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	73,87	12.828
Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	11,44	1.987
Nein, ich wollte das nicht wissen	10,11	1.756
Weiß nicht mehr	4,07	707
Keine Antwort / fehlende Werte	0,51	88

Beruhigen der Patientin / des Patienten

Im Herzkatheterlabor: Das Pflege- und Assistenzpersonal ist beruhigend auf mich eingegangen. (Nur Personen, die angaben, kein Beruhigungsmittel erhalten zu haben)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	90,10	15.647
Nein	4,83	839
Weiß nicht mehr	2,87	498
Keine Antwort / fehlende Werte	2,20	382

56111: Patienteninformation nach der Prozedur

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnis, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, das Erkennen von und den Umgang mit Komplikationen und Beschwerden, den Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente, sowie über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Betreuung informiert werden. Außerdem sollen Patientinnen und Patienten bei Bedarf über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert und einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 80,00 Punkte
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Information nach der Prozedur [INFO_PROZ]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	**VÄ**	**2023**	11.508	82,78	82,08 - 83,49
		2024	11.763	83,18	82,39 - 83,96
		2025	11.523	82,34	81,56 - 83,12
	KH	**2023**	3.751	77,06	75,86 - 78,27
		2024	5.226	78,27	77,28 - 79,27
		2025	6.342	78,99	78,18 - 79,80
Stationär	**BÄ**	**2023**	451	83,51	81,98 - 85,00
		2024	455	83,49	81,84 - 85,11
		2025	615	82,09	80,71 - 83,38
	KH	**2023**	52.053	77,65	77,49 - 77,80
		2024	53.193	78,88	78,71 - 79,05
		2025	49.677	78,67	78,50 - 78,85

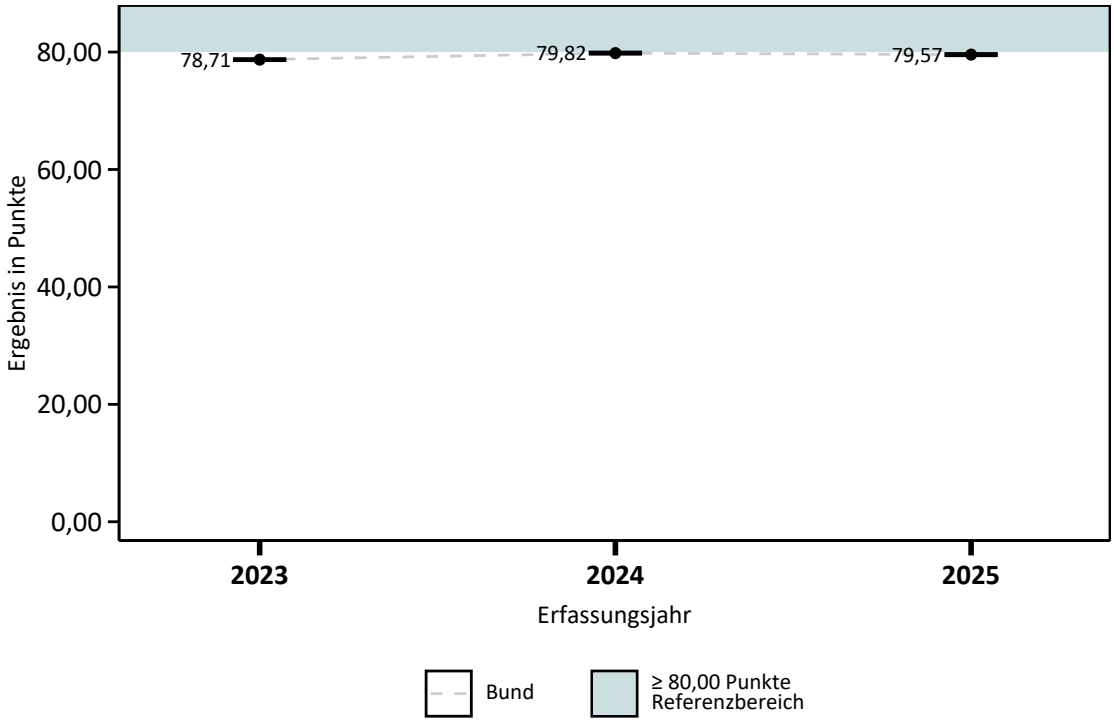
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	458	84,39	82,49 - 86,24
	2024	469	85,06	82,60 - 87,49
	2025	465	83,39	81,34 - 85,42
Bund	**2023**	68.221	78,71	78,54 - 78,88
	2024	71.106	79,82	79,64 - 80,01
	2025	68.622	79,57	79,38 - 79,76

Ergebnisse der Merkmale

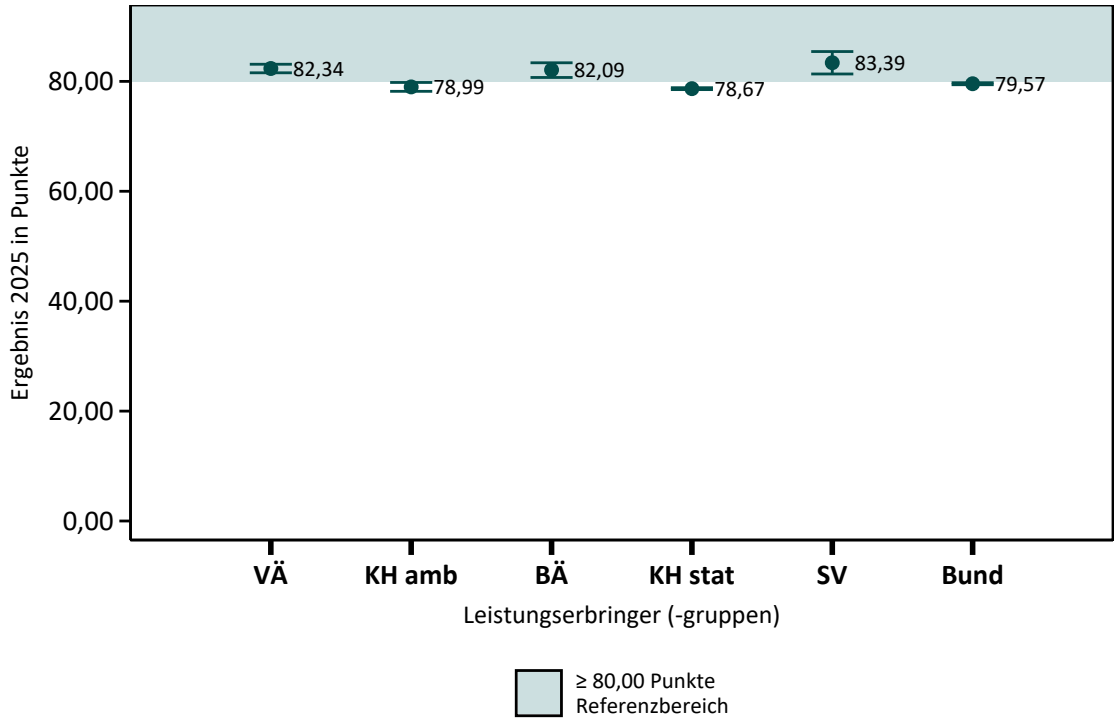
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56111	Besprechung des Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisses	92,15 Punkte
M2_56111	Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen	84,89 Punkte
M3_56111	Sportliche Betätigung	49,23 Punkte
M4_56111	Erkennen von und Umgang mit Komplikationen und Beschwerden nach Entlassung	78,43 Punkte
M5_56111	Weiterbehandlung durch einen Arzt oder Facharzt	85,45 Punkte
M6_56111	Sekundärprävention und Lebensstil	74,35 Punkte
M7_56111	Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente	90,06 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

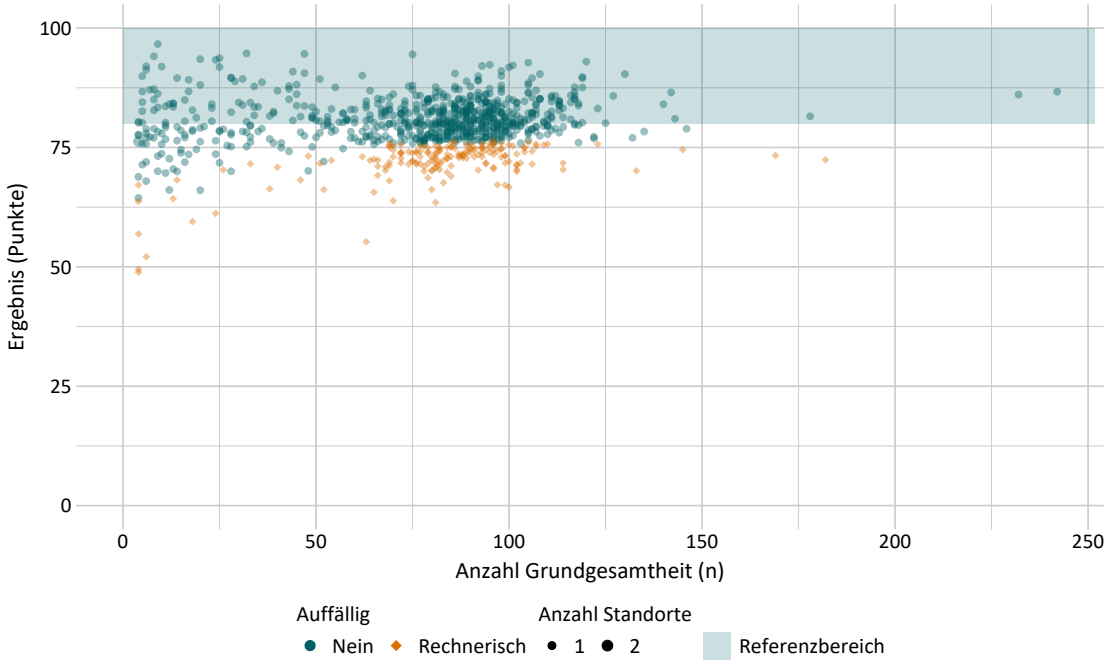
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

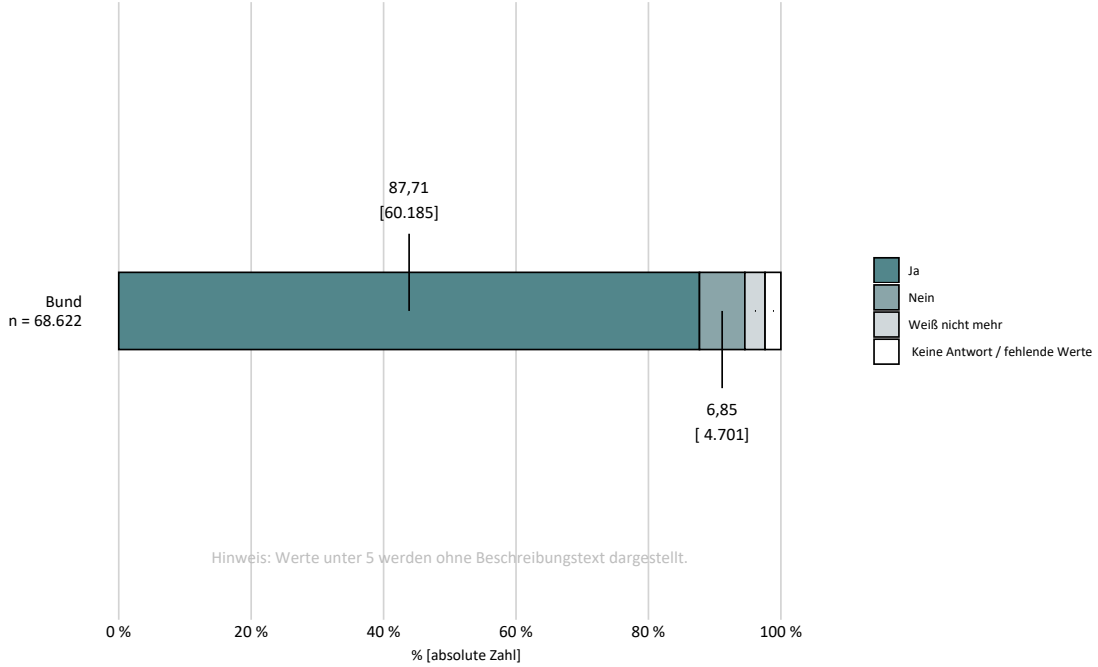


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	896	178	48,86	96,66	79,48

Besprechung des Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisses

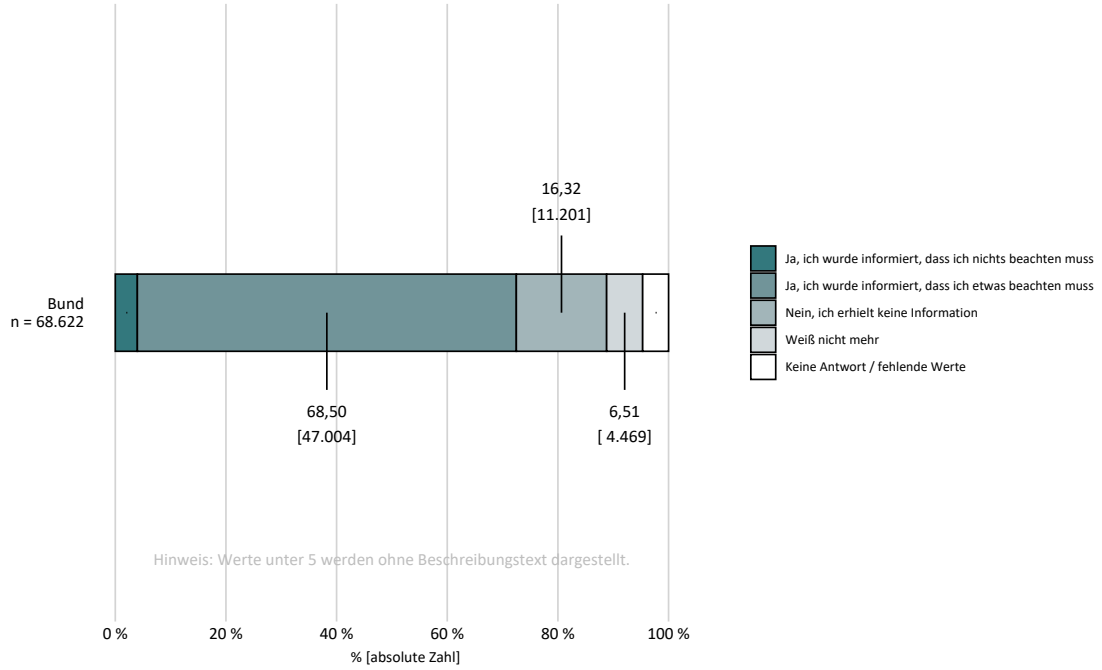
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Prozedur bei mir ist.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	87,71	60.185
Nein	6,85	4.701
Weiß nicht mehr	3,05	2.095
Keine Antwort / fehlende Werte	2,39	1.641

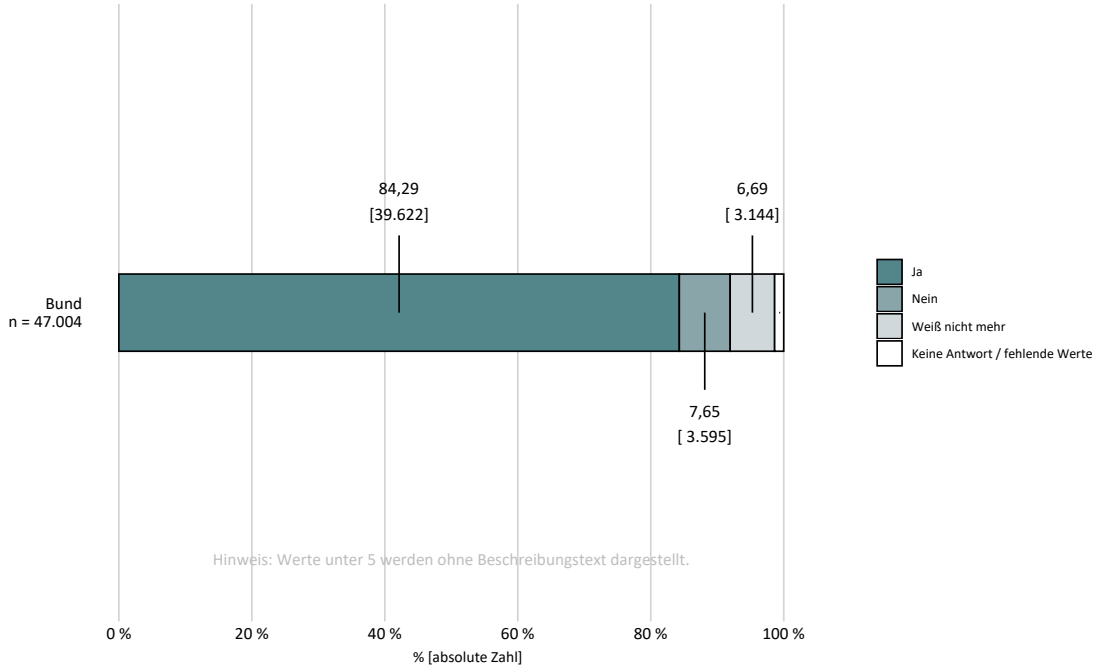
Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen

Wurden Sie darüber informiert, wie Sie sich in den ersten Tagen nach der Prozedur verhalten sollen?



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja, ich wurde informiert, dass ich nichts beachten muss	3,99	2.737
Ja, ich wurde informiert, dass ich etwas beachten muss	68,50	47.004
Nein, ich erhielt keine Information	16,32	11.201
Weiß nicht mehr	6,51	4.469
Keine Antwort / fehlende Werte	4,68	3.211

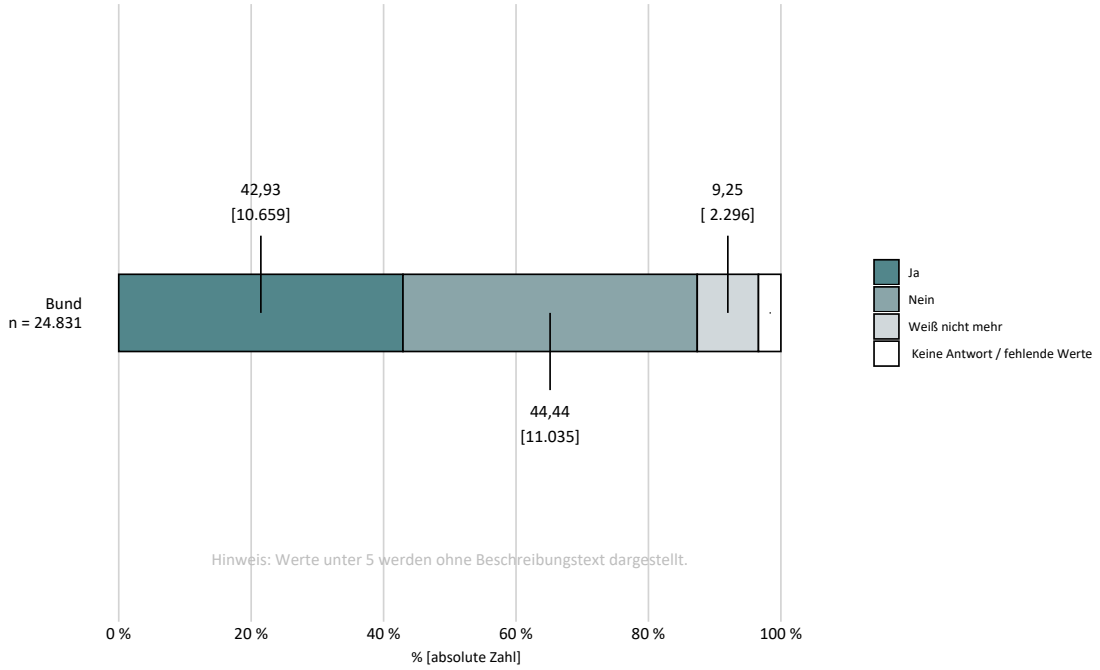
Wurden Sie darüber informiert, wie lange Sie diese Hinweise zu den Verhaltensmaßnahmen einhalten sollen? (Nur Personen, die angaben, Hinweise zu Verhaltensmaßnahmen bekommen zu haben)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	84,29	39.622
Nein	7,65	3.595
Weiß nicht mehr	6,69	3.144
Keine Antwort / fehlende Werte	1,37	643

Sportliche Betätigung

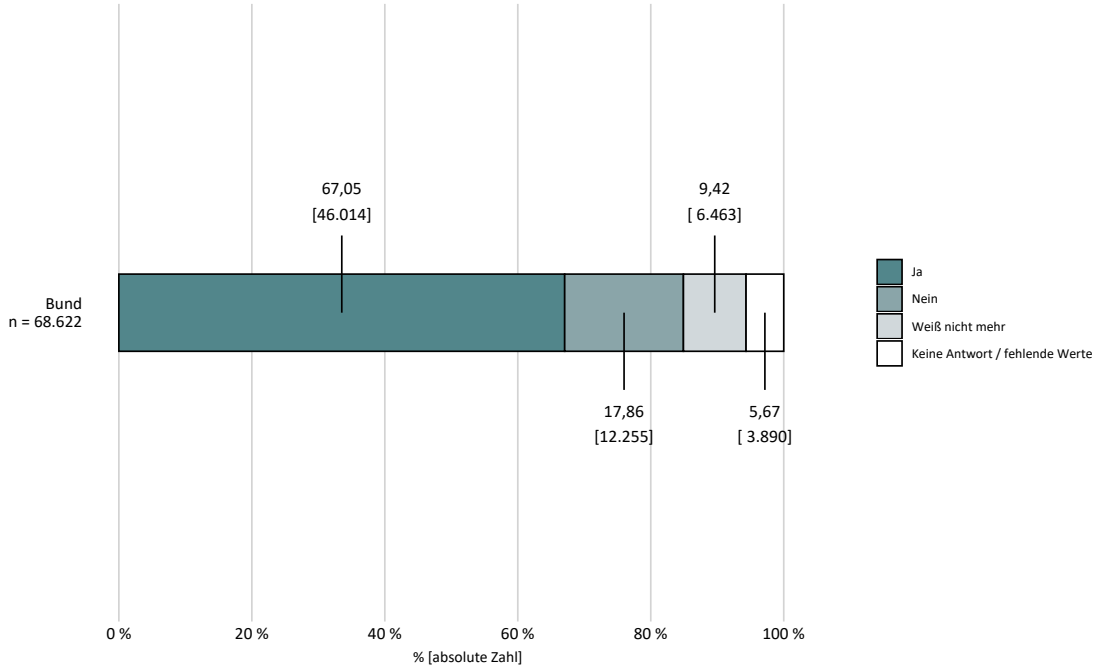
Mir wurden Empfehlungen zu Bewegung oder Sport gegeben, die zu mir passen.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	42,93	10.659
Nein	44,44	11.035
Weiß nicht mehr	9,25	2.296
Keine Antwort / fehlende Werte	3,39	841

Erkennen von und Umgang mit Komplikationen und Beschwerden nach Entlassung

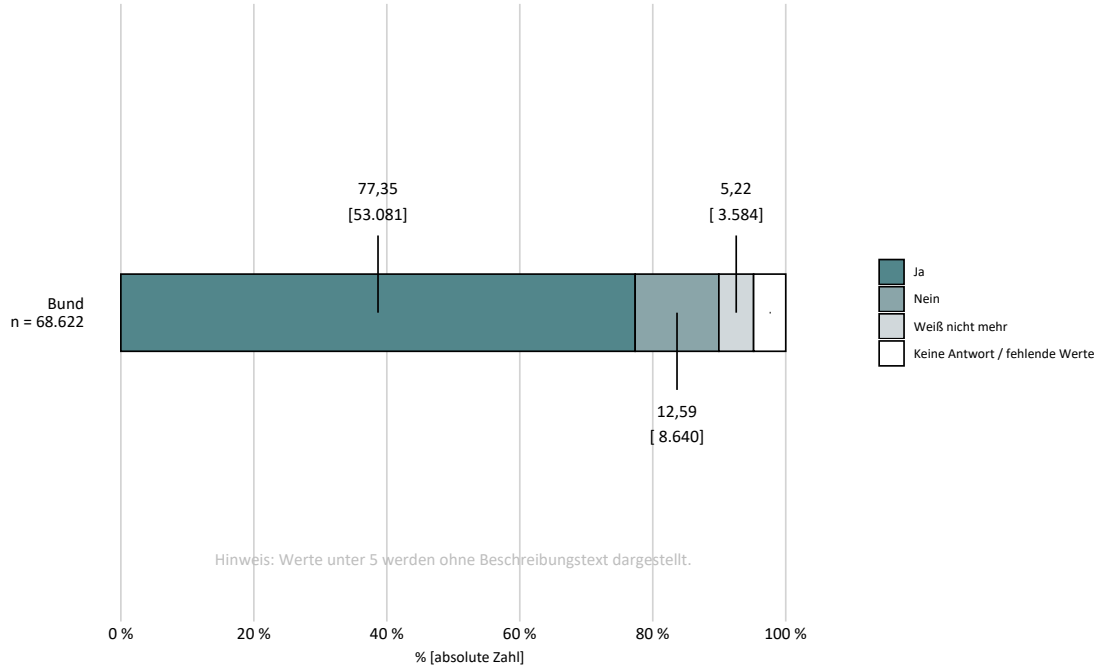
Ich wurde darüber informiert, bei welchen Beschwerden ich sofort medizinische Hilfe brauche.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	67,05	46.014
Nein	17,86	12.255
Weiß nicht mehr	9,42	6.463
Keine Antwort / fehlende Werte	5,67	3.890

Weiterbehandlung durch einen Arzt oder Facharzt

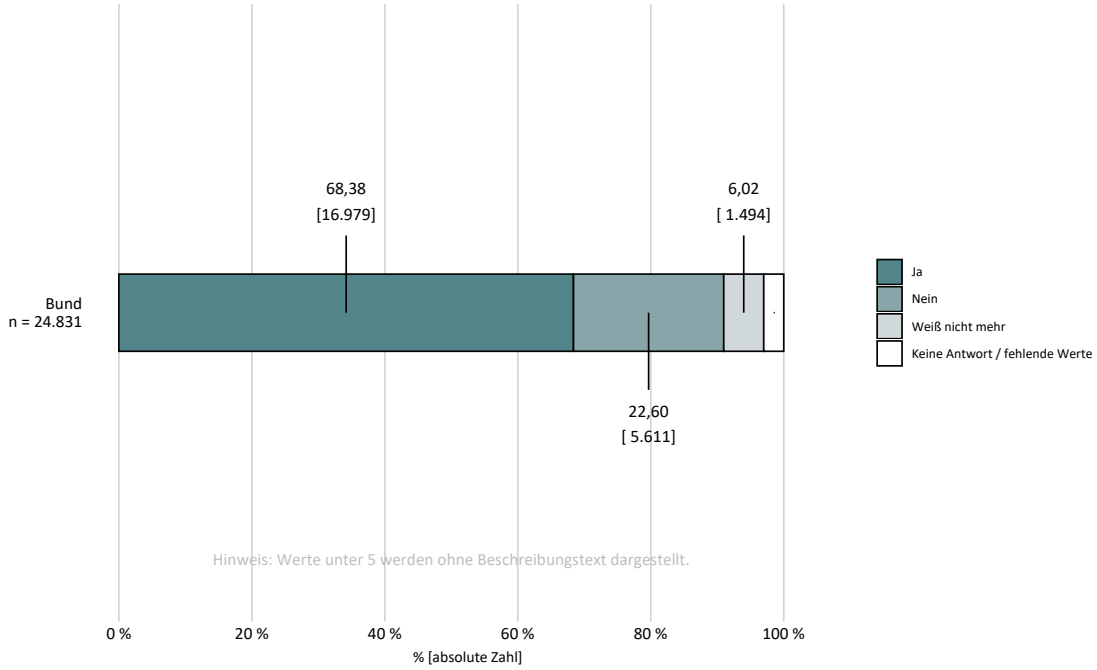
Ich wurde darüber informiert, dass ich zur weiteren medizinischen Betreuung eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen soll.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	77,35	53.081
Nein	12,59	8.640
Weiß nicht mehr	5,22	3.584
Keine Antwort / fehlende Werte	4,83	3.317

Sekundärprävention und Lebensstil

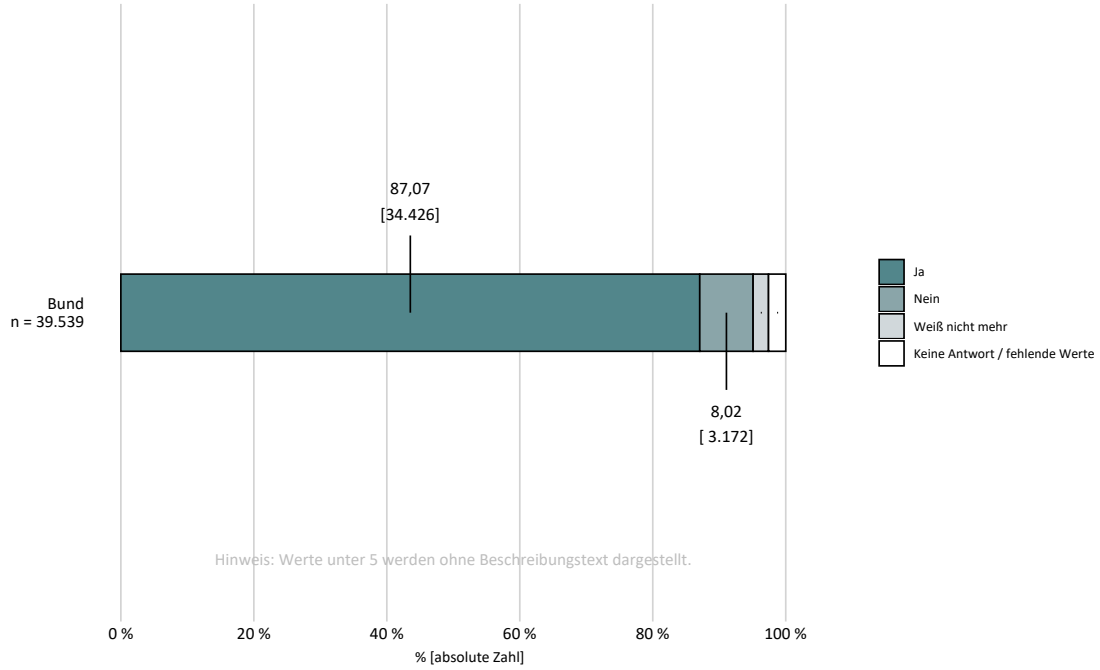
Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Herzerkrankung durch meinen Lebensstil beeinflussen kann.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	68,38	16.979
Nein	22,60	5.611
Weiß nicht mehr	6,02	1.494
Keine Antwort / fehlende Werte	3,01	747

Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente

Wurden Sie darüber informiert, wie Sie Ihre Medikamente nach der Prozedur einnehmen sollen? (Nur Personen, die vor der Prozedur Medikamente eingenommen haben)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	87,07	34.426
Nein	8,02	3.172
Weiß nicht mehr	2,32	917
Keine Antwort / fehlende Werte	2,59	1.024

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

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über die notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei geplanter oder ungeplanter Unterbrechung, sowie Art und Dosierung der Medikation).
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig), die wegen des Eingriffs Medikamente einnehmen und einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 70,00 Punkte
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Information nach der Prozedur [INFO_PROZ]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	**VÄ**	**2023**	1.671	68,03	67,23 - 68,83
		2024	1.754	68,41	67,60 - 69,20
		2025	1.769	67,67	66,89 - 68,45
	KH	**2023**	87	62,85	57,24 - 68,48
		2024	195	61,62	57,62 - 65,69
		2025	433	65,13	62,98 - 67,27
Stationär	**BÄ**	**2023**	207	68,61	66,33 - 70,89
		2024	202	70,04	67,74 - 72,32
		2025	319	65,44	63,61 - 67,29
	KH	**2023**	18.971	61,27	61,02 - 61,51
		2024	19.367	60,85	60,60 - 61,09
		2025	18.277	60,10	59,85 - 60,36

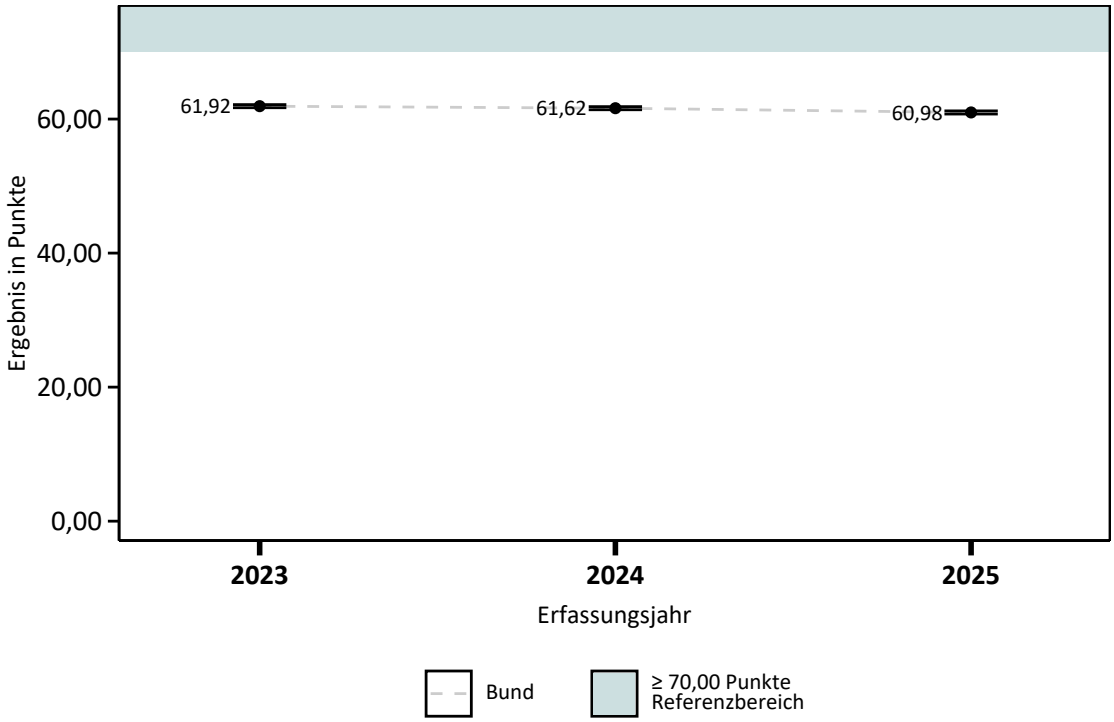
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	81	70,27	66,19 - 74,30
	2024	96	68,49	65,18 - 71,88
	2025	98	73,55	70,23 - 76,86
Bund	**2023**	21.017	61,92	61,69 - 62,15
	2024	21.614	61,62	61,39 - 61,85
	2025	20.896	60,98	60,75 - 61,22

Ergebnisse der Merkmale

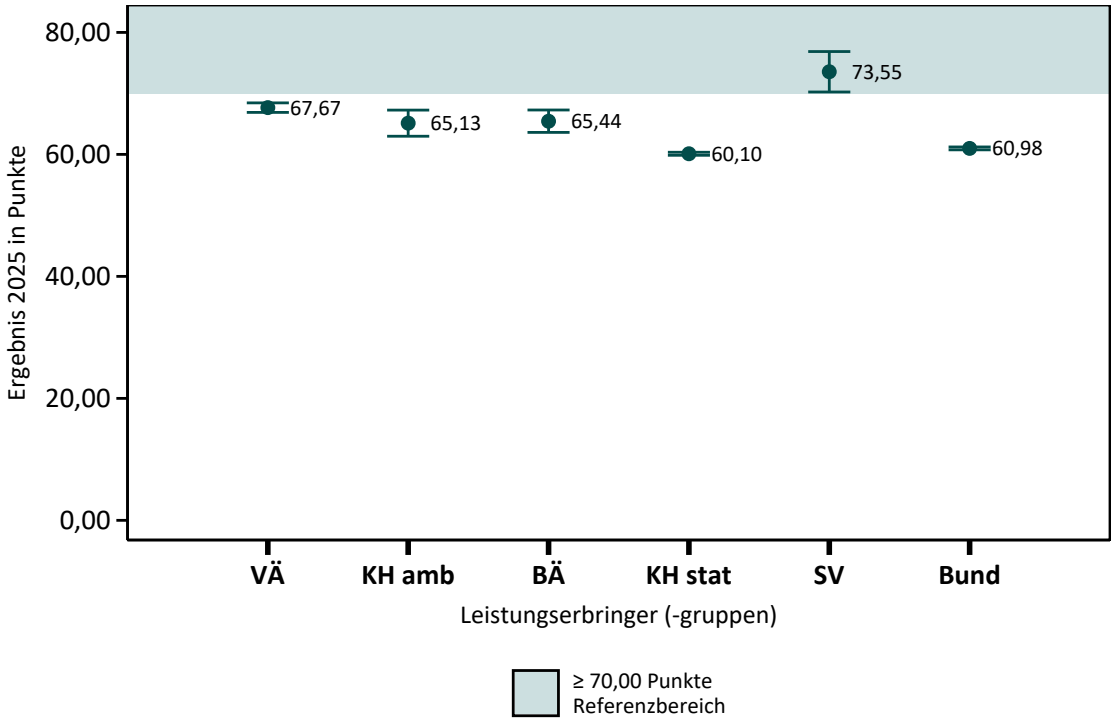
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56112	Dauer der Einnahme von Medikamenten	89,30 Punkte
M2_56112	Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten	33,57 Punkte
M3_56112	Verhalten bei geplanter und ungeplanter Therapieunterbrechung der Medikation	31,55 Punkte
M4_56112	Art und Dosierung von Medikamenten	88,62 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

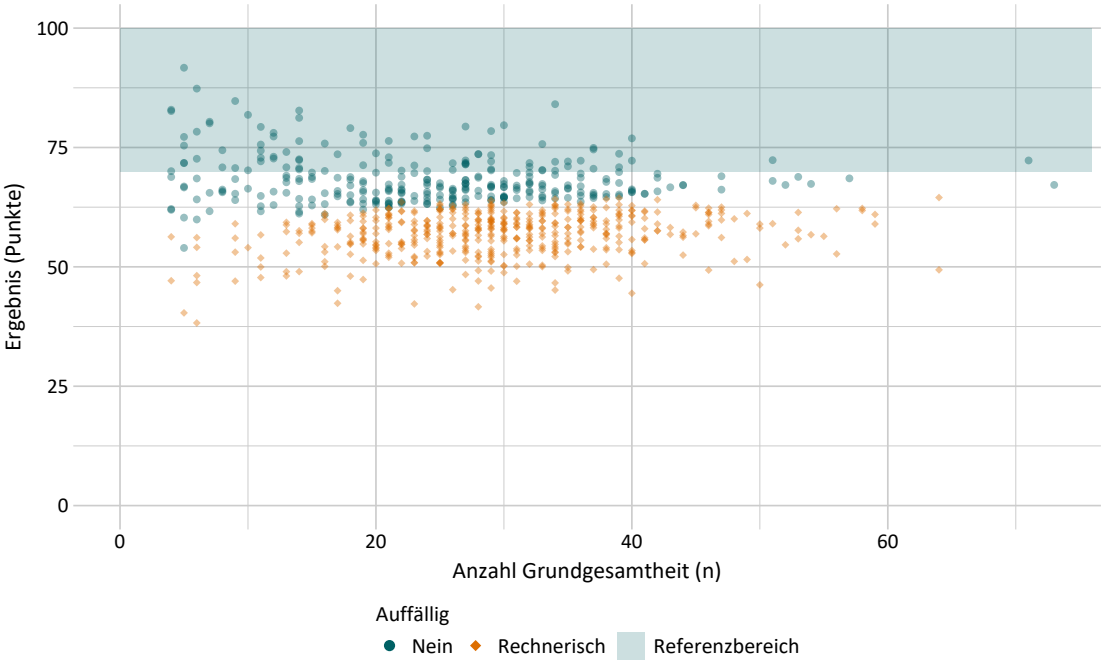
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

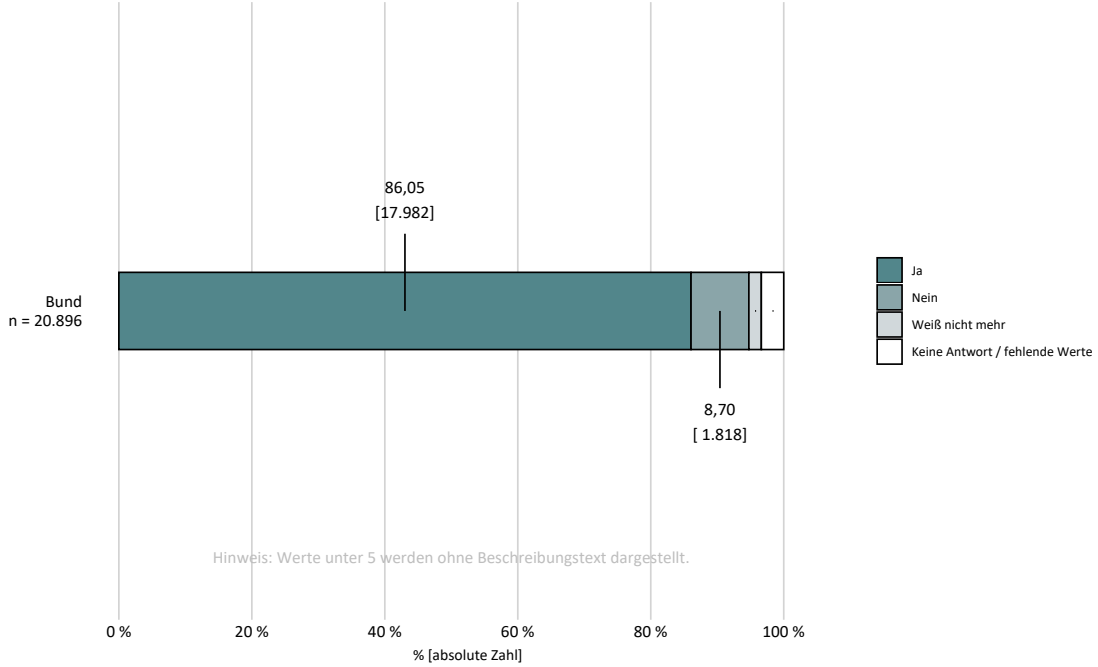


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	753	454	38,25	91,70	61,12

Dauer der Einnahme von Medikamenten

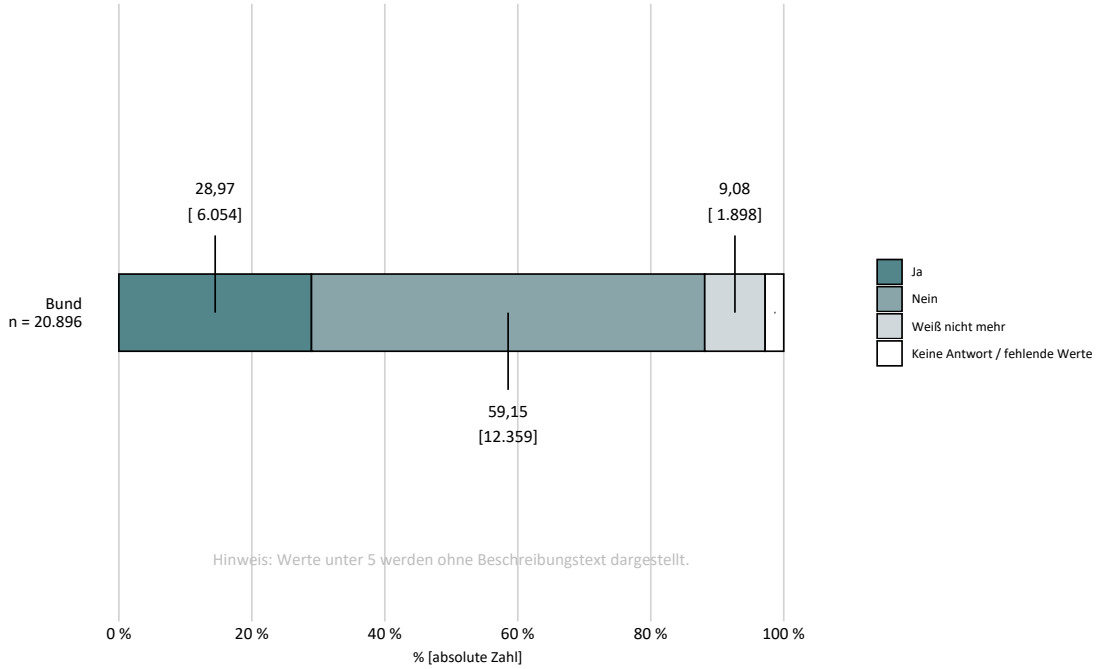
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, wie lange ich die Medikamente einnehmen soll. (Nur Personen, die wegen der PCI Medikamente einnehmen)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	86,05	17.982
Nein	8,70	1.818
Weiß nicht mehr	1,88	392
Keine Antwort / fehlende Werte	3,37	704

Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten

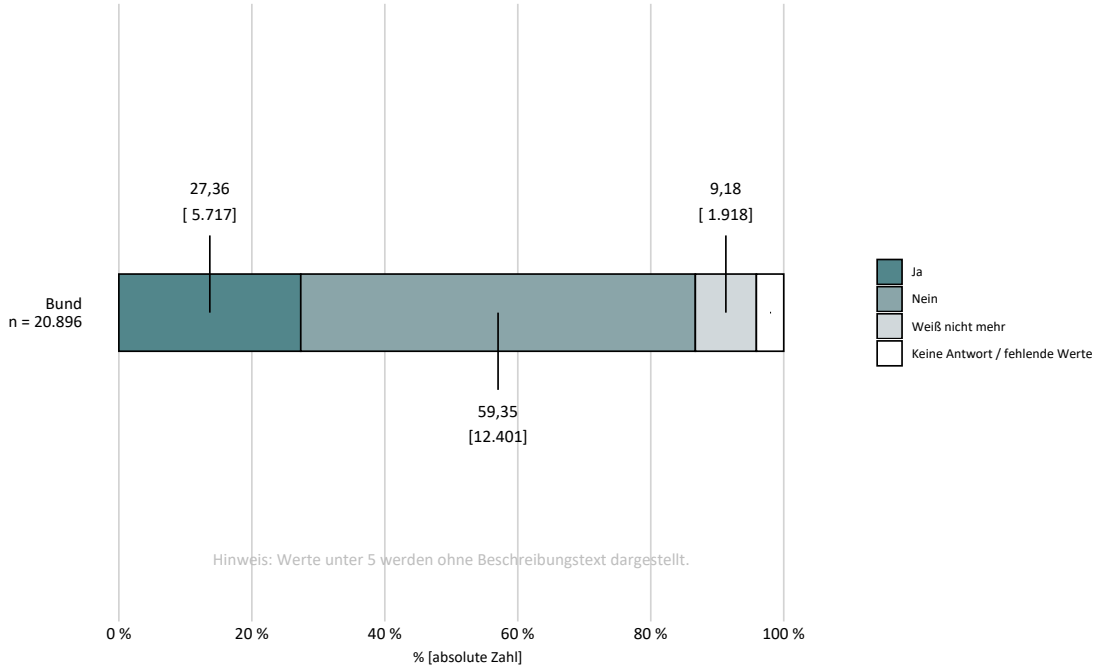
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können. (Nur Personen, die wegen der PCI Medikamente einnehmen)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	28,97	6.054
Nein	59,15	12.359
Weiß nicht mehr	9,08	1.898
Keine Antwort / fehlende Werte	2,80	585

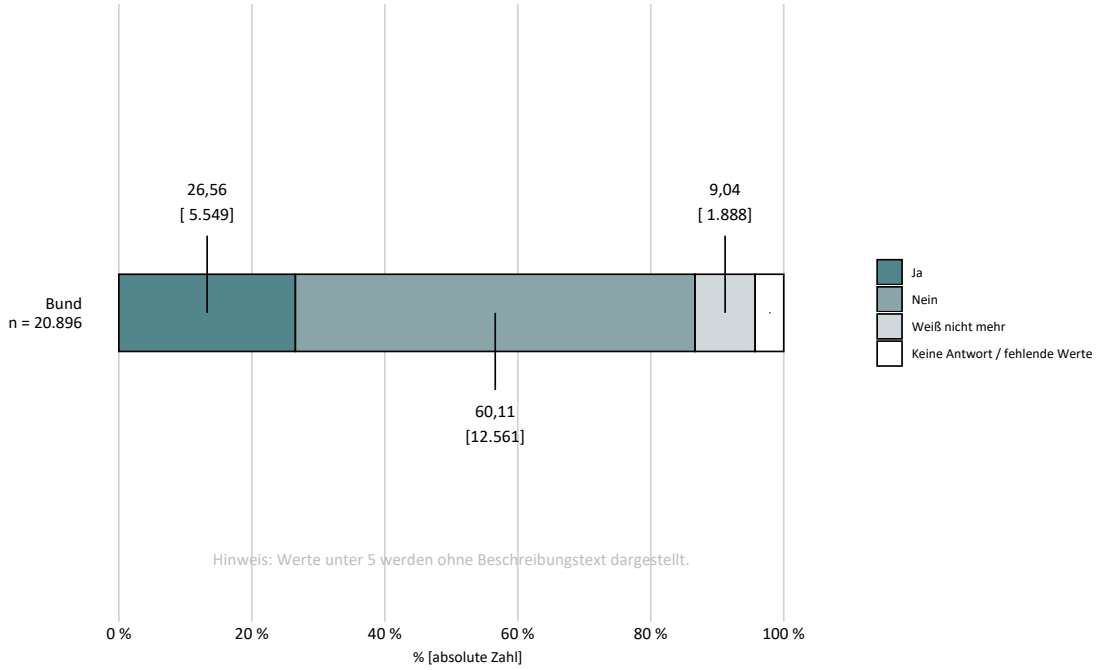
Verhalten bei geplanter und ungeplanter Therapieunterbrechung der Medikation

Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was ich tun soll, wenn ich vergessen habe, die Medikamente einzunehmen. (Nur Personen, die wegen der PCI Medikamente einnehmen)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	27,36	5.717
Nein	59,35	12.401
Weiß nicht mehr	9,18	1.918
Keine Antwort / fehlende Werte	4,12	860

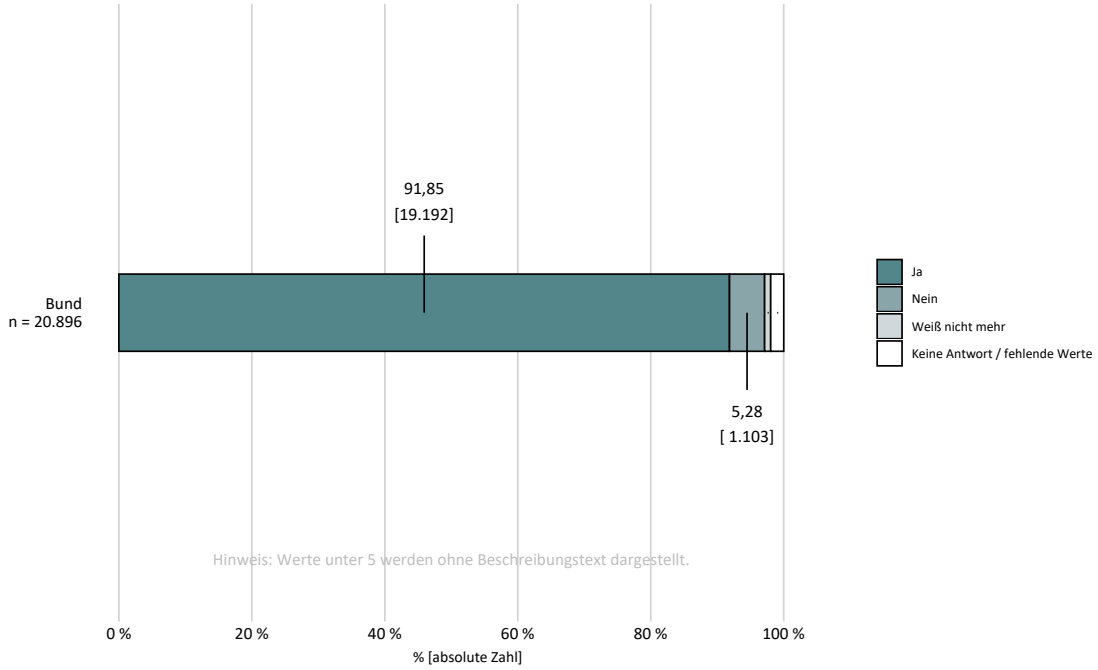
Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was ich tun soll, wenn ich die Einnahme unterbrechen muss. (Nur Personen, die wegen der PCI Medikamente einnehmen)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	26,56	5.549
Nein	60,11	12.561
Weiß nicht mehr	9,04	1.888
Keine Antwort / fehlende Werte	4,30	898

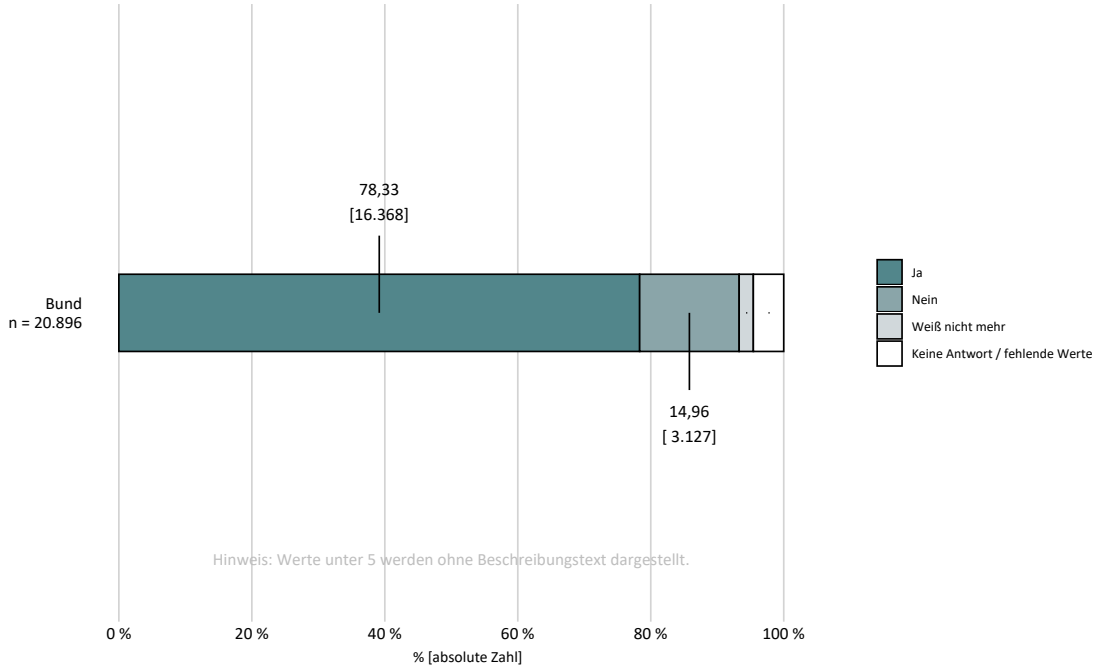
Art und Dosierung von Medikamenten

Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, welche Medikamente ich nach dem Eingriff einnehmen soll. (Nur Personen, die wegen der PCI Medikamente einnehmen)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	91,85	19.192
Nein	5,28	1.103
Weiß nicht mehr	0,91	191
Keine Antwort / fehlende Werte	1,96	410

Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, wie ich die Medikamente einnehmen soll. (Nur Personen, die wegen der PCI Medikamente einnehmen)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	78,33	16.368
Nein	14,96	3.127
Weiß nicht mehr	2,13	446
Keine Antwort / fehlende Werte	4,57	955

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

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert werden.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit dringender bzw. akuter PCI (isoliert oder einzeitig), die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 50,00 Punkte
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Information nach der Prozedur [INFO_PROZ]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	**VÄ**	**2023**	328	30,20	26,76 - 33,76
		2024	298	28,39	24,75 - 32,17
		2025	243	31,32	24,94 - 37,69
	KH	**2023**	38	65,70	48,85 - 83,06
		2024	39	38,89	12,92 - 68,09
		2025	44	51,68	25,48 - 74,95
Stationär	**BÄ**	**2023**	33	47,57	36,15 - 59,24
		2024	38	44,46	34,67 - 54,70
		2025	111	57,56	49,28 - 65,67
	KH	**2023**	10.460	49,90	49,29 - 50,51
		2024	10.638	49,58	48,98 - 50,19
		2025	10.185	56,12	55,30 - 56,95

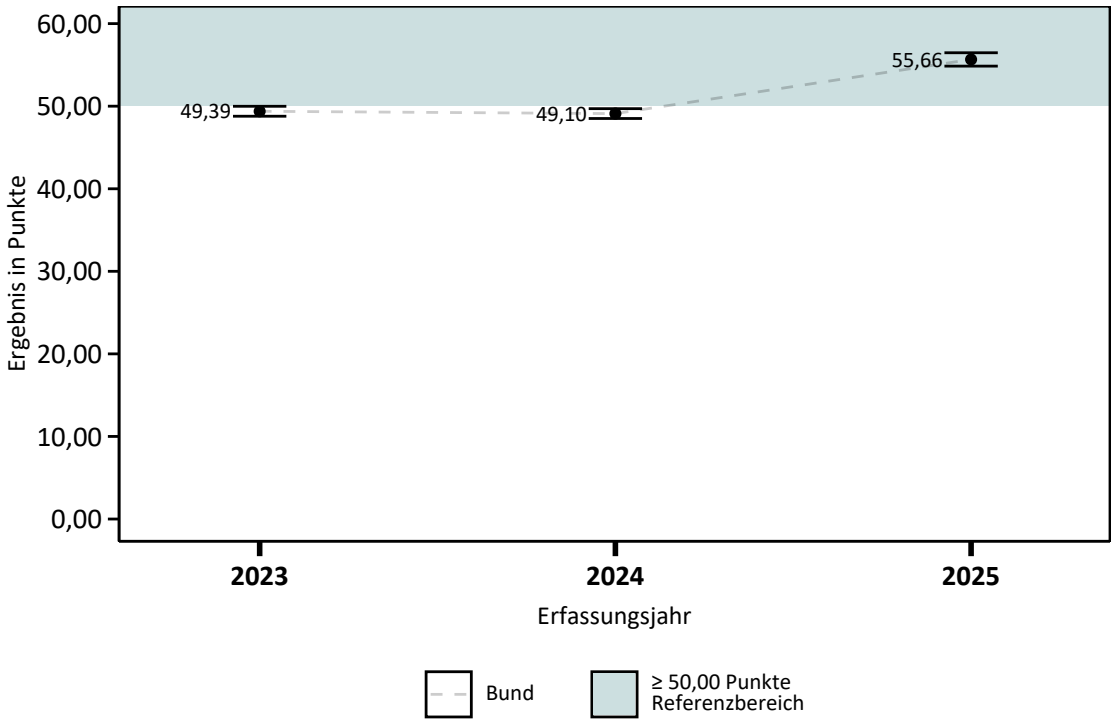
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	8	27,78	11,56 - 46,29
	2024	≤3	x	-
	2025	≤3	x	-
Bund	**2023**	10.867	49,39	48,79 - 49,99
	2024	11.015	49,10	48,51 - 49,70
	2025	10.585	55,66	54,85 - 56,47

Ergebnisse der Merkmale

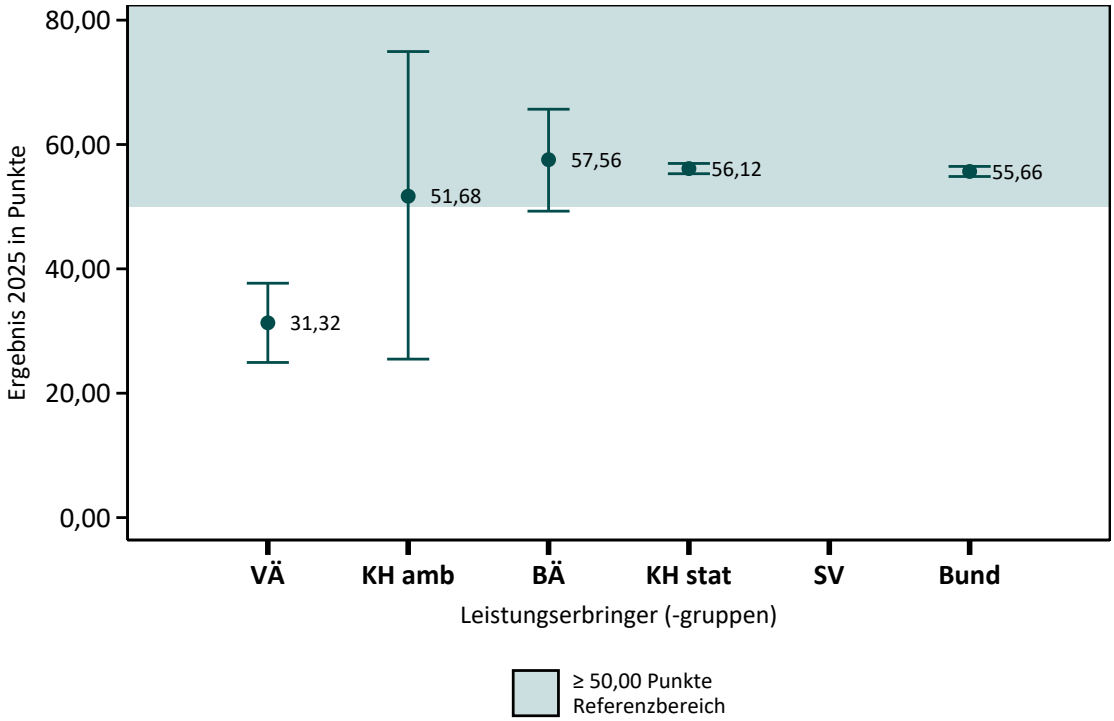
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56113	Rehabilitationsmöglichkeiten	64,50 Punkte
M2_56113	Psychische Belastung und Unterstützung	46,59 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

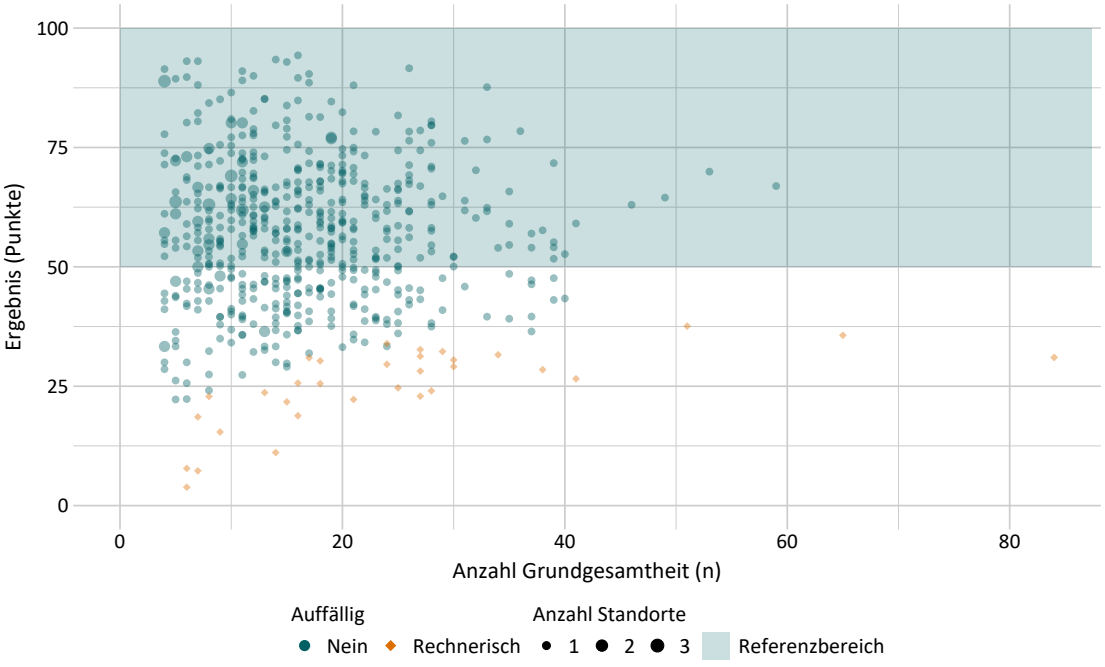
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

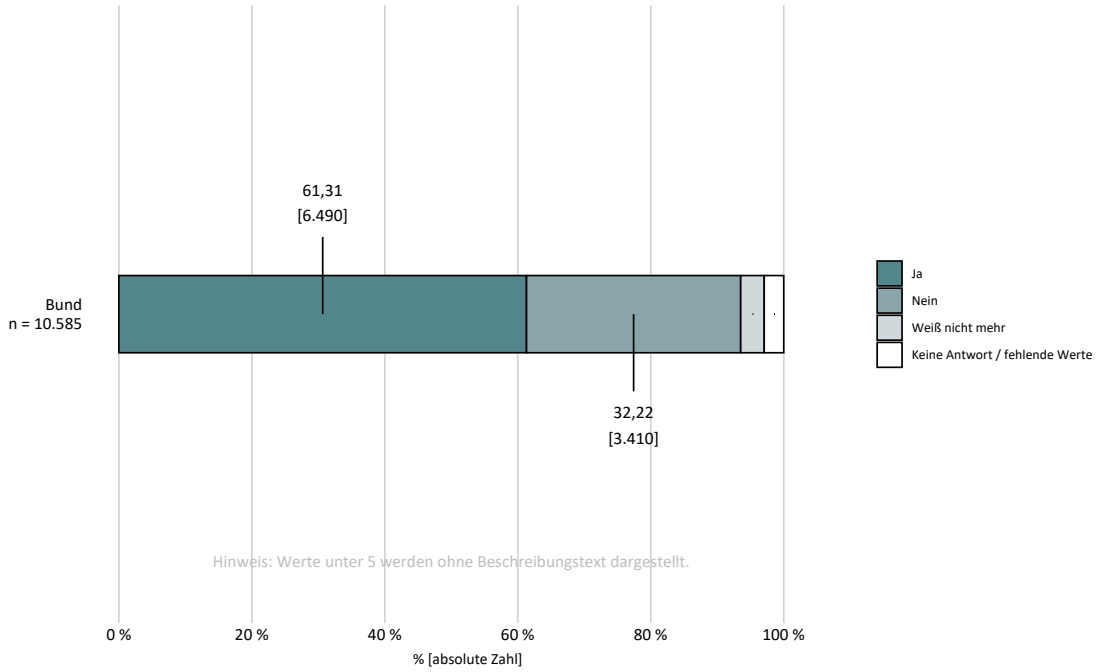


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	621	32	3,85	94,29	57,01

Rehabilitationsmöglichkeiten

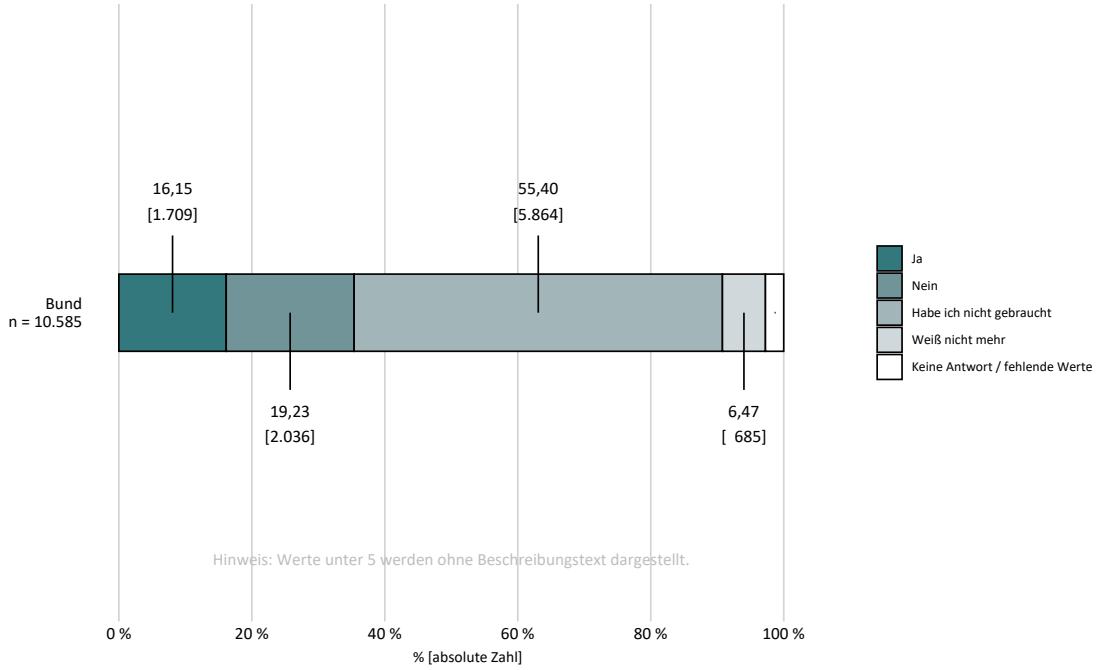
Ich wurde über die Möglichkeiten einer Rehabilitation informiert.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	61,31	6.490
Nein	32,22	3.410
Weiß nicht mehr	3,54	375
Keine Antwort / fehlende Werte	2,93	310

Psychische Belastung und Unterstützung

Ich wurde darüber informiert, an wen ich mich wenden kann, wenn ich mich niedergeschlagen oder traurig fühle oder mich heftige Ängste plagen.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	16,15	1.709
Nein	19,23	2.036
Habe ich nicht gebraucht	55,40	5.864
Weiß nicht mehr	6,47	685
Keine Antwort / fehlende Werte	2,75	291

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

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag entlassen worden sind, sollen bei Bedarf die benötigte Medikation oder ein Rezept von dem entlassenden Leistungserbringer mitbekommen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig), die an einem Freitag, am Wochenende oder vor einem gesetzlichen Feiertag nach Hause gegangen sind bzw. entlassen wurden und wegen des Eingriffs Medikamente einnehmen und einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 95,00 Punkte
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Organisation und Koordination der Versorgung [ORGA_VERSORGUNG]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	**VÄ**	**2023**	484	92,04	89,60 - 94,20
		2024	501	88,53	85,72 - 91,09
		2025	492	90,47	87,83 - 92,83
	KH	**2023**	36	93,75	70,67 - 99,99
		2024	66	90,64	74,36 - 99,21
		2025	143	78,72	61,87 - 92,37
Stationär	**BÄ**	**2023**	83	90,27	84,27 - 95,10
		2024	68	86,42	78,40 - 92,98
		2025	128	91,90	87,12 - 95,76
	KH	**2023**	7.453	92,18	91,62 - 92,74
		2024	7.279	92,06	91,49 - 92,62
		2025	6.862	91,84	91,24 - 92,42

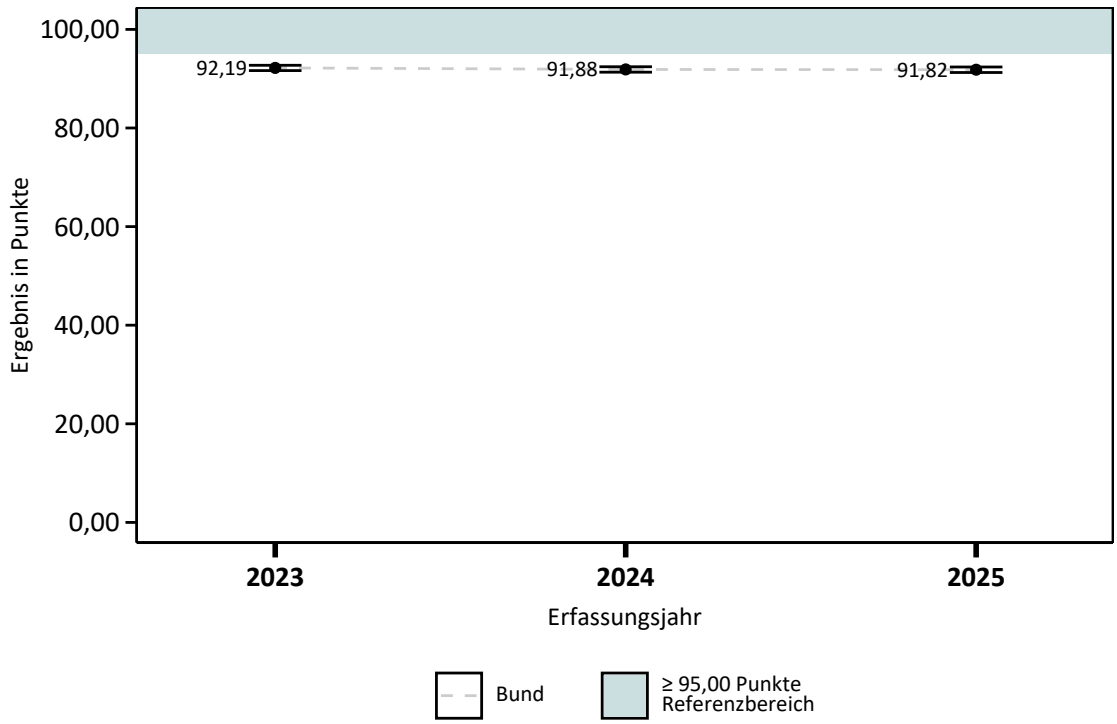
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	24	91,18	74,18 - 99,31
	2024	33	95,61	87,38 - 99,66
	2025	26	97,22	86,46 - 100,00
Bund	**2023**	8.080	92,19	91,64 - 92,72
	2024	7.947	91,88	91,33 - 92,43
	2025	7.651	91,82	91,25 - 92,37

Ergebnisse der Merkmale

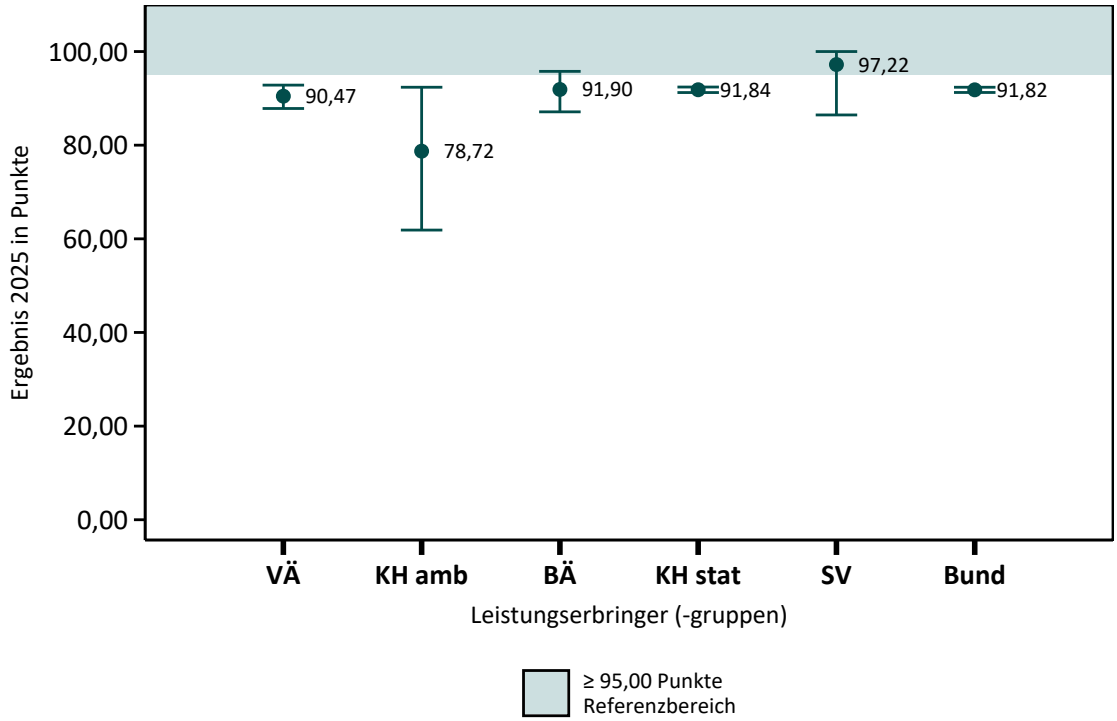
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56114	Mitgabe der Entlassmedikation	91,82 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

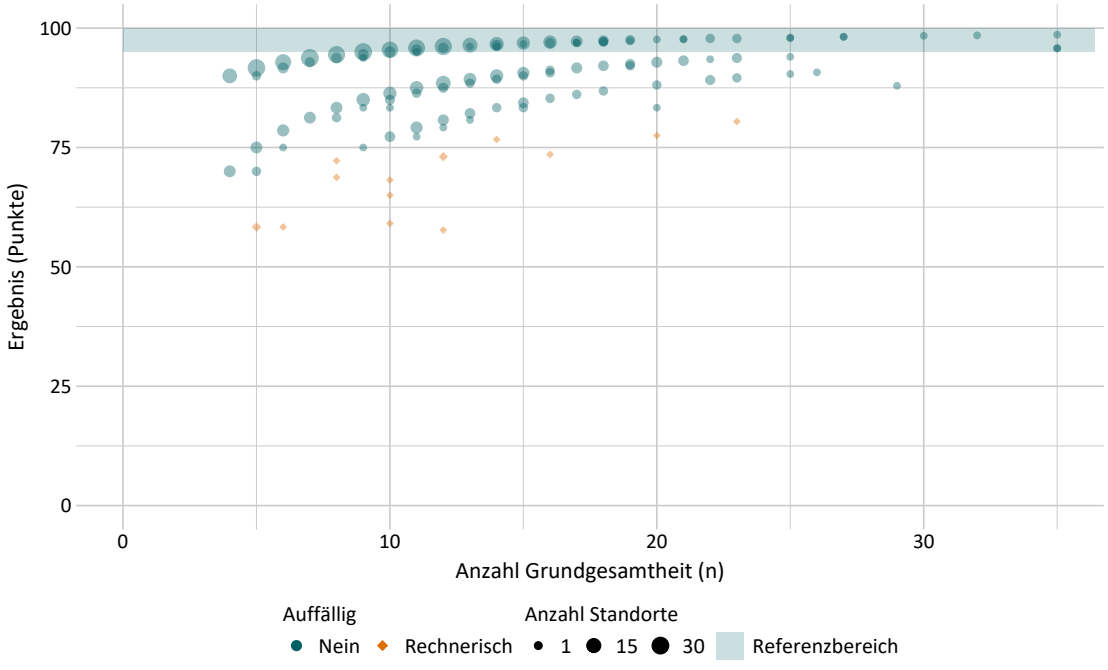
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

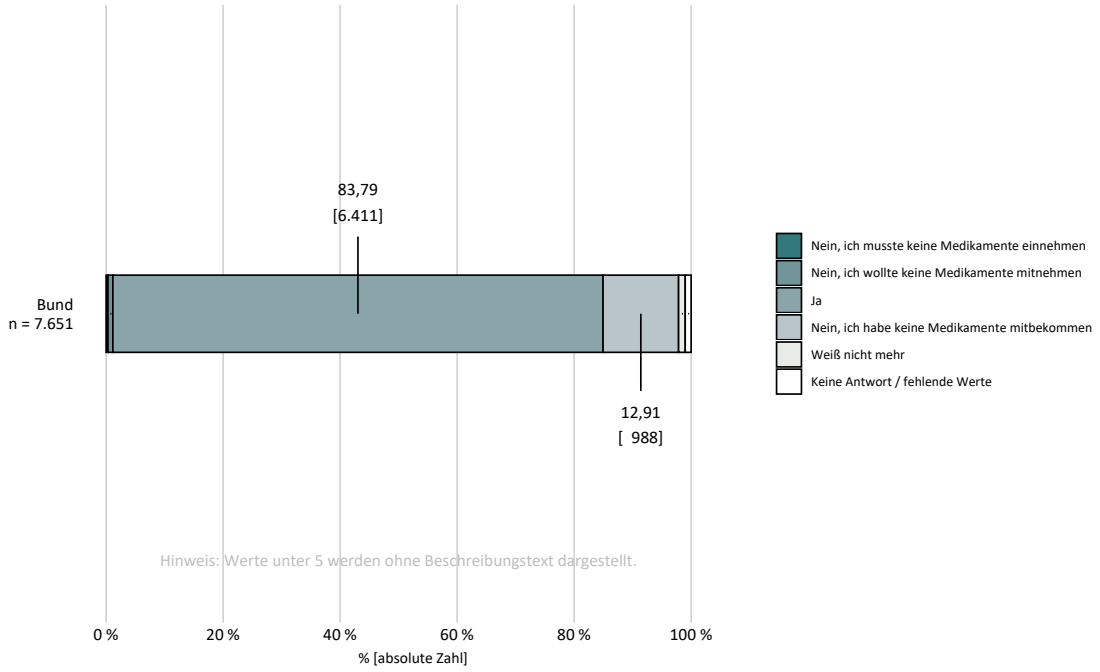


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	668	15	57,69	98,61	93,75

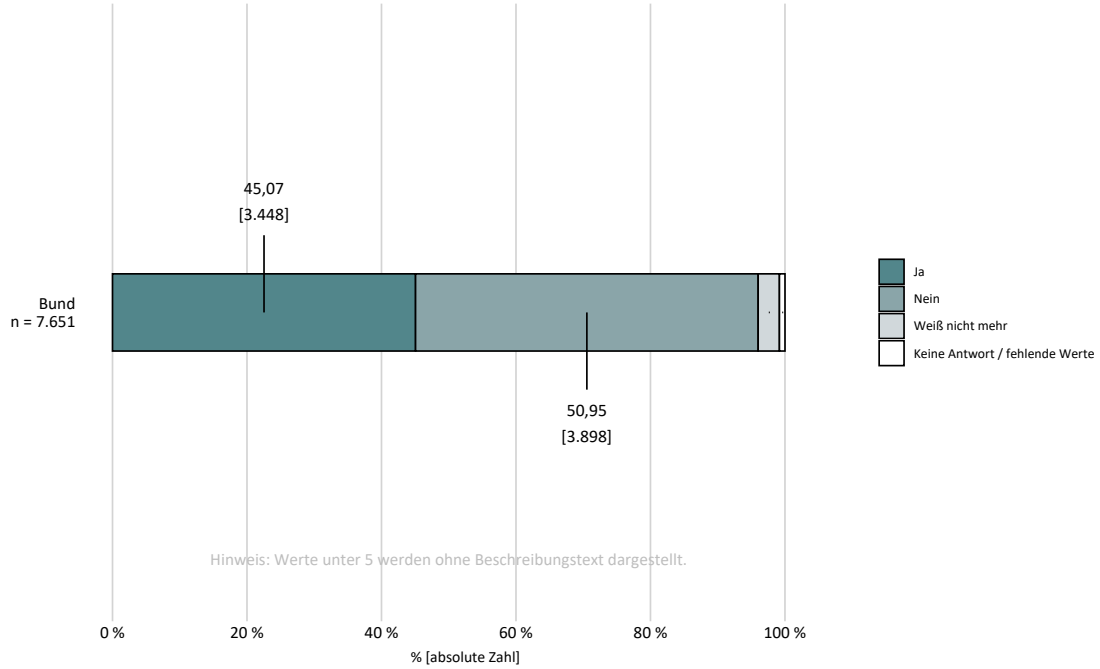
Mitgabe der Entlassmedikation

Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen? (Nur Personen, die an einem Freitag/am Wochenende/vor einem gesetzlichen Feiertag entlassen wurden und wegen des Eingriffs Medikamente einnehmen)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nein, ich musste keine Medikamente einnehmen	0,31	24
Nein, ich wollte keine Medikamente mitnehmen	0,84	64
Ja	83,79	6.411
Nein, ich habe keine Medikamente mitbekommen	12,91	988
Weiß nicht mehr	1,14	87
Keine Antwort / fehlende Werte	1,01	77

Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen? (Nur Personen, die an einem Freitag/am Wochenende/vor einem gesetzlichen Feiertag entlassen wurden und wegen des Eingriffs Medikamente einnehmen)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	45,07	3.448
Nein	50,95	3.898
Weiß nicht mehr	3,16	242
Keine Antwort / fehlende Werte	0,82	63

56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 78,04 Punkte (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Organisation und Koordination der Versorgung [ORGA_VERSORGUNG]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	VÄ	2023	11.508	79,66	78,96 - 80,36
		2024	11.763	79,67	78,97 - 80,36
		2025	11.523	80,09	79,39 - 80,80
	KH	2023	3.751	75,14	73,86 - 76,40
		2024	5.226	76,61	75,54 - 77,66
		2025	6.342	75,27	74,30 - 76,23
Stationär	BÄ	2023	451	78,97	75,29 - 82,42
		2024	455	81,81	78,42 - 84,98
		2025	615	80,87	78,00 - 83,61
	KH	2023	52.053	77,87	77,54 - 78,20
		2024	53.193	77,88	77,56 - 78,20
		2025	49.677	77,66	77,33 - 77,99

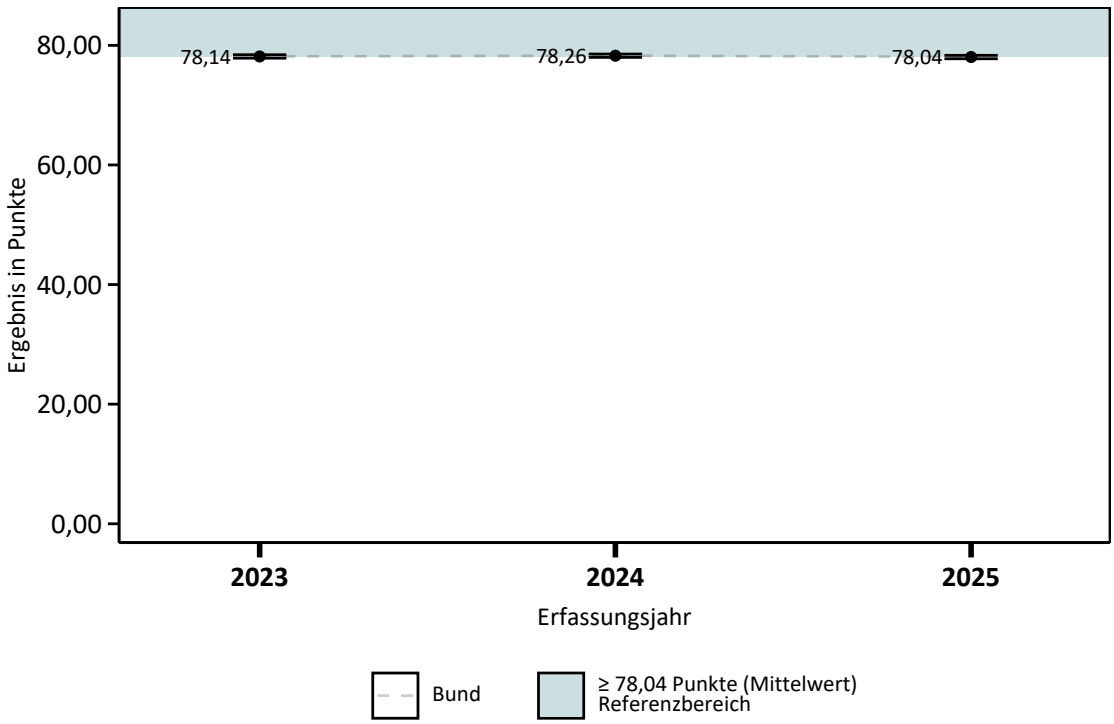
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	458	80,17	76,70 - 83,41
	2024	469	82,24	78,89 - 85,34
	2025	465	77,96	74,36 - 81,37
Bund	**2023**	68.221	78,14	77,85 - 78,43
	2024	71.106	78,26	77,98 - 78,54
	2025	68.622	78,04	77,76 - 78,33

Ergebnisse der Merkmale

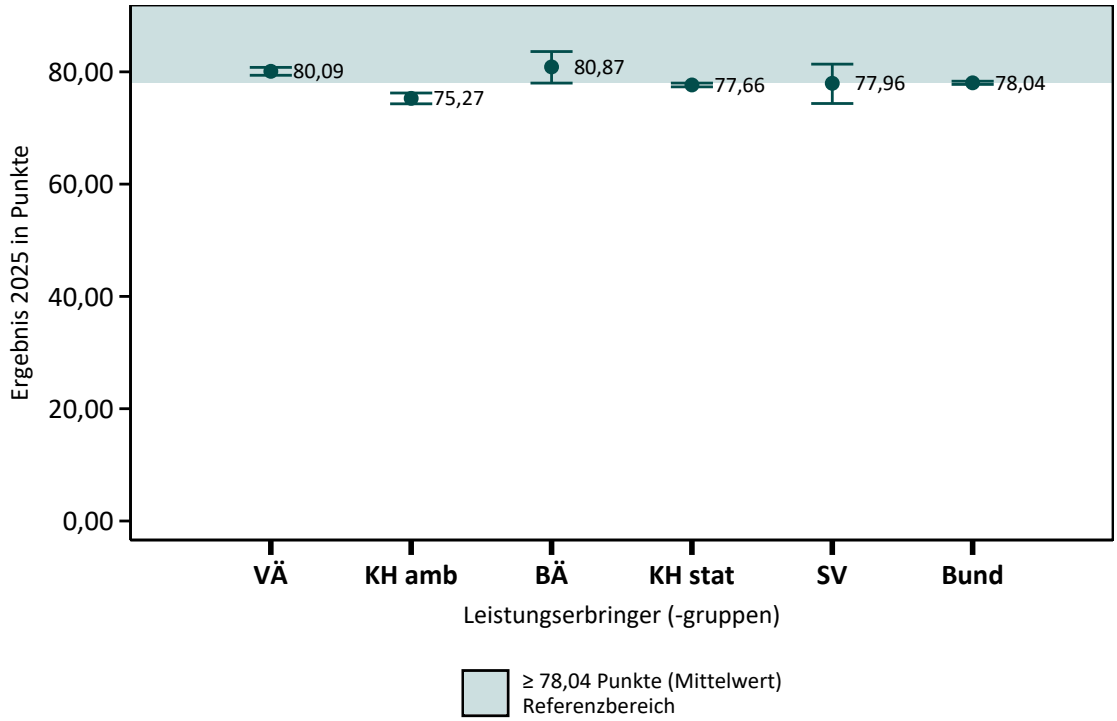
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	78,04 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

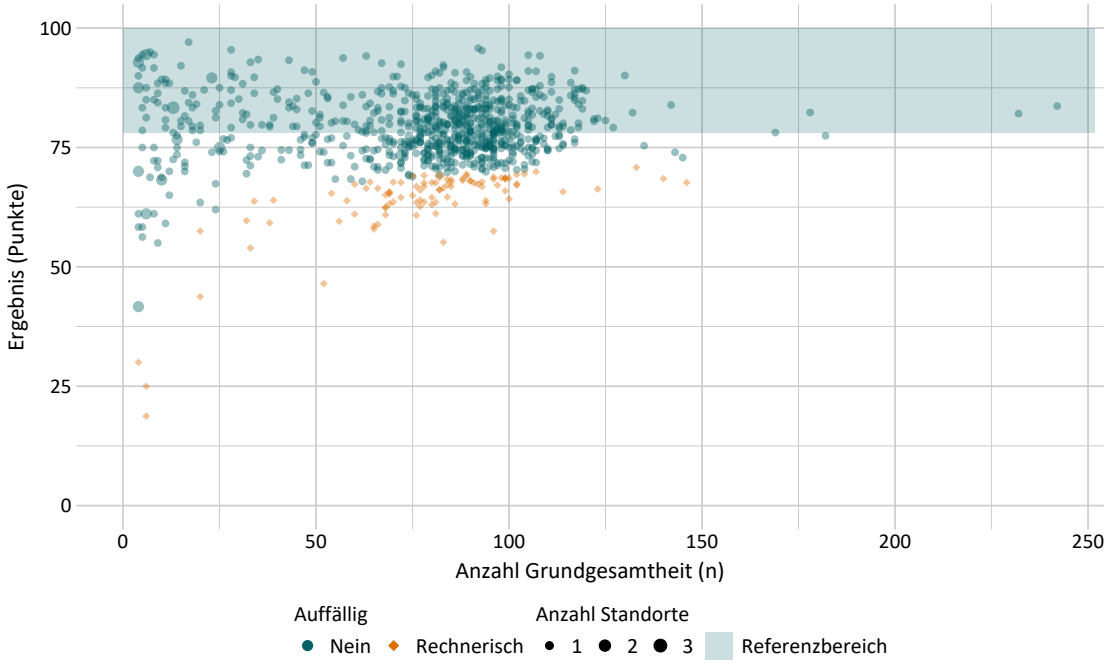
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

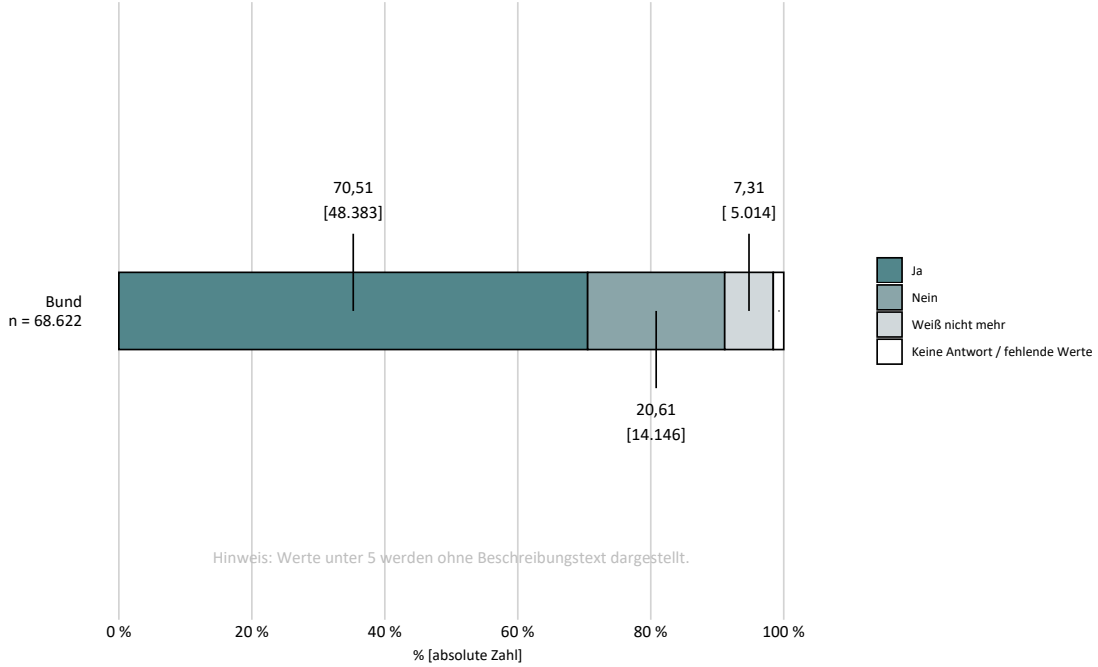


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	896	98	18,75	97,06	78,06

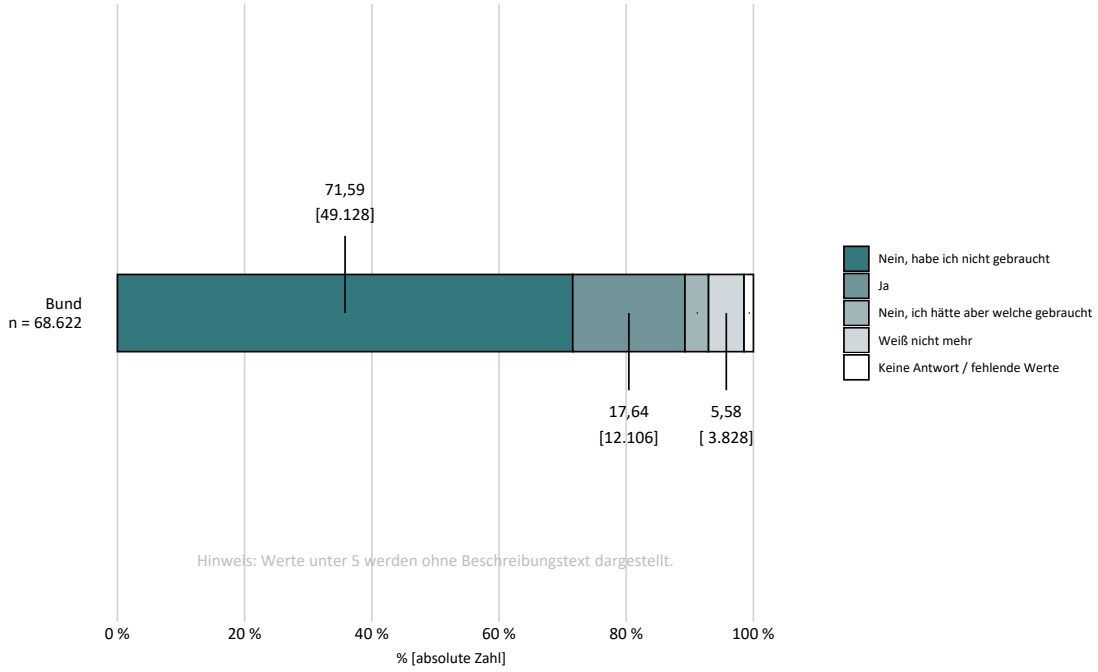
Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung

Nach der Prozedur: Wurden Sie wiederholt vom Pflege- oder Assistenzpersonal gefragt, ob Sie Schmerzen haben?



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	70,51	48.383
Nein	20,61	14.146
Weiß nicht mehr	7,31	5.014
Keine Antwort / fehlende Werte	1,57	1.079

Nach der Prozedur: Haben Sie Schmerzmittel erhalten?



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nein, habe ich nicht gebraucht	71,59	49.128
Ja	17,64	12.106
Nein, ich hätte aber welche gebraucht	3,71	2.548
Weiß nicht mehr	5,58	3.828
Keine Antwort / fehlende Werte	1,47	1.012

56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur keine längerfristigen Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle haben.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einer elektiven oder akuten bzw. dringlichen PCI (isoliert oder einzeitig) oder Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 93,69 Punkte (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Outcome [OUTCOME]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Ambulant	VÄ	2023	11.508	94,73	94,31 - 95,14
		2024	11.763	94,80	94,38 - 95,20
		2025	11.523	95,43	95,03 - 95,81
	KH	2023	3.751	92,41	91,55 - 93,22
		2024	5.226	93,12	92,43 - 93,77
		2025	6.342	92,78	92,15 - 93,38
Stationär	BÄ	2023	451	92,11	89,37 - 94,46
		2024	455	93,59	91,09 - 95,72
		2025	615	93,76	91,75 - 95,51
	KH	2023	52.053	92,56	92,33 - 92,79
		2024	53.193	92,96	92,74 - 93,18
		2025	49.677	93,01	92,79 - 93,24

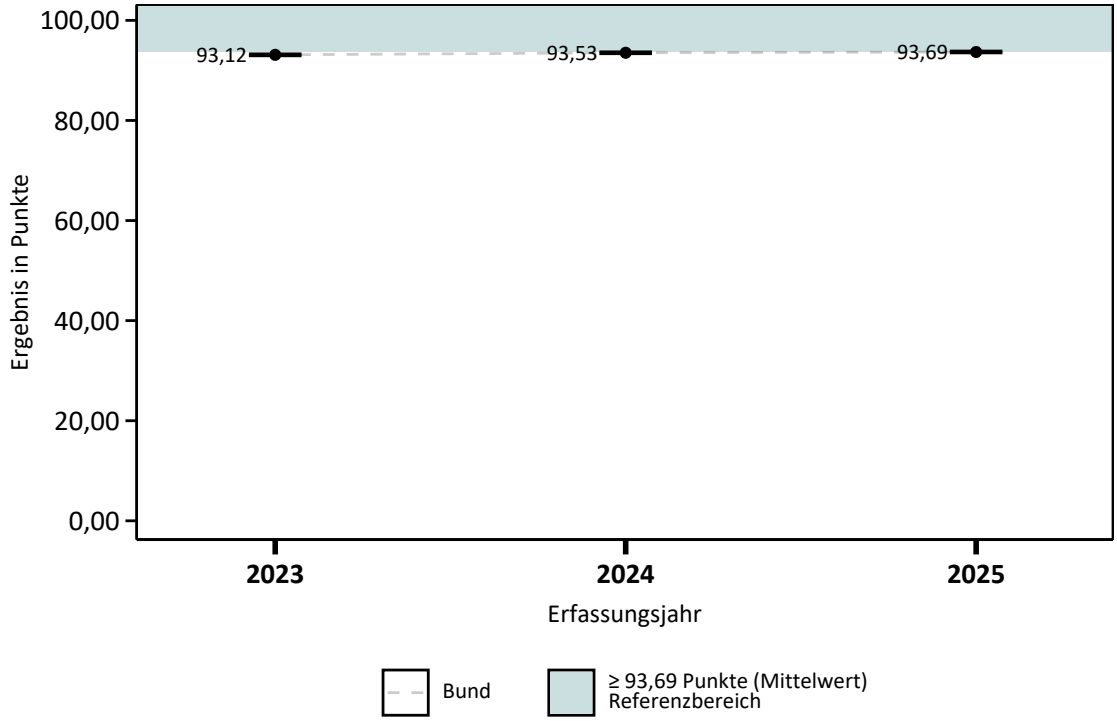
Dimension		Ergebnis n	Ergebnis in Punkte	95%-Vertrauensbereich in Punkte
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	458	93,81	91,46 - 95,83
	2024	469	95,35	93,28 - 97,08
	2025	465	93,49	91,19 - 95,52
Bund	**2023**	68.221	93,12	92,92 - 93,31
	2024	71.106	93,53	93,34 - 93,71
	2025	68.622	93,69	93,50 - 93,87

Ergebnisse der Merkmale

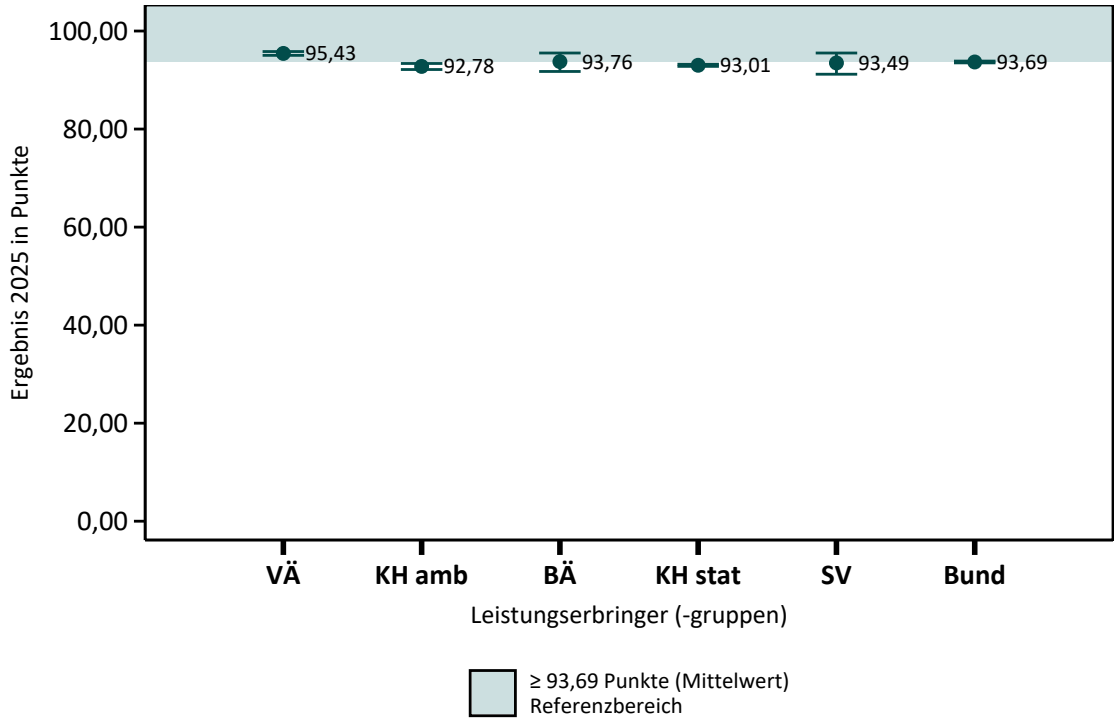
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	93,69 Punkte

Ergebnisse im Zeitverlauf

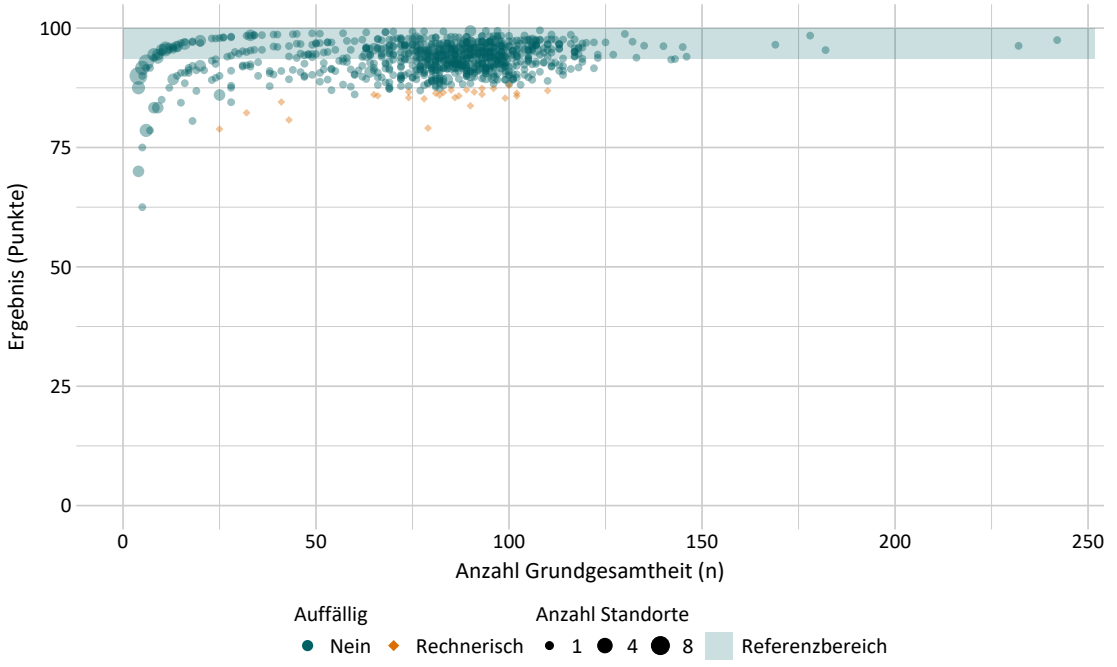
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

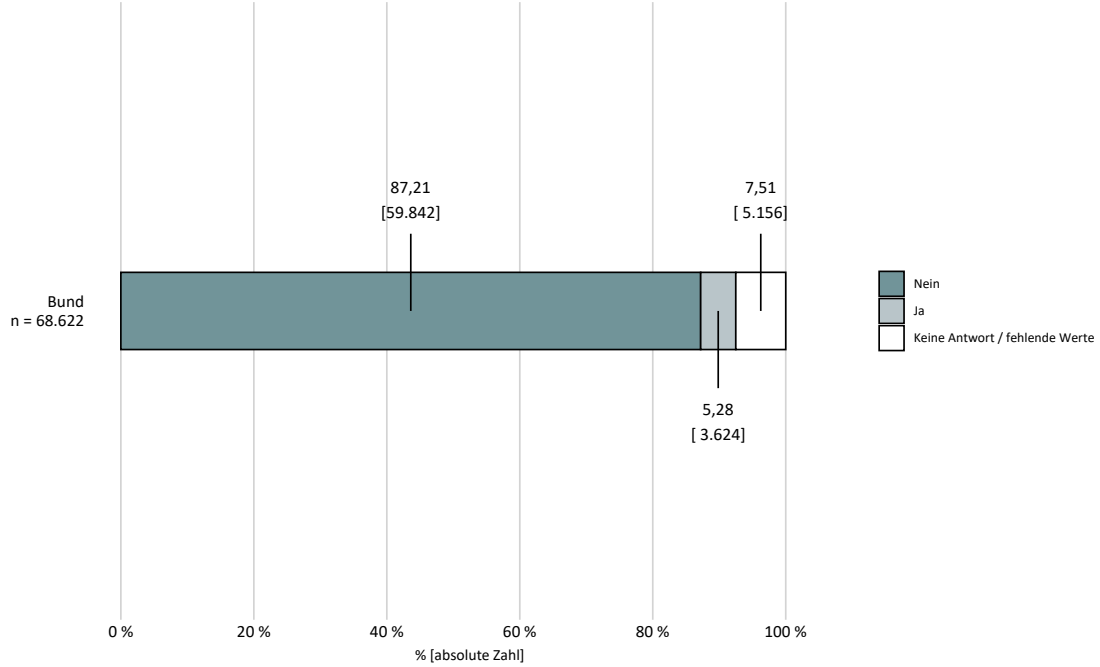


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Punkte	Maximum in Punkte	Median in Punkte
2025	896	27	62,50	99,54	93,91

Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle

Beschwerden: Heute noch Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an der Einstichstelle der Prozedur.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nein	87,21	59.842
Ja	5,28	3.624
Keine Antwort / fehlende Werte	7,51	5.156

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

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven Prozedur keine schmerzhaften oder bewegungseinschränkenden Hämatome aufweisen.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig) oder elektiver Koronarangiografie, die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 1,05 (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Konstanter Effekt für Item PABLUTEARZT Chronische Nierenerkrankung: 'Ja' Chronische Nierenerkrankung: keine Information Vor Prozedur Blutgerinnungs-Hemmer: 'Ja' Vor Prozedur Blutgerinnungs-Hemmer: keine Information
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Outcome [OUTCOME]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2023	10.306	1,12	1,08 - 1,17
		2024	10.635	1,15	1,10 - 1,20
		2025	10.382	1,20	1,15 - 1,25
	KH	2023	3.582	1,20	1,08 - 1,38
		2024	4.973	1,25	1,12 - 1,50
		2025	6.092	1,17	1,08 - 1,36

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Stationär	BÄ	2023	403	1,05	0,87 - 1,27
		2024	350	1,29	0,96 - 2,07
		2025	387	1,62	1,22 - 2,24
	KH	2023	32.266	0,98	0,96 - 1,00
		2024	32.205	0,98	0,96 - 1,00
		2025	29.442	1,00	0,97 - 1,03
Selektivvertragliche Leistungen		2023	416	1,25	0,94 - 2,02
		2024	447	1,20	0,96 - 1,59
		2025	452	1,09	0,87 - 1,45
Bund		2023	46.973	1,02	1,00 - 1,04
		2024	48.610	1,03	1,01 - 1,05
		2025	46.755	1,05	1,03 - 1,07

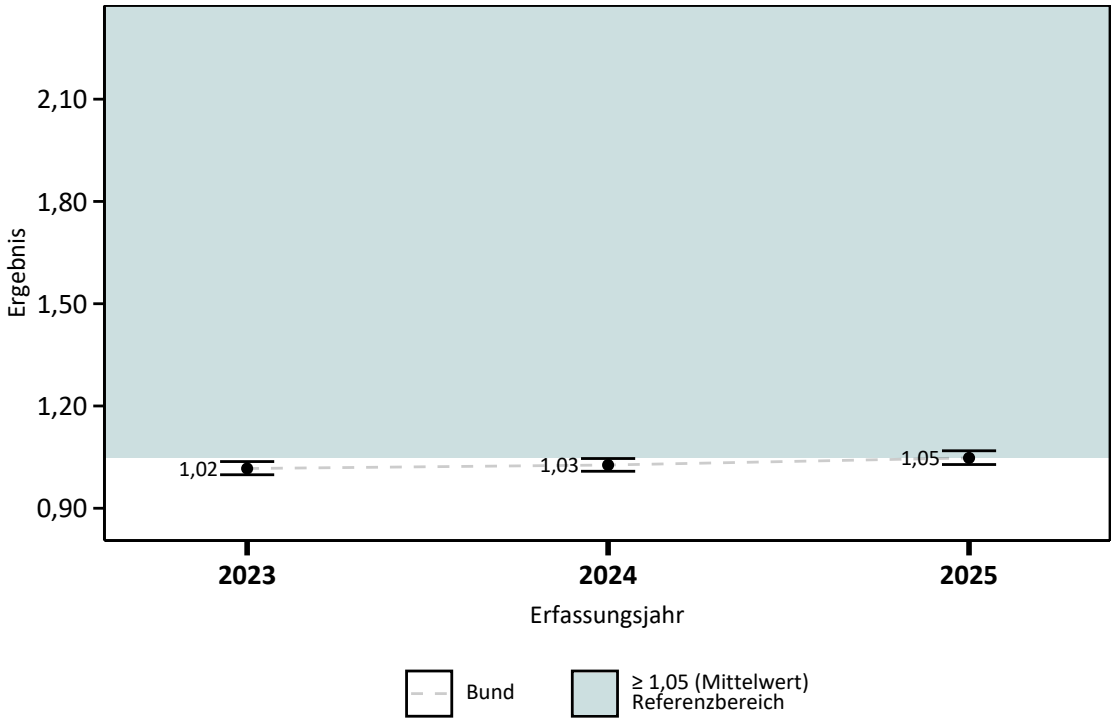
* Das Ergebnis wird als sog. Standardized Mortality Odds Ratio (SMOR) ausgewiesen. Es beschreibt das Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Chance für Punkte im Qualitätsindikator. Werte größer eins bedeuten, dass die beobachtete Chance für Punkte größer ist als die erwartete und umgekehrt. Ersteres ist positiv zu werten.

Ergebnisse der Merkmale

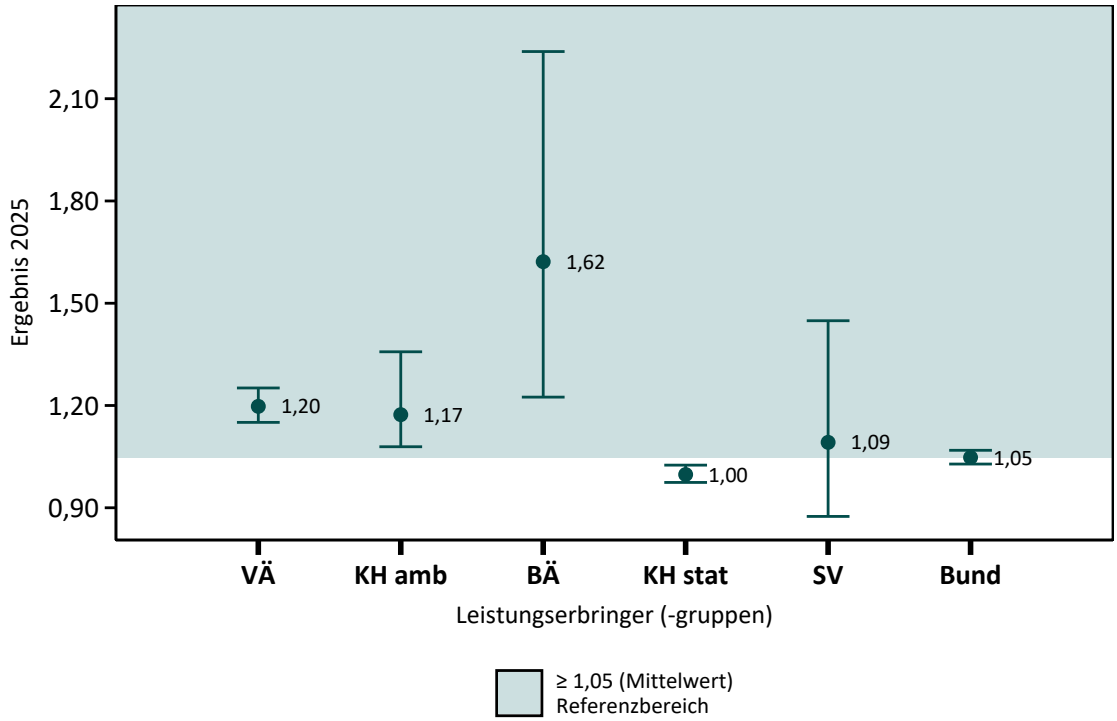
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56117	Schmerzhafte und / oder bewegungseinschränkende flächige Hämatombildung	1,05

Ergebnisse im Zeitverlauf

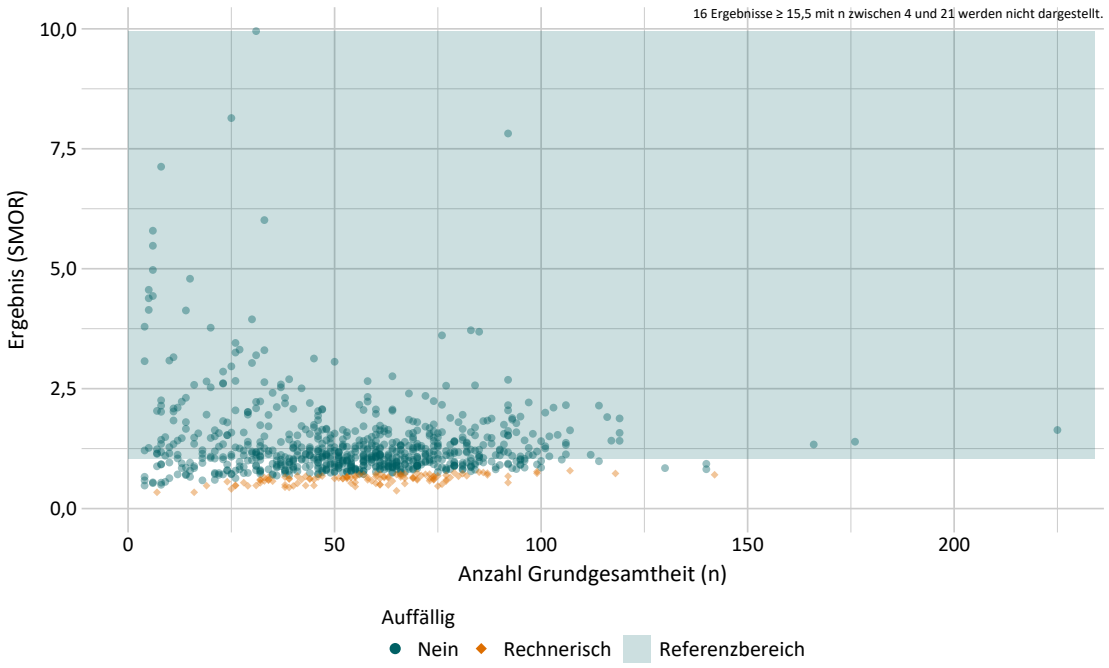
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

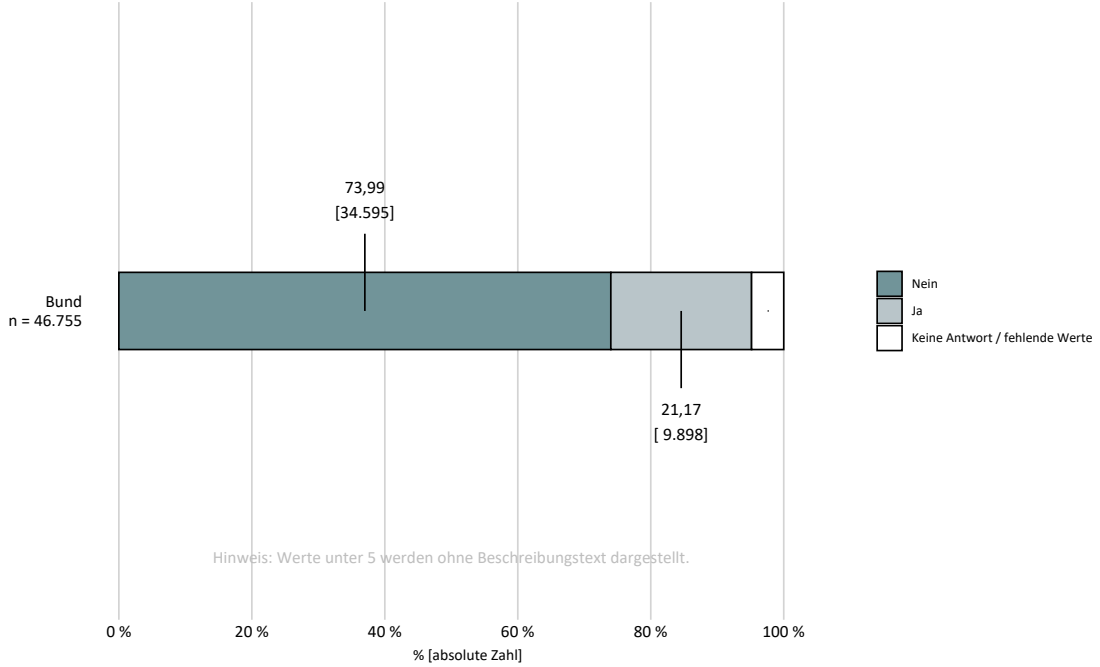


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	857	115	0,34	1.844,59	1,07

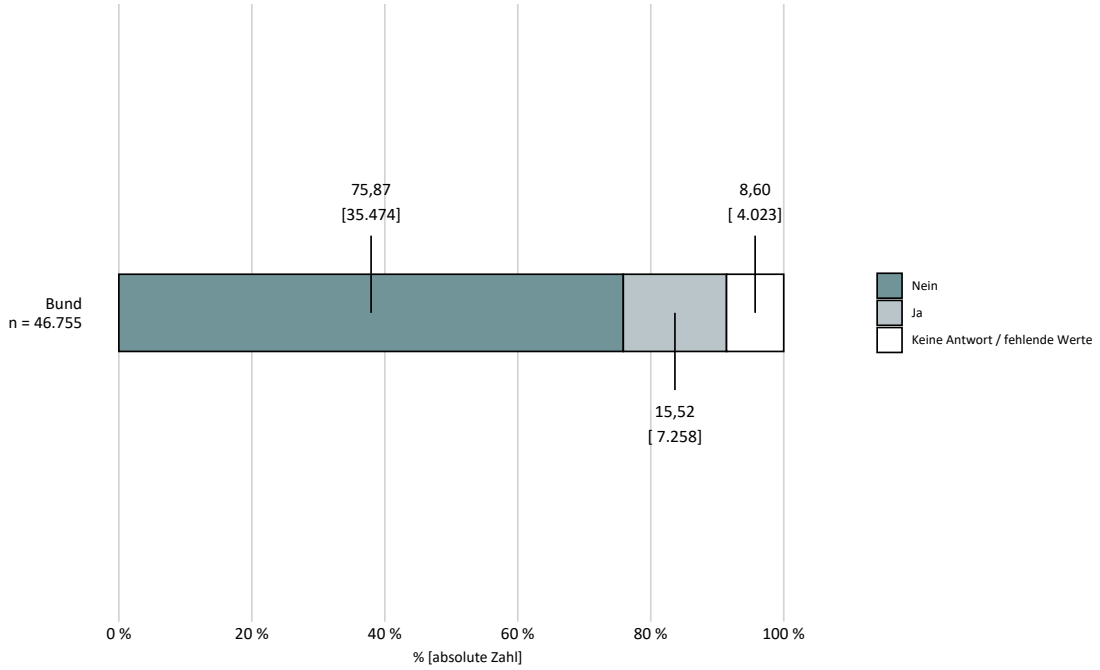
Schmerzhafte und / oder bewegungseinschränkende flächige Hämatombildung

Beschwerden: Ich hatte nach einer Woche immer noch Blutergüsse von der Prozedur, die sehr schmerzhaft waren.



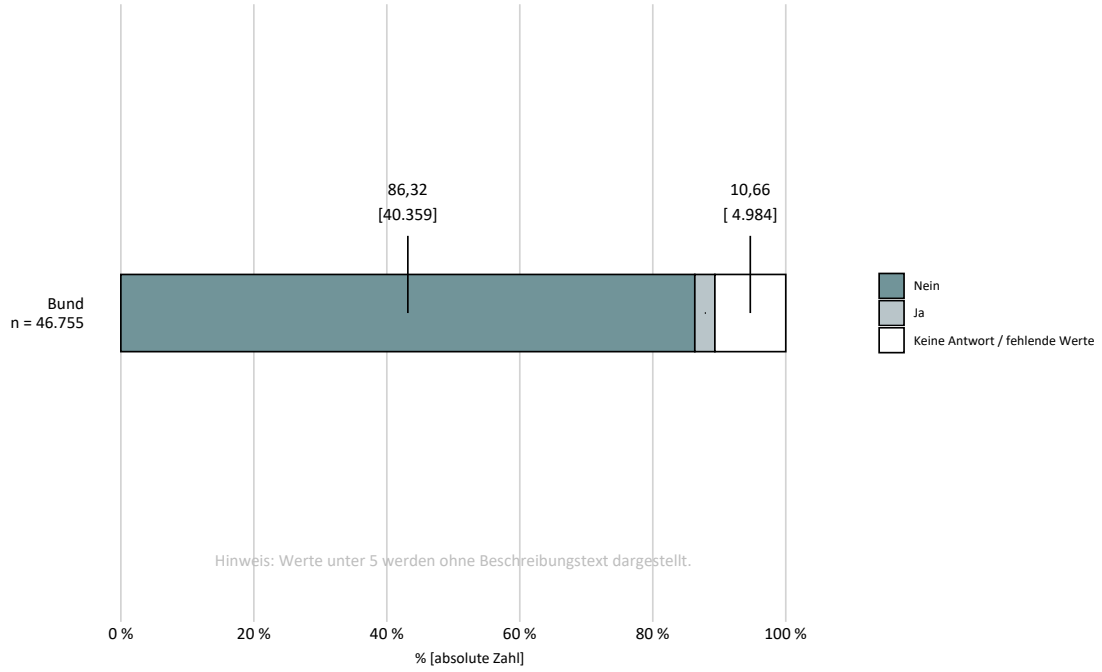
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nein	73,99	34.595
Ja	21,17	9.898
Keine Antwort / fehlende Werte	4,84	2.262

Beschwerden: Ich hatte nach einer Woche immer noch Blutergüsse von der Prozedur, die meine Bewegung einschränkten.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nein	75,87	35.474
Ja	15,52	7.258
Keine Antwort / fehlende Werte	8,60	4.023

Beschwerden: Ich musste wegen der Blutergüsse eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen.



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Nein	86,32	40.359
Ja	3,02	1.410
Keine Antwort / fehlende Werte	10,66	4.984

56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) eine Verbesserung der Symptomschwere spüren.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit elektiver PCI (isoliert oder einzeitig), die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.
Referenzbereich	≥ 1,04 (Mittelwert)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,025)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Stenteinlage geplant: 'bereits durchgeführt' Stenteinlage geplant: 'ja' Stenteinlage geplant: keine Information Vor Eingriff Spray gegen Luftnot: 'Ja' Vor Eingriff Spray gegen Luftnot: keine Information Beschwerden vor Prozedur: 'eher stark' Beschwerden vor Prozedur: 'eher leicht' Beschwerden vor Prozedur: 'leicht' Beschwerden vor Prozedur: 'keine'
Datenquellen	Patientenbefragung
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025
Stellungnahmeverfahren-Gruppe inkl. technischer Kurzbezeichnung	Verbesserung der Symptomschwere [VERB_SYMPTOM]

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant	VÄ	2023	1.584	1,09	1,02 - 1,19
		2024	1.692	1,01	0,96 - 1,06
		2025	1.764	1,02	0,97 - 1,07
	KH	2023	67	0,96	0,58 - 1,55
		2024	193	1,52	1,02 - 2,44
		2025	447	1,14	0,97 - 1,32

Dimension			Ergebnis n	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Stationär	BÄ	2023	201	1,10	0,95 - 1,27
		2024	193	1,27	1,09 - 1,48
		2025	259	1,08	0,94 - 1,24
	KH	2023	12.012	1,06	1,04 - 1,08
		2024	12.428	1,02	1,00 - 1,04
		2025	11.660	1,04	1,02 - 1,06
Selektivvertragliche Leistungen		2023	81	1,11	0,83 - 1,55
		2024	106	1,06	0,88 - 1,28
		2025	116	0,99	0,82 - 1,19
Bund		2023	13.945	1,06	1,04 - 1,08
		2024	14.612	1,03	1,01 - 1,04
		2025	14.246	1,04	1,02 - 1,06

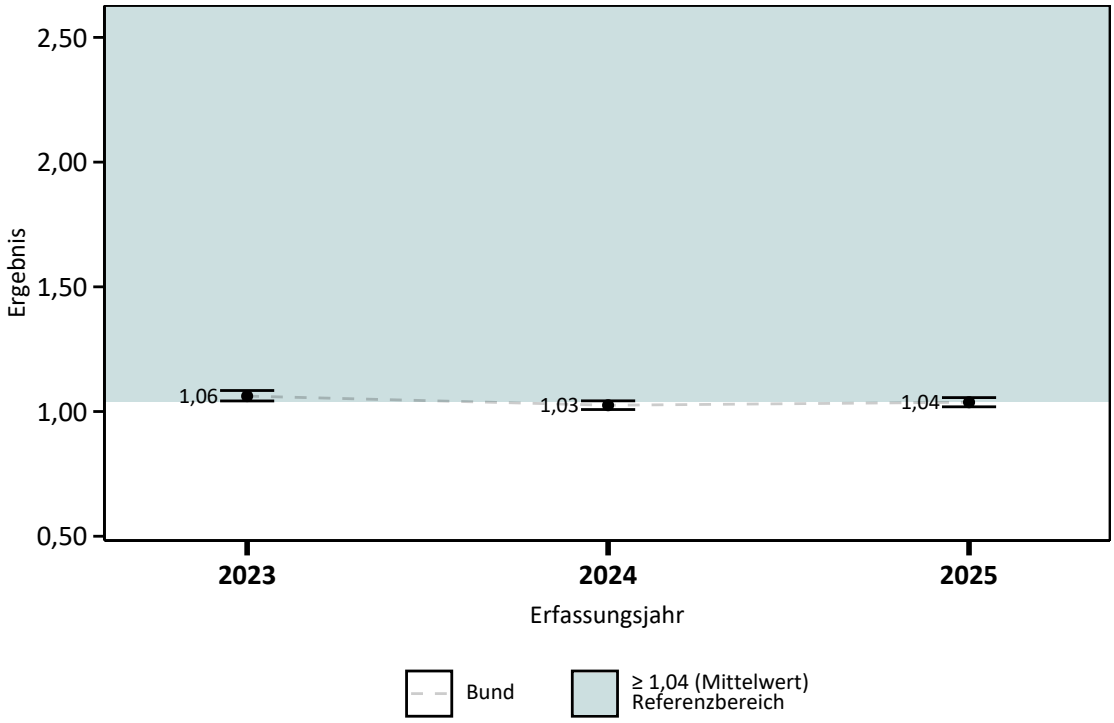
* Das Ergebnis wird als sog. Standardized Mortality Odds Ratio (SMOR) ausgewiesen. Es beschreibt das Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Chance für Punkte im Qualitätsindikator. Werte größer eins bedeuten, dass die beobachtete Chance für Punkte größer ist als die erwartete und umgekehrt. Ersteres ist positiv zu werten.

Ergebnisse der Merkmale

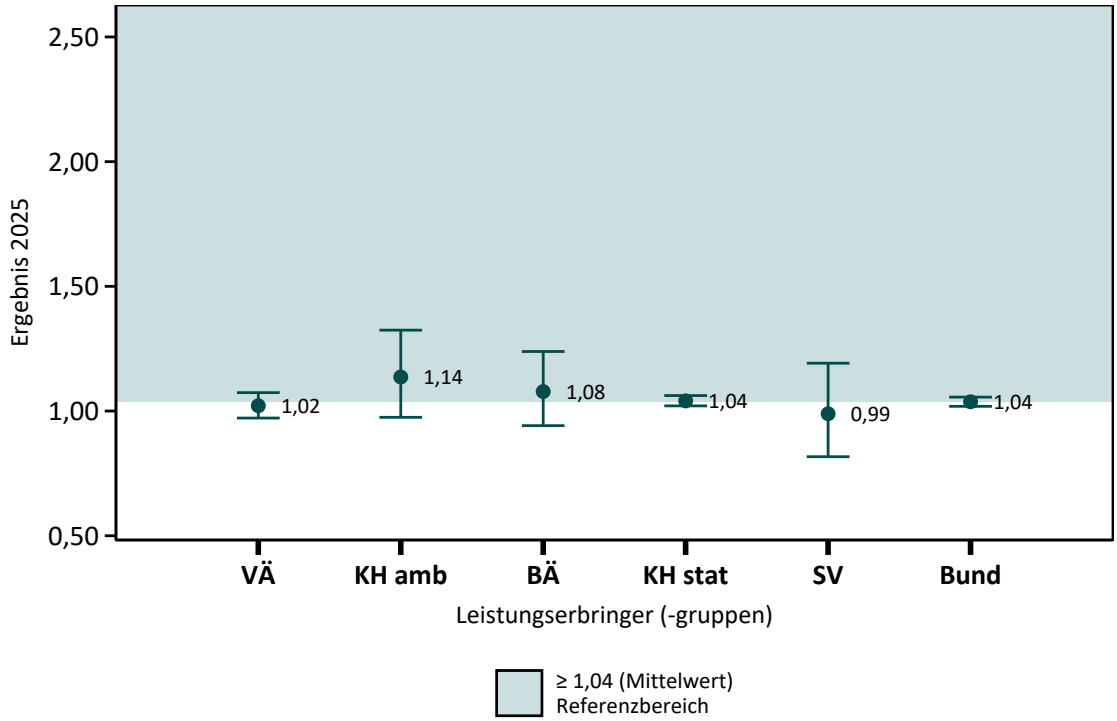
Öffentliche Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
M1_56118	Verbesserung der Symptomschwere	1,04

Ergebnisse im Zeitverlauf

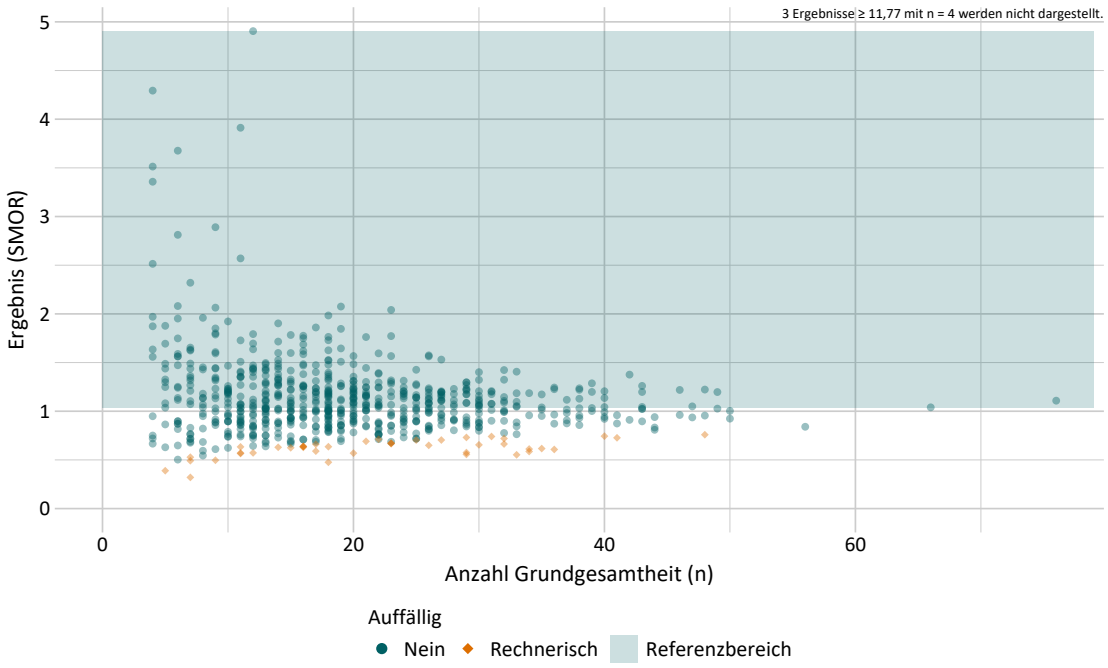
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer

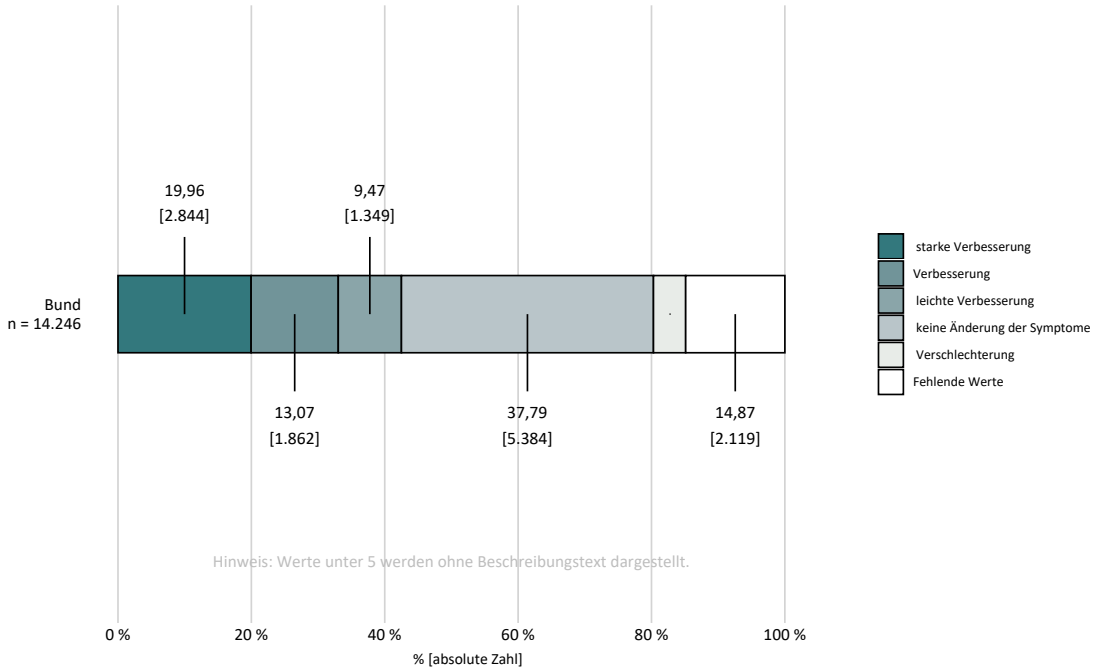


Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	722	43	0,32	1.316,88	1,06

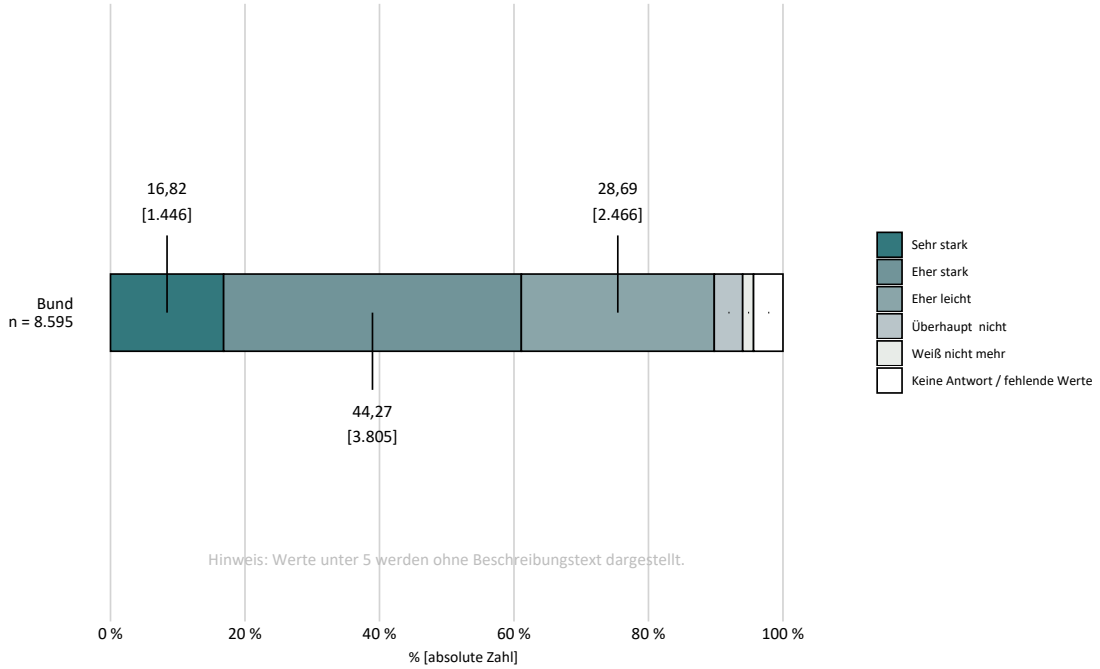
Verbesserung der Symptomschwere

Darstellung des Vorliegens der „Verbesserung der Symptomschwere“ (berechnete Funktion)



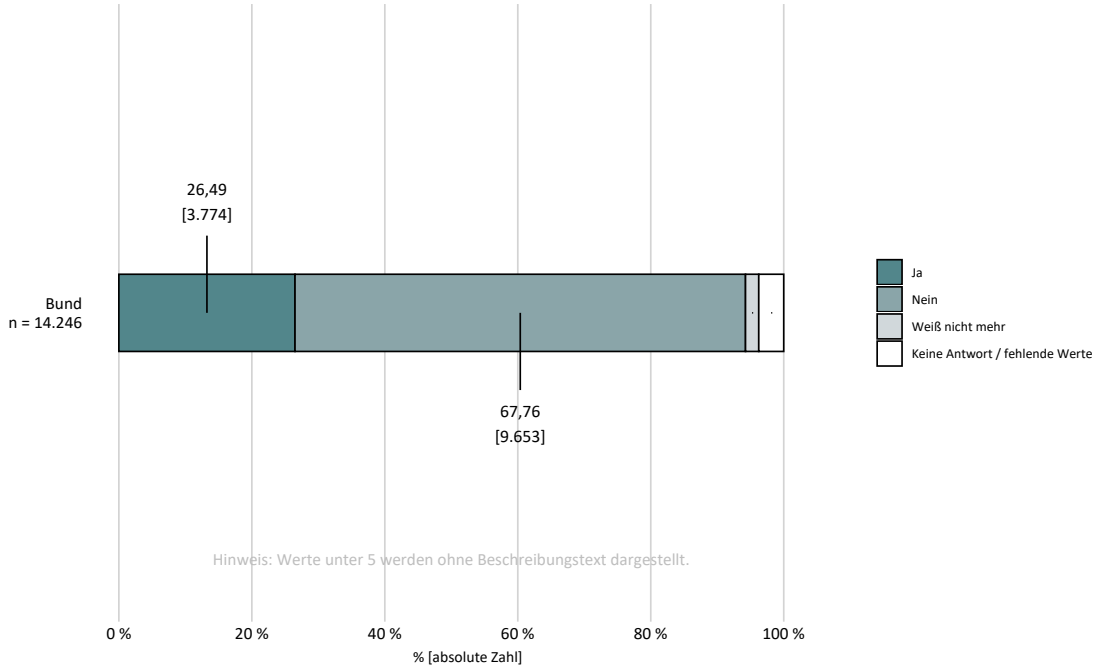
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
starke Verbesserung	19,96	2.844
Verbesserung	13,07	1.862
leichte Verbesserung	9,47	1.349
keine Änderung der Symptome	37,79	5.384
Verschlechterung	4,83	688
Fehlende Werte	14,87	2.119

Wie beeinträchtigt waren Sie in Ihrem Alltag vor dem Eingriff durch Angina pectoris (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot? (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot)



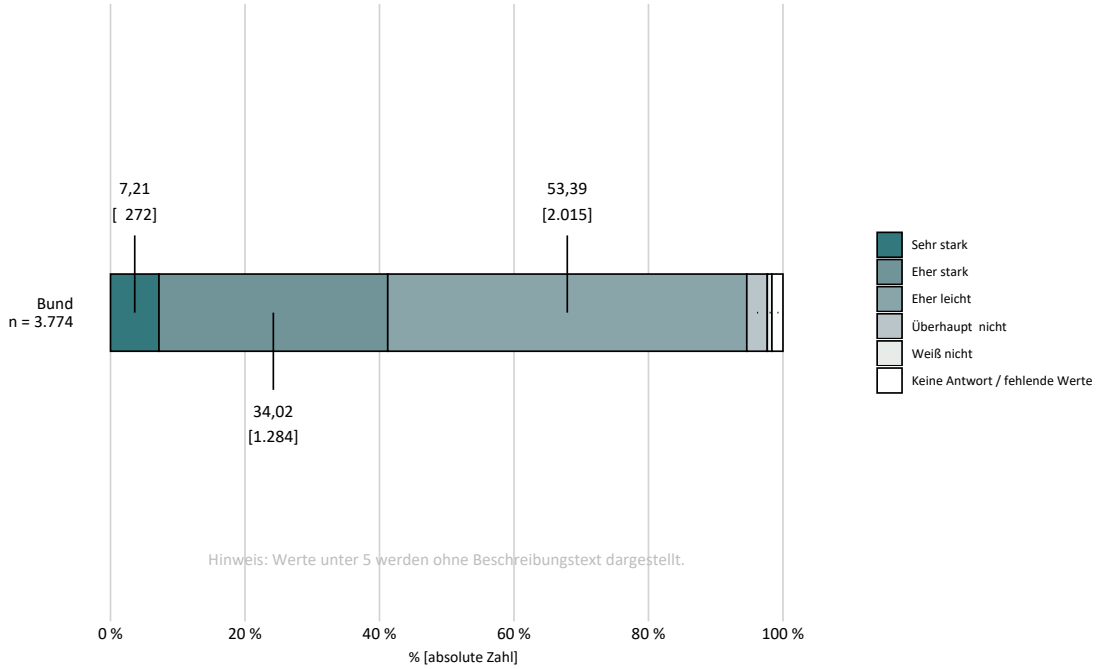
	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Sehr stark	16,82	1.446
Eher stark	44,27	3.805
Eher leicht	28,69	2.466
Überhaupt nicht	4,22	363
Weiß nicht mehr	1,62	139
Keine Antwort / fehlende Werte	4,37	376

Hatten Sie nach dem Eingriff Angina pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot (z. B. bei bestimmten Belastungen aber auch in Ruhe)?



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Ja	26,49	3.774
Nein	67,76	9.653
Weiß nicht mehr	1,99	284
Keine Antwort / fehlende Werte	3,76	535

Wie beeinträchtigt sind Sie seit dem Eingriff durch Angina pectoris (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot? (Nur Personen mit Angina pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingter Luftnot nach dem Eingriff)



	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit
Sehr stark	7,21	272
Eher stark	34,02	1.284
Eher leicht	53,39	2.015
Überhaupt nicht	3,05	115
Weiß nicht	0,69	26
Keine Antwort / fehlende Werte	1,64	62

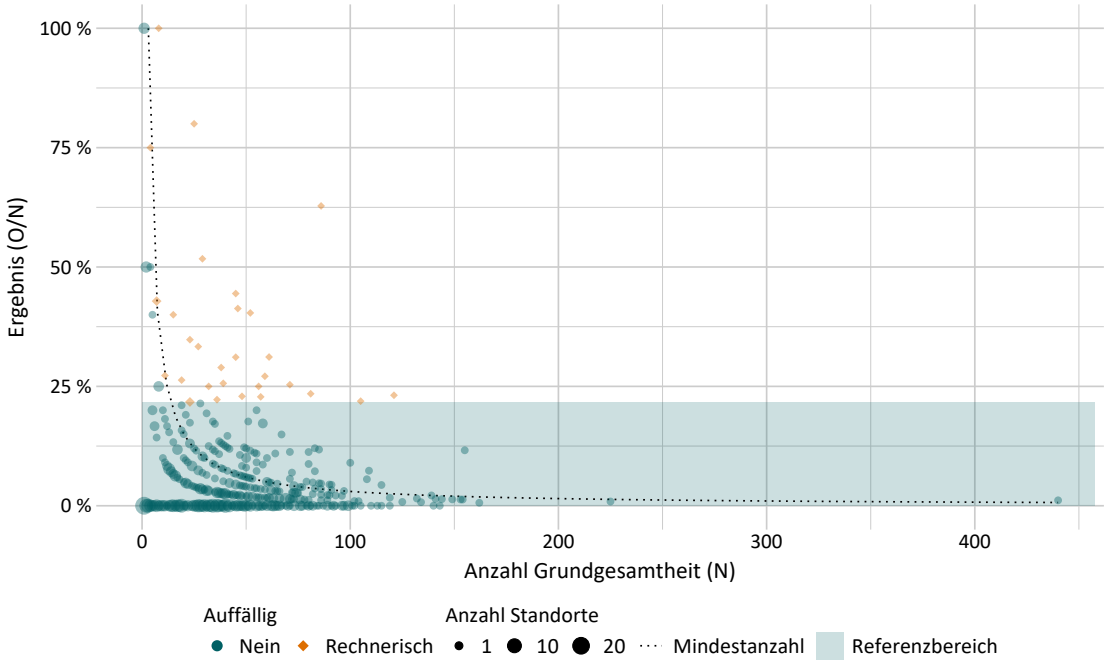
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852302: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die „Door-to-balloon“-Zeit ist ein wesentlicher Parameter zur Beurteilung der Prozessqualität der Versorgung von ST-Hebungsinfarkten und muss bekannt sein. Fälle, für die diese Zeitpunkte nicht bekannt sind, werden aus dem QI 56003 ausgeschlossen. **Hypothese** Fehldokumentation. Der "Door"-Zeitpunkt und "Balloon"-Zeitpunkt ist bekannt und in der Akte dokumentiert.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Grundgesamtheit	Alle Erst-PCIs (isoliert oder einzeitig) bei Patientinnen und Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies "unbekannt" ist und bei denen vor der Prozedur kein kardiogener Schock (stabilisiert oder instabil) vorlag. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor oder mit fehlenden Angaben zum "Door"- oder "Balloon"-Zeitpunkt
Zähler	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"
Referenzbereich	≤ 21,65 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	3
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	667	31	0,00	100,00	0,00

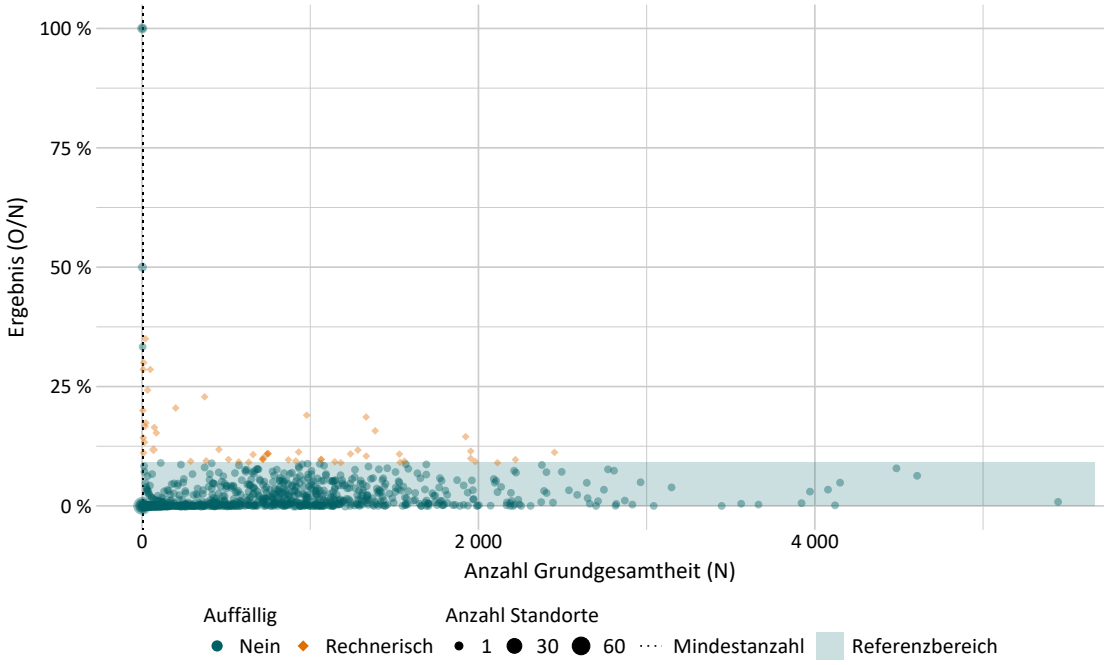
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Ambulant	**VÄ**	≤3	x	-
	KH	7 / 64	10,94	-
Stationär	**BÄ**	4 / 118	3,39	-
	KH	1.116 / 27.783	4,02	-
Selektivvertragliche Leistungen		0 / 0	-	-
Bund		1.127 / 27.968	4,03	4,65 % 31 / 667

852103: Angabe EF "unbekannt"

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die EF geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. **Hypothese** Fehlerhafte Dokumentation der Ejektionsfraktion (EF)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
Grundgesamtheit	Alle Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die im Herzkatheterlabor verstorben sind
Zähler	Alle Fälle mit einer als "unbekannt" dokumentierten Ejektionsfraktion (EF)
Referenzbereich	≤ 9,01 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.135	53	0,00	100,00	0,29

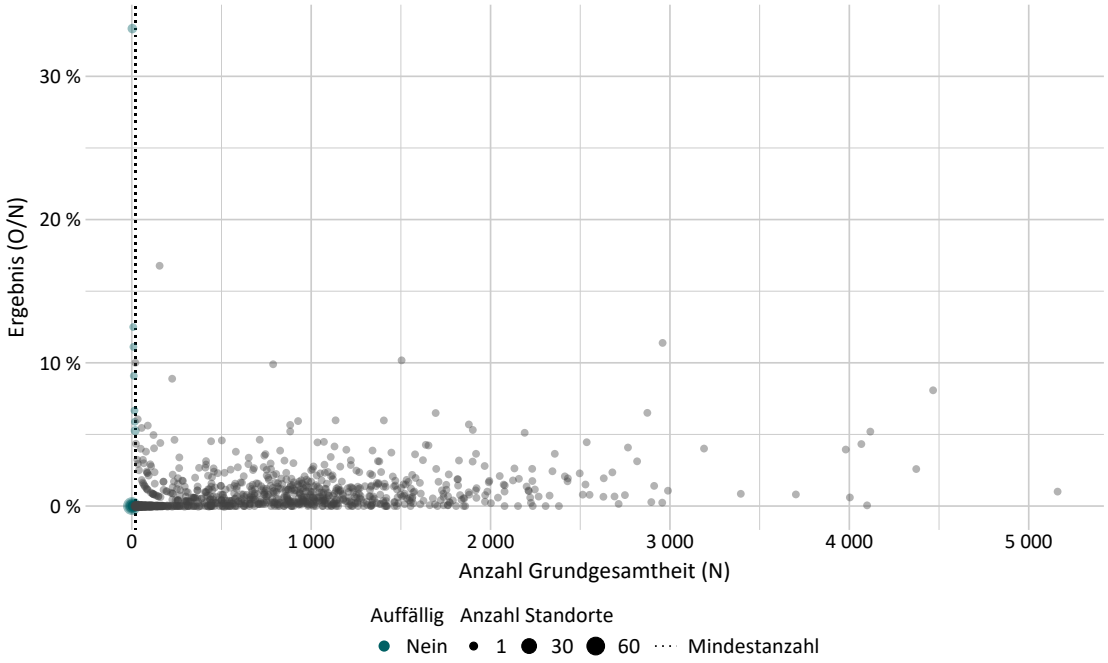
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Ambulant	**VÄ**	243 / 62.466	0,39	-
	KH	1.283 / 98.289	1,31	-
Stationär	**BÄ**	263 / 6.424	4,09	-
	KH	19.497 / 605.066	3,22	-
Selektivvertragliche Leistungen		8 / 3.660	0,22	-
Bund		21.294 / 775.905	2,74	4,67 % 53 / 1.135

852104: Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Eingriffe, für die die Angabe "Sonstiges" erfolgt ist, werden nicht in den u. g. QI einbezogen. **Hypothese** Fehldokumentation der führenden Indikation für die Koronarangiographie.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)
Grundgesamtheit	Alle Prozeduren, bei denen eine isolierte Koronarangiographie oder eine einzeitige Koronarangiographie/PCI erfolgt ist
Zähler	Angabe "sonstiges" als führende Indikation für eine Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.133	0	0,00	33,33	0,27

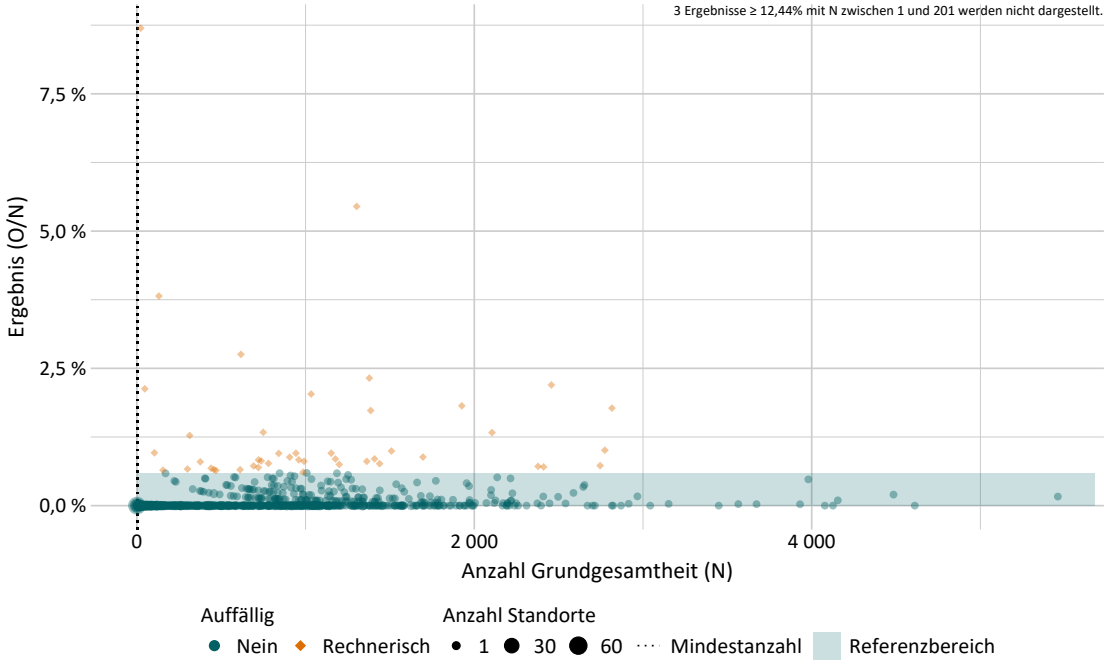
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Ambulant	**VÄ**	238 / 62.063	0,38	-
	KH	1.090 / 98.199	1,11	-
Stationär	**BÄ**	29 / 6.419	0,45	-
	KH	8.665 / 613.507	1,41	-
Selektivvertragliche Leistungen		18 / 3.545	0,51	-
Bund		10.040 / 783.733	1,28	0,00 % 0 / 1.133

852105: Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das Datenfeld zum "Zustand nach koronarer Bypass-OP" geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. **Hypothese** Fehldokumentation. Die Angabe liegt für die Darstellung der Koronargefäße vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	"Zustand nach koronarer Bypass-OP" ist "unbekannt"
Referenzbereich	≤ 0,60 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.135	46	0,00	100,00	0,00

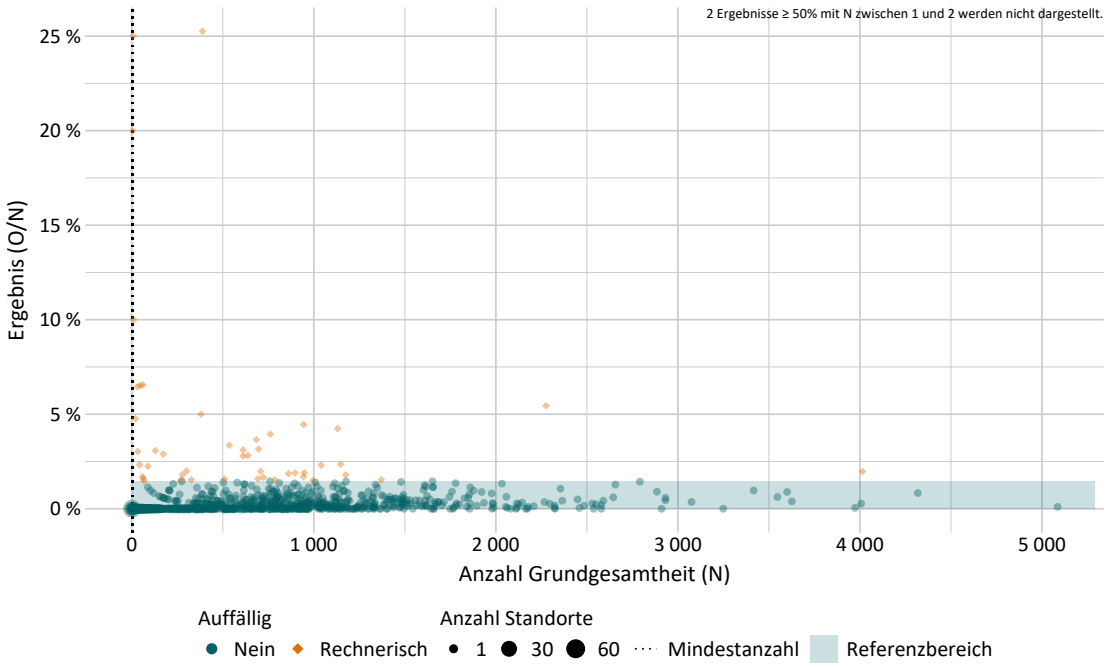
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Ambulant	**VÄ**	36 / 62.467	0,06	-
	KH	132 / 98.308	0,13	-
Stationär	**BÄ**	5 / 6.425	0,08	-
	KH	986 / 606.323	0,16	-
Selektivvertragliche Leistungen		≤3 / 3.662	x	-
Bund		1.160 / 777.185	0,15	4,05 % 46 / 1.135

852106: Angabe Kreatininwert "unbekannt"

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Datenfelder zum "Kreatininwert" werden zur Berechnung der GFR verwendet, die als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen eingeht. **Hypothese** Unterdokumentation des Kreatininwertes (bei Kontrastmittelgabe ist die Nierenfunktion in der Regel vorher bekannt).
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen 56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
Grundgesamtheit	Alle Prozeduren unter Ausschluss von Notfallprozeduren
Zähler	Kreatininwert i.S. ist unbekannt
Referenzbereich	≤ 1,45 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.114	46	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

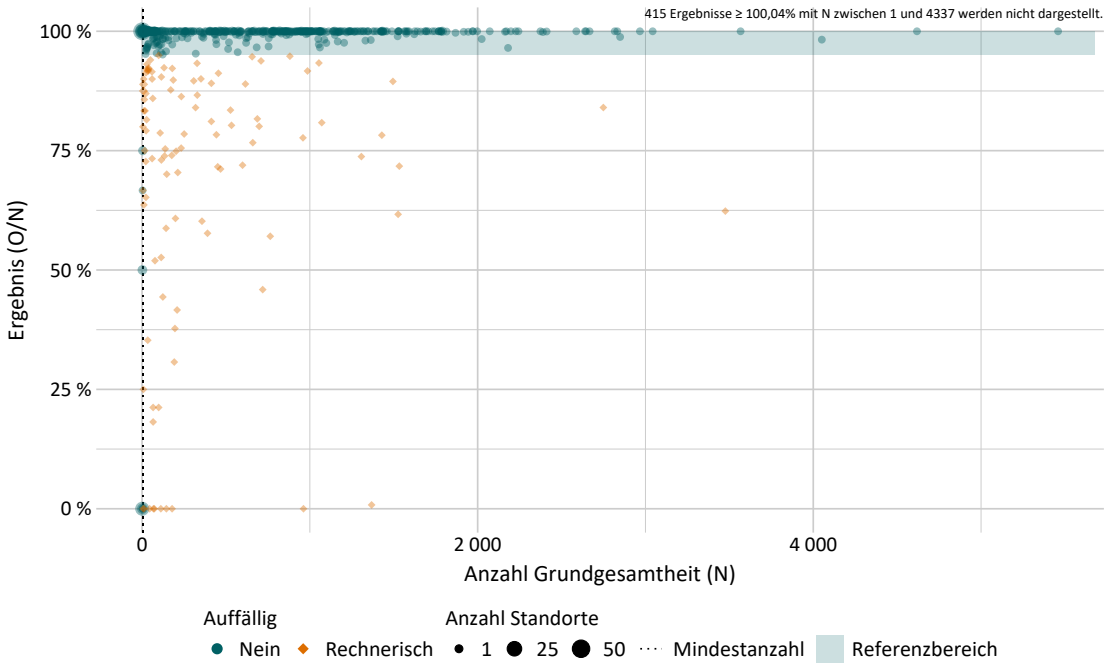
Dimension / Erfassungsjahr 2025		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Ambulant	**VÄ**	133 / 62.660	0,21	-
	KH	414 / 97.655	0,42	-
Stationär	**BÄ**	23 / 6.185	0,37	-
	KH	2.460 / 547.724	0,45	-
Selektivvertragliche Leistungen		7 / 3.656	0,19	-
Bund		3.037 / 717.880	0,42	4,13 % 46 / 1.114

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.235	105	0,00	17.300,00	100,00

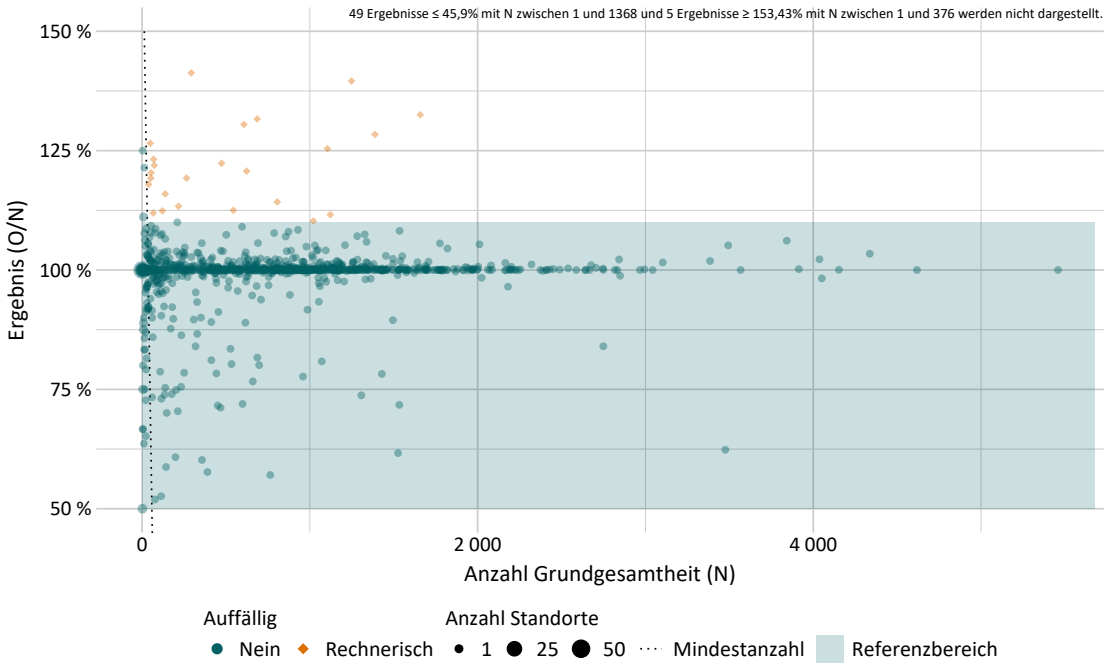
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen	68.893 / 76.305	90,29	-
Krankenhäuser	705.072 / 700.404	100,67	-
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	3.662 / 3.604	101,61	-
Bund	777.627 / 780.313	99,66	8,50 % 105 / 1.235

852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.235	29	0,00	17.300,00	100,00

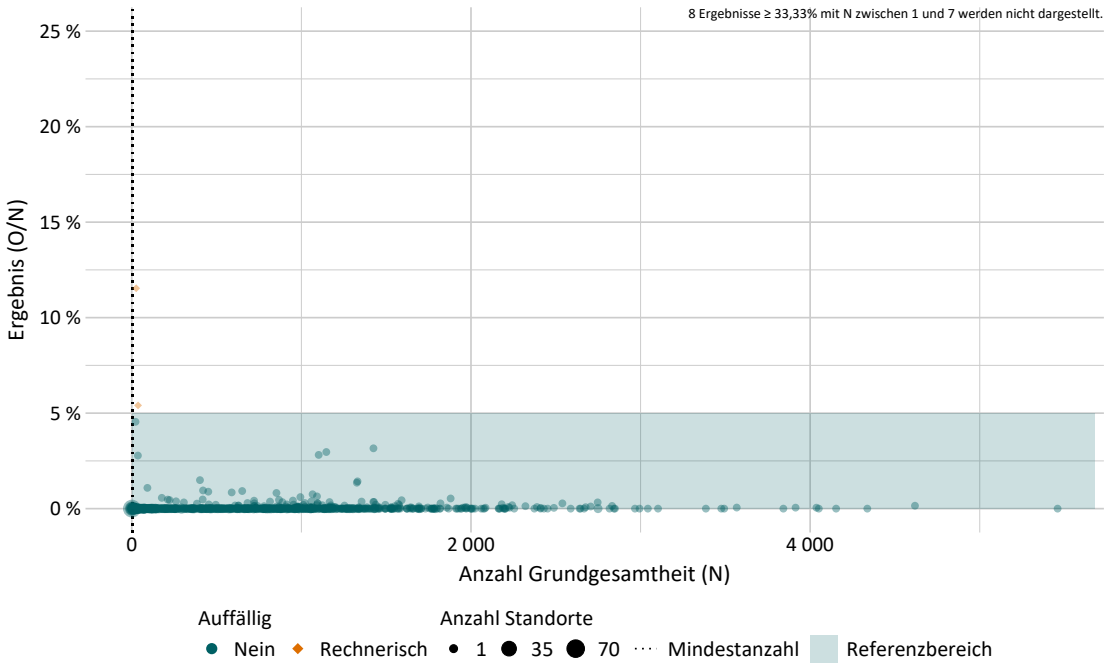
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen	68.893 / 76.305	90,29	-
Krankenhäuser	705.072 / 700.404	100,67	-
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	3.662 / 3.604	101,61	-
Bund	777.627 / 780.313	99,66	2,35 % 29 / 1.235

852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.235	3	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen	≤3 / 76.305	x	-
Krankenhäuser	441 / 700.404	0,06	-
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	0 / 3.604	0,00	-
Bund	442 / 780.313	0,06	0,24 % 3 / 1.235

Basisauswertung

QS Dokumentation

Übersicht (Gesamt)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 777.185**	
Aufnahmequartal/Quartal der Behandlung		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	6.684	0,86
1. Quartal	202.976	26,12
2. Quartal	191.463	24,64
3. Quartal	194.451	25,02
4. Quartal	181.611	23,37
Status des Leistungserbringers		
(1) Krankenhaus	704.631	90,66
(2) Vertragsarzt	68.892	8,86
(3) Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen	3.662	0,47
Art der Leistungserbringung		
(1) ambulant	164.437	21,16
(2) stationär	610.375	78,54
(3) vorstationär	2.373	0,31

Übersicht (Gesamt)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 777.185**	
Status des Leistungserbringers und Art der Leistungserbringung[6]		
(1) Krankenhaus (ambulant)	98.308	12,65
(2) Krankenhaus (stationär)	603.952	77,71
(3) Krankenhaus (vorstationär)	2.371	0,31
(4) Vertragsarzt (ambulant vertragsärztlich)	62.467	8,04
(5) Vertragsarzt (ambulant selektivvertraglich)	3.662	0,47
(6) Vertrags-/Belegarzt (stationär)	6.423	0,83

[6] Die Ausprägung „Vertragsarzt (vorstationär)“ wird nicht abgebildet, weshalb die Ausprägungen ((1) bis (6)) kumuliert betrachtet nicht der Gesamtanzahl (N) aller Patientinnen und Patienten entsprechen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Krankenhausversorgung	**N = 704.631**	
Verbringungsleistung		
(0) nein, keine Verbringungsleistung	693.046	98,36
(1) ja, Verbringungsleistung	11.585	1,64
Gesamt	704.631	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Aufnahme- und Entlassungsdatum	**N = 612.748**	
stationäre Verweildauer		
≤ 1 Tag	145.716	23,78
2 Tage	90.282	14,73
3 Tage	67.522	11,02
4 Tage	56.689	9,25
5 Tage	45.979	7,50
6 Tage	36.304	5,92
7 Tage	30.748	5,02
8 Tage	23.356	3,81
9 Tage	16.710	2,73
10 Tage	12.941	2,11
11 - 15 Tage	40.528	6,61
16 - 20 Tage	17.855	2,91
21 - 30 Tage	16.971	2,77
31 - 50 Tage	8.325	1,36
> 50 Tage	2.822	0,46

	Bund (gesamt)
stationäre Verweildauer (Tage)	
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	2,00
Mittelwert	5,95
Median	4,00
75. Perzentil	7,00
95. Perzentil	20,00

Patientinnen und Patienten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 777.185**	
Geschlecht		
(1) männlich	492.877	63,42
(2) weiblich	284.080	36,55
(3) divers	24	0,00
(8) unbestimmt	181	0,02
(9) unbekannt	23	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Erstprozedur und gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)	**N = 777.185**	
Altersverteilung		
18 - 29 Jahre	1.929	0,25
30 - 39 Jahre	7.908	1,02
40 - 49 Jahre	35.440	4,56
50 - 59 Jahre	116.667	15,01
60 - 69 Jahre	220.069	28,32
70 - 79 Jahre	223.905	28,81
≥ 80 Jahre	171.267	22,04

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Erstprozedur und gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)	777.185
5. Perzentil	48,00
25. Perzentil	61,00
Mittelwert	69,08
Median	70,00
75. Perzentil	78,00
95. Perzentil	86,00

Altersverteilung und Geschlecht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

Alter und Geschlecht	männlich	weiblich	divers
Patientinnen und Patienten mit Erstprozedur und gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)			
Bund (gesamt)			
18 - 29 Jahre	1.535 **0,31 %**	394 **0,14 %**	0 **0,00 %**
30 - 39 Jahre	6.155 **1,25 %**	1.753 **0,62 %**	0 **0,00 %**
40 - 49 Jahre	26.653 **5,41 %**	8.780 **3,09 %**	≤3 **x %**
50 - 59 Jahre	84.549 **17,15 %**	32.089 **11,30 %**	6 **25,00 %**
60 - 69 Jahre	148.831 **30,20 %**	71.168 **25,05 %**	6 **25,00 %**
70 - 79 Jahre	133.725 **27,13 %**	90.098 **31,72 %**	4 **16,67 %**
≥ 80 Jahre	91.429 **18,55 %**	79.798 **28,09 %**	6 **25,00 %**
Gesamt	492.877 **100,00 %**	284.080 **100,00 %**	24 **100,00 %**

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg und BMI von ≥ 12 bis ≤ 55	**N = 760.800**	
BMI-Klassifikation (WHO)		
Untergewicht (< 18,5)	9.249	1,22
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	219.486	28,85
leichtes Übergewicht (≥ 25 - < 30)	296.859	39,02
Übergewicht Klasse I (≥ 30 - < 35)	155.891	20,49
Übergewicht Klasse II (≥ 35 - < 40)	54.958	7,22
Übergewicht Klasse III (≥ 40)	24.357	3,20

	Bund (gesamt)
BMI Verteilung	
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg und BMI von ≥ 12 bis ≤ 55	760.800
5. Perzentil	20,81
25. Perzentil	24,51
Mittelwert	28,16
Median	27,44
75. Perzentil	31,05
95. Perzentil	38,06

Vorgeschichte

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 777.185**	
Zustand nach koronarer Bypass-OP		
(0) nein	735.677	94,66
(1) ja	40.348	5,19
(9) unbekannt	1.160	0,15
Ejektionsfraktion unter 40 %		
(0) nein	651.896	83,88
(1) ja	93.730	12,06
(2) fraglich	10.103	1,30
(9) unbekannt	21.456	2,76

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Prozeduren	**N = 808.282**	
Herzinsuffizienz		
(0) keine Herzinsuffizienz	220.141	27,24
(1) NYHA I (Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit)	89.672	11,09
(2) NYHA II (Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung)	292.893	36,24
(3) NYHA III (Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung)	171.904	21,27
(4) NYHA IV (Beschwerden im Ruhezustand)	33.672	4,17
davon kardiogener Schock		
(0) nein	20.035	59,50
(1) ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert	7.448	22,12
(2) ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	6.189	18,38

Interventionen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Prozeduren	**N = 808.282**	
Interventionen gesamt		
isolierte Koronarangiographie	496.783	61,46
isolierte PCI	24.549	3,04
einzeitige Koronarangiographie und PCI	286.950	35,50
Dringlichkeit der Prozedur		
(1) elektiv	541.295	66,97
(2) dringend	176.585	21,85
(3) notfallmäßig	90.402	11,18

Postprozeduraler Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten ohne Exitus im Herzkatheterlabor während mindestens einer Prozedur	**N = 776.017**	
postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	775.392	99,92
(1) ja, NSTEMI	303	0,04
(2) ja, STEMI	322	0,04
postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		
(0) nein	775.385	99,92
(1) ja, TIA	225	0,03
(2) ja, Schlaganfall	407	0,05

Postprozeduraler Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten ohne Exitus im Herzkatheterlabor während mindestens einer Prozedur	**N = 776.017**	
postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei einer Koronarangiographie oder PCI		
(0) nein	775.354	99,91
(1) ja	663	0,09
postprozedurale Transfusion im Zusammenhang mit der durchgeführten PCI oder Koronarangiographie		
(0) nein	775.275	99,90
(1) ja	742	0,10
postprozedurales Aneurysma spurium		
(0) nein	775.059	99,88
(1) ja	958	0,12

Koronarangiographie

Patientinnen und Patienten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 762.263**	
Geschlecht		
(1) männlich	481.905	63,22
(2) weiblich	280.135	36,75
(3) divers	24	0,00
(8) unbestimmt	177	0,02
(9) unbekannt	22	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie bei Erstprozedur und gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)	**N = 761.901**	
Altersverteilung		
18 - 29 Jahre	1.918	0,25
30 - 39 Jahre	7.851	1,03
40 - 49 Jahre	34.981	4,59
50 - 59 Jahre	114.676	15,05
60 - 69 Jahre	215.701	28,31
70 - 79 Jahre	219.107	28,76
≥ 80 Jahre	167.667	22,01

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Erstprozedur Koronarangiographie und gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)	761.901
5. Perzentil	48,00
25. Perzentil	61,00
Mittelwert	69,05
Median	70,00
75. Perzentil	78,00
95. Perzentil	86,00

Vorgeschichte

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 783.733**	
Herzinsuffizienz		
(0) keine Herzinsuffizienz	213.694	27,27
(1) NYHA I (Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit)	87.139	11,12
(2) NYHA II (Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung)	283.330	36,15
(3) NYHA III (Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung)	166.676	21,27
(4) NYHA IV (Beschwerden im Ruhezustand)	32.894	4,20
davon kardiogener Schock		
(0) nein	19.595	59,57
(1) ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert	7.261	22,07
(2) ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	6.038	18,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Elektive oder dringliche Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 694.797**	
Dialysepflicht		
(0) nein	598.876	86,19
(1) ja	8.722	1,26
(9) unbekannt	2.849	0,41

Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 783.733**	
Akutes Koronarsyndrom[7]		
(0) nein	545.407	69,59
davon stabile Angina pectoris oder Angina-pectoris-Äquivalent (Belastungs-Dyspnoe) bei chronischem Koronarsyndrom (CCS)		
(0) nein	154.786	28,38
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	54.377	9,97
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	192.687	35,33
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	86.876	15,93
(4) atypische Angina pectoris	56.681	10,39
(1) ja	238.326	30,41
davon Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms		
(0) nein	224.650	94,26
(1) ja	13.676	5,74

[7] ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina)

Indikation und Diagnose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Koronarangiographien	**N = 783.733**	
Führende Indikation zur Koronarangiographie		
(1) V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK	261.738	33,40
(2) Verdacht auf Progression der bekannten KHK	180.373	23,01
(3) akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)	68.290	8,71
(4) akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungs-Infarkt (NSTEMI)	127.552	16,27
(5) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden)	42.891	5,47
(6) subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden)	6.188	0,79
(7) elektive Kontrolle nach Koronarintervention	17.624	2,25
(8) Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%)	20.814	2,66
(9) Vitium bzw. Endokarditis	47.332	6,04
(10) Komplikation nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI	891	0,11
(99) sonstige	10.040	1,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 783.733**	
objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen		
(0) nein	144.552	18,44
(1) ja	324.068	41,35
(2) fraglich	45.087	5,75
(9) unbekannt	31.700	4,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie und nachgewiesenen oder fraglichen Ischämiezeichen	**N = 369.155**	
zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik		
(1) Ruhe-EKG	76.279	20,66
(2) Ruhe-Echokardiographie	145.316	39,36
(3) Belastungs-EKG	44.940	12,17
(4) Stress-Echokardiographie	16.951	4,59
(5) Stress-MRT	8.405	2,28
(6) Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)	18.972	5,14
(7) SPECT-Myokardszintigraphie	28.936	7,84
(8) Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	1.493	0,40
(9) sonstiges	27.756	7,52

Intervention

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Koronarangiographien	**N = 783.733**	
Anzahl diagnostischer Koronarangiographien (mit oder ohne Intervention) während eines Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb eines Behandlungsfalles (ambulant)		
1 Prozedur	748.926	95,56
2 Prozeduren	32.593	4,16
3 Prozeduren	2.007	0,26
4 Prozeduren	139	0,02
5 Prozeduren	58	0,01
> 5 Prozeduren	10	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 783.733**	
Dringlichkeit der Prozedur		
(1) elektiv	522.651	66,69
(2) dringend	172.146	21,96
(3) notfallmäßig	88.936	11,35

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	765.261
5. Perzentil	0,62
Mittelwert	1,12
Median	1,00
95. Perzentil	1,80
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	765.261
5. Perzentil	55,00
Mittelwert	99,23
Median	88,40
95. Perzentil	159,12

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 783.733**	
Kreatininwert i.S. unbekannt		
(1) ja	18.391	2,35

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 783.733**	
Zugangsweg		
(1) Arteria radialis	590.573	75,35
(2) Arteria femoralis	152.967	19,52
(3) Arteria brachialis	1.979	0,25
(8) Sonstiger Zugang	31.180	3,98

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit Koronarangiographie	**N = 783.733**	
Intraprozedural auftretende Ereignisse[8]		
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem intraprozeduralen Ereignis	6.243	0,80
koronarer Verschluss	1.204	0,15
TIA / Schlaganfall	219	0,03
Exitus im Herzkatheterlabor	1.228	0,16
sonstige	3.864	0,49

[8] Mehrfachnennung möglich

PCI

Patientinnen und Patienten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 298.302**	
Geschlecht		
(1) männlich	210.591	70,60
(2) weiblich	87.647	29,38
(3) divers	7	0,00
(8) unbestimmt	45	0,02
(9) unbekannt	12	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit PCI bei Erstprozedur und gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)	**N = 286.146**	
Altersverteilung		
18 - 29 Jahre	145	0,05
30 - 39 Jahre	1.837	0,64
40 - 49 Jahre	11.759	4,11
50 - 59 Jahre	42.389	14,81
60 - 69 Jahre	80.884	28,27
70 - 79 Jahre	82.427	28,81
≥ 80 Jahre	66.705	23,31

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Erstprozedur PCI und gültiger Altersangabe (18 - 122 Jahre)	286.146
5. Perzentil	50,00
25. Perzentil	62,00
Mittelwert	69,68
Median	70,00
75. Perzentil	79,00
95. Perzentil	87,00

Vorgeschichte

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 311.499**	
Herzinsuffizienz		
(0) keine Herzinsuffizienz	87.100	27,96
(1) NYHA I (Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit)	34.631	11,12
(2) NYHA II (Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung)	111.951	35,94
(3) NYHA III (Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung)	61.776	19,83
(4) NYHA IV (Beschwerden im Ruhezustand)	16.041	5,15
davon kardiogener Schock		
(0) nein	7.606	47,42
(1) ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert	4.194	26,15
(2) ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	4.241	26,44

	Bund (gesamt)	
	n	%
Elektive oder dringliche Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 249.008**	
Dialysepflicht		
(0) nein	214.507	86,14
(1) ja	3.447	1,38
(9) unbekannt	1.029	0,41

Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 311.499**	
Akutes Koronarsyndrom[9]		
(0) nein	173.341	55,65
davon stabile Angina pectoris oder Angina-pectoris-Äquivalent (Belastungs-Dyspnoe) bei chronischem Koronarsyndrom (CCS)		
(0) nein	35.785	20,64
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	15.710	9,06
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	70.346	40,58
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	39.946	23,04
(4) atypische Angina pectoris	11.554	6,67
(1) ja	138.158	44,35
davon Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms		
(0) nein	128.825	93,24
(1) ja	9.333	6,76

[9] ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina)

Indikation und Diagnose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle PCI	**N = 311.499**	
Indikation zur PCI		
(1) stabile Angina pectoris (nach CCS)	111.530	35,80
(2) akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)	29.625	9,51
(3) akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	73.534	23,61
(4) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden)	37.380	12,00
(5) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden)	5.160	1,66
(6) prognostische Indikation oder stumme Ischämie	47.893	15,38
(7) Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI	646	0,21
(9) sonstige	5.731	1,84

Intervention

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle PCI	**N = 311.499**	
Anzahl PCI während eines Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb eines Behandlungsfalls (ambulant)		
1 Prozedur	288.515	92,62
2 Prozeduren	21.748	6,98
3 Prozeduren	1.145	0,37
4 Prozeduren	53	0,02
5 Prozeduren	15	0,00
> 5 Prozeduren	23	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 311.499**	
Dringlichkeit der Prozedur		
(1) elektiv	174.823	56,12
(2) dringend	74.185	23,82
(3) notfallmäßig	62.491	20,06

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	298.331
5. Perzentil	0,70
Mittelwert	1,15
Median	1,00
95. Perzentil	1,90
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	298.331
5. Perzentil	61,88
Mittelwert	101,52
Median	88,40
95. Perzentil	167,96

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 311.499**	
Kreatininwert i.S. unbekannt		
(1) ja	13.129	4,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 311.499**	
Zugangsweg		
(1) Arteria radialis	218.553	70,16
(2) Arteria femoralis	76.558	24,58
(3) Arteria brachialis	832	0,27
(8) Sonstiger Zugang	12.434	3,99

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle PCI	**N = 311.499**	
Intervention (nach OPS)[10]		
(8-837.0*) Ballon-Angioplastie	280.217	89,96
(8-837.1*) Laser-Angioplastie	58	0,02
(8-837.2*) Atherektomie	324	0,10
(8-837.5*) Rotablation	8.350	2,68
(8-837.k*) Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents	2.334	0,75
(8-837.m*) Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents	272.222	87,39
(8-837.p) Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)	814	0,26
(8-837.q) Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)	22.163	7,11
(8-837.u) Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents	28	0,01
(8-837.v) Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents	188	0,06
(8-837.w*) Einlegen eines beschichteten Stents	919	0,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle PCI	**N = 311.499**	
PCI an[11]		
(1) Hauptstamm	20.428	6,56
(2) LAD	153.734	49,35
(3) RCX	84.939	27,27
(4) RCA	101.393	32,55
PCI mit besonderen Merkmalen		
(0) nein	176.726	56,73
(1) ja	134.773	43,27
davon[12]		
PCI am kompletten Gefäßverschluss	49.985	37,09
PCI eines Koronarbypasses	3.503	2,60
PCI am ungeschützten Hauptstamm	15.694	11,64
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA	31.028	23,02
PCI am letzten verbliebenen Gefäß	1.109	0,82
PCI an einer In-Stent Stenose	27.433	20,35
PCI an einer Bifurkationsstenose	36.516	27,09
sonstiges	19.032	14,12

[10] Mehrfachnennung möglich
[11] Mehrfachnennung möglich
[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Door-to-Ballon-Zeit (in Min)	
PCI bei Erstprozedur und ST-Hebungsinfarkt ohne Fibrinolyse vor der Prozedur und mit Angabe von Werten[13]	31.401
5. Perzentil	16,00
25. Perzentil	29,00
Median	42,00
Mittelwert	429,71
75. Perzentil	57,00
95. Perzentil	117,00

[13] Bei Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt und keiner oder unbekannter Fibrinolyse. Berücksichtigt werden nur Prozeduren, mit Door- und Balloondatumsangaben aus dem Erfassungsjahr, dem Jahr davor oder fehlenden Angaben.

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Patientinnen und Patienten mit PCI	**N = 311.499**	
Intraprozedural auftretende Ereignisse[14]		
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem intraprozeduralen Ereignis	5.142	1,65
koronarer Verschluss	1.222	0,39
TIA / Schlaganfall	120	0,04
Exitus im Herzkatheterlabor	1.024	0,33
sonstige	3.051	0,98

[14] Mehrfachnennung möglich

Sozialdaten

Erfassungsjahr 2024

7 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI	**N = 766.858**	
Aneurysma spurium bei therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (QI 56012)		
I72.4 Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	201	0,03
I72.1 Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität	58	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem akuten Myokardinfarkt	**N = 405.834**	
akuter Myokardinfarkt bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	840	0,21
I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	51	0,01
I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	34	0,01
I21.2 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	12	0,00
I21.3 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	9	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem akuten Myokardinfarkt	**N = 188.962**	
akuter Myokardinfarkt bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	430	0,23
I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	99	0,05
I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	45	0,02
I21.2 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	17	0,01
I21.3 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	6	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem rezidivierenden Myokardinfarkt	**N = 43.006**	
rezidivierender Myokardinfarkt bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
I22 Rezidivierender Myokardinfarkt	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall	**N = 440.272**	
Schlaganfall bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
I63 Hirninfarkt	473	0,11
I61 Intrazerebrale Blutung	15	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall	**N = 261.248**	
Schlaganfall bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
I63 Hirninfarkt	239	0,09
I61 Intrazerebrale Blutung	30	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall	**N = 42.678**	
Schlaganfall bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
I63 Hirninfarkt	32	0,07
I61 Intrazerebrale Blutung	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegender transitorischer ischämischer Attacke (TIA)	**N = 442.504**	
TIA (transitorische ischämische Attacke) bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	97	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegender transitorischer ischämischer Attacke (TIA)	**N = 262.434**	
TIA (transitorische ischämische Attacke) bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	42	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegender transitorischer ischämischer Attacke (TIA)	**N = 43.101**	
TIA (transitorische ischämische Attacke) bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	≤3	x

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI	**N = 766.858**	
chirurgische Intervention bei therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (QI 56012)		
5-388.70 Naht von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	1.266	0,17
5-381.70 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	608	0,08
8-836.0s (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	579	0,08
5-380.70 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	551	0,07
5-395.70 Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	316	0,04
5-381.71 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	210	0,03
5-388.24 Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis	184	0,02
5-380.24 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis	171	0,02
5-380.54 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	159	0,02
5-380.71 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	156	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI	**N = 766.858**	
Thrombininjektion bei therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (QI 56012)		
8-020.c Therapeutische Injektion: Thrombininjektion nach Anwendung eines Katheters in einer Arterie	715	0,09

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall oder initial vorliegender transitorischen ischämischen Attacke (TIA)	**N = 439.627**	
neurologische Komplexbehandlung bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	589	0,13
8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	52	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall oder initial vorliegender transitorischen ischämischen Attacke (TIA)	**N = 260.930**	
neurologische Komplexbehandlung bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	313	0,12
8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	24	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem Schlaganfall oder initial vorliegender transitorischen ischämischen Attacke (TIA)	**N = 42.640**	
neurologische Komplexbehandlung bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	38	0,09
8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	7	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem akuten Myokardinfarkt	**N = 405.834**	
Thrombolyse bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)		
8-020.8 Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	296	0,07
8-837.60 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Eine Koronararterie	10	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem akuten Myokardinfarkt	**N = 188.962**	
Thrombolyse bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
8-020.8 Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	92	0,05
8-837.60 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Eine Koronararterie	81	0,04
8-837.61 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Mehrere Koronararterien	8	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit initial vorliegendem rezidivierenden Myokardinfarkt	**N = 43.006**	
Thrombolyse bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
8-837.60 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Eine Koronararterie	282	0,66
8-020.8 Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	238	0,55
8-837.61 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive Thrombolyse: Mehrere Koronararterien	5	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt	**N = 262.770**	
Anlegen eines aortokoronaren Bypass bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)		
5-361.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	310	0,12
5-362.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	68	0,03
5-361.13 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Arterien	66	0,03
5-362.33 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	35	0,01
5-362.13 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien	29	0,01
5-361.23 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Arterien	19	0,01
5-362.63 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	18	0,01
5-361.33 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass vierfach: Mit autogenen Arterien	9	0,00
5-362.43 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien	≤3	x
5-362.73 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt	**N = 43.140**	
Anlegen eines aortokoronaren Bypass bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)		
5-361.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	151	0,35
5-362.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	34	0,08
5-361.13 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Arterien	33	0,08
5-361.23 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Arterien	14	0,03
5-362.63 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	10	0,02
5-362.33 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	7	0,02
5-361.33 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass vierfach: Mit autogenen Arterien	≤3	x
5-362.13 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien	≤3	x
5-362.43 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien	≤3	x
5-362.93 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien	≤3	x

Mortalität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die weder innerhalb von 7 Tagen vor noch nach der dokumentierten Prozedur eine PCI hatten	**N = 443.183**	
7-Tage-Sterblichkeit nach Indexeingriff bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie (QI 56018)[15]		
Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: neu aufgetretener Herzinfarkt, TIA bzw. Schlaganfall, Tod	6.609	1,49
davon		
Verstorbene	4.435	67,11

[15] Patientin oder Patient ist innerhalb von 7 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben
Datenquelle: ausschließlich Sozialdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) ohne ST-Hebungsinfarkt	**N = 262.770**	
7-Tage-Sterblichkeit nach Indexeingriff bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI (QI 56020)[16]		
Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod	7.235	2,75
davon		
Verstorbene	3.985	55,08

[16] Patientin oder Patient ist innerhalb von 7 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben
Datenquelle: ausschließlich Sozialdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt	**N = 43.140**	
7-Tage-Sterblichkeit nach Indexeingriff bei MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt (QI 56022)[17]		
Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: • intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder • postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Reinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod	4.506	10,45
davon		
Verstorbene	3.277	72,73

[17] Patientin oder Patient ist innerhalb von 7 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben
Datenquelle: ausschließlich Sozialdaten

30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI	**N = 766.858**	
30-Tage-Sterblichkeit nach Indexeingriff[18]		
Isolierte Koronarangiographie	423.161	55,18
davon		
Verstorbene	8.780	2,07
PCI[19]	248.698	32,43
davon		
Verstorbene	11.115	4,47
PCI bei STEMI[20]	33.085	4,31
davon		
Verstorbene	4.318	13,05

[18] Patientin oder Patient ist innerhalb von 30 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben
Datenquelle: ausschließlich Sozialdaten

[19] Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)

[20] isolierte- oder Einzeitig-PCI bei STEMI

365 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI	**N = 766.858**	
1-Jahres-Sterblichkeit nach Indexeingriff[21]		
Isolierte Koronarangiographie	423.161	55,18
davon		
Verstorbene	29.861	7,06
PCI[22]	248.698	32,43
davon		
Verstorbene	23.678	9,52
PCI bei STEMI[23]	33.085	4,31
davon		
Verstorbene	5.623	17,00

[21] Patientin oder Patient ist innerhalb eines Jahres nach (letzter) Prozedur verstorben
Datenquelle: ausschließlich Sozialdaten

[22] Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)

[23] isolierte- oder Einzeitig-PCI bei STEMI

Patientenbefragung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Gültige Fragebögen	**N = 68.625**	
Art der Prozedur		
isolierte Koronarangiographie	43.791	63,81
PCI (isoliert oder einzeitig)	24.831	36,18
Dringlichkeit der Prozedur		
elektiv	46.755	68,13
dringlich	21.867	31,86

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit gültigen Fragebögen	**N = 68.625**	
Geschlecht		
männlich	42.018	61,23
weiblich	25.275	36,83
divers	19	0,03
keine Angabe	1.302	1,90
Altersverteilung		
< 30 Jahre	104	0,15
30 - 39 Jahre	386	0,56
40 - 49 Jahre	1.683	2,45
50 - 59 Jahre	8.399	12,24
60 - 69 Jahre	19.843	28,92
70 - 79 Jahre	21.589	31,46
≥ 80 Jahre	14.873	21,67

Übersicht Fragebogenrücklauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fragebögen	**N = 142.349**	
Brutto-Netto Zahlen		
Anzahl versendete Fragebögen	142.349	100,00
Anzahl zurückgeschickter Fragebögen	68.625	48,21
Anzahl unzustellbarer Fragebögen	399	0,28

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5

Abkürzungsverzeichnis 7

Hygiene- und Infektionsmanagement 10

1 Hintergrund 11

2 Einordnung der Ergebnisse 13

2.1 Datengrundlage 13

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren 13

2.2.1 Überblick 13

2.2.2 Detailergebnisse 13

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 15

2.3.1 Überblick 15

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 16

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 16

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen 21

1 Hintergrund 22

2 Einordnung der Ergebnisse 25

2.1 Datengrundlage 25

2.1.1 Überblick 25

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 25

2.1.3 Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 25

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 28

2.2.1 Überblick 28

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 30

2.2.3 Detailergebnisse 35

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 45

2.3.1 Überblick 45

2.3.2 Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien) 46

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 49
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 49
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 52
4 Evaluation 54
5 Ausblick 56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – WI-HI-A 12
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – WI-HI-S 12
Tabelle 3: QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung 13
Tabelle 4: QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung 14
Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - WI-NI-A 30
Tabelle 6: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – WI-NI-A 31
Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - WI-NI-S 32
Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – WI-NI-S 34
Tabelle 9: QI 1500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 35
Tabelle 10: QI 1501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 36
Tabelle 11: TKez 332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen) 37
Tabelle 12: TKez 1502: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 37
Tabelle 13: TKez 332400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 37
Tabelle 14: TKez 1503: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 38
Tabelle 15: TKez 332401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 38
Tabelle 16: QI 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 39
Tabelle 17: QI 2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 40
Tabelle 18: QI 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 41

Tabelle 19: QI 2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 42
Tabelle 20: TKez 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) 43
Tabelle 21: TKez 2505: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 43
Tabelle 22: TKez 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 44
Tabelle 23: TKez 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 44
Tabelle 24: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – WI-NI-D 45
Tabelle 25: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS WI 46
Tabelle 26: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-A 49
Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-S 50
Tabelle 28: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-D 52

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BQB	Bundesqualitätsbericht
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HI	Hygiene- und Infektionsmanagement
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
LE	Leistungserbringer
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
N	Grundgesamtheit
n. a.	nicht anwendbar
NI	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen
NWIEA	Erfassungsmodul *Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren)*
NWIES	Erfassungsmodul *Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation - Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)*
NWIF	Erfassungsmodul *Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen* (fallbezogen)
NWITR	Erfassungsmodul Nosokomiale Wundinfektionen - Tracer
NWIWI	Erfassungsmodul Nosokomiale Wundinfektionen - Postoperative Wundinfektionen
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PK	Prüfkriterium
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums

Abkürzung	Bedeutung
QI	Qualitätsindikator
QS WI	Qualitätssicherungsverfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
STNV	Stellungnahmeverfahren
TKez	Transparenzkennzahl
WI-HI-A	Auswertungsmodul *Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren – Verfahren in Erprobung*
WI-HI-S	Auswertungsmodul *Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren – Verfahren in Erprobung*
WI-NI-A	Auswertungsmodul *Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung*
WI-NI-D	Auswertungsmodul *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen*
WI-NI-S	Auswertungsmodul *Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung*

Vorbemerkung

Mit dem Beschluss der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung vom 21. April 2022 hat der GBA sich dafür ausgesprochen, die Qualitätssicherung insgesamt einfacher und praxisnaher aufzustellen, damit der Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen steht, die Akzeptanz der Verfahren gewährleistet ist und damit tatsächlich die Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung erhöht wird. Unter Abwägung der verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Kriterien befand der GBA, dass das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (*QS WI*) auch nach 9 Jahren der Erprobung nicht in den Regelbetrieb überführt werden kann. Zum 1. Januar 2026 stellte der GBA das Verfahren ein.

Aufgrund dessen wurden letztmalig für das Erfassungsjahr (EJ) 2024 Daten zum Hygiene- und Infektionsmanagement erhoben. In diesem Bericht wird zu diesem Verfahrensteil daher über die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zu den rechnerischen Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 berichtet.

Zum Verfahrensteil Nosokomiale Infektionen bestand für die Quartale 2 bis 4 des Erfassungsjahres 2025 keine Dokumentationsverpflichtung mehr. Zu diesem Verfahrensteil werden die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren bezüglich des Erfassungsjahres 2023 sowie die aktuellen rechnerischen Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2024 berichtet. Zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren mehr durchgeführt.

© IQTIG 2026

Hygiene- und Infektionsmanagement

1 Hintergrund

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einem chirurgischen Eingriff. Eine postoperative Wundinfektion entsteht durch das Eindringen von Krankheitserregern (überwiegend Bakterien) in eine Operationswunde. Als Konsequenz kann es zu einer Vermehrung der Krankheitserreger und hierdurch zu einer lokalen Entzündung und/oder einer Reaktion des ganzen Organismus kommen, die im schlimmsten Fall über einen septischen Schock und ein Organversagen zum Tod führt. Postoperative Wundinfektionen stellen heute die häufigste nosokomiale Infektionsart dar (ca. ein Viertel aller nosokomialen Infektionen) und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen stellen postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz dar. Die Ziele des QS-Verfahrens lagen gemäß Teil 2 Verfahren 2 (*QS WI*) § 1 Abs. 5 Satz 1 DeQS-RL darin, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren, das Hygiene- und Infektionsmanagement zu verbessern und einen Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen zu leisten.

Vor diesem Hintergrund sollte im Verfahren *QS WI* sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen werden. So wurden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen, unabhängig davon miteinander verglichen, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelte.

In das Verfahren eingeschlossen wurden Leistungserbringer, die Tracer-Operationen erbringen. Als Tracer-Operationen werden jene Operationen bezeichnet, die ausgewählt wurden, um in der Qualitätssicherung dahingehend betrachtet zu werden, ob sich im Anschluss an die Operation eine nosokomiale postoperative Wundinfektion entwickelt. Es handelte sich dabei um Operationen aus den Fachgebieten Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, plastische Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie sowie Herzchirurgie (letztere nur stationär).

Aufgrund der unterschiedlichen gemessenen Qualitätsaspekte und der unterschiedlichen Datenerfassung bestand das QS-Verfahren aus zwei Teilen: 1. Hygiene- und Infektionsmanagement (HI) und 2. Nosokomiale postoperative Wundinfektionen (NI).

Die Daten für die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement wurden einmal jährlich über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erhoben. Dokumentationspflichtig waren Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahres abgerechnet haben. Es wurden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung erhoben.

Die Daten für die Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wurden über eine fallbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus erhoben. Zusätzlich wurden Sozial-

daten bei den Krankenkassen genutzt, um ca. 3,6 Mio. Tracer-Operationen in das Verfahren einbeziehen zu können.

Qualitätsindikatoren

Das Verfahren *QS WI* umfasste insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten und stationären Operationen.

Die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements wurde mit je einem Indikator bezogen auf die ambulante Versorgung (ID 1000) und einem Indikator bezogen auf die stationäre Versorgung (ID 2000) gemessen. Es handelt sich dabei um sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 10 Kennzahlen zusammensetzen. Die Kennzahlen adressierten z. B. hygienebezogene Schulungsquoten, die Art der Haarentfernung oder das Vorliegen und den Inhalt von internen Arbeitsanweisungen.

Die auf nosokomiale postoperative Wundinfektionen bezogene Qualität wurde mit sechs Indikatoren gemessen – zwei bezogen auf ambulante Operationen und vier bezogen auf stationäre Operationen. Ambulant wurden oberflächliche und tiefe Wundinfektionen (A1 bis A3) gemeinsam in je einem Qualitätsindikator zu Operationen mit Implantat (bis zu 30 Tage Nachbeobachtungszeitraum) und einem Qualitätsindikator zu Operationen ohne Implantat (bis zu 90 Tage Nachbeobachtungszeitraum) gemessen. Stationär erfolgte die Qualitätsmessung analog – mit dem Unterschied, dass über zwei zusätzliche Indikatoren tiefe Wundinfektionen separat gemessen wurden (A2 und A3). Auch diese beiden zusätzlichen Indikatoren bezogen sich entweder auf Operationen mit Implantat (bis zu 30 Tage Nachbeobachtungszeitraum) oder Operationen ohne Implantat (bis zu 90 Tage Nachbeobachtungszeitraum).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – WI-HI-A

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	QS-Dokumentation	2024

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – WI-HI-S

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	QS-Dokumentation	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahrensteil zum Hygiene- und Infektionsmanagement waren keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit definiert.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Zum aktuellen Auswertungsjahr (Erfassungsjahr 2025) wurde keine Daten mehr erhoben. Damit liegt auch keine Bundesauswertung mit Auswertung der Datengrundlage vor.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Zum aktuellen Auswertungsjahr (Erfassungsjahr 2025) wurden keine Daten mehr erhoben.

2.2.2 Detailergebnisse

Im Folgenden werden die Detailergebnisse zum Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 auf Indikatorebene kommentiert.

Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung (ID 1000)

Tabelle 3: QI 1000: Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis (von maximal 100 Punkten)	76,49[1]	78,22	n. a.
rechnerische Auffälligkeiten	145 von 2.911 4,98 %	155 von 3.118 4,97 % (Refbereich: ≥ 49,56; 5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	253 / 580 (43,62 %)	**199 / 409** **(48,66 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	253 / 2.911 (8,69 %)	**199 / 3.118** **(6,38 %)**	n. a.

Ziel des Qualitätsindikators war ein möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement in der ambulanten Versorgung, operationalisiert über die Umsetzung der Qualitätsziele der 10 Kennzahlen, die in den Qualitätsindikator eingehen.

Zum AJ 2025 wurden zu 409 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern 353 Stellungnahmeverfahren eingeleitet (86,30 %). 199 Leistungserbringer wurden als qualitativ auffällig bewertet. Ein

[1] Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahlergebnissen und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis (91,4); diese offenkundig unplausiblen Angaben wurden hier ausgeschlossen.

Großteil dieser Bewertungen erfolgte mit der Kategorie A72 „Keine Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt". Diese Bewertungskategorie wird z. B. dann gewählt, wenn der Leistungserbringer trotz Anfrage keine Stellungnahme übermittelt. 55 Bewertungen als qualitativ auffällig erfolgten, da der jeweilige Leistungserbringer keinen Dokumentationsbogen übermittelt hatte.

Eine Bewertung mit der Kategorie A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel erfolgte 22-mal. Als Gründe werden überwiegend fehlende interne Leitlinien bzw. Arbeitsanweisungen genannt.

Die Ergebnisse der Bewertungen im Stellungnahmeverfahren sind aufgrund des Anteils an nicht vorgenommenen Bewertungen (44 von 353 Stellungnahmeverfahren; 12,5 %) nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung (ID 2000)

Tabelle 4: QI 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis (von maximal 100 Punkten)	77,34[2]	78,03	n. a.
rechnerische Auffälligkeiten	58 von 1.199 4,84 %	58 von 1.178 4,92 % (Refbereich: ≥ 62,17; 5. Perzentil über alle Leistungserbringer)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	74 / 189 (39,15 %)	**41 / 113 (36,28 %)**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	74 / 1.199 (6,17 %)	**41 / 1.178 (3,48 %)**	n. a.

Ziel des Qualitätsindikators war ein möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement in der stationären Versorgung, operationalisiert mittels der Qualitätsziele der 10 Kennzahlen, die in den Qualitätsindikator eingehen.

Zum AJ 2025 wurden zu 113 rechnerischen Auffälligkeiten 87 Stellungnahmeverfahren eingeleitet (77,0 %). 41 Leistungserbringer wurden als qualitativ auffällig bewertet. Davon wurde 6-mal die Kategorie A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel - gewählt. Analog zum QI 1000 werden ebenfalls fehlende interne Leitlinien bzw. Arbeitsanweisungen als Gründe für die Bewertung von den LAG genannt. 15 Bewertungen erfolgten mit der Kategorie A72 „Keine Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt". Diese Bewertungskategorie wird z. B. dann gewählt, wenn der Leistungserbringer trotz Anfrage keine Stellungnahme übermittelt. 20 Bewertungen wurden als qua-

[2] Zu drei Kennzahlen, die für die Berechnung dieses Indikators verwendet werden, liegen von einigen Leistungserbringern unplausible Angaben vor. Diese führen zu unplausibel hohen Kennzahlergebnissen und folglich zu einem unplausibel hohen Indikatorergebnis (85,2); diese offenkundig unplausiblen Angaben wurden hier ausgeschlossen.

litativ auffällig bewertet, da der jeweilige Leistungserbringer keinen Dokumentationsbogen übermittelt hatte.

18-mal wurde keine Bewertung als qualitativ auffällig oder nicht auffällig, sondern Sonstiges (S99) vergeben. Auch für diese Fälle wurde die Begründung angegeben, dass der jeweilige Leistungserbringer keinen Dokumentationsbogen übermittelt hatte.

Die Ergebnisse der Bewertungen im Stellungnahmeverfahren sind aufgrund des Anteils an nicht vorgenommenen Bewertungen (18 von 49 Stellungnahmeverfahren; 20,1 %) nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Für die Erfassung des Hygiene- und Infektionsmanagements waren keine Auffälligkeitskriterien definiert.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-A

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	2.911	-	3.118	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.911	100,00	3.118	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	145	4,98	155	4,97
davon ohne QSEB-Übermittlung	9	6,21	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	580	100,00	409	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	208	35,86	232	56,72
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	372	64,14	177	43,28
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	144	24,83	56	13,69
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	436	75,17	353	86,31
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	436	100,00	351	99,43
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,23	2	0,57
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,23	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	6	1,38	12	3,40
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	41	7,07	39	9,54
Bewertung als qualitativ auffällig	253	43,62	199	48,66

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	73	12,59	44	10,76
Sonstiges	63	10,86	59	14,43
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	25	n. a.	2	n. a.
Maßnahmenstufe 2	1	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsjahr 2025 waren 155 Indikatorenergebnisse im Qualitätsindikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung“ (ID 1000) rechnerisch auffällig. Von den LAG wurden im Rahmen der Übermittlung des Qualitätssicherungsergebnisberichts (QSEB) jedoch 232 rechnerisch auffällige Indikatorenergebnisse zurückgemeldet. Die Differenz von 77 ist darauf zurückzuführen, dass mehrere LAG den Schlüsselwert 3 „rechnerisch auffällig“ ausgewählt haben, obwohl zu diesen Leistungserbringern keine QS-Dokumentationsbögen an das IQTIG übermittelt wurden und somit kein rechnerisch auffälliges Ergebnis vorgelegen haben kann. Aus Sicht des IQTIG wäre in diesen Fällen der Schlüssel 7 („nicht fristgerechte Übermittlung“) oder 8 („andere Auffälligkeit“) korrekt gewesen.

Seit dem Start des Verfahrens hat das IQTIG in jedem Auswertungsjahr rechnerische Auffälligkeiten ermittelt, zu denen keine Qualitätssicherungsergebnisberichte von den LAG übermittelt wurden (rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne QSEB-Übermittlungen). Zum Auswertungsjahr 2026 lag der entsprechende Wert erstmals bei 0.

Die Indikatorenergebnisse von 3,38 % (199 / 3.118) aller ambulant operierenden Leistungserbringer, für die ein Datensatz im QSEB übermittelt wurde, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Das sind 56,37 % (199 / 353) aller Leistungserbringerergebnisse, für die ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde und 48,66 % (199 / 409) aller Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen.

44-mal wurde keine Bewertungen als qualitativ auffällig oder unauffällig und stattdessen eine der „Sonstiges“ (S99) gewählt, mit der Begründung, dass das Verfahren eingestellt werde. Die Bewertungsergebnisse sind entsprechend nicht mit denjenigen des Vorjahres vergleichbar.

155 der 409 ambulant operierenden Leistungserbringer, für die ein Qualitätssicherungsergebnisbericht vorliegt, haben auch einen QS-Dokumentationsbogen übermittelt. Von diesen wurden 54, also 34,84 % als qualitativ auffällig bewertet. Von den 254 Leistungserbringern, die ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen sind, wurden 145 nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet (57,09 %).

Als Begründungen dafür, dass die Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden, wurden vor allem nicht übermittelte Dokumentationsbögen, fehlende oder unzureichende Stellungnahmen, Ergebniswerte außerhalb des Referenzbereichs und allgemein Mängel des Hygiene- und Infektionsmanagements genannt.

Bewertungen, die als qualitativ unauffällig bewertet wurden, wurden mit nachvollziehbaren Stellungnahmen inkl. detaillierter Beschreibungen bzw. Maßnahmen der Umsetzung begründet.

2-mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Spezifische Gründe wurden nicht berichtet. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht durchgeführt.

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-HI-S

	Auswertungsjahr 2024		**Auswertungsjahr 2025**	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.199	-	1.178	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.199	100,00	1.178	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	58	4,84	58	4,92
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	1,72	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	189	100,00	113	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	66	34,92	83	73,45
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	123	65,08	30	26,55
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	60	31,75	26	23,01
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	129	68,25	87	76,99
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	129	100,00	87	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	23	12,17	19	16,81
Bewertung als qualitativ auffällig	74	39,15	41	36,28
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	19	10,05	5	4,42
Sonstiges	13	6,88	22	19,47
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	5	n. a.	3	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Zum Auswertungsjahr 2025 waren 58 Indikatorenergebnisse im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung" (ID 2000) rechnerisch auffällig. Von den LAG wurden im Rahmen der QSEB-Übermittlung jedoch 83 rechnerisch auffällige Indikatorenergebnisse zurückgemeldet.

Grund dafür ist – wie auch beim Indikator 1000 –, dass mehrere LAG den Schlüsselwert 3 „rechnerisch auffällig" ausgewählt haben, obwohl zu diesen Leistungserbringern keine QS-Dokumentationsbögen an das IQTIG übermittelt wurden und somit keine rechnerische Auffälligkeit vorliegen konnte.

Auch in Bezug auf den stationären Bereich wurde erstmals seit dem Start des Verfahrens zu jeder durch das IQTIG ermittelten rechnerischen Auffälligkeit ein QSEB übermittelt. Auch für Leistungserbringer, die keinen Dokumentationsbogen ausgefüllt haben, wurden Berichte übermittelt, da für diese gemäß DeQS-RL ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten ist.

Die Indikatorenergebnisse von 3,48 % (41 / 1.178) aller stationär operierenden Leistungserbringer, für die ein Datensatz im QSEB übermittelt wurde, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Das sind 47,13 % (41 / 87) aller Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde und 36,3 % (41 / 113) aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse.

18-mal wurde keine Bewertung als qualitativ auffällig oder unauffällig und stattdessen „Sonstiges" (S99) gewählt – zusammen mit der Begründung, dass das Verfahren eingestellt werde. Die Bewertungsergebnisse sind entsprechend nicht mit denjenigen des Vorjahres vergleichbar.

58 der 113 stationär operierenden Leistungserbringer, für die Daten in den Qualitätssicherungsergebnisberichten vorliegen, haben auch einen QS-Dokumentationsbogen übermittelt (51,33 %). Von diesen wurden 12 (10,62 %) als qualitativ auffällig bewertet. Von den 55 Leistungserbringern,

die ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen sind, wurden 29 als qualitativ auffällig bewertet (52,73 %).

Als Begründungen dafür, dass die Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet worden sind, wurden insbesondere nicht übermittelte Dokumentationsbögen, fehlende Stellungnahmen und Mängel des Hygiene- und Infektionsmanagements genannt.

Als Begründung für Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden insbesondere nachvollziehbare Stellungnahmen inkl. detaillierter Beschreibungen bzw. Maßnahmen der Umsetzung genannt.

3-mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Zu einem Fall wurden als Gründe berichtet, dass interne Leitlinien zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe bzw. zur Antibiotikatherapie nicht umgesetzt würden, Mitarbeitende nicht ausreichend geschult würden und Compliance-Maßnahmen nicht ausreichend erfolgten.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

1 Hintergrund

Allgemeine Informationen zum Verfahren *QS WI* können Kapitel 1 des Teils zum Hygiene- und Infektionsmanagement entnommen werden.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Von den sechs Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen sich zwei auf ambulante und vier auf stationäre Operationen. Zwei der vier Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen bezogen sich auf postoperative tiefe Wundinfektionen (A2) und postoperative Infektionen von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet (A3). Die Kennzahlen ohne Referenzbereich im Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen sich auf die Sterblichkeit bis 30 Tage nach der OP sowie auf nosokomiale postoperative Infektionen mit multiresistenten Keimen. Sie dienten dazu, unterstützende Informationen für das interne Qualitätsmanagement bereitzustellen.

Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wurden Tracer-Operationen entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wurde.

Im Krankenhaus wurde bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen war. Wurde eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so war dies im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus anzugeben. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen wurden an das IQTIG übermittelt. Erst wenn diese Informationen im IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt wurden, wurde nach Berücksichtigung von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insbesondere des Follow-up-Zeitraums, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion handelte. Hierbei wurden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.

Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion ging in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wurde, die die Tracer-Operation durchgeführt hatte. Im Nenner stand die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers. Dieses Vorgehen hatte den Vorteil, dass die ca. 3,6 Mio. Tracer-Operationen nicht gesondert dokumentiert werden mussten. Gleichzeitig mussten über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt worden wären. Da es keinen Kode gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wurde ein Filter genutzt, der beim potenziellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion

auslöste. Dieser Filter löste ca. 395.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus. Lag keine postoperative Wundinfektion vor, musste in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein" beantwortet werden. Circa 98.000-mal wurde diese Frage im Erfassungsjahr 2024 mit „ja" beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Etwa 63 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen konnten mit einer Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Auf der einen Seite mussten im Erfassungsjahr 2024 zwar ca. 300.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die Qualitätsindikatoren genutzt werden konnten (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden musste). Damit wurde jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 3,2 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfiel. Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, mussten hier keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leitungserbringer, die ambulant operieren, erhielten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand. Die Ergebnisse zu diesen Indikatoren wurden im zweiten Jahr nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür war die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – WI-NI-A

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)			
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)			
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul WI-NI-D waren für das Erfassungsjahr 2024 und 2025 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, eines zur Unter- und eines zur Überdokumentation der fallbezogenen QS-Dokumentation nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (Erfassungsmodul NWIF) definiert. Da im Erfassungsjahr 2025 nur noch für das erste Quartal Daten übermittelt wurden, werden im Auswertungsjahr 2026 keine Ergebnisse mehr für die genannten Auffälligkeitskriterien berichtet.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Die Ergebnisse der fallbezogenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen: QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten bei den Krankenkassen. Für die Indikatoren und Kennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in den Auswertungsmodulen *WI-NI-A* und *WI-NI-S* erfolgt die Auswertung entsprechend der Einrichtung auf Basis der Institutionskennzeichennummer bzw. Betriebsstättennummer des Leistungserbringers, der die Tracer-Operation abgerechnet hat. Die Auffälligkeitskriterien (Auswertungsmodul *WI-NI-D*) zur fallbezogenen Dokumentation (NWIF) werden davon abweichend auf Standortebene ausgewertet.

Zum Erfassungsjahr 2024 wurden von nahezu allen dokumentationspflichtigen Standorten Daten übermittelt und die Vollzähligkeit liegt etwas über 100 %. 95,84 % aller in QS-Dokumentationsbögen dokumentierten Fälle konnten mit den zugehörigen Fällen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen verknüpft werden, was Voraussetzung für die Verknüpfung von Tracer-Operationen und Wundinfektionen ist. Eine Zuordnung von Wundinfektion und Tracer-Operation gelang in 39,24 %. Circa 10 % der verknüpften Infektionen wurden nicht bei dem Leistungserbringer behandelt, der die zugehörige Operation durchgeführt hat.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Mit 99,38 % wurde die Vollzähligkeit bezogen auf entlassende Standorte, die Daten übermittelt haben annähernd erreicht. Lediglich 10 Standorte haben trotz Dokumentationspflicht keine Fälle übermittelt. Der Anteil der gelieferten Datensätze liegt bei 100,01 % und damit etwas unter dem Vorjahreswert von 100,63 %.

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

Aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden 410.584 Datensätze zu Fällen mit potenzieller postoperativer Wundinfektion (Erfassungsmodul NWIWI) von Patientinnen und Patienten an das IQTIG übermittelt, die im Kalenderjahr 2024 aus einem Krankenhaus entlassen wurden. Von den Krankenhäusern wurden Informationen zu 318.573 potenziellen postoperativen Wundinfektionen als QS-Daten (Erfassungsmodul NWIF) mit Entlassung im Jahr 2024 an das IQTIG übermittelt.

Für 76.210 der 79.520 Fälle (95,84 %), für die im QS-Dokumentationsbogen (NWIF) eine postoperative Wundinfektion mit Entlassung im Jahr 2024 dokumentiert wurde, konnten für die QI-Auswertung im Auswertungsjahr oder im Vorjahr zugehörige Sozialdaten aus NWIWI verknüpft werden. Diese Verknüpfung ist die Voraussetzung dafür, nach Tracer-Eingriffen zu einer diagnostizierten postoperativen Wundinfektion suchen zu können.

Nach Überprüfung hinsichtlich der Seitenlokalisationen des Tracer-Eingriffs, fachlicher Plausibilität, der Einhaltung der Follow-up-Zeiträume und der Berücksichtigung weiterer Ausschlüsse konnten 31.207 Fälle (39,24 % aller 79.520 NWIF-Fälle mit postoperativer Wundinfektion und Entlassung in 2024) mit einem Tracer-Eingriff verknüpft werden. 90 % (28.087 / 31.207) dieser mit Tracer-Eingriffen verknüpften Wundinfektionsfälle wurden bei denselben (stationären) Leistungserbringern diagnostiziert, bei denen auch die dazugehörige Tracer-Operation stattgefunden hat. Die übrigen 3.120 (10 %) der verknüpften Wundinfektionsfälle wurden bei Leistungserbringern diagnostiziert, die nicht die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt haben. Dies betrifft u. a. alle Tracer-Operationen, die in Praxen, ambulanten Operationszentren oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) stattfanden.

Im Auswertungsjahr 2026 ging eine deutlich höhere Anzahl an selektivvertraglichen Leistungserbringern in die Datengrundlage ein. 2026 waren es 830 Leistungserbringer, im Vorjahr waren es noch 24. Damit ging auch ein deutlicher Anstieg der selektivvertraglichen Fälle von 67 auf 9.706 einher. Hintergrund ist eine Anpassung in der Sozialdatenspezifikation, die dazu führte, dass deutlich mehr Kassen als noch im Vorjahr Daten zu selektivvertraglichen Leistungen übermittelt haben.

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) - WI-NI-A, WI-NI-S - Erfassungsmodul NWIF

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	318.573 318.573	318.554	100,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.592	1.602	99,38

Tabelle 5: Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR) (AJ 2026, EJ 2024) - WI-NI-A, WI-NI-S - Erfassungsmodul NWITR

	Erfassungsjahr 2024	
	Anzahl Datensätze	**Anzahl Leistungserbringer**
Bund (Ambulantes Operieren)	636.707	5.258
Bund (Amb. Krankenhäuser)	170.234	1.061
Bund (Amb. Praxen/MVZ)	456.767	3.832
Bund (Selektivvertragliche Leistungen)	9.706	830
Bund (Stationäres Operieren)	2.179.122	1.132

Limitationen der Datenbasis

Berücksichtigung ausschließlich stationär dokumentierter, nosokomialer postoperativer Wundinfektionen
Im Verfahren *QS WI* gehen ausschließlich nosokomiale postoperative Wundinfektionen, die stationär dokumentiert wurden, in die Zähler der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ein. Ambulant diagnostizierte postoperative Wundinfektionen werden für dieses QS-Verfahren nicht erfasst. Dies führt zu einer systematischen Unterschätzung insbesondere oberflächlicher Wundinfektionen (A1) nach ambulanten Operationen, weil A1-Wundinfektionen nach ambulanten Operationen in den meisten Fällen auch ambulant versorgt und diagnostiziert werden.[3]

Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen
Eine grundsätzliche Limitation bei der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen ist, dass diese zu Verzerrungen der QI-Ergebnisse führen kann. So kann es vorkommen, dass nach Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) stationär durchgeführte Operationen rückwirkend ambulant abgerechnet werden müssen. Diese Operationen tauchen in den Auswertungen des IQTIG entsprechend als ambulante Operationen auf, obwohl sie stationär durchgeführt worden sind.

Selektivvertragliche Leistungserbringer
Zu Operationen selektivvertraglicher Leistungserbringer liegen keine operationsbezogenen Datumsangaben vor. Auch eine näherungsweise Ermittlung ist anhand der Daten, die übermittelt werden, nicht ausreichend möglich. Aufgrund dessen können diese Operationen nicht für die Berechnung der Indikatoren genutzt werden.

Fehlende Fälle nach § 115b SGB V
Zum Erfassungsjahr 2024 wurden Teile der Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht wie in der Sozialdatenspezifikation spezifiziert übermittelt. Es fehlen ca. 10 % der Fälle, die nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren am Krankenhaus) abgerechnet wurden (Erfassungsmodule NWIWI und NWITR). Wenn Daten in NWIWI bzw. NWITR fehlen, wirkt sich dies auf die Zähler bzw. Nenner der Indikatoren aus. Eine fehlende Übermittlung von Daten nach § 115b SGB V in NWIWI führt zu unterschätzten QI-Raten. Fehlen Tracer-Operationen bzw. Abrechnungsdaten nach § 115b SGB V im Modul NWITR, führt dies zu überschätzten QI-Raten.

Fehlende Datenvalidierung
Im Verfahren *QS WI* wurde keine Datenvalidierung zu den über die fallbezogene QS-Dokumentation erfassten Daten (NWIF) durchgeführt. Entsprechend stehen keine direkten Informationen darüber zur Verfügung, in welchem Ausmaß ggf. nicht korrekt dokumentiert wird.

Zusammenfassung von an einem Tag abgerechneten Tracer-OPS-Kodes zu einer Operation
Da die OPS-Kodes ohne Angabe einer Uhrzeit übermittelt werden und je Operation mehrere OPS-Kodes dokumentiert werden können, werden OPS-Kodes, die an einem Tag durchgeführt werden, für die Auswertung der Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zu einer Tracer-Operation zusammengefasst. Das bedeutet, dass zu sämtlichen OPS-Kodes, die

[3] Das IQTIG hat im Bericht zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung empfohlen, A1-Infektionen nicht mehr für das QS-Verfahren *QS WI* zu erfassen/auszuwerten.

an einem Tag abgerechnet werden, nur ein Nennerfall und entsprechend maximal ein Zählerfall generiert werden kann.

Zuordnung von postoperativer Wundinfektion zu auslösendem Prozeduren- bzw. Diagnosekode in sehr seltenen Fällen nicht eindeutig möglich
Der QS-Dokumentationsbogen, auf dem eine vorliegende postoperative Wundinfektion zu dokumentieren ist, kann durch eine Reihe von OPS- bzw. ICD-Kodes ausgelöst werden. Die Angabe, ob bei einem Fall eine postoperative Wundinfektion vorgelegen hat, kann jedoch nur einmal pro Bogen angegeben werden. Entsprechend kann es in sehr seltenen Fällen – obwohl die Zuordnung einer dokumentierten Wundinfektion zu einer Tracer-Operation auf inhaltliche Sinnhaftigkeit geprüft wird – vorkommen, dass eine Zuordnung von einer Infektion zu einer Operation erfolgt, die mit dieser nicht in einem tatsächlichen Zusammenhang steht.

Identifikation belegärztlicher Leistungen
Belegärztliche Leistungen können in den Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht als solche identifiziert werden. Es kann daher nicht separat angegeben werden, wie hoch der Anteil belegärztlicher Operationen an den stationären Operationen je Krankenhaus ist. Belegärztliche Leistungserbringer erhalten aus diesem Grund keine separaten Berichte zu ihren erbrachten Tracer-Operationen. Diese sind jedoch in den Ergebnissen der Krankenhäuser enthalten, an denen die belegärztlichen Operationen durchgeführt worden sind. Auswirkungen auf die berichteten Ergebnisse der Qualitätsindikatoren ergeben sich hierdurch nicht.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu *ambulanten* Operationen liegen auf dem Niveau des Vorjahres. Für die ambulanten Qualitätsindikatoren ermittelte das IQTIG ein Verbesserungspotenzial von 2,3 % bzw. 3,8 %. Dies wurde als gering bzw. eher gering eingestuft. Hinweise auf ein aktuelles Qualitätsdefizit sieht das IQTIG daher nicht. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2023) sind von 95 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern 11 als qualitativ auffällig bewertet worden (11,58 %), 54 Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet (56,84 %).

Die rechnerischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu *stationären* Operationen liegen deutlich über den Ergebnissen des Vorjahres. Es wurden also mehr nosokomiale Infektionen nach stationären Operationen erfasst. Da basierend auf diesen Ergebnissen kein Stellungnahmeverfahren mehr geführt werden wird, können die Hintergründe nicht genauer analysiert werden. Es ist jedoch ein Hinweis darauf, dass die Messung von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen auch zukünftig relevant ist. Bereits zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2023 ermittelte das IQTIG ein Verbesserungspotenzial von 17,7 % bis 29,1 %. Dies entspricht gemäß der angewandten IQTIG-Methodik einem eher hohen bzw. hohen Verbesserungspotenzial. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2023) sind von 218 rechnerisch auffälligen

Leistungserbringern 24 als qualitativ auffällig bewertet worden (11,01 %), 88 Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet (40,37 %).

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - WI-NI-A

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)				
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,10 % O = 605 N = 633.826	0,10 % O = 552 N = 567.980 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 5 N = 633.826	0,00 % O = 9 N = 567.980	eingeschränkt vergleichbar
332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 0 N = 633.826	0,00 % O = 0 N = 567.980	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)				
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,13 % O = 89 N = 68.245	0,17 % O = 98 N = 56.644 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	x O = ≤ 3 N = 68.245	x O = ≤ 3 N = 56.644	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 0 N = 68.245	0,00 % O = 0 N = 56.644	eingeschränkt vergleichbar
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)*	x O = ≤ 3 N = 465	0,88 % O = 4 N = 457	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 6: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – WI-NI-A

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2023	88 / 5.061	1,74	8
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2023	7 / 2.677	0,26	1

Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - WI-NI-S

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)				
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	1,12 O/E = 18.350 / 16.416,80 1,49 % O/N = 18.350 / 1.235.134	1,26 O/E = 18.569 / 14.728,94 1,67 % O/N = 18.569 / 1.109.004 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,01 % O = 87 N = 1.235.134	0,01 % O = 98 N = 1.109.004	eingeschränkt vergleichbar
342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 53 N = 1.235.134	0,01 % O = 66 N = 1.109.004	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)				
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,09 O/E = 11.263 / 10.303,67 0,98 % O/N = 11.263 / 1.152.817	1,31 O/E = 11.856 / 9.079,78 1,12 % O/N = 11.856 / 1.062.116 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,01 % O = 138 N = 1.152.817	0,01 % O = 119 N = 1.062.116	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)*	0,00 % O = 21 N = 1.152.817	0,00 % O = 18 N = 1.062.116	eingeschränkt vergleichbar
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	1,12 O/E = 12.759 / 11.402,17 1,03 % O/N = 12.759 / 1.235.134	1,27 O/E = 12.942 / 10.193,21 1,17 % O/N = 12.942 / 1.109.004 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,09 O/E = 9.418 / 8.625,55 0,82 % O/N = 9.418 / 1.152.817	1,32 O/E = 9.984 / 7.570,77 0,94 % O/N = 9.984 / 1.062.116 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)*	7,77 % O = 1.724 N = 22.177	7,72 % O = 1.770 N = 22.926	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – WI-NI-S

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2023	55 / 1.117	4,92	16
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2023	54 / 1.117	4,83	14
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	2023	55 / 1.117	4,92	14
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	2023	54 / 1.117	4,83	16

© IQTIG 2026

2.2.3 Detailergebnisse

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) (ID 1500)

Tabelle 9: QI 1500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,08 % O = 465 N = 561.059	0,10 % O = 605 N = 633.826	**0,10 %** **O = 552** **N = 567.980**
rechnerische Auffälligkeiten	57 / 5.103 1,12 %	88 / 5.061 1,74 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 57 14,04 %	**10 / 88** **11,36 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 5.103 0,16 %	**10 / 5.061** **0,20 %**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach ambulanten Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind.

Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2026 bei 0,10 % (552 / 567.980) und damit auf dem Niveau des Vorjahres: 0,10 % (605 / 633.826).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 sind 10 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 48 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig.

Sämtliche Bewertungen als qualitativ auffällig fielen in die Kategorie „Keine Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. Die Bewertungen als qualitativ auffällig wurden in der Hälfte der Fälle damit begründet, dass keine Stellungnahme eingegangen ist. Für die andere Hälfte liegen keine Informationen von den LAG bzw. den Fachkommissionen vor.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) (ID 1501)

Tabelle 10: QI 1501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,17 % O = 92 N = 54.379	0,13 % O = 89 N = 68.245	**0,17 %** **O = 98** **N = 56.644**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 2.652 0,23 %	7 / 2.677 0,26 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 6 0,00 %	**1 / 7** **14,29 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 2.652 0,00 %	**1 / 2.677** **0,04 %**	n. a.

Bei diesem Qualitätsindikator werden Fälle von stationär behandelten, postoperativen Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach ambulanten Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind.

Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2026 bei 0,17 % (98 / 56.644) und damit über dem Niveau des Vorjahres: 0,13 % (89 / 68.245). Der Unterschied ist nicht signifikant.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurde ein Leistungserbringer in der Kategorie „A71 – Keine Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ als qualitativ auffällig bewertet und 2 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. Zu den Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden in den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften keine Begründungen übermittelt. 2-mal wurde mit Hinweis auf die geplante Beendigung der Erprobung keine Bewertung abgegeben.

Transparenzkennzahlen zu Infektionen mit MRSA und 4MRGN (ID 332000, 1502, 332400, 1503, 332401)

Tabelle 11: TKez 332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x O = ≤ 3 N = 393	x O = ≤ 3 N = 465	**0,88 %** **O = 4** **N = 457**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 12: TKez 1502: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x O = ≤ 3 N = 561.059	0,00 % O = 5 N = 633.826	**0,00 %** **O = 9** **N = 567.980**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 13: TKez 332400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x O = ≤ 3 N = 561.059	0,00 % O = 0 N = 633.826	**0,00 %** **O = 0** **N = 567.980**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 14: TKez 1503: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x O = ≤ 3 N = 54.379	x O = ≤ 3 N = 68.245	**x** **O = ≤ 3** **N = 56.644**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 15: TKez 332401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 54.379	0,00 % O = 0 N = 68.245	**0,00 %** **O = 0** **N = 56.644**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Bundesergebnisse der Transparenzkennzahlen zu Infektionen mit MRSA und 4MRGN (ID 332000, 1502, 332400, 1503, 332401) liegen in einem Bereich, der aufgrund der sehr niedrigen Ereignisraten statistisch nicht zuverlässig zu bewerten ist und auch keine inhaltlich relevante Aussage über die Versorgungsqualitätsunterschiede zwischen den Jahren zulässt.[4]

[4] Die Erfassung der Daten erfolgt für die Leistungserbringer ohne weiteren Dokumentationsaufwand. Auch Rückmeldungen zu wenigen Fällen können für die betroffenen Leistungserbringer von hoher Relevanz für das interne Qualitätsmanagement sein.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) (ID 2500)

Tabelle 16: QI 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,17 O/E = 17.845 / 15.241,56 1,53 % O/N = 17.845 / 1.167.048	1,12 O/E = 18.350 / 16.416,80 1,49 % O/N = 18.350 / 1.235.134	**1,26** **O/E = 18.569 / 14.728,94** **1,67 %** **O/N = 18.569 / 1.109.004**
rechnerische Auffälligkeiten	57 / 1.165 4,89 %	55 / 1.117 4,92 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	20 / 57 35,09 %	**8 / 55** **14,55 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	20 / 1.165 1,72 %	**8 / 1.117** **0,72 %**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator misst, wie viele stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2026 bei 1,67 % (18.569 von 1.109.004) und damit über dem Niveau des Vorjahres: 1,49 % (18.350 von 1.235.134).

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 sind 8 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 24 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. 11-mal wurde mit Hinweis auf die geplante Beendigung der Erprobung keine Bewertung abgegeben.

Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig damit, dass keine Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt waren, mit unzureichenden präoperativen Screenings und Präventionsmaßnahmen, Herausforderungen bezüglich einer Reinigungsfirma und allgemeinen Hinweisen auf Strukturprobleme aufgrund der Häufung von postoperativen Wundinfektionen.

Zu 6 der 24 Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden von den Landesarbeitsgemeinschaften Begründungen übermittelt. Einmal wurde genannt, dass es sich bei 3 von 5 Fällen um Anastomoseninsuffizienzen gehandelt habe und nicht um postoperative Wundinfektionen. Das Expertengremium kritisiert diese Einschätzung scharf. Bei Anastomoseninsuffizienzen handele es sich gemäß der KISS-Definition um tiefe Wundinfektionen. Einmal wurden fehlende Informationen von demjenigen Leistungserbringer, bei dem die Infektion diagnostiziert wurde, als Grund genannt. Viermal wurde als

Grund genannt, dass ein schwerkrankes Patientenkollektiv trotz Risikoadjustierung nicht ausreichend berücksichtig wurde.

Der Anteil der Stellungnahmeverfahren, die mit der Bewertung als qualitativ auffällig beendet wurden, ist im Vergleich zum Vorjahr geringer. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass infolge der Aussetzung der Erprobung vermehrt keine Bewertungen im Stellungnahmeverfahren vorgenommen wurden.

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) (ID 2501)

Tabelle 17: QI 2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,16 O/E = 10.643 / 9.165,10 1,04 % O/N = 10.643 / 1.024.010	1,09 O/E = 11.263 / 10.303,67 0,98 % O/N = 11.263 / 1.152.817	**1,31** **O/E = 11.856 / 9.079,78** **1,12 %** **O/N = 11.856 / 1.062.116**
rechnerische Auffälligkeiten	54 / 1.147 4,71 %	54 / 1.117 4,83 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 54 22,22 %	**6 / 54** **11,11 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	12 / 1.147 1,05 %	**6 / 1.117** **0,54 %**	n. a.

In diesem Qualitätsindikator werden stationär behandelte postoperative Wundinfektionen (Infektionstiefe A1 bis A3) erfasst, die innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen lag im Auswertungsjahr 2026 (Erfassungsjahr 2024) bei 1,07 % (11.856 / 1.062.116) und damit über dem Niveau des Vorjahres: 0,98 % (11.263 / 1.152.817).

Im Stellungnahmeverfahren sind 6 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 20 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. 15-mal wurde mit Hinweis auf die geplante Beendigung der Erprobung keine Bewertung abgegeben. Als konkrete Hintergründe für die Bewertung als qualitativ auffällig wurde nur eine Bewertung der Kategorie S99 „Sonstiges“ genannt. Hier wurde zu mehr Fällen Erläuterungen übermittelt als es auffällige Vorgangsnummern gab.

Inhaltliche Begründungen, die zu den Bewertungen als qualitativ unauffällig vorliegen, beziehen sich auf besondere Patientenkollektive bei den jeweiligen Leistungserbringern.

Der Anteil der Stellungnahmeverfahren, die mit der Bewertung als qualitativ auffällig beendet wurden, ist im Vergleich zum Vorjahr geringer. Aufgrund des Anteils an nicht vorgenommenen Bewertungen (15 von 49 Stellungnahemverfahren; 30,6 %), sind die Anteile jedoch nicht vergleichbar.

Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) (ID 2502)

Tabelle 18: QI 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,16 O/E = 12.232 / 10.529,33 1,05 % O/N = 12.232 / 1.167.048	1,12 O/E = 12.759 / 11.402,17 1,03 % O/N = 12.759 / 1.235.134	**1,27** **O/E = 12.942 / 10.193,21** **1,17 %** **O/N = 12.942 / 1.109.004**
rechnerische Auffälligkeiten	56 / 1.165 4,81 %	55 / 1.117 4,92 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 56 19,64 %	**6 / 55** **10,91 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 1.165 0,94 %	**6 / 1.117** **0,54 %**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator erfasst stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen der Tiefe A2 bis A3, die innerhalb von 30 Tagen nach stationären Operationen ohne ein Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen (A2/A3) lag im Erfassungsjahr 2024 bei 1,17 % (12.942 / 1.109.004) und damit über dem Niveau des Vorjahres:1,03 % (12.759 / 1.235.134).

Im Stellungnahmeverfahren sind 6 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet worden, 25 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. 9-mal wurde mit Hinweis auf die geplante Beendigung der Erprobung keine Bewertung abgegeben.

Begründet wurden die Bewertungen als qualitativ auffällig damit, dass keine Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt waren, mit unzureichenden präoperativen Screenings und Präventionsmaßnahmen, Herausforderungen bezüglich einer Reinigungsfirma und allgemein Hinweisen auf Strukturprobleme aufgrund der Häufung von postoperativen Wundinfektionen.

Zu 4 der 25 Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden von den Landesarbeitsgemeinschaften Begründungen übermittelt. Zweimal wurde genannt, dass es sich bei 3 von 5 Fällen um Anastomoseninsuffizienzen gehandelt habe und nicht um postoperative Wundinfektionen. Das Expertengremium kritisiert diese Einschätzung scharf. Bei Anastomoseninsuffizienzen handele es sich gemäß der KISS-Definition um tiefe Infektionen im Operationsgebiet. Zweimal wurde ein besonderes Patientenkollektiv genannt, wobei in einem der Kommentare gleichzeitig die Diagnose durch einen anderen Leistungserbringer, als denjenigen, der die Operation durchgeführt hat, genannt wurde.

Der Anteil der Stellungnahmeverfahren, die mit der Bewertung als qualitativ auffällig beendet wurden, ist im Vergleich zum Vorjahr geringer. Aufgrund des Anteils an nicht vorgenommenen Bewertungen (9 von 49 Stellungnahemverfahren; 18,4 %) sind die Anteile jedoch nicht vergleichbar.

Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) (ID 2503)

Tabelle 19: QI 2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,14 O/E = 8.762 / 7.679,70 0,86 % O/N = 8.762 / 1.024.010	1,09 O/E = 9.418 / 8.625,55 0,82 % O/N = 9.418 / 1.152.817	**1,32** **O/E = 9.984 / 7.570,77** **0,94 %** **O/N = 9.984 / 1.062.116**
rechnerische Auffälligkeiten	53 / 1.147 4,62 %	54 / 1.117 4,83 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 53 9,43 %	**4 / 54** **7,41 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.147 0,44 %	**4 / 1.117** **0,36 %**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator erfasst stationär behandelte, postoperative Wundinfektionen der Tiefe A2 bis A3, die innerhalb von 90 Tagen nach stationären Operationen mit einem Implantat aufgetreten sind. Der Anteil postoperativer Wundinfektionen (A2/A3) lag im Auswertungsjahr 2026 bei 0,94 % (9.984 / 1.062.116) und damit über dem Niveau des Vorjahres: 0,82 % (9.418 / 1.152.817).

Im Stellungnahmeverfahren wurden 4 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet und 20 Leistungserbringer als qualitativ unauffällig. 15-mal wurde mit Hinweis auf die geplante Beendigung der Erprobung keine Bewertung abgegeben. Inhaltliche Begründungen für die qualitativen Auffälligkeiten wurden nicht übermittelt.

2 der 20 Bewertungen als qualitativ auffällig wurden begründet: Beide Begründungen bezogen sich auf ein besonderes Patientenkollektiv. In einer Begründung wurde außerdem berichtet, dass die Diagnose durch einen anderen Leistungserbringer gestellt wurde als denjenigen, bei dem die Operation durchgeführt wurde.

30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) (ID 342000)

Tabelle 20: TKez 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	8,43 % O = 1.769 N = 20.994	7,77 % O = 1.724 N = 22.177	**7,72 %** **O = 1.770** **N = 22.926**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Diese Transparenzkennzahl misst, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach einer stationär behandelten tiefen Wundinfektion (A2 bis A3), die nach einer stationär durchgeführten Operation entstanden ist, verstorben sind. Der Anteil verstorbener Patientinnen und Patienten lag im Auswertungsjahr 2026 bei 7,72 % (1.770 / 22.926) und damit unter dem Niveau des Vorjahres: 7,77 % (1.724 / 22.177).

Transparenzkennzahlen zu Infektionen mit MRSA und 4MRGN (ID 2502, 342400, 342401)

Tabelle 21: TKez 2505: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,01 % O = 131 N = 1.024.010	0,01 % O = 138 N = 1.152.817	**0,01 %** **O = 119** **N = 1.062.116**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 22: TKez 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 57 N = 1.167.048	0,00 % O = 53 N = 1.235.134	**0,01 %** **O = 66** **N = 1.109.004**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 23: TKez 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 15 N = 1.024.010	0,00 % O = 21 N = 1.152.817	**0,00 %** **O = 18** **N = 1.062.116**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Bundesergebnisse der Transparenzkennzahlen zu Infektionen mit MRSA und 4MRGN (ID 2502, 342400, 342401) liegen in einem Bereich, der aufgrund der sehr niedrigen Ereignisraten statistisch nicht zuverlässig zu bewerten ist und auch keine inhaltlich relevante Aussage über die Versorgungsqualitätsunterschiede zwischen den Jahren zulässt.[5]

[5] Die Erfassung der Daten erfolgt für die Leistungserbringer ohne weiteren Aufwand und kann von hoher Relevanz für das interne Qualitätsmanagement sein.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul WI-NI-D waren für das Erfassungsjahr 2024 und 2025 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, eines zur Unter- und eines zur Überdokumentation der fallbezogenen QS-Dokumentation nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (Erfassungsmodul NWIF) definiert. Da im Erfassungsjahr 2025 nur noch für das erste Quartal Daten übermittelt wurden, werden im Auswertungsjahr 2026 keine Ergebnisse mehr für die genannten Auffälligkeitskriterien berichtet. Im Abschnitt 3.2 wird über die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 (EJ 2024) berichtet. Hier werden daher noch einmal die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien des Auswertungsjahres 2025 dargestellt.

Tabelle 24: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – WI-NI-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,02 % 318.625/318.554 (≥ 95,00 %)
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,02 % 318.625/318.554 (≤ 110,00 %)

2.3.2 Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

In den Modulen NWITR und NWIWI werden in den Erfassungsjahren 2024 und 2025 insgesamt 15 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.[6] Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 7 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 25 sind die im AJ 2026 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 25: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS WI

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollzähligkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2024)	NWITR (EJ 2025)	NWWI (EJ 2024)	NWIWI (EJ 2025)	NWITR (EJ 2024)	NWITR (EJ 2025)	NWWI (EJ 2024)	NWIWI (EJ 2025)
30	*Fehlende Datenlieferung*	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	3 von 93	3 von 93	3 von 93	3 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 100 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 100 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 100 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 100 %.
28	*Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen*	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der	75 von 93	74 von 93	1 von 93	-	Die geschätzte Vollzähligkeit der	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären	-

[6] Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf (abgerufen am 25.06.2026).

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollzähligkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2024)	NWITR (EJ 2025)	NWWI (EJ 2024)	NWIWI (EJ 2025)	NWITR (EJ 2024)	NWITR (EJ 2025)	NWWI (EJ 2024)	NWIWI (EJ 2025)
		Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.					vertragsärztlichen Fälle nach § 295 SGB V liegt bei 99,71 %, sowie der ambulanten Krankenhausfälle nach § 115b SGB V liegt bei 83,77 %.	Krankenhausfälle nach § 301 SGB V liegt bei 99,86 %, sowie der ambulanten Krankenhausfälle nach § 115b SGB V liegt bei 84,38 %.	Krankenhausfälle nach § 301 SGB V liegt bei 99,93 %.	
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	74 von 93	28 von 93	31 von 93	0 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit der ambulanten Krankenhausfälle nach § 115b SGB V liegt bei 90,99 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit der ambulanten Krankenhausfälle nach § 115b SGB V liegt bei 90,09 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit der ambulanten Krankenhausfälle nach § 115b SGB V liegt bei 89,94 %.	

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen				Vollzähligkeit der Daten			
			NWITR (EJ 2024)	NWITR (EJ 2025)	NWWI (EJ 2024)	NWIWI (EJ 2025)	NWITR (EJ 2024)	NWITR (EJ 2025)	NWWI (EJ 2024)	NWIWI (EJ 2025)
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Sterbefällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 93	1 von 93	1 von 93	1 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98,05 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98,05 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98,05 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98,05 %.
15	Unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Elixhauser-ICD geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.			1 von 94				Die geschätzte Vollzähligkeit der Elixhauser-Diagnosen in Fällen nach § 301 SGB V liegt bei 99,81 %.	

Von einer Deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegen keine Sterbeinformationen vor. Hierdurch wird die Sterblichkeit vermutlich um 2 % unterschätzt. Hierdurch ist eine Beeinträchtigung von 1 (ID 332000) der 16 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren möglich.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann. Der Einfluss unvollzähliger Daten im ambulanten Krankenhausbereich wurde bereits ab S. 27 diskutiert.

© IQTIG 2026

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 26: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-A

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	15.510	-	7.738	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.755	100,00	7.738	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	63	0,81	95	1,23
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	63	100,00	95	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	63	100,00	95	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	21	33,33	17	17,89
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	42	66,67	78	82,11
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	42	100,00	78	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	30	47,62	54	56,84
Bewertung als qualitativ auffällig	8	12,70	11	11,58
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	1,59	0	0,00
Sonstiges	3	4,76	13	13,68
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	2	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen wurden zum Auswertungsjahr 2025 78 Stellungnahmeverfahren geführt, was 82,11 % aller rechnerischen Auffälligkeiten entspricht. Sämtliche Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich geführt. Insgesamt wurden 11 Indikatorenergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (11,58 %). Es wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 ergriffen.

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-S

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	6.936	-	4.468	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	4.624	100,00	4.468	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	220	4,76	218	4,88
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	220	100,00	218	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	220	100,00	218	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
nicht fristgerechte Übermittlung (Schlüsselwert 7)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	12	5,45	25	11,47
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	208	94,55	193	88,53
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	208	100,00	193	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	138	62,73	88	40,37
Bewertung als qualitativ auffällig	48	21,82	24	11,01
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	0,45	1	0,46
Sonstiges	21	9,55	80	36,70
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	17	n. a.	9	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen wurden 193 Stellungnahmeverfahren geführt, was ca. 88,53 % aller rechnerischen Auffälligkeiten entspricht. Sämtliche Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich geführt. Insgesamt wurden 24 Indikatorenergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (11,01 %). 9-mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht ergriffen.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 28: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul WI-NI-D

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.290	100,00	3.244	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	116	3,53	59	1,82
davon ohne QSEB-Übermittlung	13	11,21	3	5,08
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	103	100,00	56	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	26	25,24	5	8,93
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	77	74,76	51	91,07
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	77	100,00	50	98,04
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	1,96
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	5	4,85	5	8,93
Bewertung als qualitativ auffällig	62	60,19	30	53,57
Sonstiges	10	9,71	16	28,57
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	5	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS WI* sind keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität definiert. Die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit wurden erstmals im Auswertungsjahr 2024 berichtet (Auswertungsmodul WI-NI-D).

Als Begründungen für die insgesamt 30 Bewertungen als qualitativ auffällig wurden nicht versandte Dokumentationsbögen aufgrund unklarer Verantwortlichkeiten, eine ausgebliebene Stellungnahme und technische Gründe für nicht übermittelte Dokumentationsbögen genannt.

Als Begründung für die insgesamt 5 Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden KIS-bezogene, prozessuale und strukturelle Probleme ohne genauere Details sowie 2-mal das Fehlen von Hinweisen auf Mängel der medizinischen Qualität genannt.

Es wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 durchgeführt.

4 Evaluation

Im Verfahrensteil Nosokomiale postoperative Wundinfektionen ist der Anteil der Fälle, für die im QS-Dokumentationsbogen (NWIF) eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde und die mit einem über die Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelten Datensatz verknüpft werden konnten, ein wesentlicher Indikator für die Wirksamkeit des Verfahrens. Dieser Anteil ist bis zum Auswertungsjahr 2025 Jahre kontinuierlich gestiegen und lag mit 2025 mit 96,47 % auf dem höchsten Niveau seit Einführung des Verfahrens. Im Auswertungsjahr 2026 liegt der Wert bei 95,84 % auf einem ähnlichen Niveau.

Rückmeldungen zur Evaluation des Verfahrens liegen von drei LAG vor. Von 14 Landesarbeitsgemeinschaften wurden keine Hinweise zum QS-Verfahren übermittelt.

Von einer LAG wurde berichtet, dass „59 % der Stellungnahmeverfahren aufgrund nicht fristgerechter Übermittlung der Daten zur einrichtungsbezogenen Befragung“ durchgeführt worden seien. Dies passt zu den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens zu den Auswertungsmodulen NWIES und NWIEA.

Von einer anderen LAG wurde berichtet, dass „aufgrund der anstehenden Überarbeitung des Verfahrens […] im AJ 2025 kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt“ wurde.

Umfassende Rückmeldungen kamen von einer weiteren LAG:

- Bezogen auf Probleme hinsichtlich der QS-Dokumentationsbögen wird darauf hingewiesen, dass die Beschlüsse des GBA zur Beendigung der Erprobung zu Verunsicherung bei den Leistungserbringern geführt hätten. So hätten viele Leistungserbringer in der Folge bis zum Ende des Jahres 2025 weiterdokumentiert.
- Weiterhin seien die Fragen der einrichtungsbezogenen Dokumentationsbögen von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten zum Teil missverstanden worden, wenn es sich um ausgelagerte Praxisräume oder Nutzung von OP-Sälen in einer Klinik gehandelt habe. Oftmals hätten Ärztinnen/Ärzte nachgefragt, ob sich die Fragen z. B. auf das Personal in der Praxis oder in den ausgelagerten Praxisräumen / in der Klinik bezögen
- Niedergelassene Leistungserbringer hätten außerdem Unverständnis über die Dokumentationspflicht (bzw. über Teile des Dokumentationsbogens) geäußert, wenn die ambulanten Operationen ausschließlich im OP-Saal einer Klinik erfolgen, da kein Einfluss auf z. B. die Sterilgutaufbereitung etc. bestünde.
- Zu Problemen hinsichtlich einzelner Qualitätsindikatoren, den dazugehörigen Rechenregeln oder der Indikatorenergebnisse berichtet die Landesarbeitsgemeinschaft, dass wiederholt der ICD-10-Kode K91.81 „Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen“ zu Auffälligkeiten geführt habe. Dabei seien nach Auffassung der Chirurgen in der Landesfachkommission zum QS-Verfahren *Cholezystektomie* Insuffizienzen von Anastomosen oder Nähten nicht automatisch mit einer postoperativen Wundinfektion gleichzusetzen, zumal im Verfahren *QS CHE* dieser ICD-10-Kode nicht unter Infektionen (im QI 58002) geführt werde, sondern unter sonstigen Gallenwegskomplikationen.

- Zu Problemen hinsichtlich der qualitätssichernden Maßnahmen bzw. des Stellungnahmeverfahrens wird berichtet, dass Leistungserbringer erneut Probleme im Umgang mit den ATR-Listen gehabt und Anleitung gebraucht hätten.

5 Ausblick

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat am 18. Dezember 2025 die Erprobung des Verfahrens *QS WI* mit der Begründung beendet, dass der Aufwand in einem nicht gerechtfertigten Verhältnis zum Nutzen stehe. Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrags gemäß § 136a Abs. 1 SGB V hält es das IQTIG für geboten, zeitnah die hygienebezogene Qualitätssicherung der Krankenhäuser wiederaufzunehmen. Das IQTIG hat dem GBA daher Vorschläge für ein vereinfachtes Verfahren mit deutlich verbessertem Aufwand-Nutzen-Verhältnis unterbreitet. Kernpunkte dieser Vorschläge sind im Folgenden zusammengefasst.

Fallbezogene Messung postoperativer Wundinfektionen

Gemäß dem Vorschlag des IQTIG sollte das künftige Verfahren zunächst ausschließlich stationäre Operationen erfassen, da für den ambulanten Bereich derzeit kein relevantes Verbesserungspotenzial vorliegt. Die Indikatoren sollten sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3 gemäß KISS-Definition) konzentrieren, um aussagekräftigere Qualitätsindikatoren und zielgerichtetere Stellungnahmeverfahren zu ermöglichen. Auswertungen könnten durch ausschließliche Betrachtung des stationären Sektors bereits im auf das Erfassungsjahr folgende Jahr bereitgestellt werden. Das Verfahren könnte zudem durch Reduktion auf ein einziges Erfassungsmodul der Sozialdatenspezifikation vereinfacht werden. Außerdem könnten mehr Fachgebiete als bisher mit einbezogen werden, um mehr QS-Dokumentationen für die Qualitätsindikatoren auch wirklich nutzen zu können. Ein zentraler Baustein wäre die Weiterentwicklung der Fallauslösung (QS-Filter): es sollte geprüft werden, ob mithilfe statistischer Modelle die Treffsicherheit der Auslösung erhöht und damit der Dokumentationsaufwand deutlich gesenkt werden könnte.

Angesichts der fortschreitenden Ambulantisierung komplexer Eingriffe sollte in einem separaten Konzept geprüft werden, unter welchen Voraussetzungen eine hygienebezogene Qualitätssicherung auch im ambulanten Bereich sinnvoll und umsetzbar wäre.

Einrichtungsbezogene Messung des Hygiene- und Infektionsmanagements

Die hygienebezogene Qualität sollte ebenfalls ausschließlich in Einrichtungen gemessen werden, die stationäre Eingriffe abrechnen. Aus den bisherigen 10 Kennzahlen könnten zwei neue Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die ausschließlich auf Hygieneschulungen abzielen. Interne Analysen des IQTIG zeigen, dass Schulungsquoten signifikant negativ mit Infektionsraten korrelieren und die Bundesergebnisse zuletzt sehr niedrig waren (Schulungen zu Antibiotikaresistenz: 33,2/100 Punkte; Hygieneschulungen: 56,7/100 Punkte).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

WI-NI-A: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2024

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Datengrundlage Sozialdaten 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 12

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) 13

1500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 13

1502: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 15

332400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 19

Details zu den Ergebnissen 23

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) 28

1501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 28

1503: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 30

332401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 34

Details zu den Ergebnissen 38

332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen) 44

Details zu den Ergebnissen 48

© IQTIG 2026

Basisauswertung ... 50
QS Dokumentation ... 50
NWIF Erfassungsjahr 2024 ... 50
Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 50
Bogenauslösende Kodes ... 50
Aufnahme und Entlassung ... 52
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 52
Patientin / Patient ... 53
Postoperative Wundinfektion ... 54
Sozialdaten ... 55
NWITR Erfassungsjahr 2024 ... 55
Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 55
Beginn und Ende der Behandlung ... 65
Falllänge ... 65
Patientin / Patient ... 66

Einleitung

Mit dem Beschluss der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung vom 21. April 2022 hat der G-BA sich dafür ausgesprochen, die Qualitätssicherung insgesamt einfacher und praxisnäher aufzustellen, damit der Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen steht, die Akzeptanz der Verfahren gewährleistet ist und damit tatsächlich die Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung erhöht wird. Unter Abwägung der verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Kriterien befand der G-BA, dass das Verfahren auch nach 9 Jahren der Erprobung nicht in den Regelbetrieb überführt werden kann. Zum 1. Januar 2026 stellte der G-BA das Verfahren ein.
Zum Verfahrensteil Nosokomiale Infektionen bestand bereits für die Quartale 2 bis 4 des Erfassungsjahres 2025 keine Dokumentationsverpflichtung mehr. Zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren mehr durchgeführt. Dies ist die letzte Bundesauswertung für den Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen.
Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einer chirurgischen Operation. Sie stellen heute die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete (Behnke et al. 2017) [1]. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz (Mielke et al. 2010) [2].
Das Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.
Als Tracer-Operationen werden jene Operationen bezeichnet, die im Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) ausgewählt wurden, um in der Qualitätssicherung dahingehend betrachtet zu werden, ob sich im Anschluss eine nosokomiale postoperative Wundinfektion entwickelt.
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) das Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen miteinander verglichen, unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.
Das Verfahren QS WI umfasst insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zum ambulanten und stationären Operieren, sowie zehn Kennzahlen.
Darüber hinaus werden seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit bezüglich des fallbezogenen QS-Dokumentationsbogens NWIF (Datensatz „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“) ausgewertet.
Von den acht Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen

beziehen sich zwei auf ambulante und vier auf stationäre Operationen. Zwei der vier Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3).
Die Kennzahlen beziehen sich auf die Sterblichkeit bis 30 Tage nach der OP und nosokomiale postoperative Infektionen mit multiresistenten Keimen. Sie dienen dazu, unterstützende Informationen für das interne Qualitätsmanagement bereitzustellen.
Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Tracer-Operationen, entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird. Die Tracer-Operationen stammen aus der Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastischen Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie.
Im Krankenhaus wird bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen (Erfassungsmodul NWIF) ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist diese im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus zu dokumentieren. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen werden an das IQTIG übermittelt.
Erst wenn diese Informationen am IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt werden, wird nach Berücksichtigung von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insbesondere des Follow-up-Zeitraumes, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Festlegung der DeQS-RL handelt. Hierbei werden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.
Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion geht in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wird, die die Tracer-Operation durchgeführt hat. Im Nenner steht die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers.
Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die ca. 2,9 Mio. Tracer-Operationen (Erfassungsjahr 2023) nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Gleichzeitig müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen Kode gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wird ein Filter genutzt, der beim potentiellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser Filter löst ca. 310.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus.
Liegt keine postoperative Wundinfektion vor, muss in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein“ beantwortet werden. Ca. 75.000-mal wurde diese Frage im Erfassungsjahr 2023 mit „ja“ beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Ca. 35 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen konnten mit einer Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Das Verfahren ist somit sehr effizient. Denn auf der einen Seite mussten im Erfassungsjahr 2023 zwar ca. 230.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die Indikatoren genutzt werden können (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden muss). Damit wird jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 2,9 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfällt.

Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, müssen hier keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leitungserbringer, die ambulant operieren erhalten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand.
Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten und Dokumentationsdaten der Leistungserbringer über ein in beiden Datenpools vorliegendes, je Patient gleichlautendes Patientenpseudonym. Das Zusammenführen der Datensätze erfolgt unabhängig davon, ob Operation und Wundinfektionsdiagnose in derselben oder in unterschiedlichen Einrichtungen erfolgten, und auch unabhängig davon, ob die Tracer-Operation ambulant oder stationär durchgeführt wurde.
Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden im Jahr zwei nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.
Informationen zu den je Leistungserbringer ermittelten Patienten, zu denen in den Daten eine oder mehrere Tracer-Operationen mit einer postoperativen Wundinfektion verknüpft wurden, sind in den separat bereitgestellten auffälligen Tracer-Listen (ATR-Listen) aufgeführt.
Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den aktuellen endgültigen Rechenregeln entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden.
Ein Leistungserbringerergebnis gilt als rechnerisch auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

[1] Behnke, M; Aghdassi, SJ; Hansen, S; Peña Diaz, LA; Gastmeier, P; Piening, B (2017): Prävalenz von nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung in deutschen Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 114(50): 851-857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.
[2] Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. Epidemiologisches Bulletin, Nr. 36: 359-364. URL: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2010/36_10.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 16.05.2025).

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:
Das Qualitätssicherungsverfahren befindet sich gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie weiterhin in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet. Die Ergebnisse mit der entsprechend gebotenen Vorsicht zu interpretieren. Im Begleitdokument zu dieser Auswertung, wird gesondert auf die aktuell bekannten Limitationen eingegangen.
Aufgrund der Aussetzung der Erfassung von Daten zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen für das Erfassungsjahr 2021, enthält der vorliegende Bericht keine Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2021.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Dieser Bericht enthält Qualitätsindikatorenergebnisse, die auf QS-Dokumentationsdaten und Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren. Diese fallbezogenen QS-Dokumentationsdaten werden ausschließlich von Krankenhäusern übermittelt.
Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) mit Entlassung im Erfassungsjahr 2024 und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
Entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war.
Die Vollzähligkeit der QS-Dokumentationsbögen wird auf Standortebene ermittelt. Für die Auswertungsmodule WI-NI-A und WI-NI-S des QS-Verfahrens QS WI erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nicht bezogen auf die in der Tabelle aufgeführte Anzahl Leistungserbringer, sondern bezogen auf die Leistungserbringer (Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR)), für die Informationen zu Tracer-Operationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	318.573 318.573	318.554	100,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.592	1.602	99,38

Datengrundlage Sozialdaten

Die nachfolgende Tabelle „Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR)“ stellt die von den Krankenkassen übermittelten Sozialdaten (Spalte „Anzahl Datensätze“) zu Traceroperationen sowie die Anzahl der Leistungserbringer, zu denen Sozialdaten übermittelt wurden (Spalte „Anzahl Leistungserbringer“) dar.
Die Anzahl der Datensätze wird bezogen auf das ambulante und stationäre Operieren ausgegeben, und bezogen auf das ambulante Operieren darüber hinaus auch für Vergleichsgruppen (Krankenhäuser oder Praxen/Medizinische Versorgungszentren (MVZ)).

Für die Auswertungsmodule WI-NI-A und WI-NI-S des QS-Verfahrens QS WI erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen bezogen auf die Leistungserbringer (IKNR bzw. BSNR-Ebene), für die Informationen zu Tracer-Operationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen.

Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR)

EJ 2024	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer
Bund (Ambulantes Operieren)	636.707	5.258
Bund (Amb. Krankenhäuser)	170.234	1.061
Bund (Amb. Praxen/MVZ)	456.767	3.832
Bund (Selektivvertragliche Leistungen)	9.706	830
Bund (Stationäres Operieren)	2.179.122	1.132

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer. Indikatorergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen stationär operierender Leistungserbringer, zum Hygiene- und Infektionsmanagement können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden. Leistungserbringer, die ausschließlich Daten bezogen auf das ambulante oder stationäre Operieren geliefert haben, erhalten nur einen Bericht. Für Krankenhäuser sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien bezüglich der Vollzähligkeit der QS-Dokumentation zur Erfassung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (WI-NI-D) ebenfalls einem separat bereitgestellten Bericht zu entnehmen.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bezogen auf das Erfassungsjahr 2023 an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Die Auswertungen der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich auf Tracer-Operationen, die innerhalb des jeweiligen Erfassungsjahres durchgeführt worden sind. Informationen zu postoperativen Wundinfektionen können zu den aktuellen Ergebnissen des Auswertungsjahr 2025 auch aus dem jeweiligen Folgejahr stammen.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet mit einem zeitlichen Versatz statt. Qualitätsindikatorenergebnisse, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, können erst im Jahr zwei nach dem Erfassungsjahr bereitgestellt werden. Entsprechend werden in diesem Bericht die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 dargestellt. Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2021 werden aufgrund der Aussetzung der Datenerfassung für das Jahr 2021 nicht dargestellt.

Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023“ die Ergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Informationen zu bekannten Limitationen der Datenbasis können Sie dem Begleitschreiben entnehmen.

Weitere Informationen zu dem Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

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

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)			
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Nicht definiert	0,10 % O = 552 N = 567.980
1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 9 N = 567.980
332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 567.980
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)			
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Nicht definiert	0,17 % O = 98 N = 56.644
1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 56.644
332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 56.644
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	Transparenzkennzahl	0,88 % O = 4 N = 457

© IQTIG 2026

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)

Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.

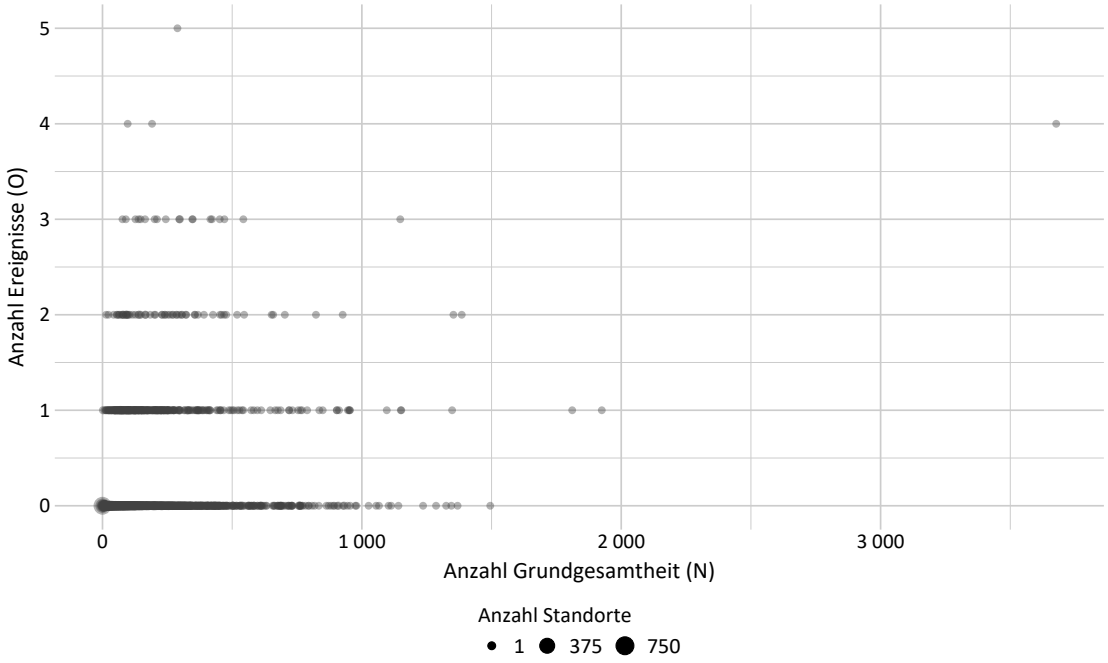
1500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Ambulant	**VÄ**	**2022**	209 / 425.129	209
		2023	239 / 472.606	239
		2024	211 / 431.384	211
	KH	**2022**	256 / 135.930	256
		2023	366 / 161.220	366
		2024	341 / 136.596	341
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 0	0
		2023	0 / 0	0
		2024	0 / 0	0
Bund		**2022**	465 / 561.059	465
		2023	605 / 633.826	605
		2024	552 / 567.980	552

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	4.860	0	0,00	0,50	0,00

1502: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

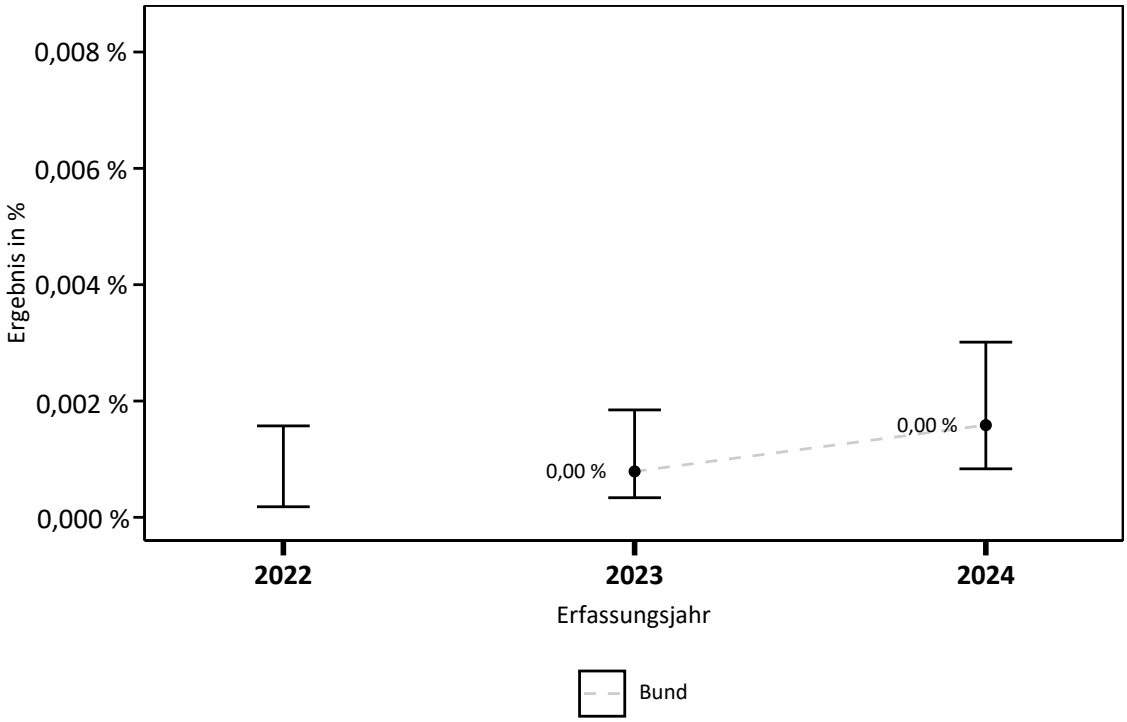
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

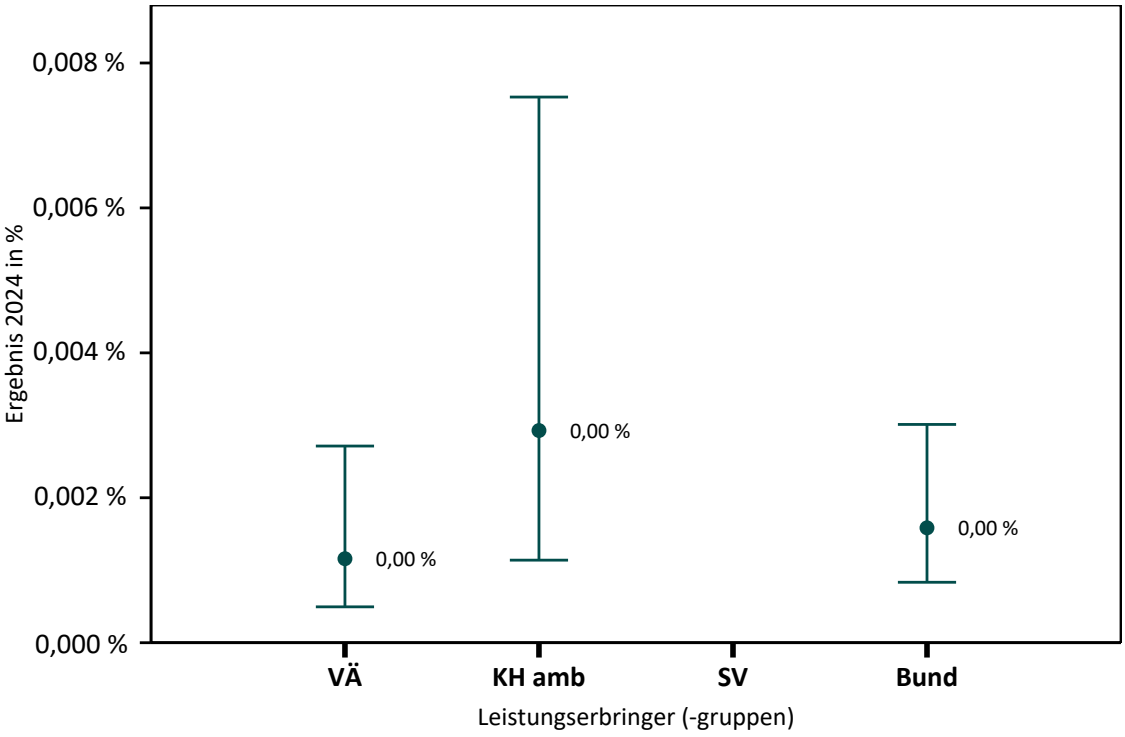
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2022**	≤3 / 425.129	x	0,00 - 0,00
		2023	≤3 / 472.606	x	0,00 - 0,00
		2024	5 / 431.384	0,00	0,00 - 0,00
	KH	**2022**	≤3 / 135.930	x	0,00 - 0,00
		2023	4 / 161.220	0,00	0,00 - 0,01
		2024	4 / 136.596	0,00	0,00 - 0,01
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	≤3 / 561.059	x	0,00 - 0,00
		2023	5 / 633.826	0,00	0,00 - 0,00
		2024	9 / 567.980	0,00	0,00 - 0,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

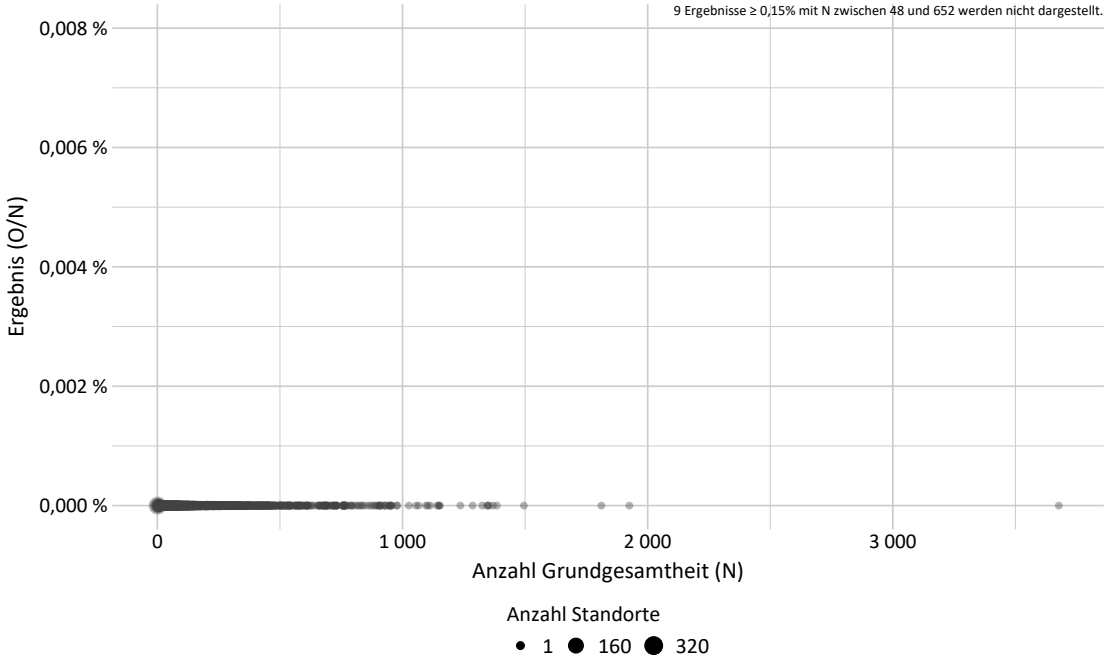
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	4.860	0	0,00	2,08	0,00

332400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

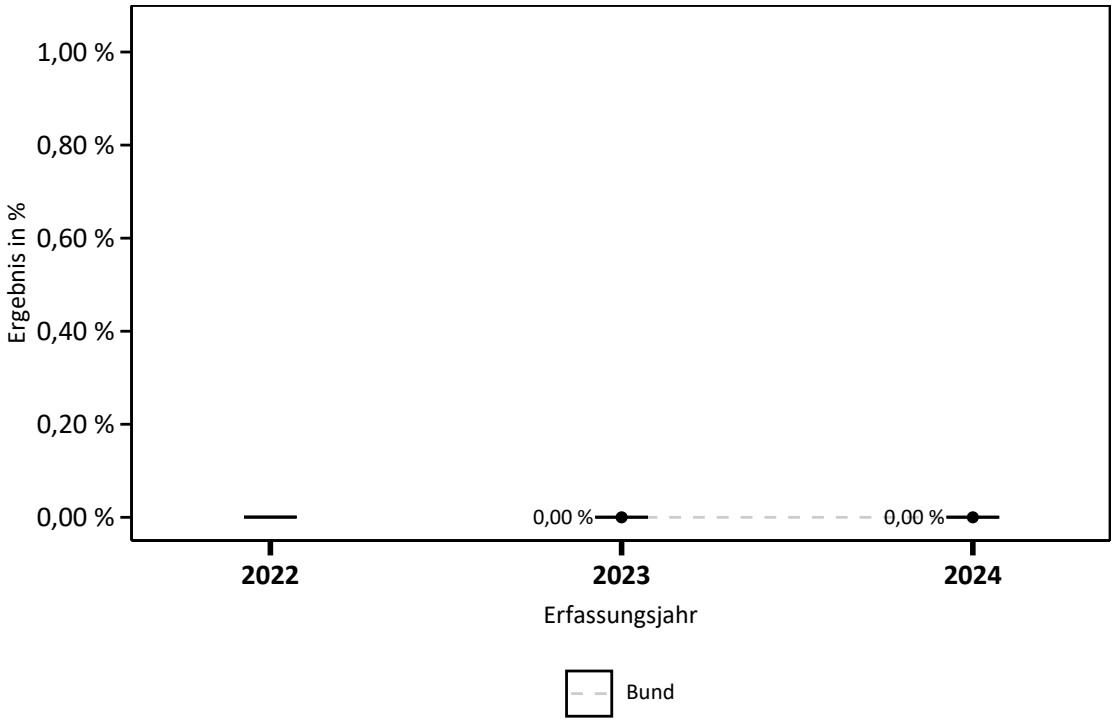
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit 4MRGN innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

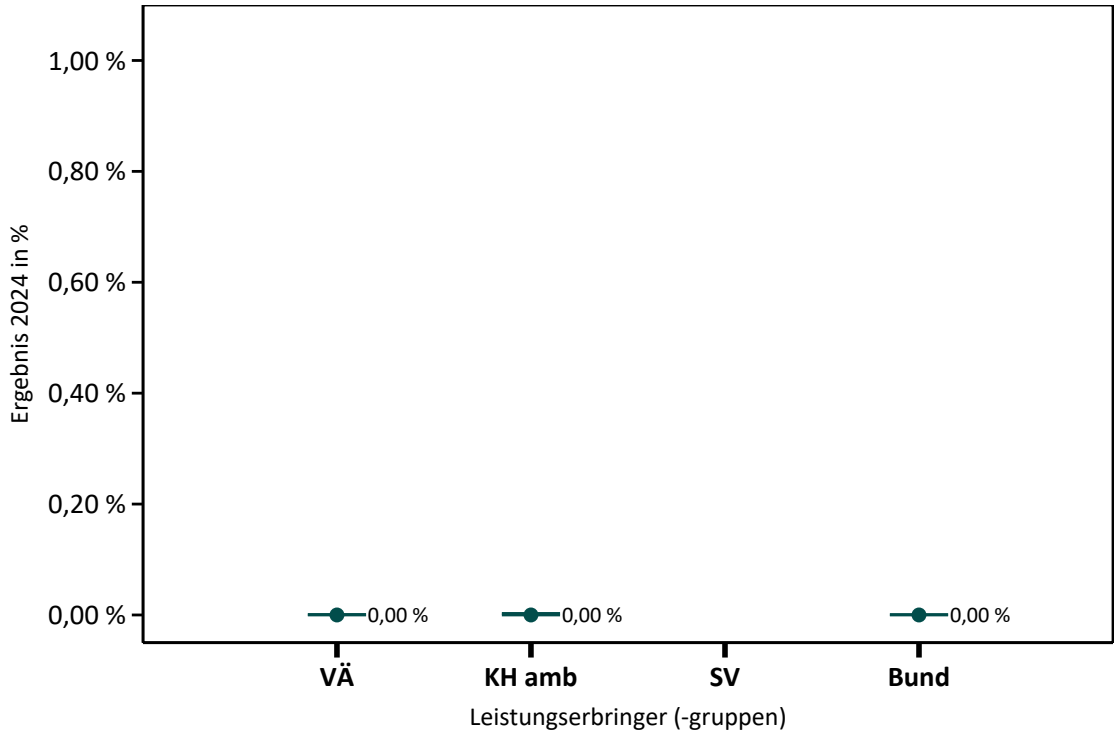
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant	VÄ	2022	0 / 425.129	0,00	0,00 - 0,00
		2023	0 / 472.606	0,00	0,00 - 0,00
		2024	0 / 431.384	0,00	0,00 - 0,00
	KH	2022	≤3 / 135.930	x	0,00 - 0,00
		2023	0 / 161.220	0,00	0,00 - 0,00
		2024	0 / 136.596	0,00	0,00 - 0,00
Selektivvertragliche Leistungen		2022	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		2022	≤3 / 561.059	x	0,00 - 0,00
		2023	0 / 633.826	0,00	0,00 - 0,00
		2024	0 / 567.980	0,00	0,00 - 0,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

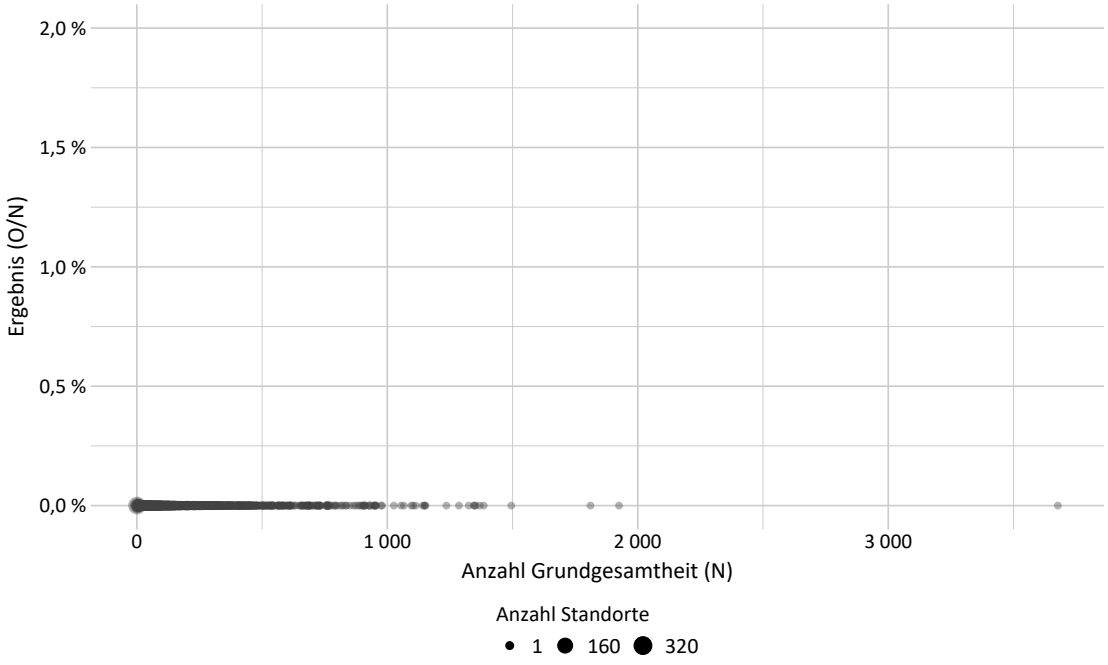
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	4.860	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 1500** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)**	552/567.980
1.1.1	Diagnosestellung	
1.1.1.1	ID: 33_24023 Selbstdiagnostiziert[1]	53,99 % 298/552
1.1.1.2	ID: 33_24024 Fremddiagnostiziert[2]	46,01 % 254/552

[1] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[2] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 1500 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)[3]	0,00 552/567.980
1.2.1	ID: 33_25028 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	0,00 % 0/102
1.2.2	ID: 33_25029 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/9
1.2.3	ID: 33_25030 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,26 % 108/42.262
1.2.4	ID: 33_25031 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
1.2.5	ID: 33_25032 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,28 % 17/5.986
1.2.6	ID: 33_25033 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
1.2.7	ID: 33_25034 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,57 % 21/3.696
1.2.8	ID: 33_25035 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,09 % 7/7.773
1.2.9	ID: 33_25036 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/352

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.10	ID: 33_25037 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,08 % 392/500.604
1.2.11	ID: 33_25038 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,09 % 7/7.830

[3] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 1500 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 552/567.980
1.3.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.3.1.1	ID: 33_24020 ≤ 10 Tage	47,10 % 260/552
1.3.1.2	ID: 33_24021 11 - 20 Tage	36,78 % 203/552
1.3.1.3	ID: 33_24022 21 - 30 Tage	16,12 % 89/552

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 1502** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)**	0,00 % 9/567.980
1.4.1	Diagnosestellung	
1.4.1.1	ID: 33_24034 Selbstdiagnostiziert[4]	44,44 % 4/9
1.4.1.2	ID: 33_24035 Fremddiagnostiziert[5]	55,56 % 5/9

[4] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[5] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.5	ID: 1502 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)[6]	0,00 % 9/567.980
1.5.1	ID: 33_25039 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	0,00 % 0/102
1.5.2	ID: 33_25040 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/9
1.5.3	ID: 33_25041 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	x % ≤3/42.262
1.5.4	ID: 33_25042 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
1.5.5	ID: 33_25043 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,00 % 0/5.986
1.5.6	ID: 33_25044 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
1.5.7	ID: 33_25045 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,00 % 0/3.696
1.5.8	ID: 33_25046 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 0/7.773
1.5.9	ID: 33_25047 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/352
1.5.10	ID: 33_25048 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 8/500.604
1.5.11	ID: 33_25049 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/7.830

[6] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.6	ID: 1502 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 % 9/567.980
1.6.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.6.1.1	ID: 33_24036 ≤ 10 Tage	x % ≤3/9
1.6.1.2	ID: 33_24037 11 - 20 Tage	66,67 % 6/9
1.6.1.3	ID: 33_24038 21 - 30 Tage	0,00 % 0/9

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.7	**ID: 332400** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)**	0,00 % 0/567.980
1.7.1	Diagnosestellung	
1.7.1.1	ID: 33_25000 Selbstdiagnostiziert[7]	- 0/0
1.7.1.2	ID: 33_25001 Fremddiagnostiziert[8]	- 0/0

[7] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[8] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.8	ID: 332400 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)[9]	0,00 % 0/567.980
1.8.1	ID: 33_25050 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	0,00 % 0/102
1.8.2	ID: 33_25051 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/9
1.8.3	ID: 33_25052 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,00 % 0/42.262
1.8.4	ID: 33_25053 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
1.8.5	ID: 33_25054 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,00 % 0/5.986
1.8.6	ID: 33_25055 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
1.8.7	ID: 33_25056 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,00 % 0/3.696
1.8.8	ID: 33_25057 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 0/7.773
1.8.9	ID: 33_25058 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/352

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.8.10	ID: 33_25059 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 0/500.604
1.8.11	ID: 33_25060 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/7.830

[9] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.9	ID: 332400 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,00 % 0/567.980
1.9.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.9.1.1	ID: 33_25008 ≤ 10 Tage	- 0/0
1.9.1.2	ID: 33_25009 11 - 20 Tage	- 0/0
1.9.1.3	ID: 33_25010 21 - 30 Tage	- 0/0

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)

Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.

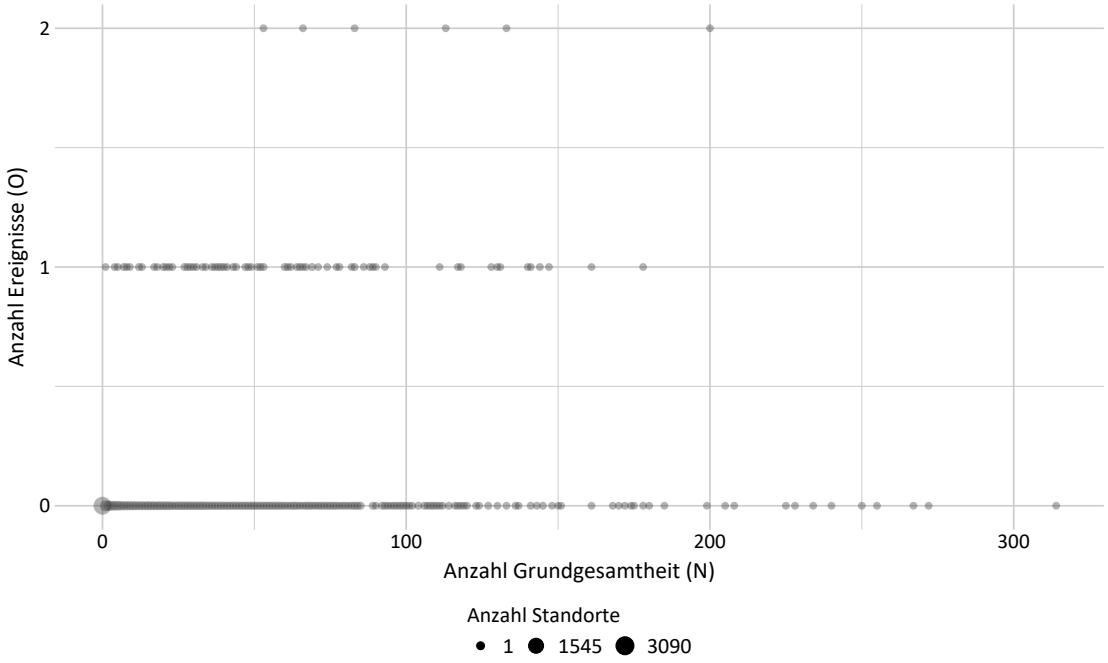
1501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Ambulant	VÄ	2022	16 / 23.067	16
		2023	19 / 27.425	19
		2024	15 / 23.654	15
	KH	2022	76 / 31.312	76
		2023	70 / 40.820	70
		2024	83 / 32.990	83
Selektivvertragliche Leistungen		2022	0 / 0	0
		2023	0 / 0	0
		2024	0 / 0	0
Bund		2022	92 / 54.379	92
		2023	89 / 68.245	89
		2024	98 / 56.644	98

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	2.516	0	0,00	1,00	0,00

1503: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

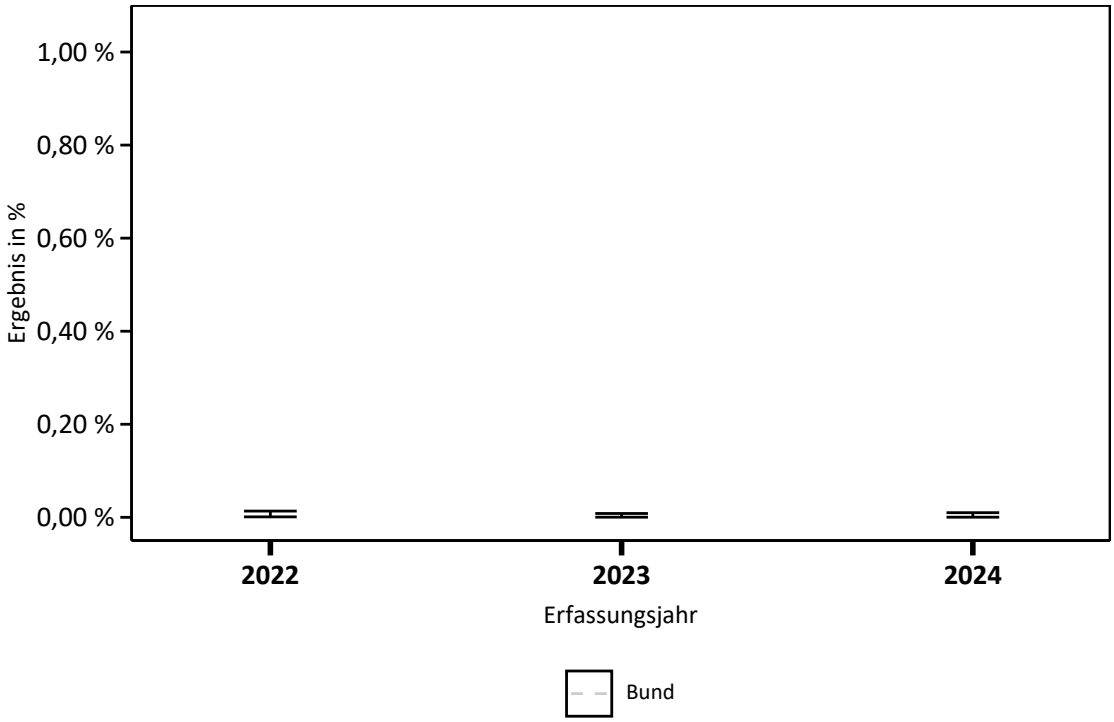
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

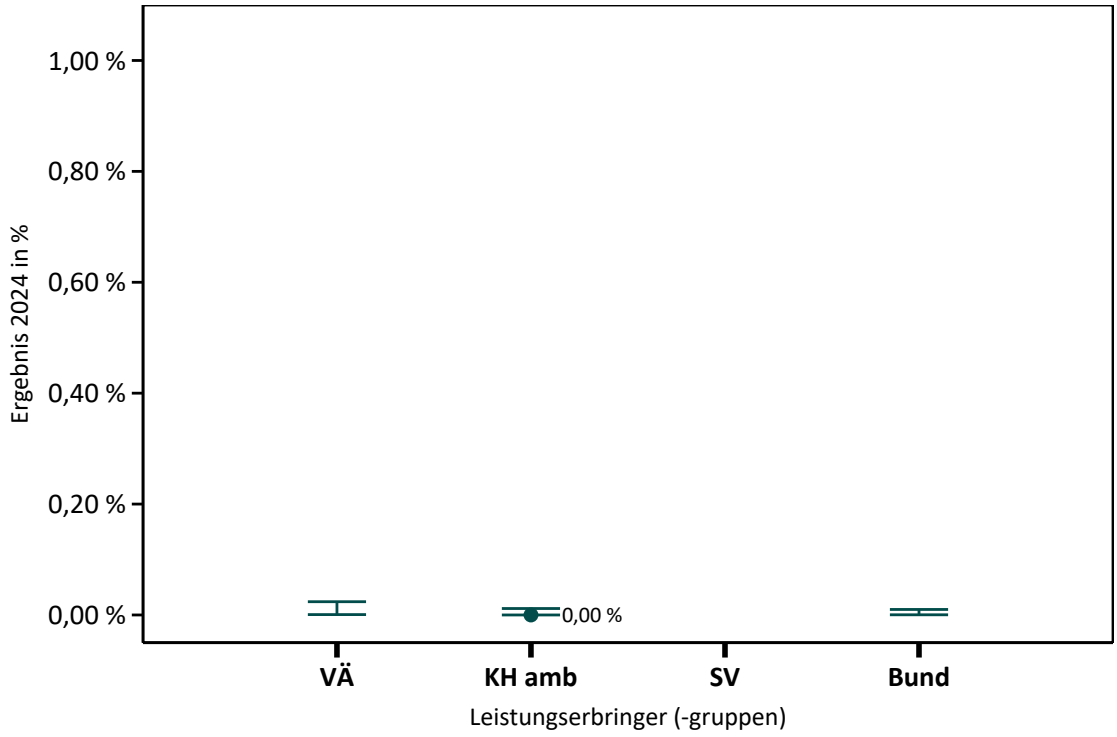
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant	VÄ	2022	0 / 23.067	0,00	0,00 - 0,02
		2023	0 / 27.425	0,00	0,00 - 0,01
		2024	≤3 / 23.654	x	0,00 - 0,02
	KH	2022	≤3 / 31.312	x	0,00 - 0,02
		2023	≤3 / 40.820	x	0,00 - 0,01
		2024	0 / 32.990	0,00	0,00 - 0,01
Selektivvertragliche Leistungen		2022	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		2022	≤3 / 54.379	x	0,00 - 0,01
		2023	≤3 / 68.245	x	0,00 - 0,01
		2024	≤3 / 56.644	x	0,00 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

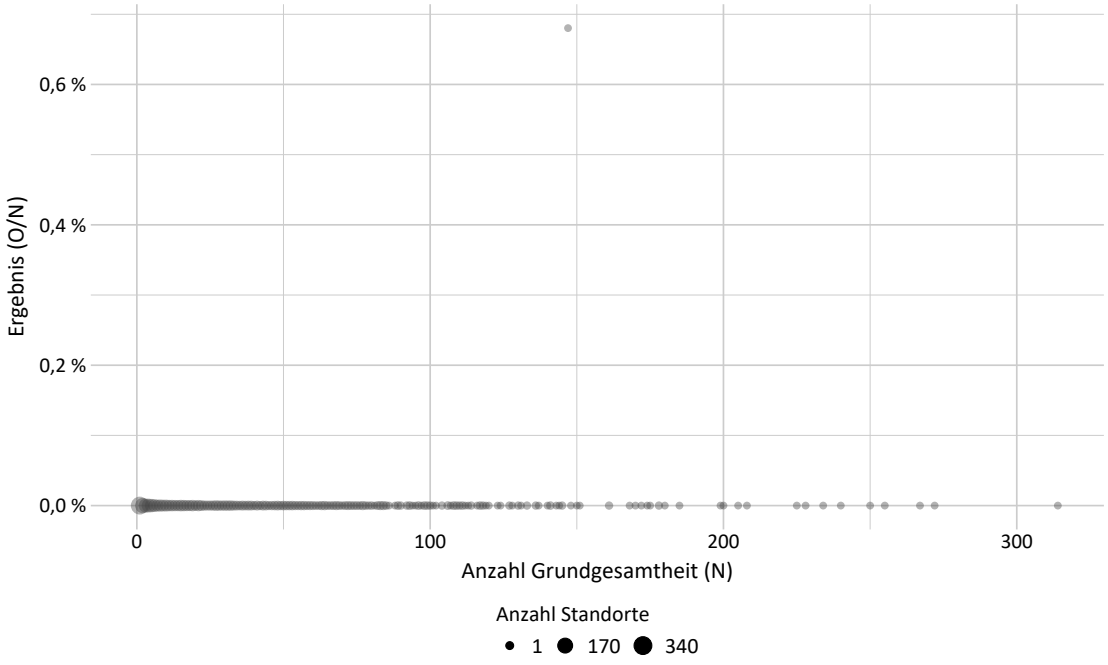
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	2.516	0	0,00	0,68	0,00

332401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

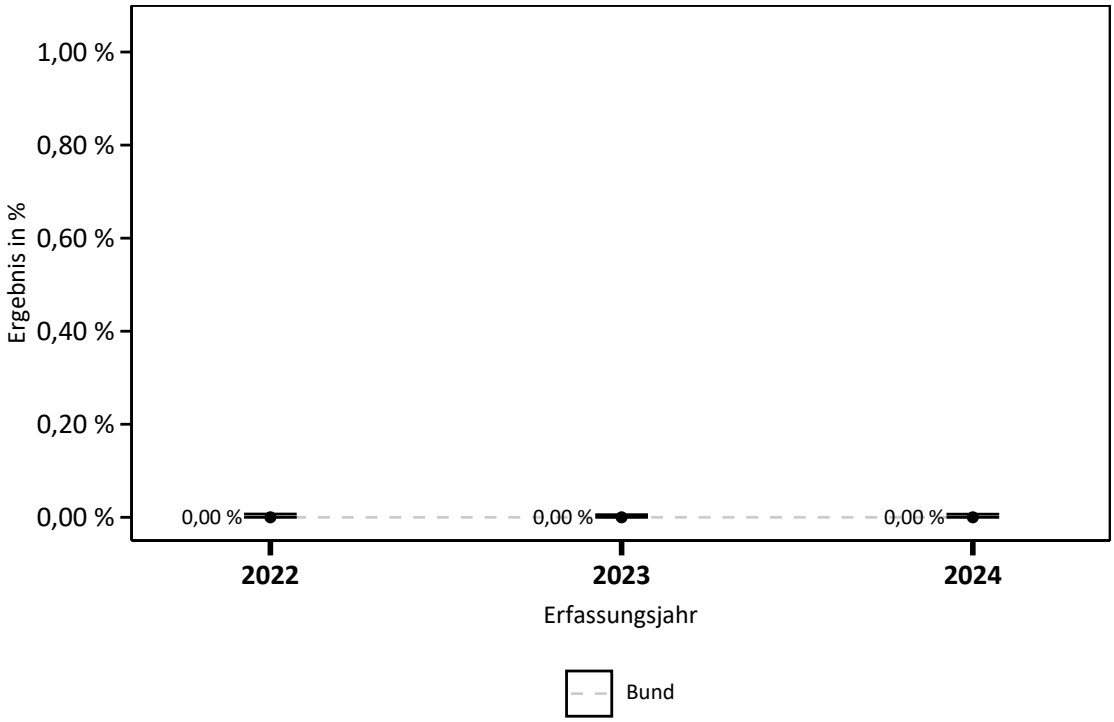
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Ambulante Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit 4MRGN innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

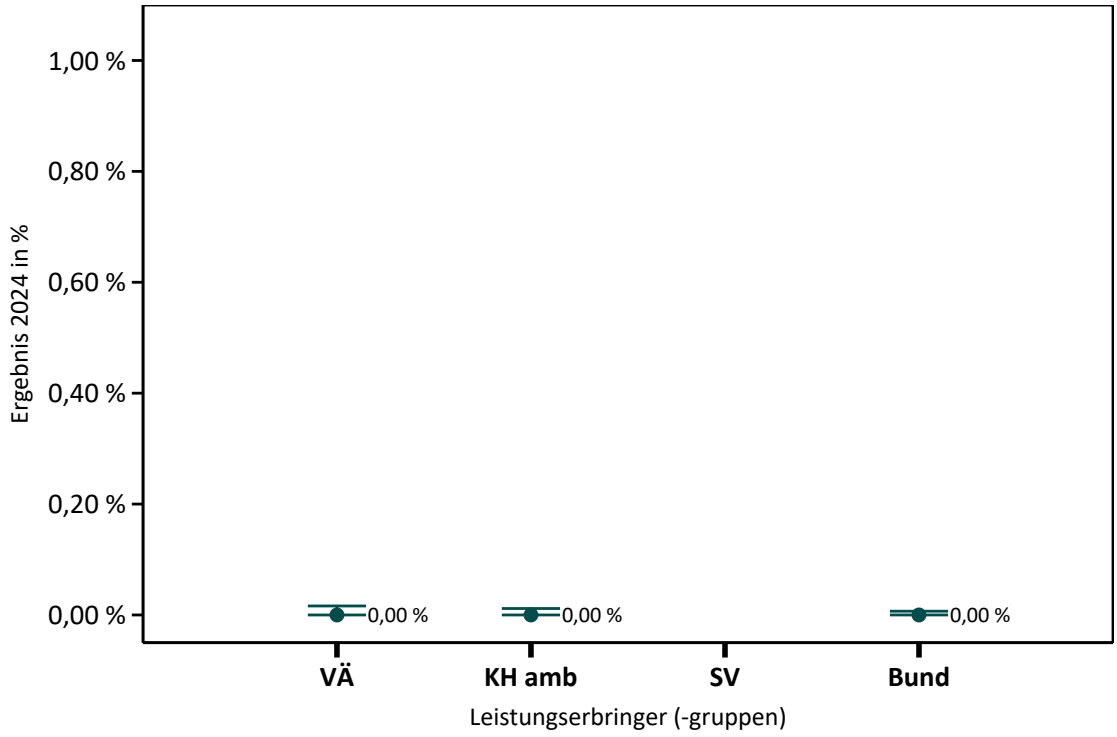
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant	VÄ	2022	0 / 23.067	0,00	0,00 - 0,02
		2023	0 / 27.425	0,00	0,00 - 0,01
		2024	0 / 23.654	0,00	0,00 - 0,02
	KH	2022	0 / 31.312	0,00	0,00 - 0,01
		2023	0 / 40.820	0,00	0,00 - 0,01
		2024	0 / 32.990	0,00	0,00 - 0,01
Selektivvertragliche Leistungen		2022	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		2022	0 / 54.379	0,00	0,00 - 0,01
		2023	0 / 68.245	0,00	0,00 - 0,01
		2024	0 / 56.644	0,00	0,00 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

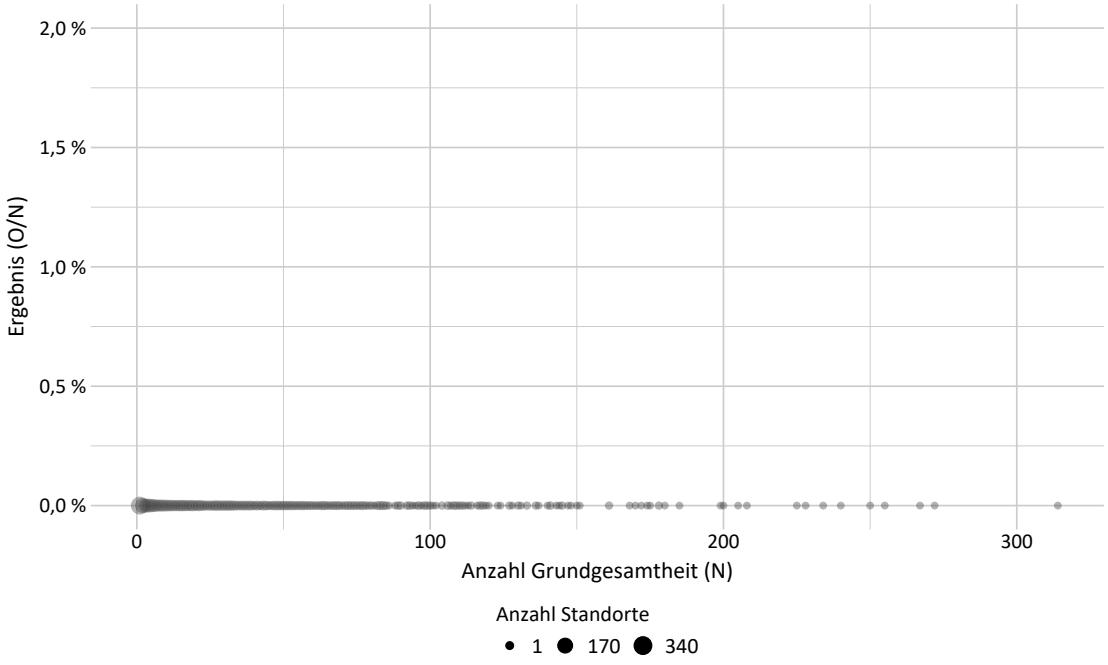
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	2.516	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 1501** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)**	98/56.644
2.1.1	Diagnosestellung	
2.1.1.1	ID: 33_24018 Selbstdiagnostiziert[10]	69,39 % 68/98
2.1.1.2	ID: 33_24019 Fremddiagnostiziert[11]	30,61 % 30/98

[10] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[11] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 1501 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[12]	0,00 98/56.644
2.2.1	ID: 33_25061 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.2.2	ID: 33_25062 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,31 % 23/7.334
2.2.3	ID: 33_25063 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,00 % 0/61
2.2.4	ID: 33_25064 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
2.2.5	ID: 33_25065 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,56 % 10/1.770
2.2.6	ID: 33_25066 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
2.2.7	ID: 33_25067 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	- 0/0
2.2.8	ID: 33_25068 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	x % ≤3
2.2.9	ID: 33_25069 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	- 0/0
2.2.10	ID: 33_25070 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,14 % 65/47.472

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2.11	ID: 33_25071 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/16

[12] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 1501 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 98/56.644
2.3.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.3.1.1	ID: 33_24025 ≤ 10 Tage	20,41 % 20/98
2.3.1.2	ID: 33_24026 11 - 20 Tage	24,49 % 24/98
2.3.1.3	ID: 33_24027 21 - 30 Tage	20,41 % 20/98
2.3.1.4	ID: 33_24028 31 - 40 Tage	11,22 % 11/98
2.3.1.5	ID: 33_24029 41 - 50 Tage	10,20 % 10/98
2.3.1.6	ID: 33_24030 51 - 60 Tage	5,10 % 5/98
2.3.1.7	ID: 33_24031 61 - 70 Tage	x % ≤3/98
2.3.1.8	ID: 33_24032 71 - 80 Tage	x % ≤3/98
2.3.1.9	ID: 33_24033 81 - 90 Tage	x % ≤3/98

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.4	**ID: 1503** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)**	x % ≤3/56.644
2.4.1	Diagnosestellung	
2.4.1.1	ID: 33_24039 Selbstdiagnostiziert[13]	x % ≤3

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.4.1.2	ID: 33_24040 Fremddiagnostiziert[14]	x % ≤3

[13] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[14] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.5	ID: 1503 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[15]	x % ≤3/56.644
2.5.1	ID: 33_25072 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.5.2	ID: 33_25073 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/7.334
2.5.3	ID: 33_25074 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,00 % 0/61
2.5.4	ID: 33_25075 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
2.5.5	ID: 33_25076 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,00 % 0/1.770
2.5.6	ID: 33_25077 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
2.5.7	ID: 33_25078 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	- 0/0
2.5.8	ID: 33_25079 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	x % ≤3
2.5.9	ID: 33_25080 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	- 0/0
2.5.10	ID: 33_25081 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	x % ≤3/47.472
2.5.11	ID: 33_25082 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/16

[15] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.6	ID: 1503 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	x % ≤3/56.644

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.6.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.6.1.1	ID: 33_24041 ≤ 10 Tage	x % ≤3
2.6.1.2	ID: 33_24042 11 - 20 Tage	x % ≤3
2.6.1.3	ID: 33_24043 21 - 30 Tage	x % ≤3
2.6.1.4	ID: 33_24044 31 - 40 Tage	x % ≤3
2.6.1.5	ID: 33_24045 41 - 50 Tage	x % ≤3
2.6.1.6	ID: 33_24046 51 - 60 Tage	x % ≤3
2.6.1.7	ID: 33_24047 61 - 70 Tage	x % ≤3
2.6.1.8	ID: 33_24048 71 - 80 Tage	x % ≤3
2.6.1.9	ID: 33_24049 81 - 90 Tage	x % ≤3

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.7	**ID: 332401** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)**	0,00 % 0/56.644
2.7.1	Diagnosestellung	
2.7.1.1	ID: 33_25011 Selbstdiagnostiziert[16]	- 0/0
2.7.1.2	ID: 33_25012 Fremddiagnostiziert[17]	- 0/0

[16] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[17] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.8	ID: 332401 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[18]	0,00 % 0/56.644
2.8.1	ID: 33_25083 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.8.2	ID: 33_25084 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/7.334
2.8.3	ID: 33_25085 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,00 % 0/61
2.8.4	ID: 33_25086 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
2.8.5	ID: 33_25087 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,00 % 0/1.770
2.8.6	ID: 33_25088 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
2.8.7	ID: 33_25089 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	- 0/0
2.8.8	ID: 33_25090 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	x % ≤3
2.8.9	ID: 33_25091 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	- 0/0
2.8.10	ID: 33_25092 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 0/47.472
2.8.11	ID: 33_25093 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/16

[18] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.9	ID: 332401 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 0/56.644
2.9.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.9.1.1	ID: 33_25019 ≤ 10 Tage	- 0/0

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.9.1.2	ID: 33_25020 11 - 20 Tage	- 0/0
2.9.1.3	ID: 33_25021 21 - 30 Tage	- 0/0
2.9.1.4	ID: 33_25022 31 - 40 Tage	- 0/0
2.9.1.5	ID: 33_25023 41 - 50 Tage	- 0/0
2.9.1.6	ID: 33_25024 51 - 60 Tage	- 0/0
2.9.1.7	ID: 33_25025 61 - 70 Tage	- 0/0
2.9.1.8	ID: 33_25026 71 - 80 Tage	- 0/0
2.9.1.9	ID: 33_25027 81 - 90 Tage	- 0/0

332000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)

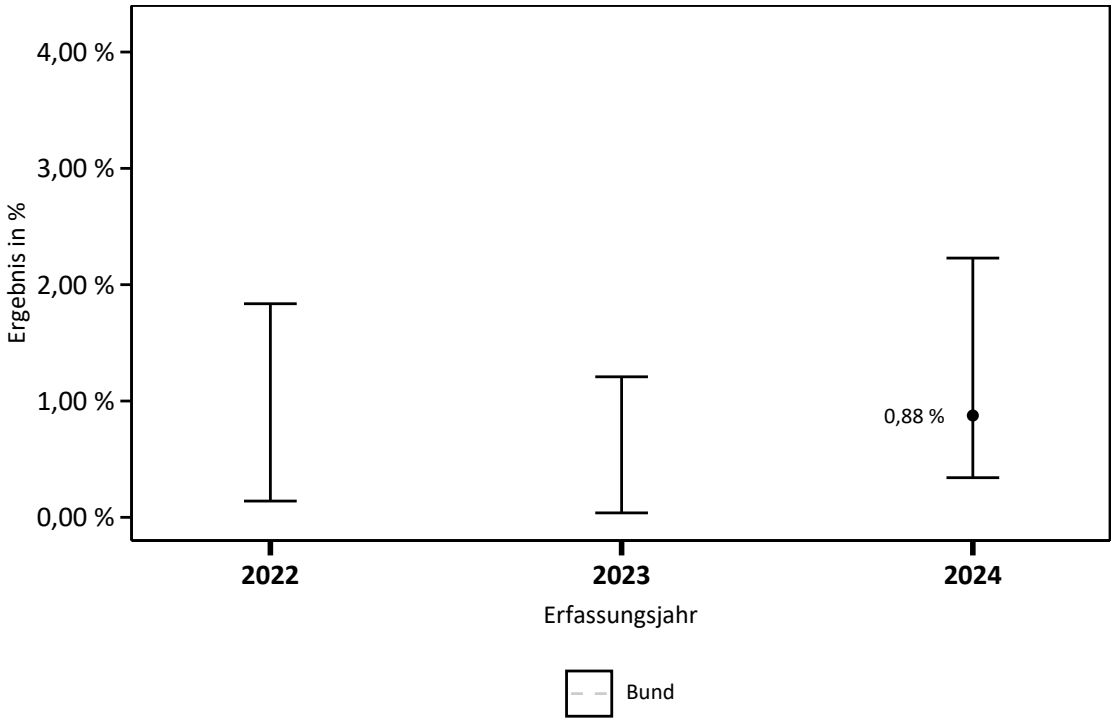
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle ambulanten Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose der Infektion verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

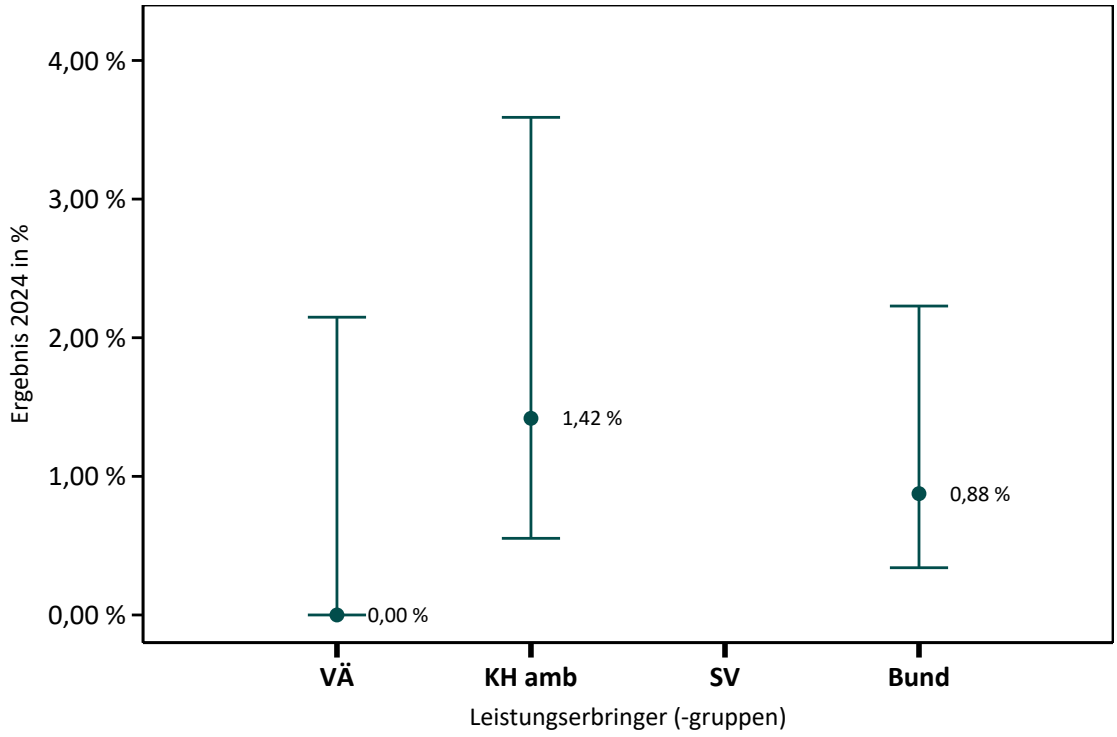
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant	**VÄ**	**2022**	≤3 / 172	x	0,10 - 3,22
		2023	0 / 186	0,00	0,00 - 2,02
		2024	0 / 175	0,00	0,00 - 2,15
	KH	**2022**	≤3 / 221	x	0,08 - 2,52
		2023	≤3 / 279	x	0,06 - 2,00
		2024	4 / 282	1,42	0,55 - 3,59
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	≤3 / 393	x	0,14 - 1,84
		2023	≤3 / 465	x	0,04 - 1,21
		2024	4 / 457	0,88	0,34 - 2,23

Ergebnisse im Zeitverlauf

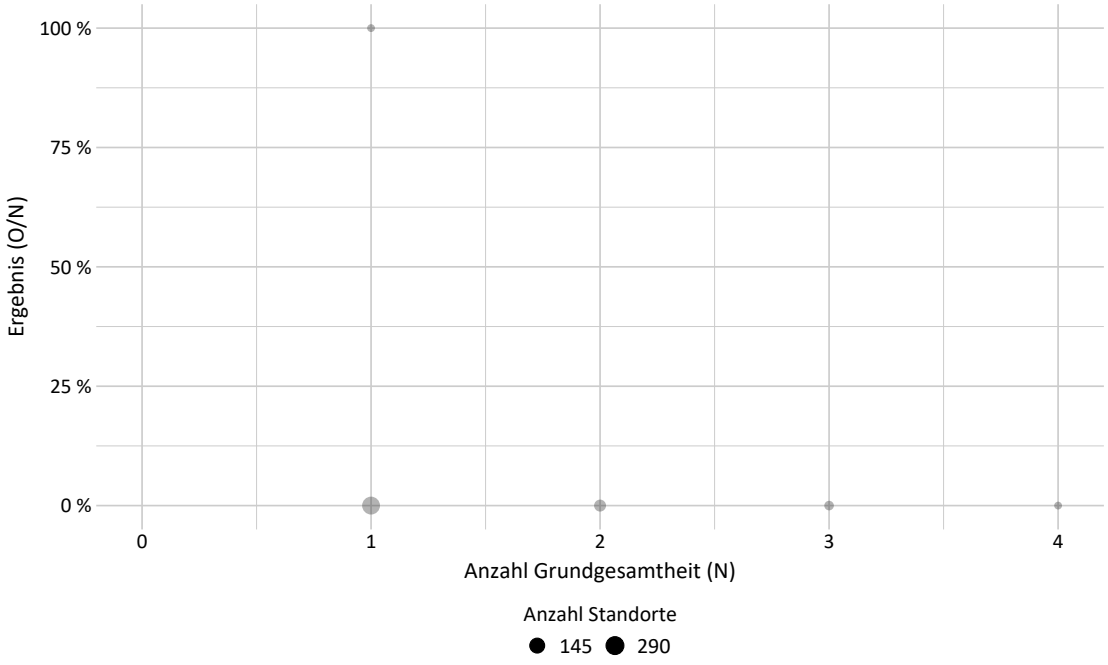
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	366	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 332000** **30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)**	0,88 % 4/457
3.1.1	Diagnosestellung	
3.1.1.1	ID: 33_24050 Selbstdiagnostiziert[19]	x % ≤3/4
3.1.1.2	ID: 33_24051 Fremddiagnostiziert[20]	x % ≤3/4

[19] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[20] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 332000 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)[21]	0,88 % 4/457
3.2.1	ID: 33_25094 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
3.2.2	ID: 33_25095 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	21,05 % 4/19
3.2.3	ID: 33_25096 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,00 % 0/53
3.2.4	ID: 33_25097 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	- 0/0
3.2.5	ID: 33_25098 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,00 % 0/16
3.2.6	ID: 33_25099 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	- 0/0
3.2.7	ID: 33_25100 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,00 % 0/12
3.2.8	ID: 33_25101 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 0/4
3.2.9	ID: 33_25102 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	- 0/0
3.2.10	ID: 33_25103 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 0/349

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.11	ID: 33_25104 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/4

[21] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 332000 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	0,88 % 4/457
3.3.1	Tage bis zum Versterben nach einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
3.3.1.1	ID: 33_24052 ≤ 10 Tage	0,00 % 0/4
3.3.1.2	ID: 33_24053 11 - 20 Tage	100,00 % 4/4
3.3.1.3	ID: 33_24054 21 - 30 Tage	0,00 % 0/4

Basisauswertung

QS Dokumentation

NWIF Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Bogenauslösende Kodes

	Bund (gesamt)	
	n	%
ICD-Kodes gemäß ICD-10-GM		
T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	60.327	19,15
K65.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	32.795	10,41
T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	21.980	6,98
T82.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	21.191	6,73
I33.0 Akute und subakute infektiöse Endokarditis	12.309	3,91
K91.83 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	11.459	3,64
T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	10.433	3,31
K65.00 Spontane bakterielle Peritonitis [SBP] (akut)	9.166	2,91
N61 Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	7.147	2,27
K75.0 Leberabszess	7.018	2,23

NWIF Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Bogenauslösende Kodes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)		
5-916.a0 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	40.777	12,94
5-916.a1 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	19.165	6,08
5-394.2 Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	6.570	2,09
5-545.0 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Sekundärer Verschluss der Bauchwand (bei postoperativer Wunddehiszenz)	6.481	2,06
5-916.a5 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums	4.834	1,53
5-916.a3 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	4.712	1,50
5-394.1 Revision einer Blutgefäßoperation: Revision einer Anastomose	3.375	1,07
5-896.1f Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	3.351	1,06
5-916.a2 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	3.141	1,00
5-896.19 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Hand	3.133	0,99

Aufnahme und Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 315.089**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	9.689	3,08
1. Quartal	79.321	25,17
2. Quartal	79.261	25,16
3. Quartal	83.633	26,54
4. Quartal	63.185	20,05
Entlassungsquartal		
1. Quartal	73.645	23,37
2. Quartal	78.177	24,81
3. Quartal	83.392	26,47
4. Quartal	79.875	25,35

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 315.089**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	97.312	30,88
8 - 14 Tage	74.525	23,65
15 - 21 Tage	51.648	16,39
22 - 28 Tage	31.441	9,98
> 28 Tage	60.163	19,09

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 315.089**	
Geschlecht		
(1) männlich	168.246	53,40
(2) weiblich	146.833	46,60
(3) divers	5	0,00
(8) unbestimmt	5	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 315.089**	
Alter der Patientinnen und Patienten		
18 - 19 Jahre	1.269	0,40
20 - 29 Jahre	11.086	3,52
30 - 39 Jahre	19.054	6,05
40 - 49 Jahre	24.172	7,67
50 - 59 Jahre	45.232	14,36
60 - 69 Jahre	74.281	23,57
70 - 79 Jahre	70.993	22,53
80 - 89 Jahre	60.555	19,22
≥ 90 Jahre	8.447	2,68

Postoperative Wundinfektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 315.089**	
Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?		
(0) nein	239.053	75,87
(1) ja	76.036	24,13
davon: Wundinfektionstiefe[22]		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	23.375	30,74
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	35.240	46,35
(3) A2 mit sekundärer Sepsis	1.692	2,23
(4) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	13.895	18,27
(5) A3 mit sekundärer Sepsis	1.834	2,41
davon: Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt (analog den KISSDefinitionen)?[23]		
(0) nein	7.516	9,88
(1) ja	68.520	90,12

[22] Die Definitionen der Tiefe der postoperativen Wundinfektionen in Anlehnung an die aktuell geltenden KISS-Definitionen des NRZ

[23] während des aktuellen stationären Aufenthaltes oder wenn die mikrobiologische Diagnostik des vorbehandelnden Arztes in der Patientenakte vorliegt

Sozialdaten

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)		
5-349.3 Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial	114	0,00

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am Herzen (5-35...5-37)		
5-377.30 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	43.160	1,50
5-361.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	14.531	0,51
5-378.52 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	11.701	0,41
5-351.02 Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	9.535	0,33
5-377.1 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	9.099	0,32
5-361.17 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	7.800	0,27
5-361.07 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	6.986	0,24
5-377.d Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem	6.627	0,23
5-377.50 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion	5.683	0,20
5-353.1 Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik	5.505	0,19

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)		
5-385.70 Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V. saphena magna	37.097	1,29
5-381.70 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	23.189	0,81
5-381.71 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	11.646	0,41
5-385.78 Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: Vv. saphenae magna et accessoria(e)	10.013	0,35
5-380.70 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	9.357	0,33
5-381.54 Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	8.987	0,31
5-385.7a Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V. saphena parva	7.531	0,26
5-380.72 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	4.769	0,17
5-393.53 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes	3.887	0,14
5-380.54 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	3.821	0,13
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)		
5-407.2 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Retroperitoneal (iliakal, paraaortal, parakaval)	2.207	0,08
5-407.3 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Pelvin	1.599	0,06

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)		
5-511.11 Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	99.036	3,45
5-469.21 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	65.658	2,29
5-469.20 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	42.017	1,46
5-470.11 Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	37.781	1,32
5-530.31 Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	17.056	0,59
5-530.33 Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	12.402	0,43
5-536.47 Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	10.373	0,36
5-469.00 Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch	9.895	0,34
5-455.41 Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	8.166	0,28
5-455.75 Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	7.798	0,27

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)		
5-593.20 Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	11.060	0,39
5-553.03 Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	6.094	0,21
5-576.20 Zystektomie: Radikale Zystektomie ohne Urethrektomie, beim Mann: Offen chirurgisch	2.520	0,09
5-553.00 Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Offen chirurgisch lumbal	2.509	0,09
5-554.43 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	2.159	0,08
5-599.00 Andere Operationen am Harntrakt: (Teil-)Resektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes als Revision nach Operationen wegen Harninkontinenz oder Prolaps: Vaginal	1.822	0,06
5-554.40 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Offen chirurgisch lumbal	1.384	0,05
5-582.0 Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	1.308	0,05
5-554.41 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Offen chirurgisch abdominal	1.081	0,04
5-590.51 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von retroperitonealem Gewebe: Offen chirurgisch abdominal	1.071	0,04

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)		
5-604.52 Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	11.663	0,41
5-604.42 Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	6.570	0,23
5-640.2 Operationen am Präputium: Zirkumzision	5.659	0,20
5-611 Operation einer Hydrocele testis	4.861	0,17
5-622.5 Orchidektomie: Radikale (inguinale) Orchidektomie (mit Epididymektomie und Resektion des Samenstranges)	4.496	0,16
5-631.1 Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	2.592	0,09
5-604.51 Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Ohne regionale Lymphadenektomie	2.529	0,09
5-604.12 Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	2.367	0,08
5-631.2 Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	2.195	0,08
5-646.0 Operationen zur Genitalorganumwandlung: Genitalorgantransformation von weiblich zu männlich	1.901	0,07

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)		
5-661.62 Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	38.627	1,35
5-651.92 Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	30.885	1,08
5-653.32 Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	29.772	1,04
5-704.00 Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	23.125	0,81
5-682.02 Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	21.114	0,74
5-704.10 Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	18.283	0,64
5-683.03 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	16.228	0,57
5-657.62 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	14.298	0,50
5-683.01 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	11.524	0,40
5-683.23 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)	8.400	0,29

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)		
5-749.11 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	74.338	2,59
5-749.10 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	72.927	2,54
5-749.0 Andere Sectio caesarea: Resectio	65.966	2,30
5-740.0 Klassische Sectio caesarea: Primär	19.018	0,66
5-740.1 Klassische Sectio caesarea: Sekundär	15.886	0,55
5-741.0 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal	2.083	0,07
5-741.1 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal	1.949	0,07
5-741.3 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision	266	0,01
5-758.3 Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	222	0,01
5-758.4 Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	133	0,00

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)		
5-822.g1 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	127.053	4,43
5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	120.343	4,19
5-812.5 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	110.509	3,85
5-814.3 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	81.461	2,84
5-811.2h Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	48.471	1,69
5-794.k6 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	47.900	1,67
5-812.eh Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	46.133	1,61
5-790.5f Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	40.505	1,41
5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	37.639	1,31
5-810.4 Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper	35.914	1,25

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an der Mamma (5-87...5-88)		
5-870.a1 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	25.964	0,90
5-870.a2 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25 % des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	19.540	0,68
5-872.1 (Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	11.926	0,42
5-870.90 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	6.467	0,23
5-884.2 Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	6.348	0,22
5-870.a0 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	5.945	0,21
5-872.0 (Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie	4.028	0,14
5-870.a3 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie	3.903	0,14
5-886.30 Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan: Ohne gewebeverstärkendes Material	3.222	0,11
5-889.1 Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose	2.752	0,10

Beginn und Ende der Behandlung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Behandlungsbeginnquartal		
1. Quartal	132.685	4,62
2. Quartal	116.129	4,05
3. Quartal	102.916	3,59
4. Quartal	114.743	4,00
keine Angabe zum Beginn der Behandlung	2.403.107	83,74
Behandlungsendequartal		
1. Quartal	132.685	4,62
2. Quartal	116.128	4,05
3. Quartal	102.915	3,59
4. Quartal	114.745	4,00
keine Angabe zum Ende der Behandlung	2.403.107	83,74

Falllänge

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Beginn und Ende der Behandlung	**N = 466.473**	
Falllänge		
≤ 7 Tage	95.746	20,53
8 - 14 Tage	56.234	12,06
15 - 21 Tage	44.207	9,48
22 - 28 Tage	43.303	9,28
> 28 Tage	226.983	48,66

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Geschlecht		
(1) männlich	1.115.264	38,87
(2) weiblich	1.754.147	61,13
(3) divers	128	0,00
(8) unbestimmt	41	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Alter der Patientinnen und Patienten		
18 - 19 Jahre	27.028	0,94
20 - 29 Jahre	230.151	8,02
30 - 39 Jahre	346.547	12,08
40 - 49 Jahre	303.573	10,58
50 - 59 Jahre	517.307	18,03
60 - 69 Jahre	607.621	21,17
70 - 79 Jahre	460.205	16,04
80 - 89 Jahre	321.560	11,21
≥ 90 Jahre	44.326	1,54

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

WI-NI-S: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2024

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Datengrundlage Sozialdaten 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 12

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 14

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) 14

2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)) 14

2504: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 19

342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 22

Details zu den Ergebnissen 25

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) 32

2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 32

2505: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 37

342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) 40

Details zu den Ergebnissen 43

2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) 51

Details zu den Ergebnissen 56

2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) ... 59

Details zu den Ergebnissen ... 63

342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen) ... 66

Details zu den Ergebnissen ... 69

Basisauswertung ... 72

QS Dokumentation ... 72

NWIF Erfassungsjahr 2024 ... 72

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 72

Bogenauslösende Kodes ... 72

Aufnahme und Entlassung ... 74

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 74

Patientin / Patient ... 75

Postoperative Wundinfektion ... 76

Sozialdaten ... 77

NWITR Erfassungsjahr 2024 ... 77

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 77

Aufnahme und Entlassung ... 87

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 88

Patientin / Patient ... 88

Einleitung

Mit dem Beschluss der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung vom 21. April 2022 hat der G-BA sich dafür ausgesprochen, die Qualitätssicherung insgesamt einfacher und praxisnäher aufzustellen, damit der Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen steht, die Akzeptanz der Verfahren gewährleistet ist und damit tatsächlich die Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung erhöht wird. Unter Abwägung der verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Kriterien befand der G-BA, dass das Verfahren auch nach 9 Jahren der Erprobung nicht in den Regelbetrieb überführt werden kann. Zum 1. Januar 2026 stellte der G-BA das Verfahren ein.
Zum Verfahrensteil Nosokomiale Infektionen bestand bereits für die Quartale 2 bis 4 des Erfassungsjahres 2025 keine Dokumentationsverpflichtung mehr. Zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren mehr durchgeführt. Dies ist die letzte Bundesauswertung für den Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen.
Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einer chirurgischen Operation. Sie stellen heute die zweithäufigste nosokomiale Infektionsart dar und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete (Behnke et al. 2017) [1]. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen bedeuten postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz (Mielke et al. 2010) [2].
Das Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.
Als Tracer-Operationen werden jene Operationen bezeichnet, die im Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) ausgewählt wurden, um in der Qualitätssicherung dahingehend betrachtet zu werden, ob sich im Anschluss eine nosokomiale postoperative Wundinfektion entwickelt.
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) das Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So werden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen miteinander verglichen, unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelt.
Das Verfahren QS WI umfasst insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen zum ambulanten und stationären Operieren, sowie zehn Kennzahlen.
Darüber hinaus werden seit dem Auswertungsjahr 2024 zwei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit bezüglich des fallbezogenen QS-Dokumentationsbogens NWIF (Datensatz „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“) ausgewertet.
Von den acht Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen

beziehen sich zwei auf ambulante und vier auf stationäre Operationen. Zwei der vier Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen beziehen sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3).
Die Kennzahlen beziehen sich auf die Sterblichkeit bis 30 Tage nach der OP und nosokomiale postoperative Infektionen mit multiresistenten Keimen. Sie dienen dazu, unterstützende Informationen für das interne Qualitätsmanagement bereitzustellen.
Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden Tracer-Operationen, entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wird. Die Tracer-Operationen stammen aus der Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastischen Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie.
Im Krankenhaus wird bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen (Erfassungsmodul NWIF) ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen ist. Wird eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so ist diese im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus zu dokumentieren. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen werden an das IQTIG übermittelt.
Erst wenn diese Informationen am IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt werden, wird nach Berücksichtigung von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insbesondere des Follow-up-Zeitraumes, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion nach Festlegung der DeQS-RL handelt. Hierbei werden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.
Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion geht in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wird, die die Tracer-Operation durchgeführt hat. Im Nenner steht die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers.
Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die ca. 2,9 Mio. Tracer-Operationen (Erfassungsjahr 2023) nicht gesondert dokumentiert werden müssen. Gleichzeitig müssen über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt werden. Da es keinen Kode gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wird ein Filter genutzt, der beim potentiellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöst. Dieser Filter löst ca. 310.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus.
Liegt keine postoperative Wundinfektion vor, muss in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein“ beantwortet werden. Ca. 75.000-mal wurde diese Frage im Erfassungsjahr 2023 mit „ja“ beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Ca. 35 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen konnten mit einer Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Das Verfahren ist somit sehr effizient. Denn auf der einen Seite mussten im Erfassungsjahr 2023 zwar ca. 230.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die Indikators genutzt werden können (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden muss). Damit wird jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 2,9 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfällt.

Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, müssen hier keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leitungserbringer, die ambulant operieren erhalten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand.
Möglich ist die Verknüpfung von Sozialdaten und Dokumentationsdaten der Leistungserbringer über ein in beiden Datenpools vorliegendes, je Patient gleichlautendes Patientenpseudonym. Das Zusammenführen der Datensätze erfolgt unabhängig davon, ob Operation und Wundinfektionsdiagnose in derselben oder in unterschiedlichen Einrichtungen erfolgten, und auch unabhängig davon, ob die Tracer-Operation ambulant oder stationär durchgeführt wurde.
Die Ergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden im Jahr zwei nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.
Informationen zu den je Leistungserbringer ermittelten Patienten, zu denen in den Daten eine oder mehrere Tracer-Operationen mit einer postoperativen Wundinfektion verknüpft wurden, sind in den separat bereitgestellten auffälligen Tracer-Listen (ATR-Listen) aufgeführt.
Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den aktuellen endgültigen Rechenregeln entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden.
Ein Leistungserbringerergebnis gilt als rechnerisch auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

[1] Behnke, M; Aghdassi, SJ; Hansen, S; Peña Diaz, LA; Gastmeier, P; Piening, B (2017): Prävalenz von nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung in deutschen Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 114(50): 851-857. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0851.
[2] Mielke, M; Bölt, U; Geffers, C (2010): Basisdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. Epidemiologisches Bulletin, Nr. 36: 359-364. URL: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2010/36_10.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 16.05.2025).

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:
Das Qualitätssicherungsverfahren befindet sich gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie weiterhin in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet. Die Ergebnisse mit der entsprechend gebotenen Vorsicht zu interpretieren. Im Begleitdokument zu dieser Auswertung, wird gesondert auf die aktuell bekannten Limitationen eingegangen.
Aufgrund der Aussetzung der Erfassung von Daten zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen für das Erfassungsjahr 2021, enthält der vorliegende Bericht keine Ergebnisse für das Erfassungsjahr 2021.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Dieser Bericht enthält Qualitätsindikatorenergebnisse, die auf QS-Dokumentationsdaten und Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren. Diese fallbezogenen QS-Dokumentationsdaten werden ausschließlich von Krankenhäusern übermittelt.
Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) mit Entlassung im Erfassungsjahr 2024 und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
Entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war.
Die Vollzähligkeit der QS-Dokumentationsbögen wird auf Standortebene ermittelt. Für die Auswertungsmodule WI-NI-A und WI-NI-S des QS-Verfahrens QS WI erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nicht bezogen auf die in der Tabelle aufgeführte Anzahl Leistungserbringer, sondern bezogen auf die Leistungserbringer (IKNR bzw. BSNR-Ebene), für die Informationen zu Tracer-Operationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz	318.573 318.573	318.554	100,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.592	1.602	99,38

Datengrundlage Sozialdaten

Die nachfolgende Tabelle „Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR)“ stellt die von den Krankenkassen übermittelten Sozialdaten (Spalte „Anzahl Datensätze“) zu Traceroperationen sowie die Anzahl der Leistungserbringer, zu denen Sozialdaten übermittelt wurden (Spalte „Anzahl Leistungserbringer“) dar.
Die Anzahl der Datensätze wird bezogen auf das ambulante und stationäre Operieren ausgegeben, und bezogen auf das ambulante Operieren darüber hinaus auch für Vergleichsgruppen (Krankenhäuser oder Praxen/Medizinische Versorgungszentren(MVZ)).

Für die Auswertungsmodule WI-NI-A und WI-NI-S des QS-Verfahrens QS WI erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen bezogen auf die Leistungserbringer (IKNR bzw. BSNR-Ebene), für die Informationen zu Tracer-Operationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen.

Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR)

EJ 2024	Anzahl Datensätze	Anzahl Leistungserbringer
Bund (Ambulantes Operieren)	636.707	5.258
Bund (Amb. Krankenhäuser)	170.234	1.061
Bund (Amb. Praxen/MVZ)	456.767	3.832
Bund (Selektivvertragliche Leistungen)	9.706	830
Bund (Stationäres Operieren)	2.179.122	1.132

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Indikatorergebnisse zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer sowie zum Hygiene- und Infektionsmanagement können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden. Für Krankenhäuser sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien bezüglich der Vollzähligkeit der QS-Dokumentation zur Erfassung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (WI-NI-D) ebenfalls einem separat bereitgestellten Bericht zu entnehmen.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bezogen auf das Erfassungsjahr 2023 an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Die Auswertungen der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen beziehen sich auf Tracer-Operationen, die innerhalb des jeweiligen Erfassungsjahres durchgeführt worden sind. Informationen zu postoperativen Wundinfektionen können zu den aktuellen Ergebnissen des Auswertungsjahr 2025 auch aus dem jeweiligen Folgejahr stammen.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet mit einem zeitlichen Versatz statt. Qualitätsindikatorenergebnisse, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, können erst im Jahr zwei nach dem Erfassungsjahr bereitgestellt werden. Entsprechend werden in diesem Bericht die Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 dargestellt. Ergebnisse zum EJ 2021 werden aufgrund der Aussetzung der Datenerfassung für das Jahr 2021 nicht dargestellt.

Auf der nächsten Seite finden Sie in der Tabelle „Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023“ die Ergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen.
Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.
Informationen zu bekannten Limitationen der Datenbasis können Sie dem Begleitschreiben entnehmen.
Weitere Informationen zu dem Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

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

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)			
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	Nicht definiert	1,26 O/E = 18.569 / 14.728,94 1,67 % O/N = 18.569 / 1.109.004
2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,01 % O = 98 N = 1.109.004
342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,01 % O = 66 N = 1.109.004
Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)			
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Nicht definiert	1,31 O/E = 11.856 / 9.079,78 1,12 % O/N = 11.856 / 1.062.116
2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,01 % O = 119 N = 1.062.116
342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 18 N = 1.062.116

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	Nicht definiert	1,27 O/E = 12.942 / 10.193,21 1,17 % O/N = 12.942 / 1.109.004
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	Nicht definiert	1,32 O/E = 9.984 / 7.570,77 0,94 % O/N = 9.984 / 1.062.116
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	Transparenzkennzahl	7,72 % O = 1.770 N = 22.926

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)

Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.

2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2500
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression. Die verwendeten Risikofaktoren sind für den jeweiligen Qualitätsindikator in den endgültigen Rechenregeln unter „Risikofaktoren“ angegeben.

Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 40 und 67 Jahren) Geschlecht = weiblich Wundkontamination Stufe 2 laparoskopisch Wundkontamination Stufe 2 offen chirurgisch Wundkontamination Stufe 2 umstieg Revisionseingriff Adipositas Alimentaere Anämie Alkoholabusus Andere neurologische Erkrankungen Bösartige solide Tumorerkrankungen Depression Diabetes Drogenabusus Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) Gerinnungsstörungen Gewichtsverlust Herzinsuffizienz Herzrhythmusstörungen Lebererkrankungen Niereninsuffizienz Peptische Ulkuserkrankung Gefäßerkrankungen Psychosen Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufs
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

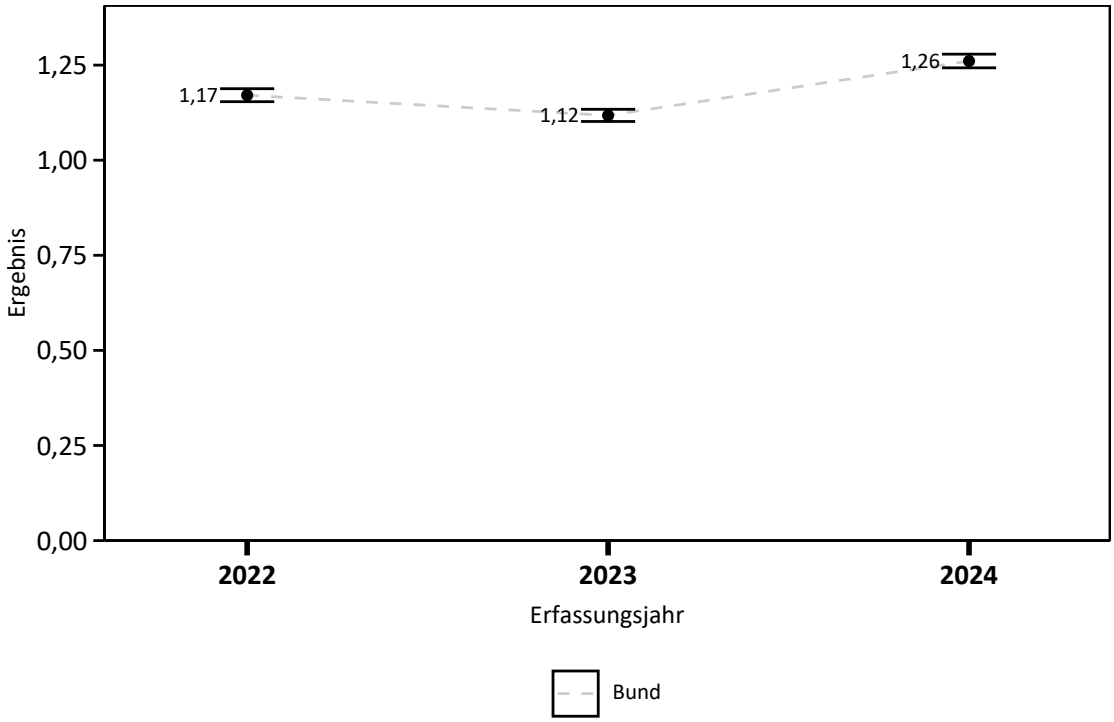
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	0	0 / 0,00	-	-
	2023	0	0 / 0,00	-	-
	2024	0	0 / 0,00	-	-
Bund	**2022**	1.167.048	17.845 / 15.241,56	1,17	1,15 - 1,19
	2023	1.235.134	18.350 / 16.416,80	1,12	1,10 - 1,13
	2024	1.109.004	18.569 / 14.728,94	1,26	1,24 - 1,28

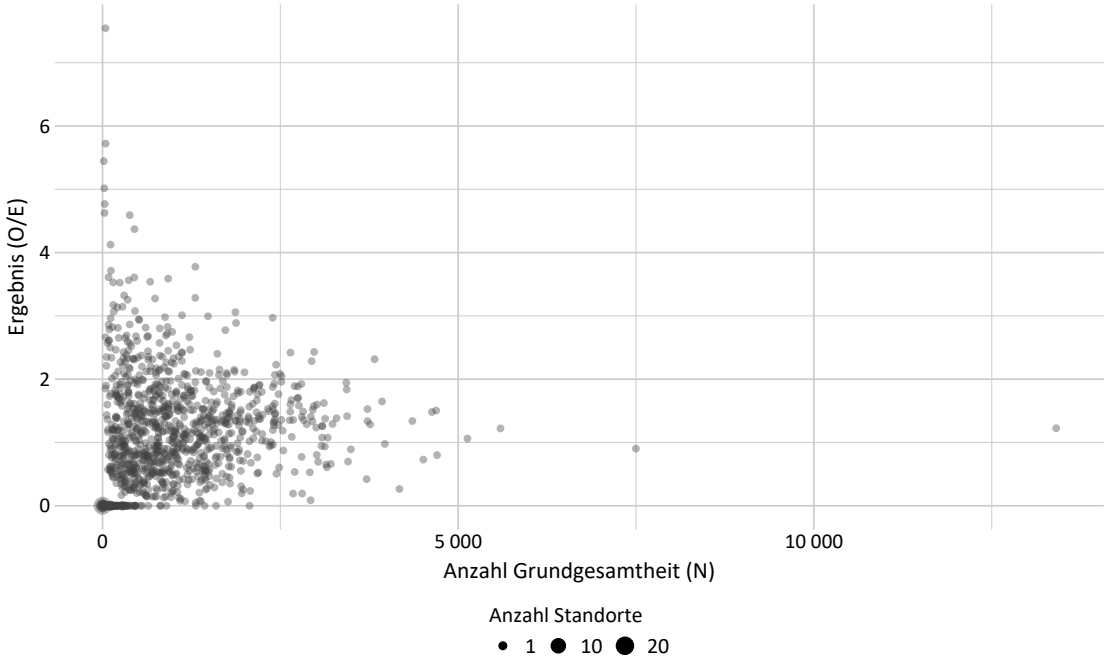
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

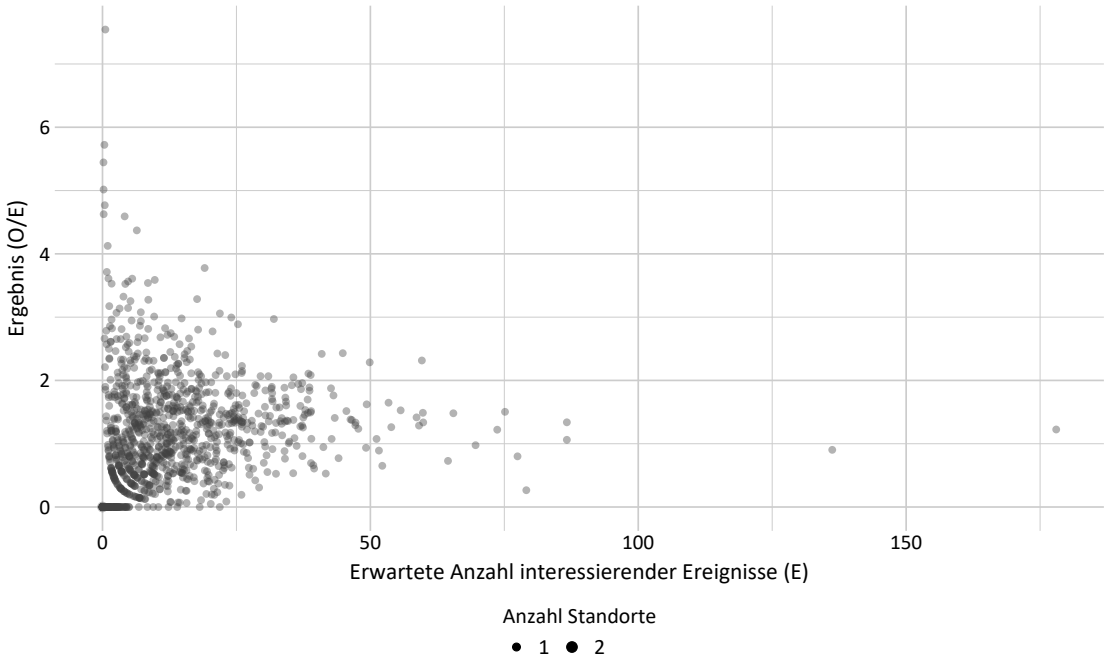
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



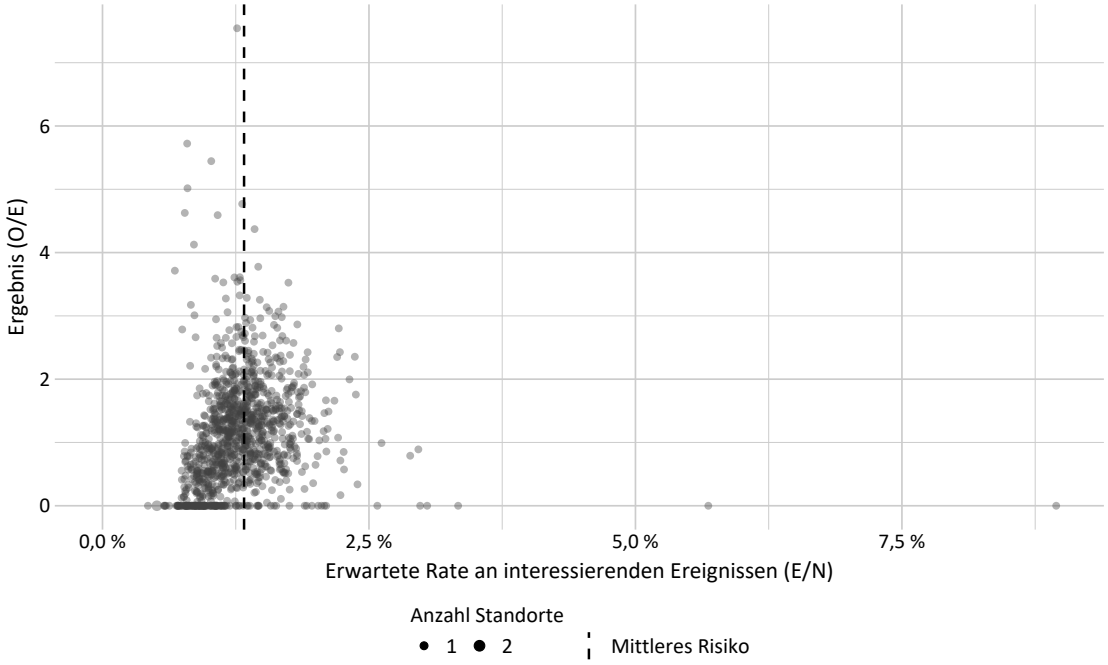
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.108	0	0,00	7,54	1,06

2504: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

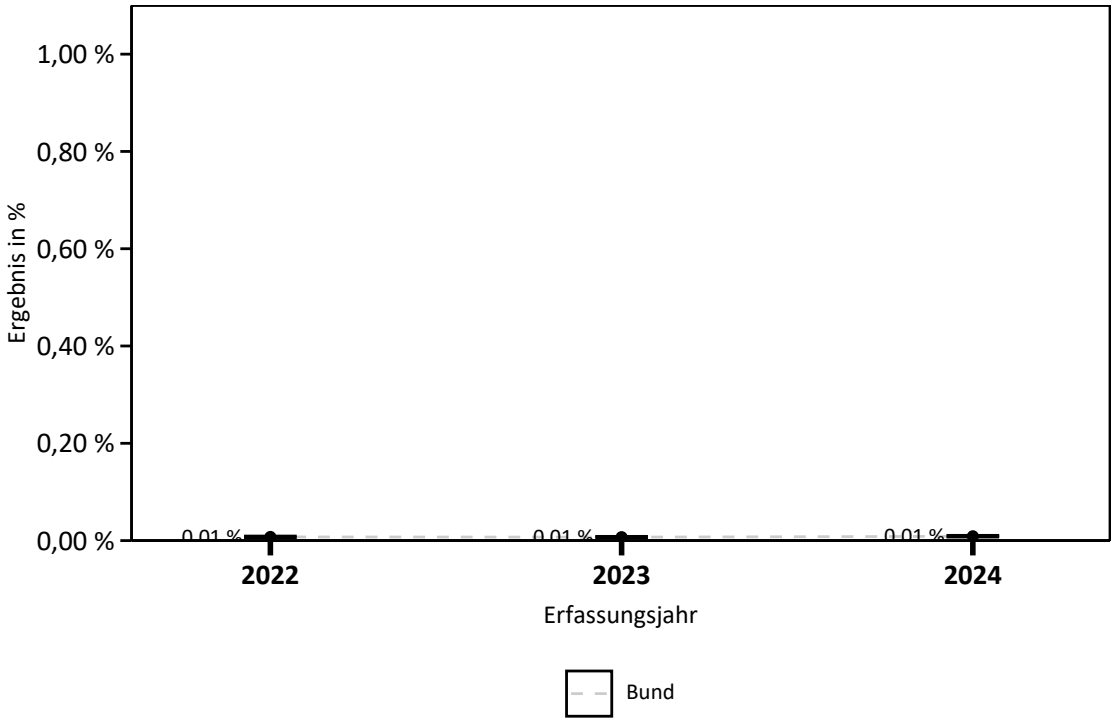
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

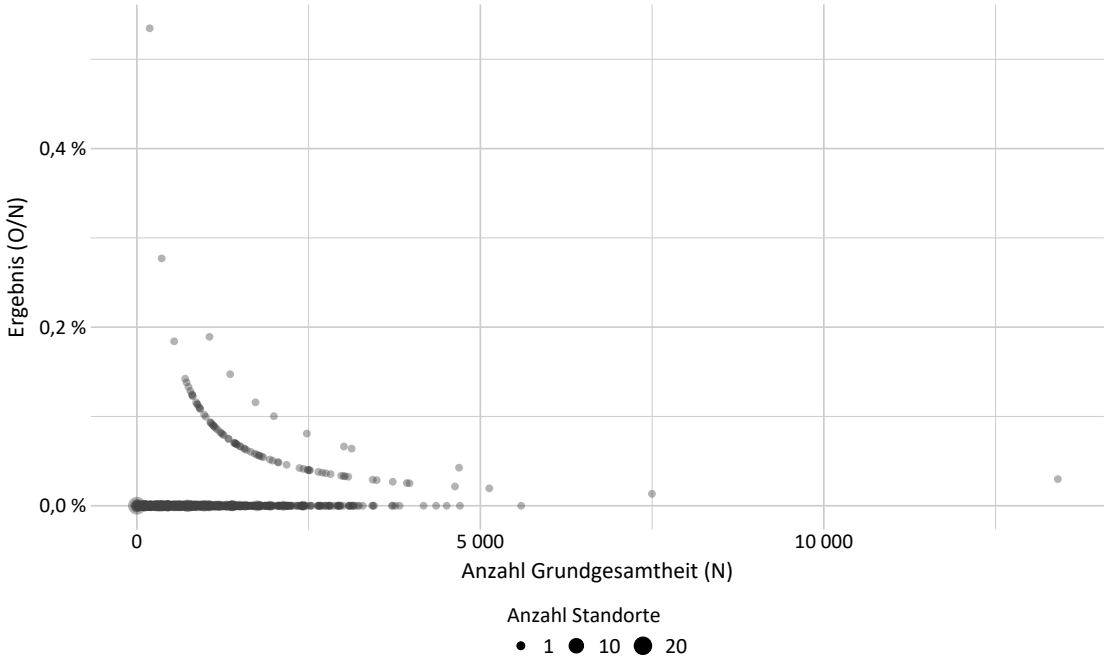
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	0 / 0	-	-
	2023	0 / 0	-	-
	2024	0 / 0	-	-
Bund	**2022**	88 / 1.167.048	0,01	0,01 - 0,01
	2023	87 / 1.235.134	0,01	0,01 - 0,01
	2024	98 / 1.109.004	0,01	0,01 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.108	0	0,00	0,53	0,00

342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

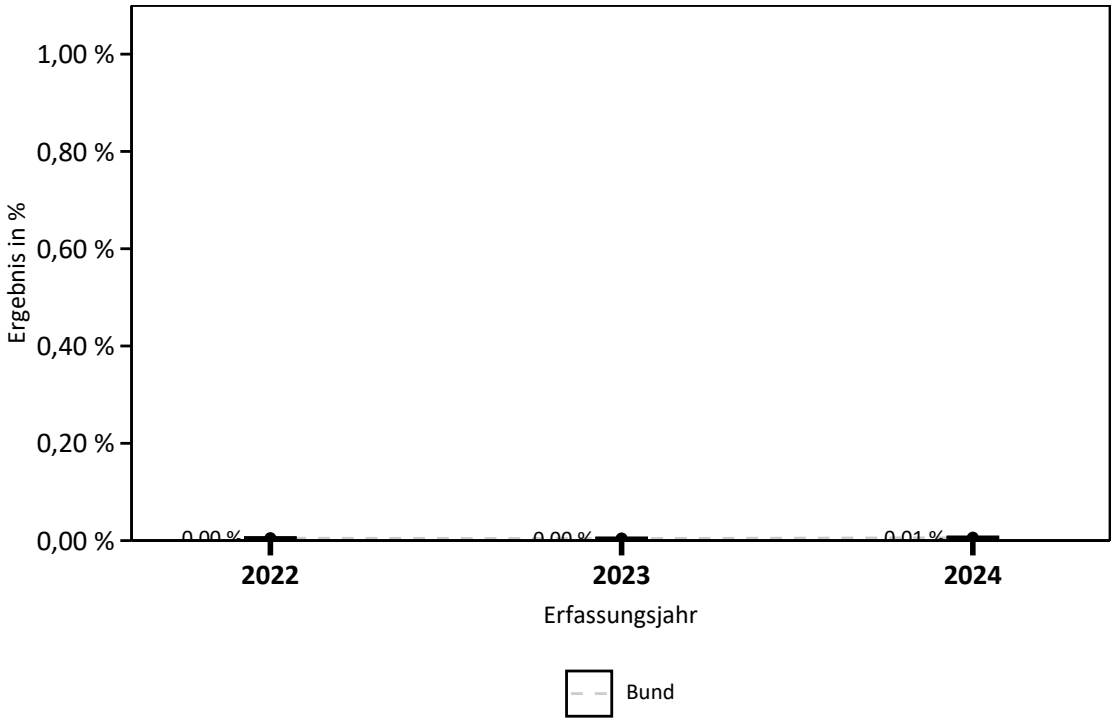
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit 4MRGN innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

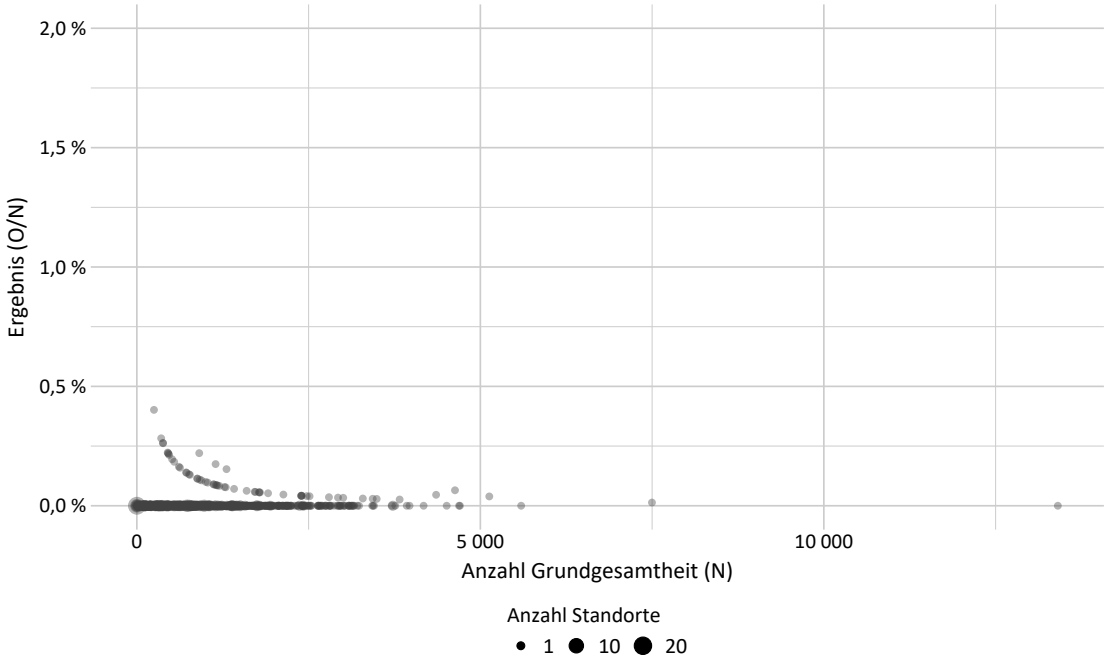
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	0 / 0	-	-
	2023	0 / 0	-	-
	2024	0 / 0	-	-
Bund	**2022**	57 / 1.167.048	0,00	0,00 - 0,01
	2023	53 / 1.235.134	0,00	0,00 - 0,01
	2024	66 / 1.109.004	0,01	0,00 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.108	0	0,00	0,40	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.1.1	ID: O_2500 O/N (observed, beobachtet)	1,67 % 18.569/1.109.004
1.1.1.2	ID: E_2500 E/N (expected, erwartet)	1,33 % 14.728,94/1.109.004
1.1.1.3	**ID: 2500** **O/E**	1,26
1.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
1.1.2.1	ID: 34_24036 ID: 2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	0,53 % 98/18.569
1.1.2.2	ID: 34_25030 ID: 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,36 % 66/18.569
1.1.2.3	ID: 34_24035 ID: 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	69,70 % 12.942/18.569
1.1.2.4	ID: 34_24037 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	6,08 % 1.129/18.569

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: O_2500 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	1,67 % 18.569/1.109.004
1.2.1	Diagnosestellung	
1.2.1.1	ID: 34_24038 Selbstdiagnostiziert[2]	93,76 % 17.410/18.569

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.1.2	ID: 34_24039 Fremddiagnostiziert[3]	6,24 % 1.159/18.569

[2] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[3] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: O_2500 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)[4]	1,67 % 18.569/1.109.004
1.3.1	ID: 34_25046 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
1.3.2	ID: 34_25047 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	2,50 % 610/24.441
1.3.3	ID: 34_25048 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	3,02 % 2.238/74.166
1.3.4	ID: 34_25049 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	5,68 % 194/3.413
1.3.5	ID: 34_25050 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	3,22 % 11.231/349.234
1.3.6	ID: 34_25051 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	2,35 % 857/36.454
1.3.7	ID: 34_25052 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	1,26 % 701/55.842
1.3.8	ID: 34_25053 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,88 % 1.757/199.609
1.3.9	ID: 34_25054 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,66 % 1.228/185.195
1.3.10	ID: 34_25055 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,42 % 693/165.801
1.3.11	ID: 34_25056 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,71 % 596/83.771

[4] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	ID: O_2500 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	1,67 % 18.569/1.109.004

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.4.1.1	ID: 34_24040 ≤ 10 Tage	51,12 % 9.493/18.569
1.4.1.2	ID: 34_24041 11 - 20 Tage	35,37 % 6.567/18.569
1.4.1.3	ID: 34_24042 21 - 30 Tage	13,51 % 2.509/18.569

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.5	**ID: 2504** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)**	0,01 % 98/1.109.004
1.5.1	Anzahl der Zählerfälle in der Kennzahl, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
1.5.1.1	ID: 34_24079 ID: 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	100,00 % 98/98
1.5.1.2	ID: 34_25031 ID: 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	x % ≤3/98
1.5.1.2	ID: 34_24080 ID: 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	64,29 % 63/98
1.5.1.3	ID: 34_24081 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	x % ≤3/98

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.6	ID: 2504 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	0,01 % 98/1.109.004
1.6.1	Diagnosestellung	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.6.1.1	ID: 34_24082 Selbstdiagnostiziert[5]	91,84 % 90/98
1.6.1.2	ID: 34_24083 Fremddiagnostiziert[6]	8,16 % 8/98

[5] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[6] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.7	ID: 2504 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)[7]	0,01 % 98/1.109.004
1.7.1	ID: 34_25057 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
1.7.2	ID: 34_25058 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,02 % 6/24.441
1.7.3	ID: 34_25059 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,02 % 14/74.166
1.7.4	ID: 34_25060 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	0,00 % 0/3.413
1.7.5	ID: 34_25061 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,01 % 38/349.234
1.7.6	ID: 34_25062 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	x % ≤3/36.454
1.7.7	ID: 34_25063 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,01 % 7/55.842
1.7.8	ID: 34_25064 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 7/199.609
1.7.9	ID: 34_25065 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,01 % 17/185.195
1.7.10	ID: 34_25066 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 6/165.801
1.7.11	ID: 34_25067 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 4/83.771

[7] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.8	ID: 2504 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	0,01 % 98/1.109.004
1.8.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.8.1.1	ID: 34_24084 ≤ 10 Tage	36,73 % 36/98
1.8.1.2	ID: 34_24085 11 - 20 Tage	42,86 % 42/98
1.8.1.3	ID: 34_24086 21 - 30 Tage	20,41 % 20/98

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.9	**ID: 342400** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)**	0,01 % 66/1.109.004
1.9.1	Anzahl der Zählerfälle in der KennzahI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
1.9.1.1	ID: 34_25032 ID: 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	100,00 % 66/66
1.9.1.2	ID: 34_25033 ID: 2504: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	x % ≤3/66
1.9.1.3	ID: 34_25034 ID: 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	78,79 % 52/66
1.9.1.4	ID: 34_25035 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	12,12 % 8/66

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.10	ID: 342400 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,01 % 66/1.109.004
1.10.1	Diagnosestellung	
1.10.1.1	ID: 34_25000 Selbstdiagnostiziert[8]	90,91 % 60/66
1.10.1.2	ID: 34_25001 Fremddiagnostiziert[9]	9,09 % 6/66

[8] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[9] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.11	ID: 342400 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)[10]	0,01 % 66/1.109.004
1.11.1	ID: 34_25068 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
1.11.2	ID: 34_25069 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,00 % 0/24.441
1.11.3	ID: 34_25070 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	0,01 % 6/74.166
1.11.4	ID: 34_25071 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	x % ≤3/3.413
1.11.5	ID: 34_25072 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,02 % 53/349.234
1.11.6	ID: 34_25073 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,01 % 5/36.454
1.11.7	ID: 34_25074 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	x % ≤3/55.842
1.11.8	ID: 34_25075 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 4/199.609
1.11.9	ID: 34_25076 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/185.195

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.11.10	ID: 34_25077 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	x % ≤3/165.801
1.11.11	ID: 34_25078 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/83.771

[10] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.12	ID: 342400 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,01 % 66/1.109.004
1.12.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
1.12.1.1	ID: 34_25009 ≤ 10 Tage	48,48 % 32/66
1.12.1.2	ID: 34_25010 11 - 20 Tage	36,36 % 24/66
1.12.1.3	ID: 34_25011 21 - 30 Tage	15,15 % 10/66

Gruppe: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)

Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.

2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2501
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression. Die verwendeten Risikofaktoren sind für den jeweiligen Qualitätsindikator in den endgültigen Rechenregeln unter „Risikofaktoren“ angegeben.

Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear) Geschlecht = weiblich Wundkontamination Stufe 2 laparoskopisch Wundkontamination Stufe 2 offen chirurgisch Wundkontamination Stufe 2 umstieg Revisionseingriff Adipositas Alimentaere Anämie Alkoholabusus Andere neurologische Erkrankungen Bösartige solide Tumorerkrankungen Depression Diabetes Drogenabusus Gerinnungsstörungen Gewichtsverlust Herzinsuffizienz Lebererkrankungen Niereninsuffizienz Peptische Ulkuserkrankung Gefäßerkrankungen Psychosen Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufs
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

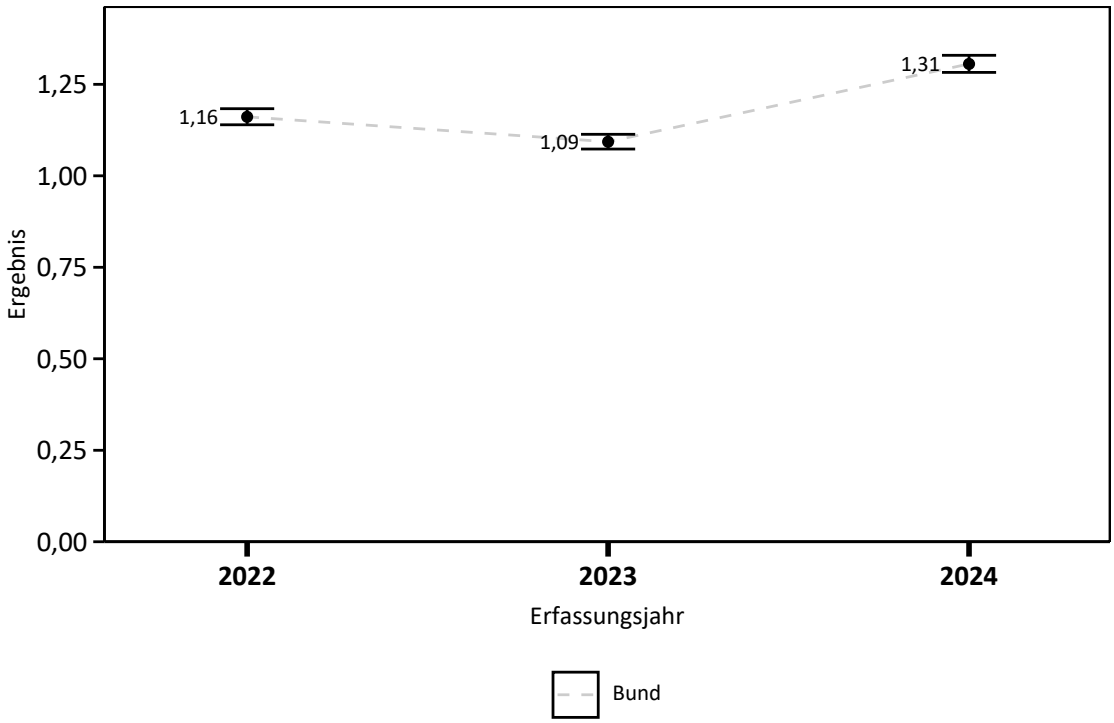
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	0	0 / 0,00	-	-
	2023	0	0 / 0,00	-	-
	2024	0	0 / 0,00	-	-
Bund	**2022**	1.024.010	10.643 / 9.165,10	1,16	1,14 - 1,18
	2023	1.152.817	11.263 / 10.303,67	1,09	1,07 - 1,11
	2024	1.062.116	11.856 / 9.079,78	1,31	1,28 - 1,33

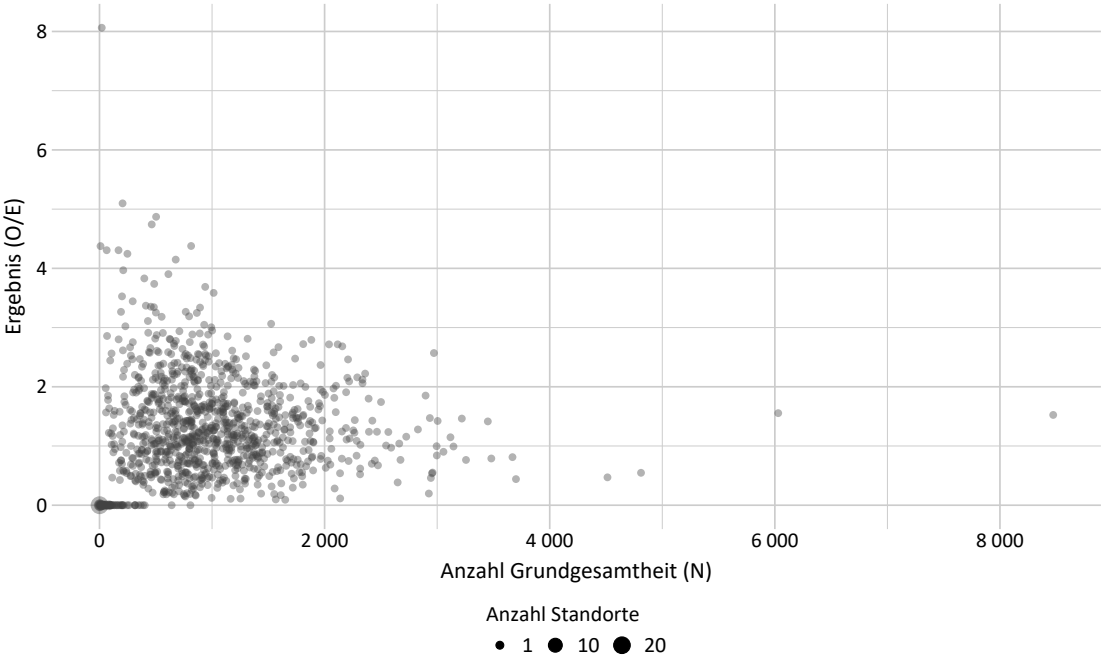
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

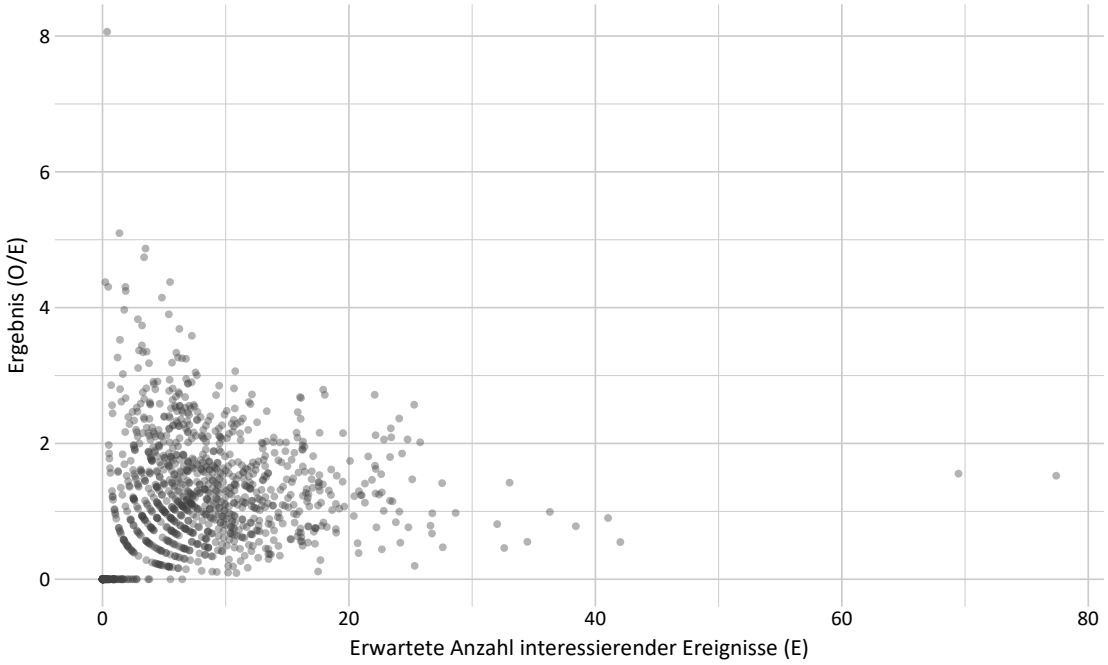
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



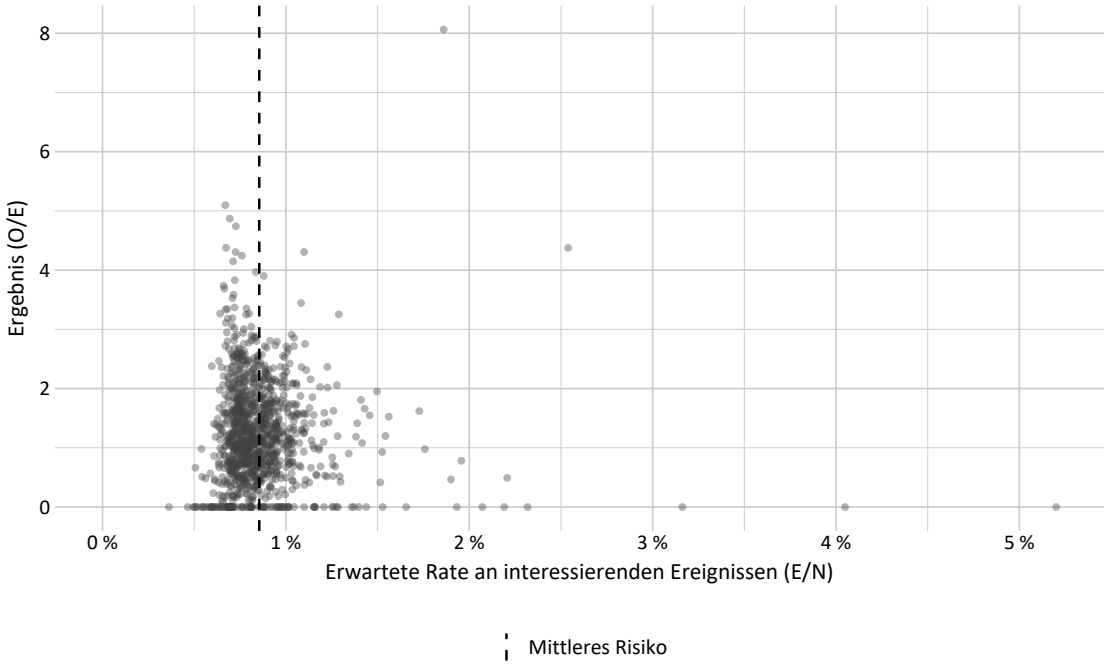
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.096	0	0,00	8,06	1,16

2505: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

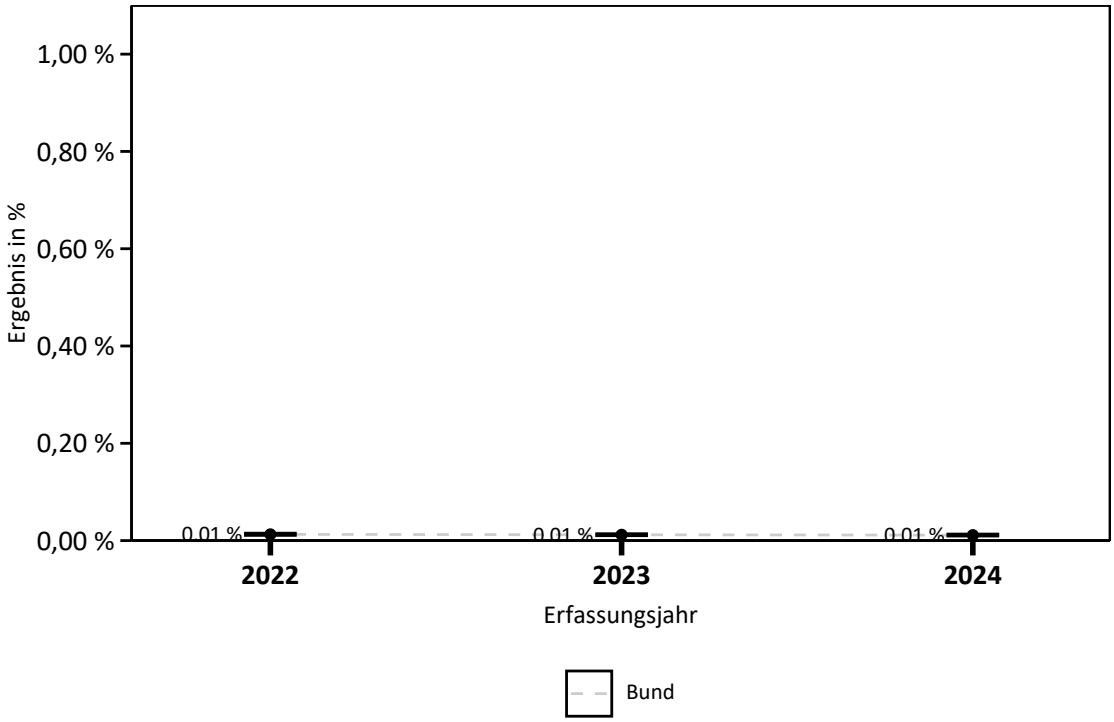
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit MRSA innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

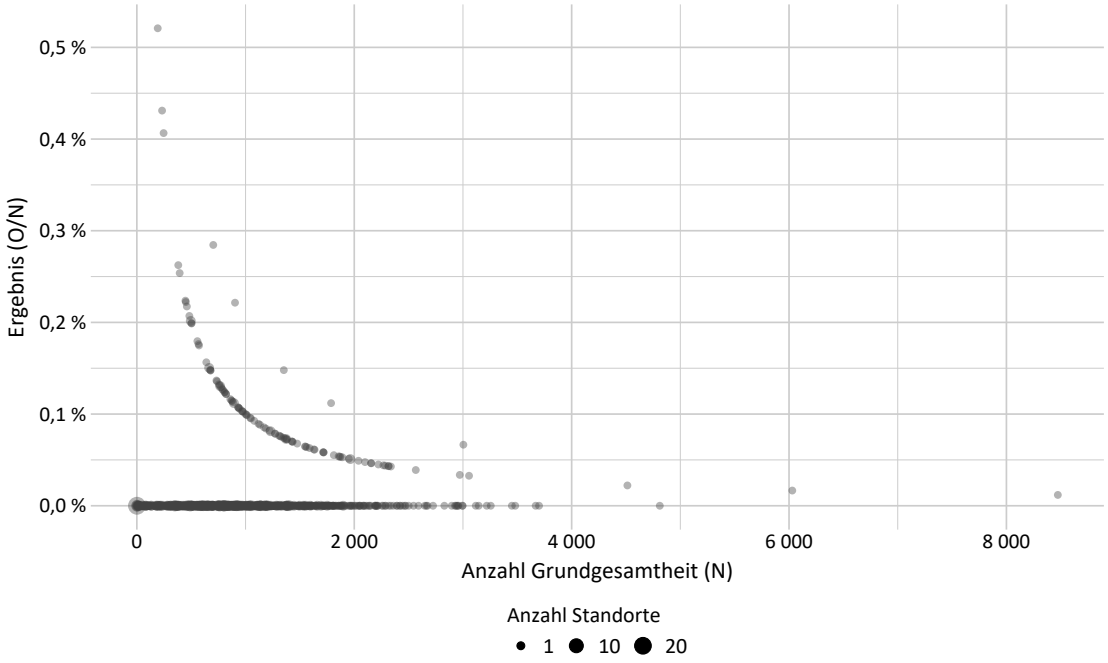
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	0 / 0	-	-
	2023	0 / 0	-	-
	2024	0 / 0	-	-
Bund	**2022**	131 / 1.024.010	0,01	0,01 - 0,02
	2023	138 / 1.152.817	0,01	0,01 - 0,01
	2024	119 / 1.062.116	0,01	0,01 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.096	0	0,00	0,52	0,00

342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

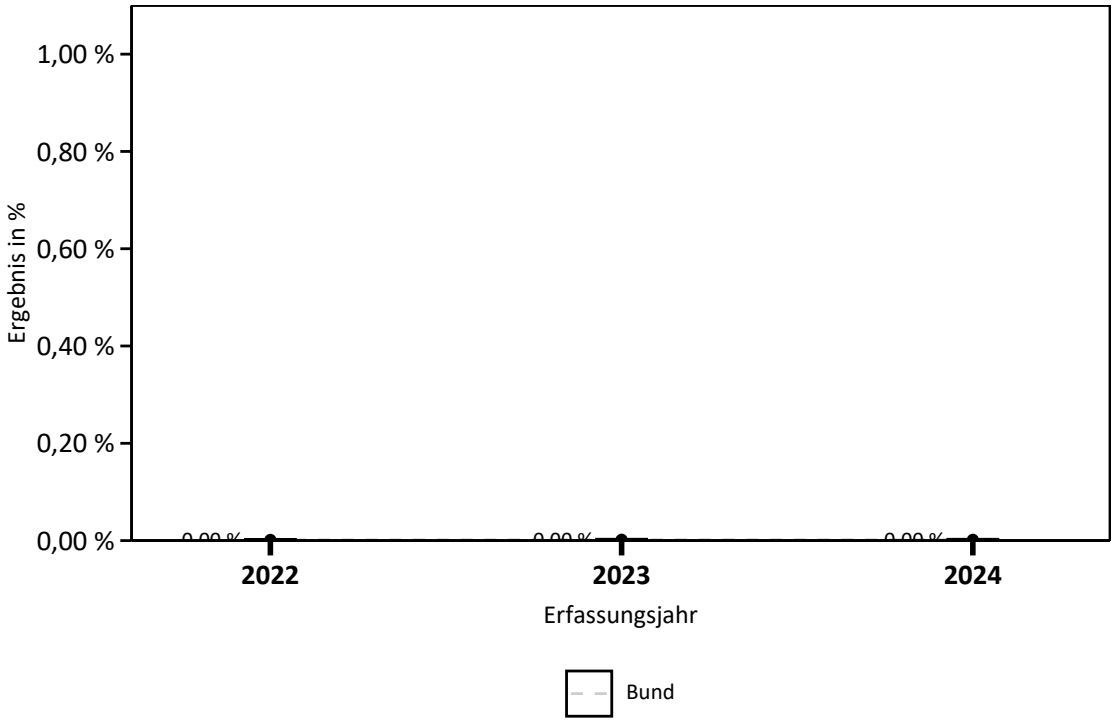
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, nosokomiale postoperative Wundinfektion (A1 bis A3) mit 4MRGN innerhalb von 30 Tagen (Infektionstiefe A1) bzw. 90 Tagen (Infektionstiefe A2 bis A3) nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

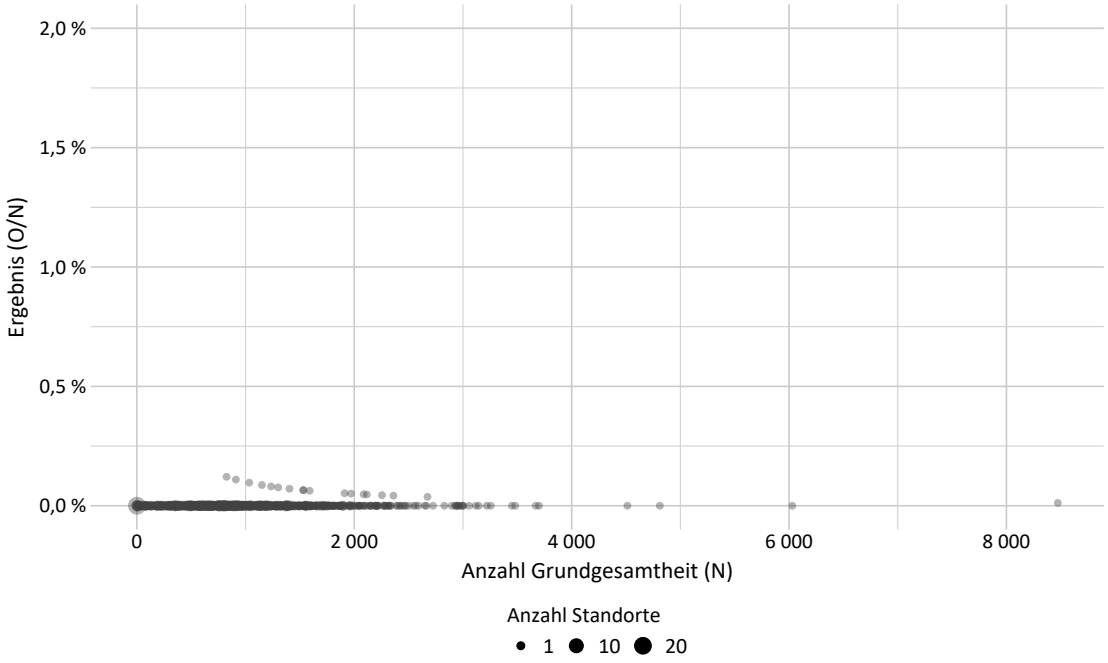
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	0 / 0	-	-
	2023	0 / 0	-	-
	2024	0 / 0	-	-
Bund	**2022**	15 / 1.024.010	0,00	0,00 - 0,00
	2023	21 / 1.152.817	0,00	0,00 - 0,00
	2024	18 / 1.062.116	0,00	0,00 - 0,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.096	0	0,00	0,12	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[11]	
2.1.1.1	ID: O_2501 O/N (observed, beobachtet)	1,12 % 11.856/1.062.116
2.1.1.2	ID: E_2501 E/N (expected, erwartet)	0,85 % 9.079,78/1.062.116
2.1.1.3	**ID: 2501** **O/E**	1,31
2.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
2.1.2.1	ID: 34_24044 ID: 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,00 % 119/11.856
2.1.2.2	ID: 34_25038 ID: 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,15 % 18/11.856
2.1.2.3	ID: 34_24043 ID: 2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	84,21 % 9.984/11.856
2.1.2.4	ID: 34_24045 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	5,41 % 641/11.856

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: O_2501 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,12 % 11.856/1.062.116
2.2.1	Diagnosestellung	
2.2.1.1	ID: 34_24046 Selbstdiagnostiziert[12]	86,13 % 10.212/11.856

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2.1.2	ID: 34_24047 Fremddiagnostiziert[13]	13,87 % 1.644/11.856

[12] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[13] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: O_2501 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[14]	1,12 % 11.856/1.062.116
2.3.1	ID: 34_25079 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.3.2	ID: 34_25080 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,77 % 954/123.960
2.3.3	ID: 34_25081 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	3,04 % 298/9.814
2.3.4	ID: 34_25082 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	0,00 % 0/12
2.3.5	ID: 34_25083 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	1,54 % 1.053/68.422
2.3.6	ID: 34_25084 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,31 % 44/14.357
2.3.7	ID: 34_25085 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	1,55 % 36/2.321
2.3.8	ID: 34_25086 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,46 % 85/18.623
2.3.9	ID: 34_25087 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/26
2.3.10	ID: 34_25088 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	1,12 % 9.253/826.108
2.3.11	ID: 34_25089 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	3,78 % 328/8.670

[14] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.4	ID: O_2501 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,12 % 11.856/1.062.116

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.4.1.1	ID: 34_24048 ≤ 10 Tage	15,11 % 1.791/11.856
2.4.1.2	ID: 34_24049 11 - 20 Tage	32,76 % 3.884/11.856
2.4.1.3	ID: 34_24050 21 - 30 Tage	21,52 % 2.552/11.856
2.4.1.4	ID: 34_24051 31 - 40 Tage	9,89 % 1.172/11.856
2.4.1.5	ID: 34_24052 41 - 50 Tage	6,94 % 823/11.856
2.4.1.6	ID: 34_24053 51 - 60 Tage	4,97 % 589/11.856
2.4.1.7	ID: 34_24054 61 - 70 Tage	3,54 % 420/11.856
2.4.1.8	ID: 34_24055 71 - 80 Tage	2,81 % 333/11.856
2.4.1.9	ID: 34_24056 81 - 90 Tage	2,46 % 292/11.856

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.5	**ID: 2505** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)**	0,01 % 119/1.062.116
2.5.1	Anzahl der Zählerfälle in der KennzahI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
2.5.1.1	ID: 34_24087 ID: 2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	100,00 % 119/119
2.5.1.2	ID: 34_25039 ID: 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 0/119

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.5.1.3	ID: 34_24088 ID: 2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	88,24 % 105/119
2.5.1.4	ID: 34_24089 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	14,29 % 17/119

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.6	ID: 2505 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,01 % 119/1.062.116
2.6.1	Diagnosestellung	
2.6.1.1	ID: 34_24090 Selbstdiagnostiziert[15]	88,24 % 105/119
2.6.1.2	ID: 34_24091 Fremddiagnostiziert[16]	11,76 % 14/119

[15] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[16] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.7	ID: 2505 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[17]	0,01 % 119/1.062.116
2.7.1	ID: 34_25090 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.7.2	ID: 34_25091 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,01 % 8/123.960
2.7.3	ID: 34_25092 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	x % ≤3/9.814
2.7.4	ID: 34_25093 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	0,00 % 0/12
2.7.5	ID: 34_25094 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	0,01 % 6/68.422
2.7.6	ID: 34_25095 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,00 % 0/14.357

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.7.7	ID: 34_25096 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,00 % 0/2.321
2.7.8	ID: 34_25097 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 0/18.623
2.7.9	ID: 34_25098 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/26
2.7.10	ID: 34_25099 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,01 % 103/826.108
2.7.11	ID: 34_25100 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	x % ≤3/8.670

[17] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.8	ID: 2505 Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,01 % 119/1.062.116
2.8.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.8.1.1	ID: 34_24092 ≤ 10 Tage	19,33 % 23/119
2.8.1.2	ID: 34_24093 11 - 20 Tage	29,41 % 35/119
2.8.1.3	ID: 34_24094 21 - 30 Tage	24,37 % 29/119
2.8.1.4	ID: 34_24095 31 - 40 Tage	9,24 % 11/119
2.8.1.5	ID: 34_24096 41 - 50 Tage	4,20 % 5/119
2.8.1.6	ID: 34_24097 51 - 60 Tage	5,88 % 7/119
2.8.1.7	ID: 34_24098 61 - 70 Tage	3,36 % 4/119
2.8.1.8	ID: 34_24099 71 - 80 Tage	x % ≤3/119
2.8.1.9	ID: 34_24100 81 - 90 Tage	x % ≤3/119

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.9	**ID: 342401** **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)**	0,00 % 18/1.062.116
2.9.1	Anzahl der Zählerfälle in der Kennzahl, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
2.9.1.1	ID: 34_25040 ID: 2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	100,00 % 18/18
2.9.1.2	ID: 34_25041 ID: 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 0/18
2.9.1.3	ID: 34_25042 ID: 2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	100,00 % 18/18
2.9.1.4	ID: 34_25043 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	x % ≤3/18

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.10	ID: 342401 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 18/1.062.116
2.10.1	Diagnosestellung	
2.10.1.1	ID: 34_25012 Selbstdiagnostiziert[18]	77,78 % 14/18
2.10.1.2	ID: 34_25013 Fremddiagnostiziert[19]	22,22 % 4/18

[18] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[19] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.11	ID: 342401 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[20]	0,00 % 18/1.062.116
2.11.1	ID: 34_25101 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
2.11.2	ID: 34_25102 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	x % ≤3/123.960
2.11.3	ID: 34_25103 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	x % ≤3/9.814
2.11.4	ID: 34_25104 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	0,00 % 0/12
2.11.5	ID: 34_25105 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	x % ≤3/68.422
2.11.6	ID: 34_25106 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,00 % 0/14.357
2.11.7	ID: 34_25107 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,00 % 0/2.321
2.11.8	ID: 34_25108 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,00 % 0/18.623
2.11.9	ID: 34_25109 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/26
2.11.10	ID: 34_25110 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,00 % 13/826.108
2.11.11	ID: 34_25111 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,00 % 0/8.670

[20] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.12	ID: 342401 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,00 % 18/1.062.116
2.12.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
2.12.1.1	ID: 34_25021 ≤ 10 Tage	0,00 % 0/18

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.12.1.2	ID: 34_25022 11 - 20 Tage	44,44 % 8/18
2.12.1.3	ID: 34_25023 21 - 30 Tage	27,78 % 5/18
2.12.1.4	ID: 34_25024 31 - 40 Tage	x % ≤3/18
2.12.1.5	ID: 34_25025 41 - 50 Tage	x % ≤3/18
2.12.1.6	ID: 34_25026 51 - 60 Tage	x % ≤3/18
2.12.1.7	ID: 34_25027 61 - 70 Tage	0,00 % 0/18
2.12.1.8	ID: 34_25028 71 - 80 Tage	0,00 % 0/18
2.12.1.9	ID: 34_25029 81 - 90 Tage	0,00 % 0/18

2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

Qualitätsziel	Die Rate an tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2502
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression. Die verwendeten Risikofaktoren sind für den jeweiligen Qualitätsindikator in den endgültigen Rechenregeln unter „Risikofaktoren“ angegeben.
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 18 und 37 Jahren) Alter (linear zwischen 38 und 67 Jahren) Geschlecht = weiblich Wundkontamination Stufe 2 laparoskopisch Wundkontamination Stufe 2 offen chirurgisch Wundkontamination Stufe 2 umstieg Revisionseingriff Adipositas Alimentaere Anämie Alkoholabusus Andere neurologische Erkrankungen Bösartige solide Tumorerkrankungen Depression Diabetes Drogenabusus Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) Gerinnungsstörungen Gewichtsverlust Herzinsuffizienz Herzrhythmusstörungen Lebererkrankungen Niereninsuffizienz Peptische Ulkuserkrankung Gefäßerkrankungen Psychosen Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufs

Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

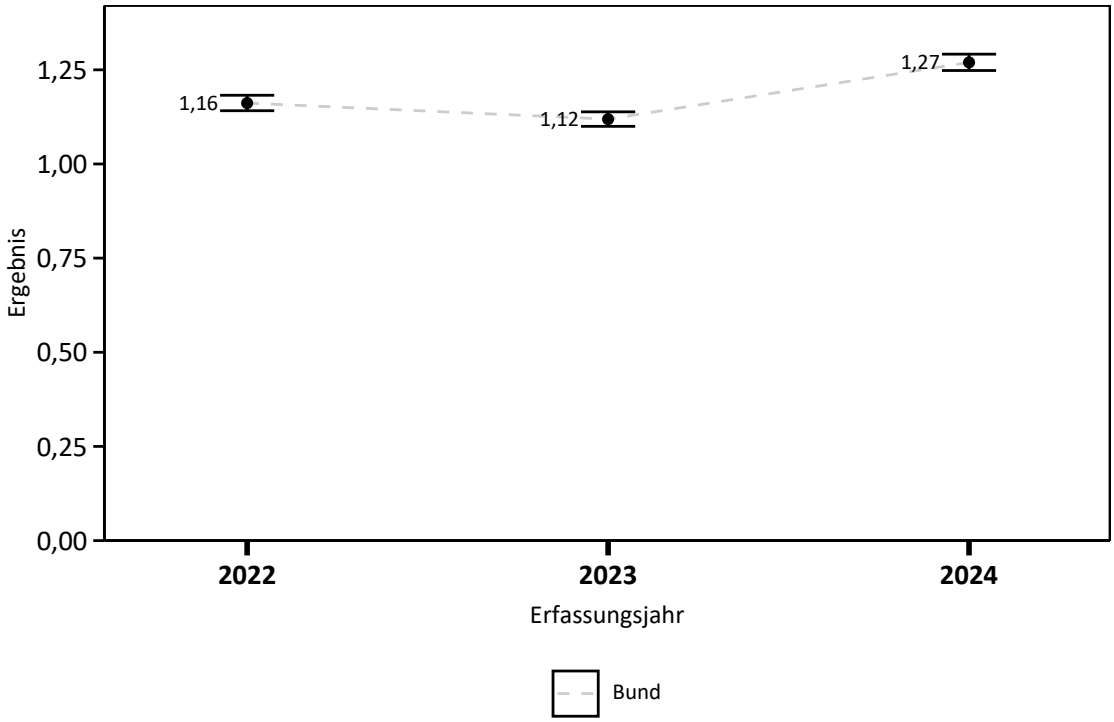
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	0	0 / 0,00	-	-
	2023	0	0 / 0,00	-	-
	2024	0	0 / 0,00	-	-
Bund	**2022**	1.167.048	12.232 / 10.529,33	1,16	1,14 - 1,18
	2023	1.235.134	12.759 / 11.402,17	1,12	1,10 - 1,14
	2024	1.109.004	12.942 / 10.193,21	1,27	1,25 - 1,29

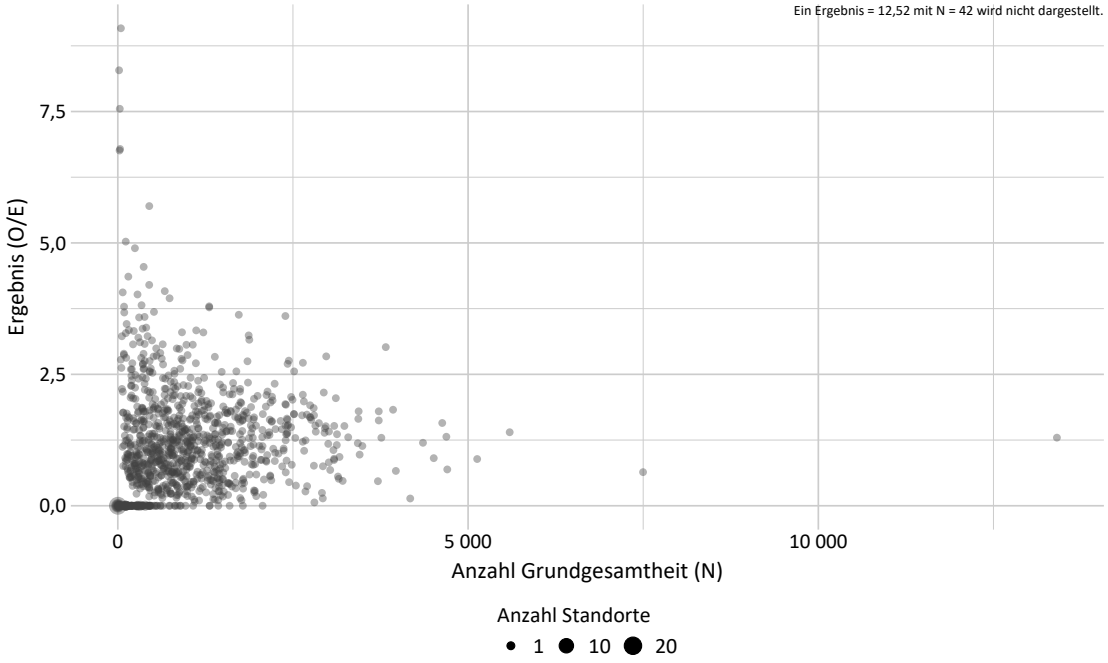
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

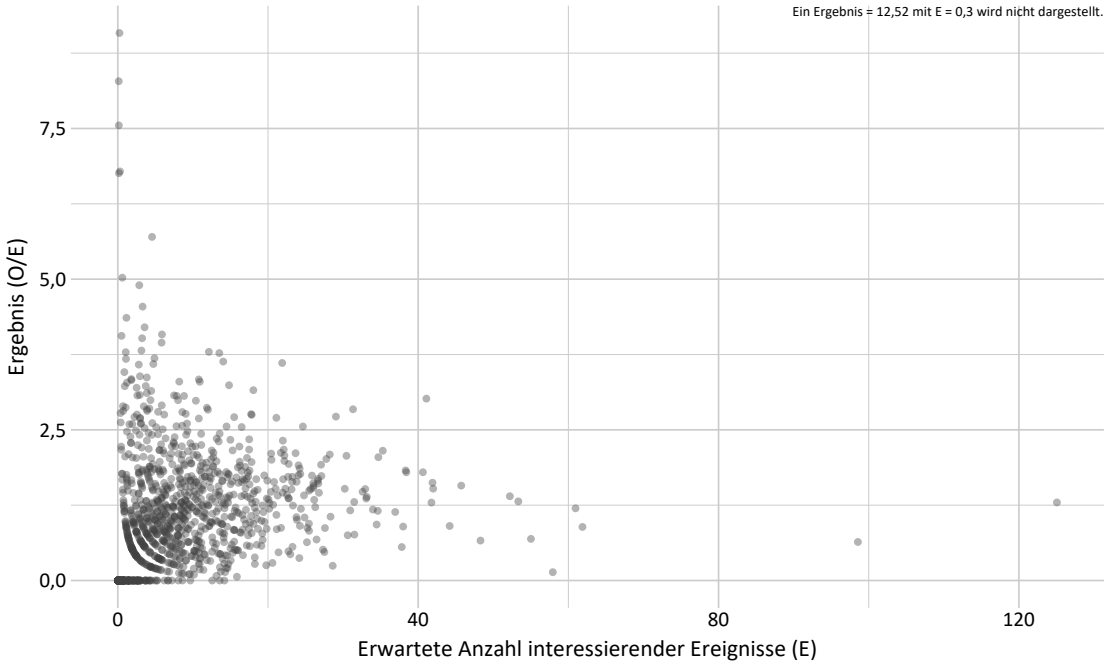
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



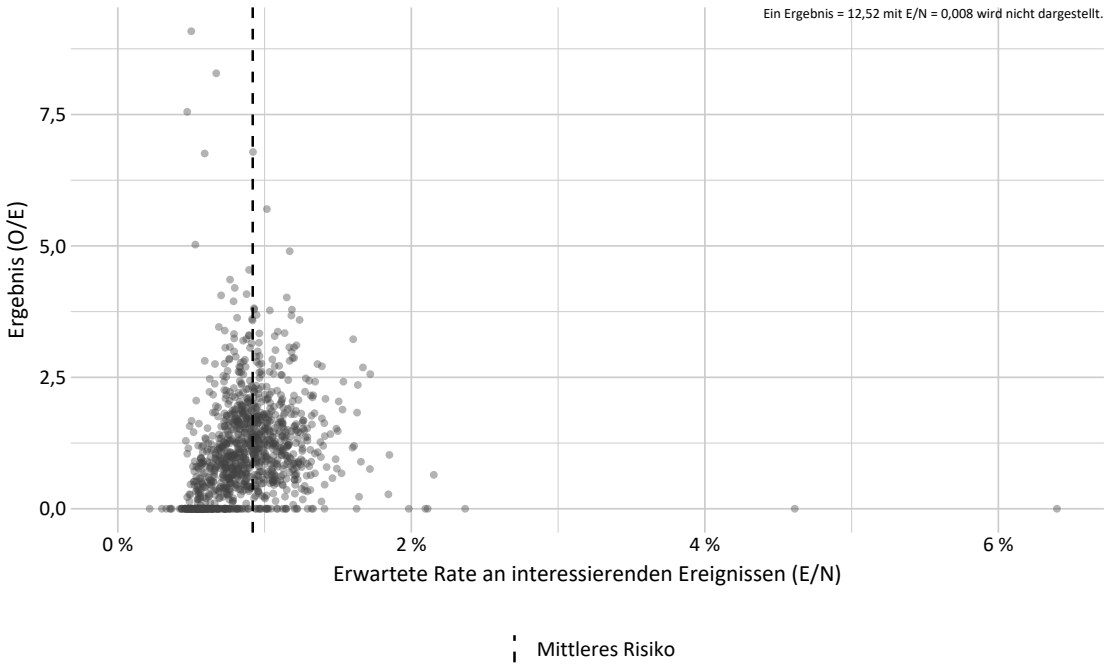
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.108	0	0,00	12,52	1,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[21]	
3.1.1.1	ID: O_2502 O/N (observed, beobachtet)	1,17 % 12.942/1.109.004
3.1.1.2	ID: E_2502 E/N (expected, erwartet)	0,92 % 10.193,21/1.109.004
3.1.1.3	**ID: 2502** **O/E**	1,27
3.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
3.1.2.1	ID: 34_24057 ID: 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	100,00 % 12.942/12.942
3.1.2.2	ID: 34_24058 ID: 2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	0,49 % 63/12.942
3.1.2.3	ID: 34_25036 ID: 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,40 % 52/12.942
3.1.2.4	ID: 34_24059 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	8,72 % 1.129/12.942

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: O_2502 Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	1,17 % 12.942/1.109.004
3.2.1	Diagnosestellung	
3.2.1.1	ID: 34_24060 Selbstdiagnostiziert[22]	93,65 % 12.120/12.942

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.1.2	ID: 34_24061 Fremddiagnostiziert[23]	6,35 % 822/12.942

[22] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[23] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: O_2502 Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)[24]	1,17 % 12.942/1.109.004
3.3.1	ID: 34_25112 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
3.3.2	ID: 34_25113 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	1,47 % 359/24.441
3.3.3	ID: 34_25114 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	1,89 % 1.401/74.166
3.3.4	ID: 34_25115 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	4,31 % 147/3.413
3.3.5	ID: 34_25116 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	2,44 % 8.534/349.234
3.3.6	ID: 34_25117 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	1,59 % 581/36.454
3.3.7	ID: 34_25118 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	0,76 % 422/55.842
3.3.8	ID: 34_25119 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,57 % 1.134/199.609
3.3.9	ID: 34_25120 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,33 % 602/185.195
3.3.10	ID: 34_25121 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,34 % 564/165.801
3.3.11	ID: 34_25122 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	0,33 % 278/83.771

[24] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	ID: O_2502 Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	1,17 % 12.942/1.109.004

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
3.4.1.1	ID: 34_24062 ≤ 10 Tage	53,04 % 6.865/12.942
3.4.1.2	ID: 34_24063 11 - 20 Tage	33,99 % 4.399/12.942
3.4.1.3	ID: 34_24064 21 - 30 Tage	12,97 % 1.678/12.942

2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

Qualitätsziel	Die Rate an tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe
Zähler	Stationäre Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
E (expected)	Erwartete Anzahl an stationären Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann, risikoadjustiert nach logistischem Wundinfektions-Score für ID 2503
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression. Die verwendeten Risikofaktoren sind für den jeweiligen Qualitätsindikator in den endgültigen Rechenregeln unter „Risikofaktoren“ angegeben.
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear) Geschlecht = weiblich Wundkontamination Stufe 2 laparoskopisch Wundkontamination Stufe 2 offen chirurgisch Wundkontamination Stufe 2 umstieg Revisionseingriff Adipositas Alimentaere Anämie Alkoholabusus Andere neurologische Erkrankungen Bösartige solide Tumorerkrankungen Depression Diabetes Drogenabusus Gerinnungsstörungen Gewichtsverlust Herzinsuffizienz Lebererkrankungen Niereninsuffizienz Peptische Ulkuserkrankung Gefäßerkrankungen Psychosen Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufs
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

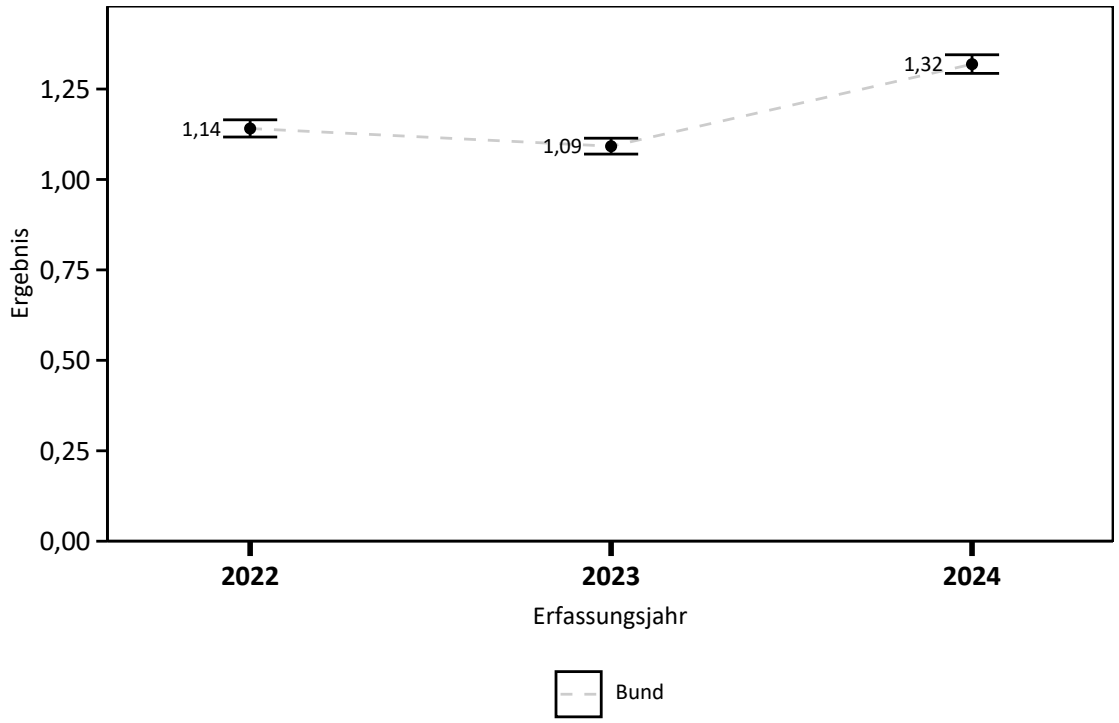
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Selektivvertragliche Leistungen	2022	0	0 / 0,00	-	-
	2023	0	0 / 0,00	-	-
	2024	0	0 / 0,00	-	-
Bund	2022	1.024.010	8.762 / 7.679,70	1,14	1,12 - 1,16
	2023	1.152.817	9.418 / 8.625,55	1,09	1,07 - 1,11
	2024	1.062.116	9.984 / 7.570,77	1,32	1,29 - 1,34

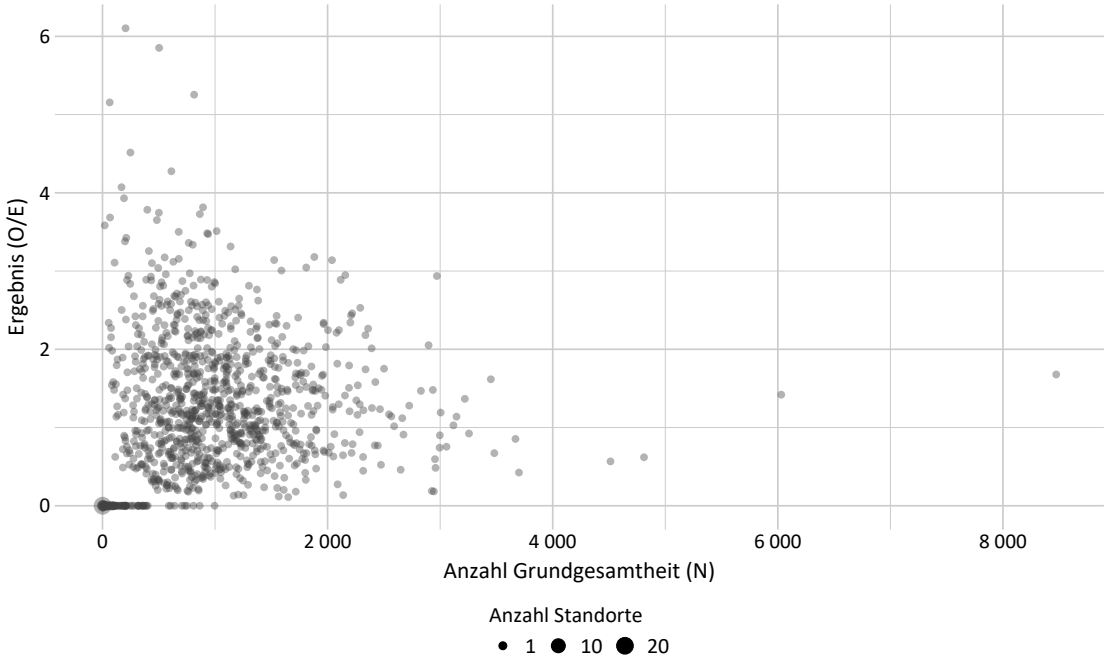
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

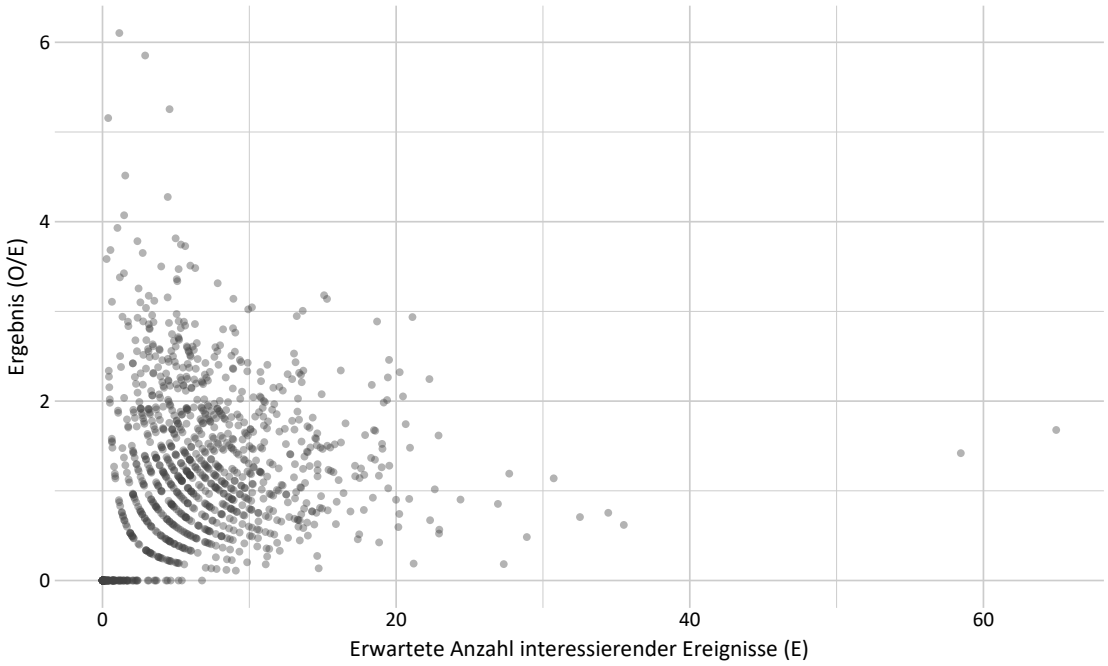
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



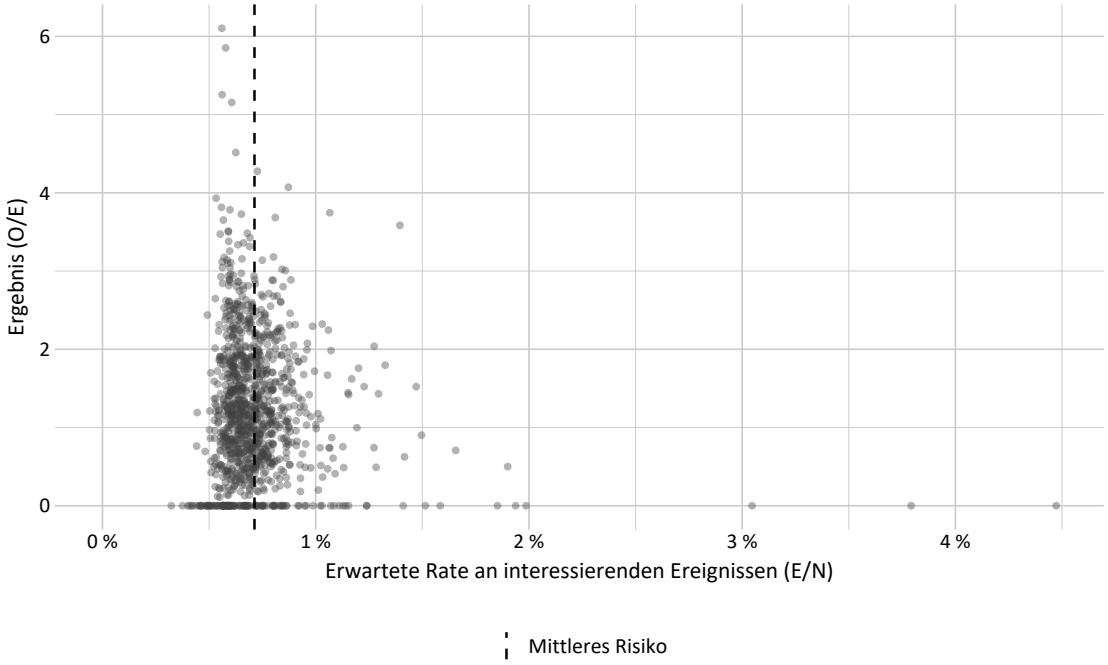
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.096	0	0,00	6,10	1,17

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[25]	
4.1.1.1	ID: O_2503 O/N (observed, beobachtet)	0,94 % 9.984/1.062.116
4.1.1.2	ID: E_2503 E/N (expected, erwartet)	0,71 % 7.570,77/1.062.116
4.1.1.3	**ID: 2503** **O/E**	1,32
4.1.2	Anzahl der Zählerfälle im QI, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
4.1.2.1	ID: 34_24065 ID: 2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	100,00 % 9.984/9.984
4.1.2.2	ID: 34_24066 ID: 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1,05 % 105/9.984
4.1.2.3	ID: 34_25044 ID: 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,18 % 18/9.984
4.1.2.4	ID: 34_24067 ID: 342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	6,42 % 641/9.984

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: O_2503 Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,94 % 9.984/1.062.116
4.2.1	Diagnosestellung	
4.2.1.1	ID: 34_24068 Selbstdiagnostiziert[26]	86,33 % 8.619/9.984

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.1.2	ID: 34_24069 Fremddiagnostiziert[27]	13,67 % 1.365/9.984

[26] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[27] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	ID: O_2503 Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)[28]	0,94 % 9.984/1.062.116
4.3.1	ID: 34_25123 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
4.3.2	ID: 34_25124 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	0,56 % 699/123.960
4.3.3	ID: 34_25125 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	2,40 % 236/9.814
4.3.4	ID: 34_25126 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	0,00 % 0/12
4.3.5	ID: 34_25127 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	1,13 % 775/68.422
4.3.6	ID: 34_25128 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	0,23 % 33/14.357
4.3.7	ID: 34_25129 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	1,16 % 27/2.321
4.3.8	ID: 34_25130 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	0,29 % 54/18.623
4.3.9	ID: 34_25131 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/26
4.3.10	ID: 34_25132 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	0,98 % 8.060/826.108
4.3.11	ID: 34_25133 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	2,90 % 251/8.670

[28] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	ID: O_2503 Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,94 % 9.984/1.062.116

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4.1	Tage bis zum Auftreten einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
4.4.1.1	ID: 34_24070 ≤ 10 Tage	13,21 % 1.319/9.984
4.4.1.2	ID: 34_24071 11 - 20 Tage	30,45 % 3.040/9.984
4.4.1.3	ID: 34_24072 21 - 30 Tage	19,99 % 1.996/9.984
4.4.1.4	ID: 34_24073 31 - 40 Tage	11,74 % 1.172/9.984
4.4.1.5	ID: 34_24074 41 - 50 Tage	8,24 % 823/9.984
4.4.1.6	ID: 34_24075 51 - 60 Tage	5,90 % 589/9.984
4.4.1.7	ID: 34_24076 61 - 70 Tage	4,21 % 420/9.984
4.4.1.8	ID: 34_24077 71 - 80 Tage	3,34 % 333/9.984
4.4.1.9	ID: 34_24078 81 - 90 Tage	2,92 % 292/9.984

342000: 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)

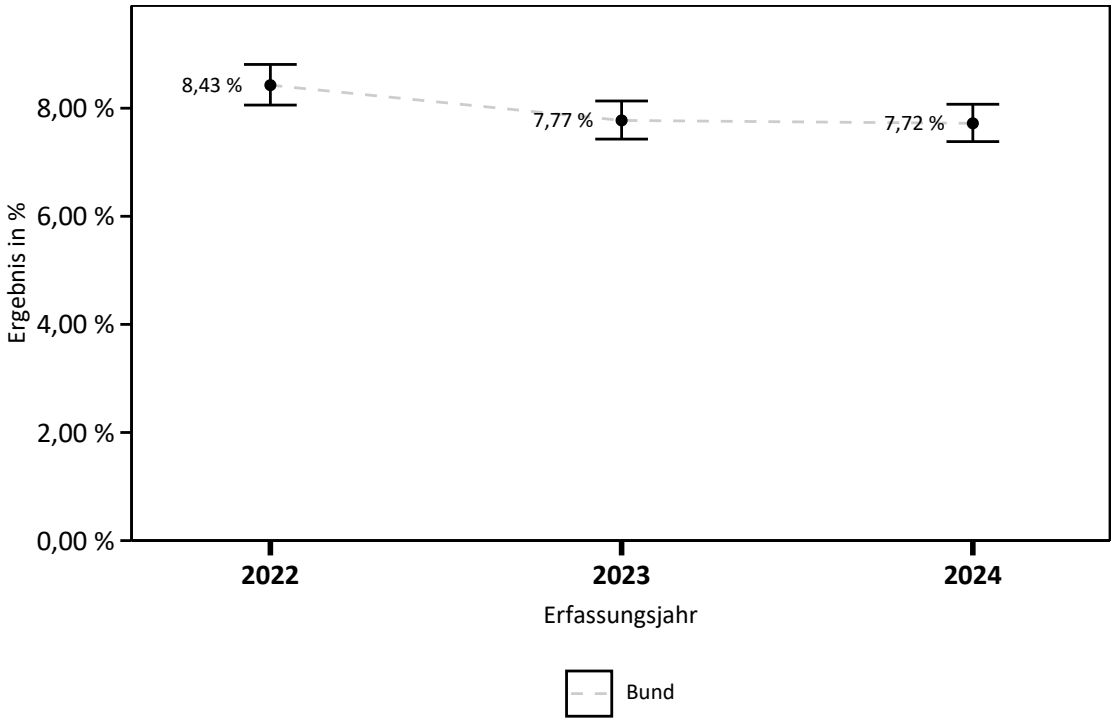
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle stationären Operationen als Tracer-Eingriffe, denen eine stationär behandelte, tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektion (A2 bis A3) innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen nach dem Operationsdatum zugeordnet werden kann
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose der Infektion verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

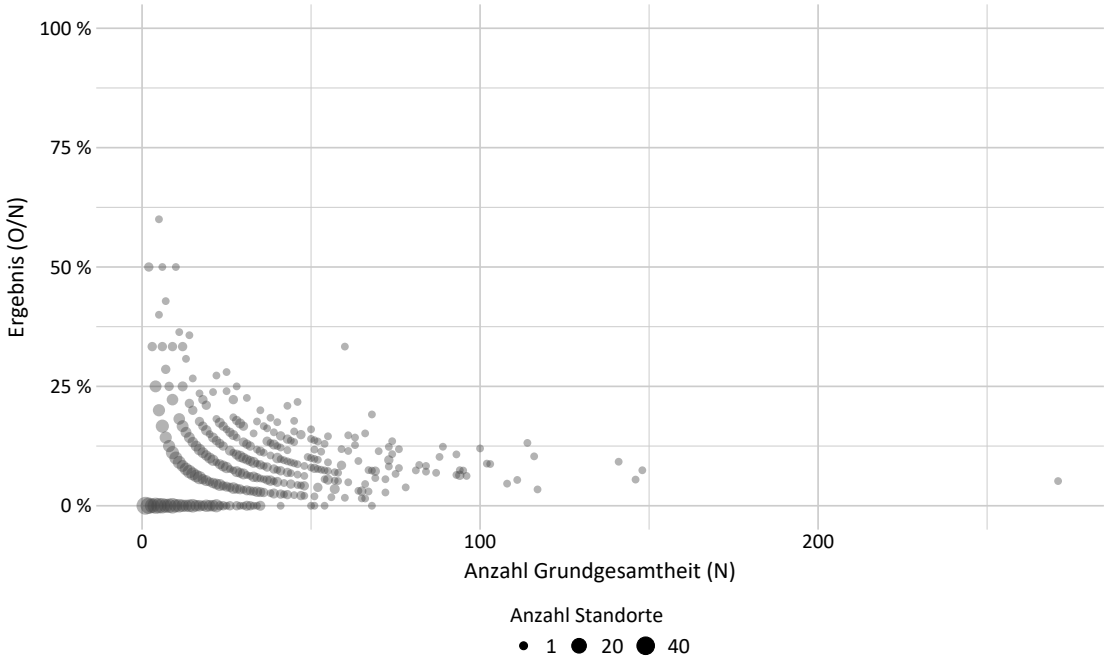
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2022**	0 / 0	-	-
	2023	- / -	-	-
	2024	0 / 0	-	-
Bund	**2022**	1.769 / 20.994	8,43	8,06 - 8,81
	2023	1.724 / 22.177	7,77	7,43 - 8,13
	2024	1.770 / 22.926	7,72	7,38 - 8,07

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.025	0	0,00	60,00	5,56

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 342000** **30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)**	7,72 % 1.770/22.926
5.1.1	Anzahl der Zählerfälle in der Kennzahl, die auch in andere QI oder Kennzahlen eingehen	
5.1.1.1	ID: 34_24101 ID: 2500: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	63,79 % 1.129/1.770
5.1.1.2	ID: 34_24105 ID: 2504: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	x % ≤3/1.770
5.1.1.3	ID: 34_25037 ID: 342400: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	0,45 % 8/1.770
5.1.1.4	ID: 34_24102 ID: 2501: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	36,21 % 641/1.770
5.1.1.5	ID: 34_24106 ID: 2505: Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	0,96 % 17/1.770
5.1.1.6	ID: 34_25045 ID: 342401: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	x % ≤3/1.770
5.1.1.7	ID: 34_24103 ID: 2502: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	63,79 % 1.129/1.770
5.1.1.8	ID: 34_24104 ID: 2503: Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	36,21 % 641/1.770

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	ID: 342000 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	7,72 % 1.770/22.926
5.2.1	Diagnosestellung	
5.2.1.1	ID: 34_24107 Selbstdiagnostiziert[29]	91,19 % 1.614/1.770
5.2.1.2	ID: 34_24108 Fremddiagnostiziert[30]	8,81 % 156/1.770

[29] bei selbstdiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde.

[30] bei fremddiagnostizierten Fällen wurde die Diagnose der nosokomialen postoperativen Wundinfektion nicht beim selben Leistungserbringer gestellt, bei dem auch die dazugehörige Tracer-Operation durchgeführt wurde, sondern bei einem anderen Leistungserbringer.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	ID: 342000 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)[31]	7,72 % 1.770/22.926
5.3.1	ID: 34_25134 Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)	- 0/0
5.3.2	ID: 34_25135 Operationen am Herzen (5-35...5-37)	8,51 % 90/1.058
5.3.3	ID: 34_25136 Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)	7,45 % 122/1.637
5.3.4	ID: 34_25137 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)	8,16 % 12/147
5.3.5	ID: 34_25138 Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)	10,63 % 990/9.309
5.3.6	ID: 34_25139 Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)	7,82 % 48/614
5.3.7	ID: 34_25140 Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)	2,00 % 9/449
5.3.8	ID: 34_25141 Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)	4,04 % 48/1.188
5.3.9	ID: 34_25142 Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)	0,00 % 0/602
5.3.10	ID: 34_25143 Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)	6,55 % 565/8.624
5.3.11	ID: 34_25144 Operationen an der Mamma (5-87...5-88)	x % ≤3/529

[31] gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4	ID: 342000 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	7,72 % 1.770/22.926
5.4.1	Tage bis zum Versterben nach einer nosokomialen postoperativen Wundinfektion	
5.4.1.1	ID: 34_24109 ≤ 10 Tage	45,25 % 801/1.770
5.4.1.2	ID: 34_24110 11 - 20 Tage	29,55 % 523/1.770
5.4.1.3	ID: 34_24111 21 - 30 Tage	25,20 % 446/1.770

Basisauswertung

QS Dokumentation

NWIF Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Bogenauslösende Kodes

	Bund (gesamt)	
	n	%
ICD-Kodes gemäß ICD-10-GM		
T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	60.327	19,15
K65.09 Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	32.795	10,41
T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	21.980	6,98
T82.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	21.191	6,73
I33.0 Akute und subakute infektiöse Endokarditis	12.309	3,91
K91.83 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	11.459	3,64
T84.6 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	10.433	3,31
K65.00 Spontane bakterielle Peritonitis [SBP] (akut)	9.166	2,91
N61 Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	7.147	2,27
K75.0 Leberabszess	7.018	2,23

NWIF Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Bogenauslösende Kodes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)		
5-916.a0 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	40.777	12,94
5-916.a1 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	19.165	6,08
5-394.2 Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	6.570	2,09
5-545.0 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Sekundärer Verschluss der Bauchwand (bei postoperativer Wunddehiszenz)	6.481	2,06
5-916.a5 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums	4.834	1,53
5-916.a3 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	4.712	1,50
5-394.1 Revision einer Blutgefäßoperation: Revision einer Anastomose	3.375	1,07
5-896.1f Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	3.351	1,06
5-916.a2 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	3.141	1,00
5-896.19 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Hand	3.133	0,99

Aufnahme und Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 315.089**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	9.689	3,08
1. Quartal	79.321	25,17
2. Quartal	79.261	25,16
3. Quartal	83.633	26,54
4. Quartal	63.185	20,05
Entlassungsquartal		
1. Quartal	73.645	23,37
2. Quartal	78.177	24,81
3. Quartal	83.392	26,47
4. Quartal	79.875	25,35

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 315.089**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	97.312	30,88
8 - 14 Tage	74.525	23,65
15 - 21 Tage	51.648	16,39
22 - 28 Tage	31.441	9,98
> 28 Tage	60.163	19,09

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 315.089**	
Geschlecht		
(1) männlich	168.246	53,40
(2) weiblich	146.833	46,60
(3) divers	5	0,00
(8) unbestimmt	5	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 315.089**	
Alter der Patientinnen und Patienten		
18 - 19 Jahre	1.269	0,40
20 - 29 Jahre	11.086	3,52
30 - 39 Jahre	19.054	6,05
40 - 49 Jahre	24.172	7,67
50 - 59 Jahre	45.232	14,36
60 - 69 Jahre	74.281	23,57
70 - 79 Jahre	70.993	22,53
80 - 89 Jahre	60.555	19,22
≥ 90 Jahre	8.447	2,68

Postoperative Wundinfektion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 315.089**	
Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?		
(0) nein	239.053	75,87
(1) ja	76.036	24,13
davon: Wundinfektionstiefe[32]		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	23.375	30,74
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	35.240	46,35
(3) A2 mit sekundärer Sepsis	1.692	2,23
(4) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	13.895	18,27
(5) A3 mit sekundärer Sepsis	1.834	2,41
davon: Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt (analog den KISSDefinitionen)?[33]		
(0) nein	7.516	9,88
(1) ja	68.520	90,12

[32] Die Definitionen der Tiefe der postoperativen Wundinfektionen in Anlehnung an die aktuell geltenden KISS-Definitionen des NRZ

[33] während des aktuellen stationären Aufenthaltes oder wenn die mikrobiologische Diagnostik des vorbehandelnden Arztes in der Patientenakte vorliegt

Sozialdaten

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)		
5-349.3 Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial	114	0,00

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am Herzen (5-35...5-37)		
5-377.30 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	43.160	1,50
5-361.03 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien	14.531	0,51
5-378.52 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	11.701	0,41
5-351.02 Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	9.535	0,33
5-377.1 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	9.099	0,32
5-361.17 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	7.800	0,27
5-361.07 Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz	6.986	0,24
5-377.d Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem	6.627	0,23
5-377.50 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion	5.683	0,20
5-353.1 Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik	5.505	0,19

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)		
5-385.70 Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V. saphena magna	37.097	1,29
5-381.70 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	23.189	0,81
5-381.71 Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	11.646	0,41
5-385.78 Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: Vv. saphenae magna et accessoria(e)	10.013	0,35
5-380.70 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	9.357	0,33
5-381.54 Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	8.987	0,31
5-385.7a Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V. saphena parva	7.531	0,26
5-380.72 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	4.769	0,17
5-393.53 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes	3.887	0,14
5-380.54 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	3.821	0,13
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)		
5-407.2 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Retroperitoneal (iliakal, paraaortal, parakaval)	2.207	0,08
5-407.3 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Pelvin	1.599	0,06

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)		
5-511.11 Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	99.036	3,45
5-469.21 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	65.658	2,29
5-469.20 Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	42.017	1,46
5-470.11 Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	37.781	1,32
5-530.31 Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	17.056	0,59
5-530.33 Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	12.402	0,43
5-536.47 Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	10.373	0,36
5-469.00 Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch	9.895	0,34
5-455.41 Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	8.166	0,28
5-455.75 Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	7.798	0,27

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)		
5-593.20 Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	11.060	0,39
5-553.03 Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	6.094	0,21
5-576.20 Zystektomie: Radikale Zystektomie ohne Urethrektomie, beim Mann: Offen chirurgisch	2.520	0,09
5-553.00 Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Offen chirurgisch lumbal	2.509	0,09
5-554.43 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	2.159	0,08
5-599.00 Andere Operationen am Harntrakt: (Teil-)Resektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes als Revision nach Operationen wegen Harninkontinenz oder Prolaps: Vaginal	1.822	0,06
5-554.40 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Offen chirurgisch lumbal	1.384	0,05
5-582.0 Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	1.308	0,05
5-554.41 Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Offen chirurgisch abdominal	1.081	0,04
5-590.51 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von retroperitonealem Gewebe: Offen chirurgisch abdominal	1.071	0,04

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den männlichen Genitalorganen (5-60...5-64)		
5-604.52 Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	11.663	0,41
5-604.42 Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	6.570	0,23
5-640.2 Operationen am Präputium: Zirkumzision	5.659	0,20
5-611 Operation einer Hydrocele testis	4.861	0,17
5-622.5 Orchidektomie: Radikale (inguinale) Orchidektomie (mit Epididymektomie und Resektion des Samenstranges)	4.496	0,16
5-631.1 Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	2.592	0,09
5-604.51 Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Ohne regionale Lymphadenektomie	2.529	0,09
5-604.12 Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	2.367	0,08
5-631.2 Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	2.195	0,08
5-646.0 Operationen zur Genitalorganumwandlung: Genitalorgantransformation von weiblich zu männlich	1.901	0,07

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den weiblichen Genitalorganen (5-65...5-71)		
5-661.62 Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	38.627	1,35
5-651.92 Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	30.885	1,08
5-653.32 Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	29.772	1,04
5-704.00 Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	23.125	0,81
5-682.02 Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	21.114	0,74
5-704.10 Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	18.283	0,64
5-683.03 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	16.228	0,57
5-657.62 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	14.298	0,50
5-683.01 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	11.524	0,40
5-683.23 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)	8.400	0,29

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)		
5-749.11 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	74.338	2,59
5-749.10 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	72.927	2,54
5-749.0 Andere Sectio caesarea: Resectio	65.966	2,30
5-740.0 Klassische Sectio caesarea: Primär	19.018	0,66
5-740.1 Klassische Sectio caesarea: Sekundär	15.886	0,55
5-741.0 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal	2.083	0,07
5-741.1 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal	1.949	0,07
5-741.3 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision	266	0,01
5-758.3 Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	222	0,01
5-758.4 Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	133	0,00

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)		
5-822.g1 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	127.053	4,43
5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	120.343	4,19
5-812.5 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	110.509	3,85
5-814.3 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	81.461	2,84
5-811.2h Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	48.471	1,69
5-794.k6 Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	47.900	1,67
5-812.eh Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	46.133	1,61
5-790.5f Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	40.505	1,41
5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	37.639	1,31
5-810.4 Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper	35.914	1,25

NWITR Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

gem. OPS: Kapitel 5 - Gruppen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Anzahl Tracer-Operationen (Index-Operationen) - Operationen an der Mamma (5-87...5-88)		
5-870.a1 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	25.964	0,90
5-870.a2 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25 % des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	19.540	0,68
5-872.1 (Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	11.926	0,42
5-870.90 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	6.467	0,23
5-884.2 Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	6.348	0,22
5-870.a0 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	5.945	0,21
5-872.0 (Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie	4.028	0,14
5-870.a3 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie	3.903	0,14
5-886.30 Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan: Ohne gewebeverstärkendes Material	3.222	0,11
5-889.1 Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose	2.752	0,10

Aufnahme und Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	5.326	0,19
1. Quartal	576.781	20,10
2. Quartal	545.073	18,99
3. Quartal	537.234	18,72
4. Quartal	520.677	18,14
keine Angabe zum Aufnahmedatum	684.489	23,85
Entlassungsquartal		
1. Quartal	573.869	20,00
2. Quartal	538.453	18,76
3. Quartal	533.873	18,60
4. Quartal	538.896	18,78
keine Angabe zum Entlassungsdatum	684.489	23,85

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Aufnahme- und Entlassungsdatum	**N = 2.185.091**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	1.520.317	69,58
8 - 14 Tage	380.221	17,40
15 - 21 Tage	131.225	6,01
22 - 28 Tage	67.525	3,09
> 28 Tage	85.803	3,93

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Geschlecht		
(1) männlich	1.115.264	38,87
(2) weiblich	1.754.147	61,13
(3) divers	128	0,00
(8) unbestimmt	41	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Alter der Patientinnen und Patienten		
18 - 19 Jahre	27.028	0,94
20 - 29 Jahre	230.151	8,02
30 - 39 Jahre	346.547	12,08
40 - 49 Jahre	303.573	10,58
50 - 59 Jahre	517.307	18,03
60 - 69 Jahre	607.621	21,17
70 - 79 Jahre	460.205	16,04
80 - 89 Jahre	321.560	11,21
≥ 90 Jahre	44.326	1,54

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.869.580**	
Für die Risikoadjustierung übermittelte Diagnosen während des stationären Indexaufenthalts		
I10.00 Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	788.796	27,49
E87.6 Hypokaliämie	182.734	6,37
E03.8 Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose	150.047	5,23
I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	135.817	4,73
E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	125.460	4,37
N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	90.851	3,17
E86 Volumenmangel	72.563	2,53
E87.1 Hypoosmolalität und Hyponatriämie	65.058	2,27
E66.00 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	62.627	2,18
Z95.0 Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts	61.325	2,14

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Cholezystektomie

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Cholezystektomie*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 5
1 Hintergrund 6
2 Einordnung der Ergebnisse 9
2.1 Datengrundlage 9
2.1.1 Überblick 9
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 10
2.1.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2025 (AJ 2026) 11
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 12
2.2.1 Überblick 12
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 13
2.2.3 Detailergebnisse 16
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 26
2.3.1 Überblick 26
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 26
2.3.3 Detailergebnisse 28
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 32
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 32
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 35
4 Evaluation 37
5 Ausblick 39
Literatur 40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – CHE 8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – CHE 8
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - CHE 10
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) - CHE 10
Tabelle 5: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2026, EJ 2025) - CHE 11
Tabelle 6: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2026, EJ 2024) - CHE 11
Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - CHE 13
Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – CHE 15
Tabelle 9: QI 58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen 16
Tabelle 10: QI 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen 17
Tabelle 11: QI 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen 19
Tabelle 12: QI 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen 20
Tabelle 13: QI 58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 22
Tabelle 14: QI 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres 23
Tabelle 15: QI 58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen 25
Tabelle 16: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - CHE 26
Tabelle 17: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – CHE 27
Tabelle 18: AK 852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 28
Tabelle 19: AK 852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 28
Tabelle 20: AK 852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 29
Tabelle 21: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS CHE 30
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE 32
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE 35

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DRG	diagnosebezogene Fallgruppen (*Diagnosis Related Groups*)
EJ	Erfassungsjahr
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
M-DB	mandantenfähige Datenbank
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	patientenidentifizierende Daten
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS CHE	QS-Verfahren *Cholezystektomie*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

1 Hintergrund

In Deutschland werden jährlich rund 170.000 Cholezystektomien (Entfernungen der Gallenblase) durchgeführt. In ca. 90 % aller Fälle wird die Cholezystektomie laparoskopisch, d. h. mittels sogenannter Schlüssellochchirurgie, vorgenommen. Operationsverfahren, bei denen der operative Zugang über natürliche Körperöffnungen (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*, NOTES) erfolgt, haben bislang noch nicht Eingang in die klinische Praxis gefunden. In seltenen Fällen kann auch eine Entfernung der Gallenblase im Rahmen einer aus anderen Gründen durchgeführten Bauchoperation sinnvoll und notwendig sein (Simultancholezystektomie). Bei der operativen Versorgung eines Gallen- oder Gallensteinleidens können vereinzelt schwerwiegende Komplikationen auftreten, z. B. Verletzungen der Gallenwege oder der Blutgefäße. Im schlimmsten Fall können postoperative Komplikationen auch zum Tod führen.

Das QS-Verfahren *Cholezystektomie* (*QS CHE*) beobachtet und analysiert die Häufigkeit solcher Ereignisse und dient der Beurteilung stationär erbrachter Indexeingriffe von Cholezystektomien. Ziele des QS-Verfahrens sind es, die Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit zu verbessern und somit auch Komplikationsraten während und nach den Eingriffen zu verringern sowie Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Aufgrund der bestehenden Vorbelastung werden Cholezystektomien als dokumentationspflichtige Leistung aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen, wenn die Patientinnen und Patienten von einer bösartigen Erkrankung der Gallenblase, der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis betroffen sind. Ebenso stellen bösartige Neubildungen an Organen im Bauchraum sowie Simultancholezystektomien während eines Eingriffs ein Ausschlusskriterium dar.

Qualitätsindikatoren

Das Verfahren *QS CHE* umfasst 7 Qualitätsindikatoren, welche sowohl die Daten der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation als auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V zur Berechnung heranziehen. Alle Indikatoren adressieren die Qualitätsdimension der Patientensicherheit (Ergebnisqualität), da sie das Auftreten von intra- oder postoperativen Komplikationen nach einer Cholezystektomie messen. Intra- oder postoperative Komplikationen stellen unerwünschte Ereignisse dar, die das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko zusätzlich erhöhen und körperliche Beeinträchtigungen wie beispielsweise Schmerzen oder Verletzungen verursachen können. Sie können zu einer Verlängerung des Behandlungsprozesses führen und somit zu einer zusätzlichen Belastung für die Patientinnen und Patienten.

Intraoperative Verletzungen, wie z. B. eine Verletzung der Gallenwege oder die Durchtrennung oder der Verschluss des Ductus hepatocholedochus (Hauptgallengang), gehören zu den gravierendsten Komplikationen bei Cholezystektomien und werden über den Indikator zu operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000) analysiert. Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen können sowohl intra- als auch postoperativ entdeckt und

behandelt werden. Sie können ein Grund für den Umstieg vom laparoskopischen auf den invasiveren offen-chirurgischen Zugangsweg für die Cholezystektomie sein.

Postoperative Infektionen werden über den Indikator zu eingriffsspezifischen Infektionen innerhalb von 30 Tagen (ID 58002) ausgewertet. Bei offen-chirurgischen Cholezystektomien ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine postoperative Infektion auftritt, signifikant höher als bei laparoskopischen Cholezystektomien. Eine postoperative Infektion nach einer Cholezystektomie kann z. B. zu einem Leberabszess oder einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) führen.

Der Indikator 58006 erfasst alle Todesfälle innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie, da für diesen Zeitraum davon ausgegangen werden kann, dass postoperative Komplikationen einen Einfluss auf das Versterben der Patientinnen und Patienten haben. Die Vermeidung und die angemessene Behandlung von postoperativen Komplikationen sind deshalb entscheidend für die Verhinderung von postoperativen Todesfällen.

Mit dem Indikator 58003 werden alle Patientinnen und Patienten erfasst, bei denen interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie auftraten. Dazu zählen Blutungen, die eine Transfusion erfordern oder eine Blutungsanämie bzw. einen Schock während oder nach dem Eingriff verursachen. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen bereits vor der Cholezystektomie eine Anämie bestand oder eine Transfusion notwendig wurde.

Der Indikator 58004 adressiert allgemeine, nicht eingriffsspezifische postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie, wie z. B. eine Thrombose, eine Lungenembolie, eine Pneumonie, einen Myokardinfarkt oder einen Ileus.

Langfristige postoperative Komplikationen nach einer laparoskopischen oder nach einer offen-chirurgischen Cholezystektomie, die symptomatisch werden und eine Intervention erfordern, werden mit dem Indikator 58005 fokussiert. Dazu zählt beispielsweise eine Narbenhernie (Narbenbruch im Bereich einer Operationsnarbe an der Bauchdecke). Ebenso können nach dem Eingriff zurückgelassene Fremdkörper (z. B. OP-Tücher oder Instrumente) unerwünschte postoperative Komplikationen verursachen.

Erneute operative oder interventionelle Eingriffe nach einer Gallenblasenentfernung wegen postoperativ aufgetretener Komplikationen werden mit dem Indikator 58001 erfasst. Dies können beispielsweise Gallengangsverletzungen, Blutgefäßverletzungen und Blutungen sowie postoperative Infektionen sein.

Bei den Indikatoren im Verfahren *QS CHE* handelt es sich um sogenannte Follow-up-Indikatoren. Das bedeutet, für die Berechnung der Indikatoren werden neben der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V ausgewertet, wodurch der weitere Krankheitsverlauf einer Patientin oder eines Patienten über einen längeren Zeitraum nach der Entlassung nachvollzogen werden kann. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Sozialdaten erst mit einem gewissen Zeitverzug ausgewertet und berichtet werden können. Der Zeitraum der Nachverfolgung, der im Verfahren *QS CHE* bei 30, 90 und 365 Tagen liegt, muss zunächst abgeschlossen und die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der

Krankenkasse angekommen sein. Erst im Anschluss können die Daten an das IQTIG übermittelt werden. Daher enthalten die Auswertungen dieses QS-Verfahrens grundsätzlich immer zwei Erfassungsjahre:

- für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005 und 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach der Cholezystektomie (Indexeingriff)
- für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen (IDs 58000, 58002, 58003 und 58004): Auswertung im ersten Jahr nach der Cholezystektomie (Indexeingriff)

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – CHE

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungs-jahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *Cholezystektomie* werden keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet, jedoch 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2024 wurden im Verfahren *QS CHE* zum Erfassungsjahr 2025 mehr Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit verblieb in einem ähnlichen Bereich. Insgesamt wurden QS-Dokumentationsdaten von 168.854 Patientinnen und Patienten erfasst. Dies ist ein Anstieg um 2,6 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2024: 164.482).

In Bezug auf die Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen bestehen im aktuellen Auswertungsjahr Einschränkungen durch Nicht- bzw. Fehllieferungen. Die fehlerhafte Datenlieferung hatte zur Folge, dass zu allen Versicherten einer bundesweit agierenden Krankenkasse keine Sterbeinformationen übermittelt wurden. Diese Krankenkasse deckt ca. 2 % aller gesetzlich Versicherten ab. Dadurch wird die Mortalität in allen sozialdatenbasierten Indikatoren um 2 % unterschätzt. Des Weiteren fehlten bei der letzten Quartalslieferung von drei Krankenkassen Daten eines Monats. Bei 5 der 7 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren (IDs 58000, 58002, 58003, 58004 und 58006) sind daher hinweg Beeinträchtigungen möglich. Zusammenfassend sind die Auswirkungen der Nicht- und Fehllieferungen bei den Sozialdaten im Verfahren *QS CHE* für das Auswertungsjahr 2026 allerdings als gering einzuschätzen. Es lässt sich jedoch nicht ausschließen, dass die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren durch die beschriebenen Nicht- und Fehllieferungen von Sozialdaten auf Leistungserbringerebene beeinflusst werden.

Für das Erfassungsjahr 2024 konnten 97,28 % und für das Erfassungsjahr 2025 97,50 % der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem QS-Datensatz für das Verfahren *QS CHE* verknüpft werden. Die Verknüpfungsrate liegt damit für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Die Anzahl der Leistungserbringer auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) ist leicht gesunken, dies kann mit Schließungen von Krankenhäusern erklärt werden, welche nunmehr keine Cholezystektomie an ihrem Standort bzw. ihren Standorten durchführen. Für das Verfahren *QS CHE* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - CHE

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	168.854 168.796 58	167.856	100,59
Anzahl Leistungs-erbringer	auf Standortebene (Auswertungs-standorte) Bund (gesamt)	1.034		
Anzahl Leistungs-erbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.073	1.065	100,75
Anzahl Leistungs-erbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	916	906	101,10

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) - CHE

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	164.482 164.442 40	163.441	100,64
Anzahl Leistungs-erbringer	auf Standortebene (Auswertungs-standorte) Bund (gesamt)	1.060		
Anzahl Leistungs-erbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.100	1.090	100,92
Anzahl Leistungs-erbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	934	925	100,97

2.1.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2025 (AJ 2026)

Tabelle 5 stellt die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe mit einem Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen aus dem Erfassungsjahr 2025 auf Bundesebene dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate der Sozialdaten bei den Krankenkassen mit den für das Erfassungsjahr 2025 gelieferten QS-Dokumentationsdaten aus. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass für jeden QS-Dokumentationsdatensatz mittels des Pseudonyms der elektronischen Gesundheitskarten (patientenidentifizierende Daten, PID) geprüft wird, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die Indikatorberechnung nicht berücksichtigt bzw. ausgewertet werden.

Durch Korrekturen und Nachlieferungen durch die Krankenkassen kann sich die Verknüpfungsrate zukünftig ändern. Basierend auf den Daten des Erfassungsjahres 2025 können in diesem Bericht nur die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen berechnet werden. Dies ist verfahrensimmanent durch den Zeitverzug bei der Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen begründet. Im kommenden Jahr werden sämtliche Indikatoren auf Grundlage der Daten des Erfassungsjahres 2025 ausgewertet. Dieser Logik folgend, werden die Indikatoren mit 90- und 365-Tage-Follow-up anhand der Daten des Erfassungsjahres 2024 ausgewertet. Die Verknüpfungsrate liegt für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %.

Für das Erfassungsjahr 2025 ist in Bezug auf die Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen zudem zu beachten, dass Einschränkungen durch fehlende bzw. unvollständige Datenlieferungen bestehen (siehe Abschnitt 2.3.3 „Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)“). Die Auswirkungen der Nicht- und Fehllieferungen bei den Sozialdaten für das Auswertungsjahr 2026 sind jedoch als gering einzuschätzen. Es lässt sich jedoch nicht ausschließen, dass die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren auf Leistungserbringerebene beeinflusst werden.

Tabelle 5: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2026, EJ 2025) - CHE

	Erfassungsjahr 2025	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (gesamt)	168.796	97,50 N = 164.575

Tabelle 6: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2026, EJ 2024) - CHE

	Erfassungsjahr 2024	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %**
Bund (gesamt)	164.442	97,28 N = 159.962

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren zum Auswertungsjahr 2026 stellen zum einen die Bundesergebnisse für das Erfassungsjahr 2025 dar. Dies betrifft die risikoadjustierten Indikatoren mit 30-Tage-Follow-up und einem Indexeingriff im Jahr 2025 (IDs 58000, 58002, 58003 und 58004). Zum anderen werden die risikoadjustierten Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen sowie einem Indexeingriff im Jahr 2024 (IDs 58001, 58005 und 58006) ausgewiesen. Im Verfahren *QS CHE* zeigt sich insgesamt eine stabile Versorgungslage. Cholezystektomien werden bundesweit zwar häufig durchgeführt, in der Gesamtheit treten jedoch nur sehr selten Komplikationen auf. Dennoch aufgetretene Komplikationen werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zudem überwiegend als qualitativ unauffällig eingestuft. Alle Indikatoren besitzen einen perzentilbasierten Referenzbereich (≤ 95.Perzentil), d. h., in allen Indikatoren weisen etwa 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse auf.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 verzeichnen fast alle Indikatoren einen Anstieg des Anteils der qualitativ auffälligen Ergebnisse. Dies trifft in vergleichbarem Maße auch für die Einleitung von Maßnahmen der Stufe 1 zu. Diese Anstiege sind nicht auf eine tatsächliche Verschlechterung der Qualität der Versorgung zurückzuführen – im Gegenteil: Die bundesweiten Ergebnisse von 6 der 7 Indikatoren zeigen sich in den Jahren, die dem Stellungnahmeverfahren zugrunde liegen, rückläufig. Vielmehr wurde eine Effizienzsteigerung des Stellungnahmeverfahrens durch zwei Entwicklungen im Verfahren erreicht. Zum einen wurde im Auswertungsjahr 2025 eine neue statistische Methodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit eingeführt. Bei der Bewertung von Leistungserbringerergebnissen wird nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt, sodass nicht jede Abweichung vom Referenzbereich zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt. In der Regel ist also die Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten nach der neuen Methodik geringer, wodurch die Aufwände im Stellungnahmeverfahren effizienter eingesetzt werden können. Zum anderen können seit dem Auswertungsjahr 2025 Sozialdaten bei den Krankenkassen als einrichtungsübergreifende Follow-up-Datensätze für eine Bewertung im Stellungnahmeverfahren herangezogen werden. In der Gesamtheit führten die Stellungnahmen bei allen Indikatoren meist zu einem Monitoring, selten zu weiteren Maßnahmen oder Sanktionen.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - CHE

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 1.202 / 1.202,00 0,76 % O/N = 1.202 / 158.995	1,05 O/E = 1.280 / 1.217,79 0,78 % O/N = 1.280 / 164.575 (≤ 1,17; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 4.245 / 4.245,00 2,67 % O/N = 4.245 / 158.995	0,98 O/E = 4.170 / 4.256,44 2,53 % O/N = 4.170 / 164.575 (≤ 1,05; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 2.004 / 2.004,00 1,26 % O/N = 2.004 / 158.995	1,06 O/E = 2.154 / 2.029,25 1,31 % O/N = 2.154 / 164.575 (≤ 1,35; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 2.330 / 2.330,00 1,47 % O/N = 2.330 / 158.995	0,98 O/E = 2.278 / 2.334,26 1,38 % O/N = 2.278 / 164.575 (≤ 1,10; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	1,00 O/E = 6.637 / 6.637,00 4,24 % O/N = 6.637 / 156.685	0,96 O/E = 6.374 / 6.634,90 3,98 % O/N = 6.374 / 159.962 (≤ 1,27; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	1,00 O/E = 2.720 / 2.720,00 1,74 % O/N = 2.720 / 156.685	1,02 O/E = 2.797 / 2.736,50 1,75 % O/N = 2.797 / 159.962 (≤ 1,13; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	1,00 O/E = 2.838 / 2.838,00 1,81 % O/N = 2.838 / 156.685	1,04 O/E = 2.807 / 2.702,98 1,75 % O/N = 2.807 / 159.962 (≤ 1,11; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2026

Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – CHE

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	2024	53 / 1.062	4,99	6
		2025	52 / 1.033	5,03	4
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	2024	53 / 1.062	4,99	8
		2025	49 / 1.033	4,74	12
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	2024	53 / 1.062	4,99	11
		2025	52 / 1.033	5,03	11
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	2024	54 / 1.062	5,08	6
		2025	53 / 1.033	5,13	5
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	2023	53 / 1.071	4,95	19
		2024	53 / 1.060	5,00	16
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	2023	55 / 1.071	5,14	7
		2024	52 / 1.060	4,91	5
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	2023	52 / 1.071	4,86	2
		2024	53 / 1.060	5,00	6

© IQTIG 2026

2.2.3 Detailergebnisse

Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000)

Tabelle 9: QI 58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,01 O/E = 1.230 / 1.214,97 0,78 % O/N = 1.230 / 158.571	1,00 O/E = 1.202 / 1.202,00 0,76 % O/N = 1.202 / 158.995	**1,05** **O/E = 1.280 / 1.217,79** **0,78 %** **O/N = 1.280 / 164.575**
rechnerische Auffälligkeiten	52 / 1.071 4,86 %	53 / 1.062 4,99 %	**52 / 1.033** **5,03 %** **(Refbereich: ≤ 1,17; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 52 11,54 %	**9 / 53** **16,98 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 1.071 0,56 %	**9 / 1.062** **0,85 %**	n. a.

Dieser Indikator erhebt die gravierendsten operationsbedingten Komplikationen bei einer Cholezystektomie, wie beispielsweise intraoperative Verletzungen der Gallengänge oder die Durchtrennung oder den Verschluss des Ductus hepatocholedochus (Hauptgallengang). Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Gallenwegskomplikation liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 0,78 % (1.280/164.575). Auf Bundesebene wurden ca. 97 % der Cholezystektomien laparoskopisch durchgeführt. Im Vergleich zur national wie international angegebenen Häufigkeit für Gallenwegsverletzungen bei laparoskopisch durchgeführten Cholezystektomien rangiert das Bundesergebnis im Mittelfeld. Gemäß S3-Leitlinie zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen variieren die Angaben zur Häufigkeit der intraoperativen Verletzung, der Durchtrennung oder des postoperativen Verschlusses der Gallengänge zwischen 0,1 und 0,5 % (Gutt et al. 2018). Im internationalen Vergleich liegen die Raten zwischen 0,3 und 1,5 % (de'Angelis et al. 2021, Schreuder et al. 2020, Wong et al. 2024). Bei verzögerten Cholezystektomien und Cholezystektomien im Notfall liegen die Raten höher (Wong et al. 2024). Es ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Definitionen von Gallengangverletzungen in den einzelnen Untersuchungen zu unterschiedlichen Raten führen. Für offene Cholezystektomien (0,2–0,3 %) wird im Vergleich zu laparaskopischen Cholezystektomien (0,4–1,5 %) jedoch national wie auch international eine geringere Häufigkeit für Gallengangverletzungen angegeben (de'Angelis et al. 2021, Gutt et al. 2018).

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde der überwiegende Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig eingestuft. Gab es geringfügige Abweichungen vom Referenzbereich oder eine erstmalige Auffälligkeit, wiesen die LAG die Einrichtungen oftmals nur auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hin und kündigten eine Verlaufskontrolle im Folgejahr an.

Qualitativ auffällige Bewertungen ergaben sich aus Struktur- und Prozessmängeln durch fehlende präoperative Abklärung oder einem zu hinterfragenden intraoperativen Management. In einem Fall konnte die LAG anhand der ihr vorliegenden Unterlagen den zeitlichen Verlauf und die Entscheidung zur initial konservativen Therapie bei allseits gesichertem Befund nicht abschließend nachvollziehen. Mit der Bewertung verweist die LAG auf Leitlinien, die in diesen Fällen eine rechtzeitige Verlegung in ein spezialisiertes Zentrum vorsehen. In anderen Fällen wurde die OP-Indikation nicht adäquat gestellt und, für diese Fälle eigentlich üblich, keine endoskopische Cholangiographie und Steinextraktion präoperativ durchgeführt. Ebenfalls auffällig bewertet wurden Fälle, bei denen die Maßnahmen beim Auftreten von Komplikationen nicht geeignet waren – beispielsweise wenn bei Leckagen keine Röntgenuntersuchung durchgeführt wurde, um die Ursache des Austretens der Gallenflüssigkeit zu ermitteln, sondern diese nur übernäht wurden.

In 3 Fällen musste die Maßnahmenstufe 1 ergriffen werden. Bei 2 der 3 Fälle trat eine Häufung von Choledochusverletzungen auf. Die LAG bat daher um die Einreichung der OP-Berichte sowie darum, das eigene Vorgehen zu analysieren und gegebenenfalls weitere Maßnahmen abzuleiten. Im dritten Fall traten vermehrt Gallengangsverletzungen auf. Hier wurde ein kollegiales Gespräch anberaumt.

In der Gesamtheit führten die Stellungnahmen zu diesem Indikator meist zu einem Monitoring, selten zu weiteren Maßnahmen oder Sanktionen. Eine quantitative Auswertung des IQTIG zeigte, dass auch nach 30 Tagen bis zu einem Jahr Gallenwegskomplikationen in regelmäßigen Schwankungen auftreten. Ab dem Erfassungsjahr 2027 wird der Follow-up-Zeitraum dieses Indikators deshalb auf 90 Tage erweitert. Dadurch werden qualitätsrelevante Gallenwegskomplikationen umfassender betrachtet und die Validität der Messung verbessert. Inwieweit sich dies auf eine Erhöhung der qualitativen Auffälligkeiten auswirkt, bleibt abzuwarten.

Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58004)

Tabelle 10: QI 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,94 O/E = 4.170 / 4.416,61 2,63 % O/N = 4.170 / 158.571	1,00 O/E = 4.245 / 4.245,00 2,67 % O/N = 4.245 / 158.995	**0,98** **O/E = 4.170 / 4.256,44** **2,53 %** **O/N = 4.170 / 164.575**
rechnerische Auffälligkeiten	57 / 1.071 5,32 %	53 / 1.062 4,99 %	**49 / 1.033** **4,74 %** **(Refbereich: ≤ 1,05; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 57 7,02 %	**5 / 53** **9,43 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.071 0,37 %	**5 / 1.062** **0,47 %**	n. a.

Zu den erfassten Komplikationen zählen in diesem Indikator die allgemeinen postoperativen Komplikationen wie eine Thrombose, eine Lungenembolie oder ein Ileus. Darüber hinaus werden auch die nicht eingriffsspezifischen, postoperativen Komplikationen wie z. B. eine Pneumonie, ein Myokardinfarkt oder ein Hirninfarkt adressiert. Im Auswertungsjahr 2026 traten bei 2,53 % (4.170/164.575) der Eingriffe postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach der Cholezystektomie auf. Im Vergleich zum Vorjahr ist das Bundesergebnis leicht gesunken, wenn auch nicht signifikant.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde der überwiegende Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig eingestuft. Die meisten abweichenden Ergebnisse erklärten sich durch Einzelfälle. Qualitativ auffällige Bewertungen resultierten aus Struktur- und Prozessmängel oder aus der fehlenden Abgabe einer Stellungnahme. Bei einem Leistungserbringer gab es eine Häufung von postoperativ aufgetretenen Pneumonien, für diese wurden aber schon selbst entsprechende Maßnahmen abgeleitet.

In 2 Fällen wurde durch die LAG die Bewertung „Sonstiges“ (S99) vergeben. In einem Fall war die Fallerfassung teilweise fehlerhaft, sodass die Auffälligkeiten durch die LAG nicht nachvollzogen werden konnten. Darüber hinaus gab es Komplikationen infolge schwerer Grunderkrankungen, die nicht als cholezystektomiebedingt zu werten waren. Bei einem anderen Leistungserbringer wurde die rechnerische Auffälligkeit als Einzelfall bewertet, der für den Standort bereits Anlass für die Ergreifung von klinikinternen Maßnahmen (M&M-Konferenzen, Schulung und der Aufbau einer Antikogualationscheckliste) war. Die LAG bewertete dies als unauffällig, wies aber auf die Notwendigkeit hin, dass Einzelfälle stärker kontrolliert werden müssen, um sicherzustellen, dass sich kein wiederkehrendes Muster einstellt.

Insgesamt mussten im Stellungnahmeverfahren für diesen Indikator keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 ergriffen werden.

Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen (ID 58002)

Tabelle 11: QI 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06 O/E = 2.160 / 2.042,72 1,36 % O/N = 2.160 / 158.571	1,00 O/E = 2.004 / 2.004,00 1,26 % O/N = 2.004 / 158.995	**1,06** **O/E = 2.154 / 2.029,25** **1,31 %** **O/N = 2.154 / 164.575**
rechnerische Auffälligkeiten	60 / 1.071 5,60 %	53 / 1.062 4,99 %	**52 / 1.033** **5,03 %** **(Refbereich: ≤ 1,35; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 60 8,33 %	**13 / 53** **24,53 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.071 0,47 %	**13 / 1.062** **1,22 %**	n. a.

Mit diesem Qualitätsindikator werden die postoperativen Infektionsraten innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie gemessen. Im Auswertungsjahr 2026 traten bei 1,31 % der Indexeingriffe eingriffsspezifische Infektionen auf. Im Vergleich zum Vorjahr ist das Bundesergebnis leicht gestiegen, wenn auch nicht signifikant.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 haben sich die qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf alle Auffälligkeiten nahezu verdreifacht. Die Erhöhung der Effizienz des Stellungnahmeverfahrens kann sowohl auf die neue Methodik zur statistischen Auffälligkeitseinstufung (siehe Abschnitt 2.2.1) als auch auf die nunmehr verbesserte Funktionalität der M-DB zurückgeführt werden (siehe Abschnitt 3.1).

Die meisten abweichenden Ergebnisse erklärten sich durch Einzelfälle oder Dokumentationsprobleme. So wurde beispielsweise in Stellungnahmen auf histologische Befunde im Sinne einer präoperativ vorliegenden Peritonitis verwiesen. Die LAG ging an dieser Stelle von fehlerhaften Angaben im Dokumentationsbogen aus (Feld 22: „Bestand die akute Peritonitis vor der Cholezystektomie?“ oder Feld 23: „Bestand die sonstige oder n. n. bez. Peritonitis vor der Cholezystektomie?“). Bei korrekter Dokumentation würden diese Fälle durch die Rechenregeln aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen und nicht als postoperative Komplikation gewertet werden.

Bei bestehenden Dokumentationsproblemen forderte die LAG zur kurzfristigen Etablierung eines unterjährigen Monitorings der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren auf (z. B. über die unterjährigen Auswertungen des IQTIG). Bei Feststellung von Dokumentationsfehlern im aktuellen Erfassungsjahr sollten diese unmittelbar korrigiert werden.

In einem Fall wurde durch die LAG die Bewertung „Sonstiges“ (S99) vergeben, da die Fallerfassung teilweise fehlerhaft war, sodass die Auffälligkeiten durch die LAG nicht nachvollzogen werden konnten.

9-mal wurden im Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator die Maßnahmenstufe 1 ergriffen. In einem Fall kritisierte die LAG, dass bei einer unklaren anatomischen Situation nicht frühzeitig zu einem offen-chirurgischen Vorgehen gewechselt wurde. Der Leistungserbringer wurde deshalb auf die Leitlinien verwiesen, welche bei diesen Fällen eine zeitnahe Verlegung in ein spezialisiertes Zentrum vorsehen. In weiteren Fällen war die Anzahl eingriffsspezifischer Komplikationen, insbesondere die Anzahl an Dünndarmverletzungen insgesamt zu hoch. Die LAG hinterfragte deshalb das Komplikationsmanagement im Einzelfall. Darüber hinaus gab es eine Häufung von postoperativen Abszessen oder auch einen subkutanen Infekt an der Trokarstelle mit einer nur hinreichenden Blutstillung bei erhöhter Blutungsneigung des Patienten oder der Patientin. Struktur- und Prozessmängel zeigten sich überdies in Defiziten beim Gerinnungsmanagement, einer fehlenden Voraussetzung zur Behandlung von komplexen Fällen wie auch in nicht nachvollziehbaren Indikationsstellungen.

Als Maßnahmen wurden OP-Berichte/Epikrisen oder das Anlegen eines Behandlungspfades gefordert. In weiteren Fällen wurde ein Peer Review durchgeführt oder die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien angeregt.

Die Maßnahmenstufe 2 wurde für diesen Indikator nicht ergriffen.

Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen (ID 58003)

Tabelle 12: QI 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,99 O/E = 2.378 / 2.407,47 1,50 % O/N = 2.378 / 158.571	1,00 O/E = 2.330 / 2.330,00 1,47 % O/N = 2.330 / 158.995	**0,98** **O/E = 2.278 / 2.334,26** **1,38 %** **O/N = 2.278 / 164.575**
rechnerische Auffälligkeiten	56 / 1.071 5,23 %	54 / 1.062 5,08 %	**53 / 1.033** **5,13 %** **(Refbereich: ≤ 1,10; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 56 1,79 %	**7 / 54** **12,96 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 1.071 0,09 %	**7 / 1.062** **0,66 %**	n. a.

Mit diesem Indikator werden alle Fälle dokumentiert, bei denen interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie auftraten. Der bundesweite Anteil der betroffenen Patientinnen und Patienten liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 1,38 % (2.278/164.575) und ist vergleichbar zum Vorjahr (AJ 2024: 1,47 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist das Bundesergebnis leicht gesunken, wenn auch nicht signifikant.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Die meisten abweichenden Ergebnisse wurden durch Einzelfälle oder Dokumentationsprobleme erklärt.

Während es zum Auswertungsjahr 2024 lediglich eine qualitative Auffälligkeit bezogen auf alle Auffälligkeiten gab, erhöhte sich diese Zahl nun auf 7 im Auswertungsjahr 2025. Dies kann zum einen auf die neue Methodik zur statistischen Auffälligkeitseinstufung zurückgeführt werden und zum anderen darauf, dass im Stellungnahmeverfahren nun auch einrichtungsübergreifende Follow-up-Datensätze (Sozialdaten bei den Krankenkassen) für eine Bewertung herangezogen werden können. Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, welche die qualitativ auffälligen Ergebnisse begründen, ergaben sich aus Defiziten im Operationsmanagement, im Gerinnungs- und Personalmanagement sowie in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Durch die LAG wurden Fortbildungen wie auch die Anlage von Behandlungsfaden empfohlen (Maßnahmenstufe 1). Von einem Krankenhaus wurde trotz entsprechender Aufforderung keine Stellungnahme zu dem rechnerisch auffälligen Ergebnis übermittelt. Dies mündete ebenfalls in einer als Bewertung als qualitativ auffällig.

Qualitativ unauffällig wurden rechnerische Auffälligkeiten bewertet, wenn Dokumentationsfehler ursächlich waren, beispielsweise wenn eine Anämie bereits präoperativ vorlag. Der Leistungserbringer erhielt dann den Hinweis, auf die korrekte Dokumentation zu achten. In anderen Fällen kam es zu einer iatrogenen Verletzung der Leber bzw. einer postoperativen Blutung aus dem Leberbett oder einer postoperativen Blutung aus dem Drainagekanal. Die LAG diskutierte in diesen Fällen, inwieweit es vermeidbare Komplikationen gewesen wären. Aufgrund von unauffälligen Vorjahresergebnissen wurde das Ergebnis final als qualitativ unauffällig bewertet und der Leistungserbringer für das Auswertungsjahr 2026 unter besondere Beobachtung gestellt.

Bei der Gabe von Erythrozytenkonzentraten, die nicht im kausalen Zusammenhang mit der interventionsbedürftigen Blutung standen, wurde die Bewertung „Sonstiges“ (S99) vergeben. Darüber hinaus traten im Auswertungsjahr 2025 Kodier- und Dokumentationsfehler auf, welche auch als solche nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens bewertet wurden.

Die Maßnahmenstufe 2 wurde für diesen Indikator nicht ergriffen.

Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (ID 58001)

Tabelle 13: QI 58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06 O/E = 7.140 / 6.716,72 4,78 % O/N = 7.140 / 149.434	1,00 O/E = 6.637 / 6.637,00 4,24 % O/N = 6.637 / 156.685	**0,96** **O/E = 6.374 / 6.634,90** **3,98 %** **O/N = 6.374 / 159.962**
rechnerische Auffälligkeiten	62 / 1.109 5,59 %	53 / 1.071 4,95 %	**53 / 1.060** **5,00 %** **(Refbereich: ≤ 1,27; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 62 8,06 %	**7 / 53** **13,21 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.109 0,45 %	**7 / 1.071** **0,65 %**	n. a.

Erneute operative oder interventionelle Eingriffe nach einer Gallenblasenentfernung wegen postoperativ auftretender cholezystektomiespezifischer Komplikationen werden mit diesem Indikator erhoben. Auftretenden Komplikationen können beispielsweise verbliebene Gallengangsteine, Gallengangsverletzungen, Blutgefäßverletzungen und Blutungen sowie postoperative Entzündungen zugrunde liegen. Im Auswertungsjahr 2026 war bei 3,98 % (6.374/159.962) der Cholezystektomiepatientinnen und -patienten eine Reintervention aufgrund von Komplikationen notwendig. Im Vergleich zum Vorjahr ist das Bundesergebnis leicht gesunken, wenn auch nicht signifikant.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft.

Von den LAG wurde vermehrt auf vermeintliche Fehlkodierungen oder Fehlauslösungen hingewiesen. So wurde angemerkt, dass bei einem laparaskopischen Eingriff jeweils in Ergänzung zu dem cholezystektomiespezifischen OPS-Kode oftmals noch der Kode 5-549.5 (z. B. aufgrund eines Leberabszesses) dokumentiert werden würde. Zu diesem Kode gibt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) folgenden Hinweis: „Mit diesem Kode ist nur die Laparoskopie mit Drainage z. B. bei Abszess zu kodieren. Die Laparoskopie als Zugang ist unter dem jeweiligen Organeingriff zu kodieren." Die Doppelkodierung bei einem laparoskopischen Eingriff würde aus Sicht der Einrichtungen zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen führen, da die Zusatzkodierung bei der Berechnung der Ergebnisse als Zweiteingriff bzw. Reintervention interpretiert werde. Es wurde daher durch die LAG hinterfragt, ob nicht Fälle mit laparoskopischer Cholezystektomie und zusätzlicher Kodierung des OPS-Kodes 5-549.5 (mit gleichem OP-Datum wie der OPS-Kodes der Cholezystektomie) bei präoperativ bestehendem Leberabszess von der Grund-

gesamtheit ausgeschlossen werden könnten, um rechnerische Auffälligkeiten aufgrund dieser (möglicherweise erlösorientierten Kodierung) zu vermeiden. Dieser Sachverhalt wurde mit dem neuen Expertengremium auf Bundesebene eingehend diskutiert. Nach Ansicht der Expertinnen und Experten sollte eine Laparoskopie mit Drainage erst ab dem Folgetag in die Erfassung eingehen. Nach Ansicht des Expertengremiums kann es legitim sein, dass eine Drainage während der Cholezystektomie gelegt wird, um ein separates Krankheitsbild zusätzlich zu behandeln. Dies stellt nicht zwingend eine Komplikation dar. Es soll daher zukünftig ein Mindestabstand zum Indexeingriff für den OPS-Kode 5-549.5 (Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage) bei der Berechnung des Indikatorergebnisses berücksichtigt werden.

Die als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnisse im Auswertungsjahr 2025 ergaben sich aus Struktur- und Prozessmängeln. So sollte in einer Einrichtung das Prozedere im Umgang mit einer akuten Cholezystektomie in Anpassung an die S3-Leitlinie (Diagnostik und Therapie von Gallensteinen) hinsichtlich einer frühestmöglichen Operation (innerhalb von 24 Stunden nach konservativem Therapiebeginn im Sinne einer Antibiose) optimiert werden. In weiteren Fällen wurden Defizite im Operationsmanagement oder auffällig viele atypische Leberresektionen im Rahmen der Cholezystektomie als Begründungen angegeben. In 5 Fällen wurde die Maßnahmenstufe 1 ergriffen in Form von Peer Reviews, der Anforderung von pathologischen Befunden, OP-Berichten und Epikrisen.

Maßnahmen der Stufe 2 wurden in diesem Indikator zum Auswertungsjahr 2025 nicht ergriffen.

Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres (ID 58005)

Tabelle 14: QI 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,00 O/E = 2.665 / 2.663,26 1,78 % O/N = 2.665 / 149.434	1,00 O/E = 2.720 / 2.720,00 1,74 % O/N = 2.720 / 156.685	**1,02** **O/E = 2.797 / 2.736,50** **1,75 %** **O/N = 2.797 / 159.962**
rechnerische Auffälligkeiten	58 / 1.109 5,23 %	55 / 1.071 5,14 %	**52 / 1.060** **4,91 %** **(Refbereich: ≤ 1,13; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 57 8,77 %	**4 / 55** **7,27 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.109 0,45 %	**4 / 1.071** **0,37 %**	n. a.

Im Verfahren *QS CHE* werden auch allgemeine postoperative Komplikationen innerhalb von 365 Tagen erfasst. Langfristige postoperative Komplikationen nach einer laparoskopischen oder nach einer offen-chirurgischen Cholezystektomie, die symptomatisch werden oder versorgt werden müssen, sind beispielsweise Hernien (Bruch der Bauchwand oder des Zwerchfells), insbesondere Narben- und Trokarhernien (Jensen et al. 2021, Khan und Ma 2020).

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres auftraten, liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 1,75 % (2.797/ 159.962). Vergleicht man die beobachteten Werte mit denen des Vorjahres ohne Neuberechnung mit der aktuellen Rechenregel zeigt sich eine Reduktion von ca. 1000 Fällen. Dies begründet sich u. a. dadurch, dass Verwachsungen (Adhäsionen) aus der Indikatorbetrachtung ausgeschlossen wurden. Das Risiko für Verwachsungen besteht nach jeder Operation, unabhängig von individuellen Patientenmerkmalen. Außerdem stellen Adhäsionen keine direkte Komplikation einer Cholezystektomie dar, deren Auftreten durch die Wahl beispielsweise einer spezifischen Operationstechnik beeinflussbar wäre. Darüber hinaus gab es für diesen Indikator eine weitere Anpassung der Rechenregel. Postoperative Komplikationen werden in diesem Indikator erfasst, falls entweder eine Prozedur oder eine Diagnose aus den entsprechenden Listen kodiert wurden. Prozeduren zählen in diesem Indikator erst ab dem Folgetag des Indexeingriffes. Durch die Landesebene wurde darauf aufmerksam gemacht, dass Narbenhernien (Diagnosekode K43.2) als eine Spätfolge abdominalchirurgischer Eingriffe gelten. Somit sollte die gleichzeitige Kodierung eines Verschlusses einer Narbenhernie im Rahmen des initialen Eingriffs (Cholezystektomie) nicht als Komplikation gewertet werden. Das Expertengremium auf Bundesebene bestätigte, dass es sich bei einer Narbenhernie um eine postoperative Komplikation handelt. Liegt eine Narbenhernie während des Indexeingriffes vor, bestand diese auch bereits vor der Cholezystektomie. Das Expertengremium weist daraufhin, dass die Wundheilung vollständig abgeschlossen sein sollte, bis eine Wertung als Komplikation im Indikator valide sei. Nach Ansicht der Expertinnen und Experten entstünde eine Narbenhernie frühestens nach 2 bis 4 Wochen, da diese erst nach Abschluss der Wundheilung überhaupt sichtbar werden kann. Es wurde daher ein Betrachtungszeitraum der Narbenhernie ab Tag 30 bis 365 Tage nach der Cholezystektomie für diesen Indikator ab dem Auswertungsjahr 2026 festgelegt.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Der Großteil der rechnerischen Auffälligkeiten kann auf Dokumentationsfehler zurückgeführt werden. In 4 Fällen wurde die Einstufung qualitativ auffällig vergeben, da keine ausreichenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt wurden. Dies resultierte in der Ergreifung der Maßnahmenstufe 1 bei 2 von 4 Fällen (Einholung weiterer Informationen). Die Maßnahmenstufe 2 wurde für diesen Indikator nicht ergriffen.

Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen (ID 58006)

Tabelle 15: QI 58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,90 O/E = 3.123 / 3.460,43 2,09 % O/N = 3.123 / 149.434	1,00 O/E = 2.838 / 2.838,00 1,81 % O/N = 2.838 / 156.685	**1,04** **O/E = 2.807 / 2.702,98** **1,75 %** **O/N = 2.807 / 159.962**
rechnerische Auffälligkeiten	62 / 1.109 5,59 %	52 / 1.071 4,86 %	**53 / 1.060** **5,00 %** **(Refbereich: ≤ 1,11; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 61 4,92 %	**2 / 52** **3,85 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 1.109 0,27 %	**2 / 1.071** **0,19 %**	n. a.

Dieser Indikator weist die Mortalitätsrate innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie aus. Die Vermeidung und die angemessene Behandlung von postoperativen Komplikationen ist entscheidend für die Verhinderung von postoperativen Todesfällen. Im Auswertungsjahr 2026 zeigt sich, dass 1,75 % (2.807/159.962) der Patientinnen und Patienten mit Indexeingriffen im Erfassungsjahr 2024 verstorben sind. Im Vergleich zum Vorjahr ist das Bundesergebnis leicht gesunken, wenn auch nicht signifikant.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde der überwiegende Anteil rechnerischer Auffälligkeiten als unauffällig eingestuft. Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse erklärten sich durch Einzelfälle oder wurden durch Dokumentationsprobleme (z. B. unvollständige Datenlage aufgrund eines schwerwiegenden IT-Vorfalls) verursacht. Eine Bewertung als Einzelfall wurde vorgenommen, wenn die Sterbefälle nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Cholezystektomie standen oder als schicksalhaft eingeschätzt wurden. Weitere Fälle wurden als unauffällig eingestuft, wenn Patientinnen und Patienten außerhalb des initialen Krankenhausaufenthalts verstorben waren, da aus Sicht der LAG und der Leistungserbringer aufgrund von fehlenden Informationen eine Bewertung nicht möglich erschien (siehe Abschnitt 3.1). In 2 Fällen kam es zu einer qualitativen Auffälligkeitseinstufung, da keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt wurden. Dies resultierte in der Maßnahmenstufe 1 durch die Einholung von aussagekräftigen Epikrisen zu allen auffälligen Vorgangsnummern. Zusammenfassend zeigt sich, dass die Mortalitätsrate nach einer Cholezystektomie erwartbar gering ist, da es sich im Großteil um einen elektiven Eingriff bei einem vorwiegend gesunden Patientenklientel handelt. Gerade deshalb besteht die Notwendigkeit, auftretenden Sterbefälle nachzugehen und diese eingehend zu prüfen.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Verfahren *QS CHE* werden im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Im Ergebnis zeigt sich auf Bundesebene keine Über- oder Unterdokumentation. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 erklärten sich die rechnerischen Auffälligkeiten vorwiegend durch Dokumentations- und Softwareprobleme. Die diesjährigen Ergebnisse sind vergleichbar zum Vorjahr, ebenso wie die geringfügige Anzahl an behandelten Fällen, bei denen ein Minimaldatensatz (MDS) angelegt werden musste. In der Gesamtheit ist die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer für das Verfahren *QS CHE* weiterhin als beständig und vollzählig anzusehen.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 16: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,59 % 168.854/167.856 (≥ 95,00 %)
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,59 % 168.854/167.856 (≤ 110,00 %)
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,03 % 58/167.856 (≤ 5,00 %)

Tabelle 17: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – CHE

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	11 / 1.065	1,03	1
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	7 / 1.065	0,66	1
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	2 / 1.065	0,19	0

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 18: AK 852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,00 % O = 159.225 N = 157.642	100,64 % O = 164.486 N = 163.441	**100,59 %** **O = 168.854** **N = 167.856**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 1.100 0,36 %	5 / 1.092 0,46 %	**7 / 1.065** **0,66 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 0,00 %	**3 / 5** **60,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.100 0,00 %	**3 / 1.092** **0,27 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 110,00 % bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren *QS CHE* eine Dokumentationsrate von 100,59 %, es besteht auf Bundesebene somit keine nennenswerte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 7 von 1.065 Leistungserbringern (0,66 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 ergaben sich qualitative Auffälligkeiten aus fehlerhafter bzw. unvollständiger Dokumentation. Bei bestehenden Dokumentationsproblemen forderte die Fachkommission zur kurzfristigen Etablierung eines unterjährigen Monitorings der Datenübermittlung und der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren auf (z. B. über die unterjährigen Auswertungen des IQTIG). Bei Feststellung von Dokumentationsfehlern im aktuellen Erfassungsjahr sollten diese unmittelbar korrigiert werden. Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 wurden für das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation nicht angewendet.

Tabelle 19: AK 852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,00 % O = 159.225 N = 157.642	100,64 % O = 164.486 N = 163.441	**100,59 %** **O = 168.854** **N = 167.856**
rechnerische Auffälligkeiten	7 / 1.100 0,64 %	9 / 1.092 0,82 %	**11 / 1.065** **1,03 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 7 85,71 %	**8 / 9** **88,89 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 1.100 0,55 %	**8 / 1.092** **0,73 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≥ 95,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren *QS CHE* eine Dokumentationsrate von 100,59 %, es besteht auf Bundesebene somit auch keine Unterdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 11 von 1.065 Leistungserbringern (1,03 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 ergaben sich qualitative Auffälligkeiten aus fehlerhafter bzw. unvollständiger Dokumentation. In einem Fall führte ein Personalwechsel im Bereich der Qualitätssicherung zu unvollzähligen Exporten der QS-Dokumentationsbögen. In der Gesamtheit wurden für dieses Auffälligkeitskriterium keine Maßnahme der Stufe 1 oder 2 ergriffen.

Tabelle 20: AK 852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,02 % O = 38 N = 157.642	0,02 % O = 40 N = 163.441	**0,03 %** **O = 58** **N = 167.856**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 1.100 0,00 %	0 / 1.092 0,00 %	**2 / 1.065** **0,19 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.100 0,00 %	**0 / 1.092** **0,00 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 5,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,19 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz angelegt wurde. Auf Leistungserbringerebene hatte kein Leistungserbringer (Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 gab es keine qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem Auffälligkeitskriterium.

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

Im Modul *CHOL* werden in den Erfassungsjahren 2024 und 2025 jeweils 16 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.[1] Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 8 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 21 sind die im Auswertungsjahr 2026 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 21: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS CHE

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen		Vollzähligkeit der Daten	
			EJ 2024	EJ 2025	EJ 2024	EJ 2025
30	Fehlende Datenlieferung	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	3 von 93	3 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 100 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,22 %.
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Sterbefällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 93	1 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98,05 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98,05 %.

[1] Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6448/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-CHE-TX-KCHK-ab-2024.pdf (abgerufen am 25.06.2026).

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegen keine Sterbeinformationen vor. Hierdurch wird die Sterblichkeit vermutlich um 2 % unterschätzt. Durch die fehlende aktuelle Lieferung von drei Krankenkassen wurden die Auffälligkeiten in PK 30 „Fehlende Datenlieferung“ erzeugt. Hierdurch ist die Vollständigkeit von Daten aus dem letzten von 13 Follow-up-Monaten betroffen. Über alle Auffälligkeiten hinweg ist eine Beeinträchtigung von 5 (IDs 58000, 58002, 58003, 58004 und 58006) der 7 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren möglich.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann. Aufgrund der relativ geringen Abweichungen wird keine Veränderung der Referenzwerte erwartet.

© IQTIG 2026

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7.611	-	7.461	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.611	100,00	7.461	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	407	5,35	373	5,00
davon ohne QSEB-Übermittlung	2	0,49	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	405	100,00	373	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	405	100,00	373	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	67	16,54	46	12,33
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	338	83,46	327	87,67
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	337	99,70	327	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,30	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	3	0,92
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	257	63,46	240	64,34
Bewertung als qualitativ auffällig	29	7,16	47	12,60
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	32	7,90	23	6,17
Sonstiges	20	4,94	14	3,75

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	15	n. a.	26	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Verfahren *QS CHE* 47 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle 327 eingeleiteten Stellungnahmeverfahren einem Anteil von 14,37 % entspricht. 240 Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig eingestuft. Anteilig am häufigsten wurde zum Indikator „Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen" ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) entfallen auf die Indikatoren zu den operationsbedingten Gallenwegskomplikationen (ID 58000), den eingriffsspezifischen Infektionen (ID 58002) bzw. den interventionsbedürftigen Blutungen (ID 58003) innerhalb von 30 Tagen und zu den Reinterventionen aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (ID 58001).

Der überwiegende Teil der rechnerischen Auffälligkeiten wurde nach Prüfung als qualitativ unauffällig bewertet. Häufige Ursachen waren Einzelfälle, Dokumentations- bzw. Kodierfehler oder nachvollziehbare klinische Verläufe. Die Maßnahmenstufe 2 wurde in keinem Indikator angewendet. Qualitativ auffällige Ergebnisse beruhten überwiegend auf Struktur- und Prozessmängeln durch Defizite im OP-, Komplikations- oder Gerinnungsmanagement oder einer unzureichenden Behandlung komplexer Fälle sowie fehlenden oder ungenügenden Stellungnahmen. In 26 Fällen wurde über alle Indikatoren hinweg die Maßnahmenstufe 1 empfohlen bzw. initiiert. Dies betraf Einrichtungen, bei denen es beispielsweise zu einer auffälligen Häufung von Choledochus- bzw. Gallengangsverletzungen oder zu einer erhöhten Anzahl eingriffsspezifischer Infektionen wie Dünndarmverletzungen oder postoperative Abszesse kam. Aber auch auffällige Reinterventionsraten sowie strukturelle Defizite im OP- und Komplikationsmanagement führten dazu, dass LAG verschiedene weiterführende Maßnahmen ergriffen haben. Diese umfassten für das Auswertungsjahr 2025

- die Einholung zusätzlicher Informationen (OP-Berichte, Epikrisen oder pathologische Befunde) zur vertieften Fallprüfung,
- die Analyse des eigenen Vorgehens mit Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen,
- die Empfehlungen zu Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien,
- die Erarbeitung von Behandlungspfaden und
- die Durchführung von Peer Reviews.

Über die mandantenfähige Datenbank (M-DB), einem Webportal zur Unterstützung der LAG beim Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern, können seit dem Auswertungsjahr 2025 nun auch Patientinnen und Patienten identifiziert und im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden, deren Komplikation in einer anderen Einrichtung versorgt wurde als derjenigen, die den Indexeingriff (Cholezystektomie) vorgenommen hatte. Bisher wurden in der M-DB keine einrichtungsübergreifenden Follow-up-Datensätze mithilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen bereitgestellt, wodurch in diesen Fällen nicht der gesamte Patientenverlauf im Stellungnahmeverfahren betrachtet, geprüft und bewertet werden konnte. Nun können allerdings in der M-DB alle dafür relevanten Informationen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zusammengeführt werden. Die LAG erhalten dadurch unter bestimmten Voraussetzungen unterjährig oder während der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens den Zugriff auf fallbezogene Daten. Auch wenn dies eine erfreuliche Entwicklung darstellt, weisen die LAG einschränkend darauf hin, dass Komplikationen, die einrichtungsübergreifend auftreten bzw. behandelt werden, noch nicht vollumfänglich nachverfolgt werden können. Dies betrifft gleichermaßen Todesfälle, welche nach der Entlassung auftreten. Das liegt insbesondere daran, dass den zur Stellungnahme aufgeforderten Leistungserbringern die Hintergründe einer Komplikationsdiagnose nicht bekannt sind, wenn die Folgebehandlung einer Cholezystektomie nicht an ihrem Standort stattgefunden hat. Eine Abbildung der Kausalität bzw. der Zuschreibbarkeit und infolgedessen eine Ableitung von qualitätsfördernden Maßnahmen sind in diesen Fällen nur schwer möglich. Das Expertengremium auf Bundesebene hält dennoch an der Wichtigkeit der Nachbeobachtung von späten Komplikationen und Sterbefällen fest und verweist auf die Begrenzung durch die bestehende Methodik des derzeitigen Stellungnahmeverfahrens. Es wird daher eine dringende Notwendigkeit der methodischen Anpassung für das Stellungnahmeverfahren gesehen, welche eine bessere Nachvollziehbarkeit jener Fälle ermöglicht. Hier bedarf es weiterer Ausgestaltungen in der Methodik des Stellungnahmeverfahrens.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CHE

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.328	100,00	3.300	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	11	0,33	14	0,42
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	11	100,00	14	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	2	18,18	1	7,14
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	9	81,82	13	92,86
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	100,00	13	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	6	54,55	11	78,57
Sonstiges	3	27,27	2	14,29
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Verfahren *QS CHE* insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit geprüft. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852204) ermittelt (n = 9 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 1.092 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium; 0,82 %). Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse, bezogen

auf die rechnerischen Auffälligkeiten, wurden ebenfalls im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation festgestellt (n = 8 von 9). Bei keinem Leistungserbringer wurde die Maßnahmenstufe 1 oder 2 empfohlen bzw. initiiert. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurden die qualitativ auffälligen Ergebnisse durch Software- bzw. Dokumentationsprobleme begründet.

4 Evaluation

Die bisherigen Verfahrensergebnisse zeigen eine stabile Versorgungslage für Patientinnen und Patienten mit einer Cholezystektomie. Grundsätzlich werden im Verfahren *QS CHE* gemäß DeQS-RL die qualitätsrelevanten Aspekte in Bezug auf Komplikationen und unerwünschten Ereignisse, erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen und das Überleben der Patientinnen und Patienten nach einer Gallenblasenentfernung gemessen, dargestellt und bewertet. Die 7 Indikatoren des Verfahrens adressieren insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Ziele des Verfahrens:

- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Durch die LAG wurde angemerkt, dass im Stellungnahmeverfahren vermehrt Dokumentationsfehler in Bezug auf die POA-Datenfelder (*Present on Admission*) auftraten. Diese dienen der zeitlichen Einordnung, ob eine Diagnose/Prozedur als Komplikation der Cholezystektomie gewertet werden kann oder diese bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme vorlag. Bei korrekter Dokumentation einer präoperativ bestehenden Diagnose/Prozedur werden diese Fälle durch die Rechenregeln aus der Berechnung der Indikatoren 58000, 58002 und 58003 ausgeschlossen und nicht als postoperative Komplikationen gewertet. Die betroffenen Einrichtungen wurden verstärkt auf eine korrekte Dokumentation hingewiesen, um zukünftig unnötige Stellungnahmeverfahren zu vermeiden.

Darüber hinaus wurde der Einbezug von Narbenhernien (ICD-Kode K43.2) ohne Bezug zur Intervention (bspw. vorbestehend) und die Erfassung von Adhäsionen (Adhäsiolyse) als Komplikation im Hinblick auf die Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer seitens der LAG kritisch hinterfragt. Beide Sachverhalte wurden für den Indikator 58005 bereits zum Auswertungsjahr 2026 angepasst (siehe Abschnitt 2.2.3 „Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres (ID 58005)“), sodass die Problematik für kommende Stellungnahmeverfahren gelöst ist.

Wiederholt führten die LAG an, dass weiterhin Schwierigkeiten in der Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten bestanden. In vielen Fällen konnten die zur rechnerischen Auffälligkeit führenden Komplikationsdiagnosen, die zum Teil mehrere Wochen bis Monate nach der Cholezystektomie kodiert wurden, nicht unmittelbar auf die Cholezystektomie zurückgeführt werden. Das lag insbesondere daran, dass die zur Stellungnahme aufgeforderten Leistungserbringer die Hintergründe zur Komplikationsdiagnose nicht kannten, da die Folgebehandlung nicht an ihrem Standort stattgefunden hatte. Eine Abbildung der Kausalität bzw. der Zuschreibbarkeit und infolgedessen eine Ableitung von qualitätsfördernden Maßnahmen war demnach nur schwer bis gar nicht möglich. Zudem wäre es aus Sicht der LAG wünschenswert, wenn den Leistungserbringern die relevanten Informationen aus QS- und Sozialdaten direkt mit den Rückmeldeberichten zur Verfügung gestellt werden könnten. Zum momentanen Zeitpunkt ergäbe sich zwar ein niedrigerer Dokumentationsaufwand durch die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, die

Stellungnahmeverfahren seien hingegen aber oftmals sehr aufwendig und zeitintensiv durch die Zusammenstellung aller relevanten Informationen für den Leistungserbringer. Auch seitens des Expertengremiums auf Bundesebene wird eine dringende Notwendigkeit der methodischen Anpassung für das Stellungnahmeverfahren gesehen, welche eine bessere Nachvollziehbarkeit jener Fälle ermöglicht.

Seit 2025 werden Hernien- und Galleneingriffe über den Hybrid-DRG-Katalog abgebildet. Ab dem Auswertungsjahr 2028 kann die Auswirkung des Einbezugs von Hybrid-DRGs im Verfahren gemessen werden. Laut dem Expertengremium auf Bundesebene sei zu erwarten, dass die Anzahl ambulant (vertragsärztlich) durchgeführter Cholezystektomien weiterhin steigen wird, bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl stationär durchgeführter Operationen. Der ausschließliche Einbezug von Operationen, welche bei einem stationären Leistungserbringer erbracht wurden, sei für die Qualitätssicherung somit nicht mehr ausreichend. Das Expertengremium auf Bundesebene wie auch das IQTIG plädieren dafür, dass der ambulante (vertragsärztliche) Bereich ebenfalls im Verfahren Berücksichtigung findet, damit sichere Aussagen über die Versorgungsqualität getroffen und die Verfahrensziele aus der DeQS-RL weiterhin vollumfänglich verfolgt werden können.

Sollte der ambulante Bereich zukünftig im Verfahren *QS CHE* für die externe Qualitätssicherung berücksichtigt werden, muss sichergestellt werden, dass dabei Patientenfälle nicht doppelt erfasst würden. Momentan gebe es vor allem in den niedergelassenen Praxen noch sehr heterogene IT-Systeme, die zu einem einheitlichen Erfassungssystem harmonisiert werden müssten, um die Daten für die externe Qualitätssicherung nutzbar zu machen.

5 Ausblick

Seit 2025 werden Hernien- und Galleneingriffe über den Hybrid-DRG-Katalog abgebildet, somit ist zu erwarten, dass die Anzahl ambulant (vertragsärztlich) durchgeführter Cholezystektomien weiterhin steigen wird, bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl stationär durchgeführter Operationen. Zukünftig wird es daher eine signifikante Verschiebung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich geben. Um weiterhin sichere Aussagen über die Versorgungsqualität treffen zu können, sollten auch ambulant durchgeführte Cholezystektomien im niedergelassenen Bereich in die Qualitätssicherung einbezogen werden. Nur dann können die Verfahrensziele aus der DeQS-RL – Verbesserung der Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit, Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen, Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe – vollumfänglich weiterverfolgt werden.

Darüber hinaus soll zukünftig zum einen das Thema Indikationsstellung stärker geprüft und in den Fokus des Verfahrens gerückt werden. Zum anderen sind im Verfahren *QS CHE* bisher ausschließlich Ergebnisindikatoren enthalten, die schwerwiegende qualitätsrelevante Ereignisse wie größere Komplikationen oder das Versterben erfassen. Dies hat zur Folge, dass für zahlreiche Indikatoren die erwartete Häufigkeit dieser Ereignisse, insbesondere in Einrichtungen mit niedrigen Fallzahlen, sehr gering ist und damit die Wahrscheinlichkeit, statistisch belastbare Aussagen zu tatsächlich existierenden Qualitätsproblemen zu erhalten, sich massiv verringert. Es soll daher geprüft werden, ob eine bessere statistische Unterscheidungs- oder Diskriminationsfähigkeit über einen Index im Vergleich zu einzelnen Ergebnisindikatoren im Verfahren *QS CHE* erzielt werden kann. Bereits jetzt können die Indikatoren als Indizes verstanden werden, da bei ihnen jeweils verschiedene Komplikationen mithilfe von ICD- bzw. OPS-Kodes gezählt werden.

© IQTIG 2026

Literatur

de'Angelis, N; Catena, F; Memeo, R; Coccolini, F; Martínez-Pérez, A; Romeo, OM; et al. (2021): 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. *World Journal of Emergency Surgery* 16: 30. DOI: 10.1186/s13017-021-00369-w.

Gutt, C; Jenssen, C; Barreiros, AP; Gotze, TO; Stokes, CS; Jansen, PL; et al. (2018): AWMF-Registernummer 021-008. Aktualisierte S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen [*Langfassung*]. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 56(8): 912-966. DOI: 10.1055/a-0644-2972. [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

Skovbo Jensen, SA-M; Fonnes, S; Gram-Hanssen, A; Andresen, K; Rosenberg, J (2021): Low long-term incidence of incisional hernia after cholecystectomy: A systematic review with meta-analysis. *Surgery* 169(6): 1268-1277. DOI: 10.1016/j.surg.2020.12.027.

Khan, Z; Ma, K (2020): Complications of laparoscopic surgery. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 30(11): 342-346. DOI: 10.1016/j.ogrm.2020.09.003.

Schreuder, AM; Busch, OR; Besselink, MG; Ignatavicius, P; Gulbinas, A; Barauskas, G; et al. (2020): Long-Term Impact of Iatrogenic Bile Duct Injury. *Digestive Surgery* 37(1): 10-21. DOI: 10.1159/000496432.

Wong, GYM; Wadhawan, H; Roth Cardoso, V; Bravo Merodio, L; Rajeev, Y; Maldonado, RD; et al. (2024): 30-day Morbidity and Mortality after Cholecystectomy for Benign Gallbladder Disease (AMBROSE). *A Prospective, International Collaborative Cohort Study*. *Annals of Surgery* 281(2): 312-321. DOI: 10.1097/sla.0000000000006236.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

CHE: Cholezystektomie

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2024 und 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Cholezystektomie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026

Abgabe 14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 11

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 12

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 13

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 14

58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen 14

Details zu den Ergebnissen 18

58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen 19

Details zu den Ergebnissen 24

58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen 25

Details zu den Ergebnissen 29

58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen 30

Details zu den Ergebnissen 35

58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 36

Details zu den Ergebnissen 40

58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres 41

Details zu den Ergebnissen 46

58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen 47

Details zu den Ergebnissen 52

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 53

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 53

852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 53

852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 55

852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 57

Basisauswertung ... 59
QS Dokumentation ... 59
Erfassungsjahr 2025 ... 59
Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 59
Aufnahme und Entlassung ... 60
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 60
Patientin und Patient ... 61
Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes ... 62
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 64
Entlassung ... 66
Erfassungsjahr 2024 ... 67
Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes ... 67
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 68
Sozialdaten ... 69
Erfassungsjahr 2025 ... 69
30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2025 ... 69
Diagnosen gemäß ICD-10-GM ... 69
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 71
Erfassungsjahr 2024 ... 72
Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten ... 72
Mortalität ... 73
Folgeaufenthalte ... 73
90 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024 ... 73
Diagnosen gemäß ICD-10-GM ... 74
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 74
365 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024 ... 74
Diagnosen gemäß ICD-10-GM ... 75
Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ... 75

Einleitung

Der vorliegende Rückmeldebericht beinhaltet die Ergebnisse für das QS-Verfahren Cholezystektomie (QS CHE).

Bei den Verfahren und Prozessen der medizinischen Qualitätssicherung stehen die Interessen der Patientinnen und Patienten im Vordergrund, mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) das QS-Verfahren Cholezystektomie als drittes Verfahren aufgenommen und in den dazugehörigen Themenspezifischen Bestimmungen als länderbezogenes Verfahren zur Beurteilung von stationär erbrachten Cholezystektomien (Indexeingriffe) bestimmt.

Das QS-Verfahren Cholezystektomie soll sicherstellen, dass möglichst alle Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung mit gerechtfertigter Indikationsstellung und unter Einhaltung der medizinischen Standards erhalten. Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

In Deutschland werden jährlich rund 175.000 Cholezystektomien durchgeführt, wobei in ca. 90 % aller Fälle die laparoskopische Cholezystektomie zum Einsatz kommt. Bei der operativen Versorgung eines Gallensteinleidens können vereinzelt schwerwiegende Komplikationen, wie zum Beispiel Verletzungen der Gallenwege oder der Blutgefäße, auftreten. Die Häufigkeit solcher Ereignisse wird im Rahmen des QS-Verfahren Cholezystektomie betrachtet und analysiert.

Die Qualitätsindikatoren des Verfahrens Cholezystektomie beziehen sich entsprechend auf operationsbedingte Gallenwegskomplikationen, wie intraoperative Verletzungen, Durchtrennung oder Verschluss des Ductus hepatocholedochus und auf eingriffsspezifische Infektionen sowie interventionsbedürftige Blutungen. Zusätzlich werden weitere allgemeine postoperative Komplikationen (nach 30 bzw. 365 Tagen) sowie Reinterventionen und die Sterblichkeit nach 90 Tagen betrachtet.

Alle sieben Qualitätsindikatoren basieren auf Informationen aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und ziehen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen für die Berechnung heran.
Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden

Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert (hier: Abrechnung einer Cholezystektomie in einem definierten Zeitraum). In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG, zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten, pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die QI-Berechnung aktuell nicht ausgewertet bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatendatensätzen berichtet. Im Verfahren QS CHE enthält ein Berichtsjahr immer Auswertungen von zwei Indexjahren:
- für Qualitätsindikatoren mit Follow-up-Intervallen von 90 und 365 Tagen (QI-ID 58001, 58005, 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff
- für Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up bis zu 30 Tagen (QI-ID 58000, 58002, 58003, 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff

Aufgrund der Umstellung der Auswertungsmethodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit lässt sich nicht mehr am bloßen Zahlenwert des Indikatorergebnisses ablesen, ob eine rechnerische Auffälligkeit vorliegt. Ein Ergebnis im Referenzbereich ist weiterhin nicht auffällig. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereich kann allerdings rechnerisch auffällig oder unauffällig sein. Nur wenn es mit einer hinreichend kleinen A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs einhergeht, ist es rechnerisch auffällig. Die neue Auswertungsmethodik bildet demnach ab, dass manche Abweichungen vom Referenzbereich auch plausibel durch zufallsbedingte Variabilität erklärbar sind.
Nähere Informationen finden Sie unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-auffaelligkeitseinstufung/.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CHE finden Sie außerdem auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-che/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird zusätzlich auf IKNR- und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das QS-Verfahren Cholezystektomie erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	168.854 168.796 58	167.856	100,59
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.034		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.073	1.065	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	916	906	101,10

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	164.482 164.442 40	163.441	100,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.060		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.100	1.090	100,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	934	925	100,97

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2025 bzw. 2024 auf Ebene des Leistungserbringers dar.
Die nachfolgenden Tabellen stellen die Verknüpfungsraten mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID) mit den für die Indexeingriffe des Erfassungsjahres 2025 bzw. 2024 gelieferten QS-Daten auf. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die Indikatorberechnung aktuell nicht ausgewertet bzw. berücksichtigt werden.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2025	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	168.796	97,50 N = 164.575

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	164.442	97,28 N = 159.962

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von mehreren Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Sogenannte Follow-up-Indikatoren, sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das Verfahren CHE bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt:
• nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2025 sowie
• nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024

- Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CHE finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-che/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,17 (95. Perzentil)	1,05 O/E = 1.280 / 1.217,79 0,78 % O/N = 1.280 / 164.575
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,05 (95. Perzentil)	0,98 O/E = 4.170 / 4.256,44 2,53 % O/N = 4.170 / 164.575
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,35 (95. Perzentil)	1,06 O/E = 2.154 / 2.029,25 1,31 % O/N = 2.154 / 164.575
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	≤ 1,10 (95. Perzentil)	0,98 O/E = 2.278 / 2.334,26 1,38 % O/N = 2.278 / 164.575

© IQTIG 2026

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

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 1,27 (95. Perzentil)	0,96 O/E = 6.374 / 6.634,90 3,98 % O/N = 6.374 / 159.962
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	≤ 1,13 (95. Perzentil)	1,02 O/E = 2.797 / 2.736,50 1,75 % O/N = 2.797 / 159.962
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	≤ 1,11 (95. Perzentil)	1,04 O/E = 2.807 / 2.702,98 1,75 % O/N = 2.807 / 159.962

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft. Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden. Im Verfahren QS CHE gibt es keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, jedoch drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,59 % 168.854 / 167.856	1,03 % 11 / 1.065
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,59 % 168.854 / 167.856	0,66 % 7 / 1.065
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,03 % 58 / 167.856	0,19 % 2 / 1.065

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenige operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58000
Referenzbereich	≤ 1,17 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Cholezystitis oder Cholangitis Gallenwegsobstruktion Alter (linear bis 100) Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Lymphome Begleiterkrankung: Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

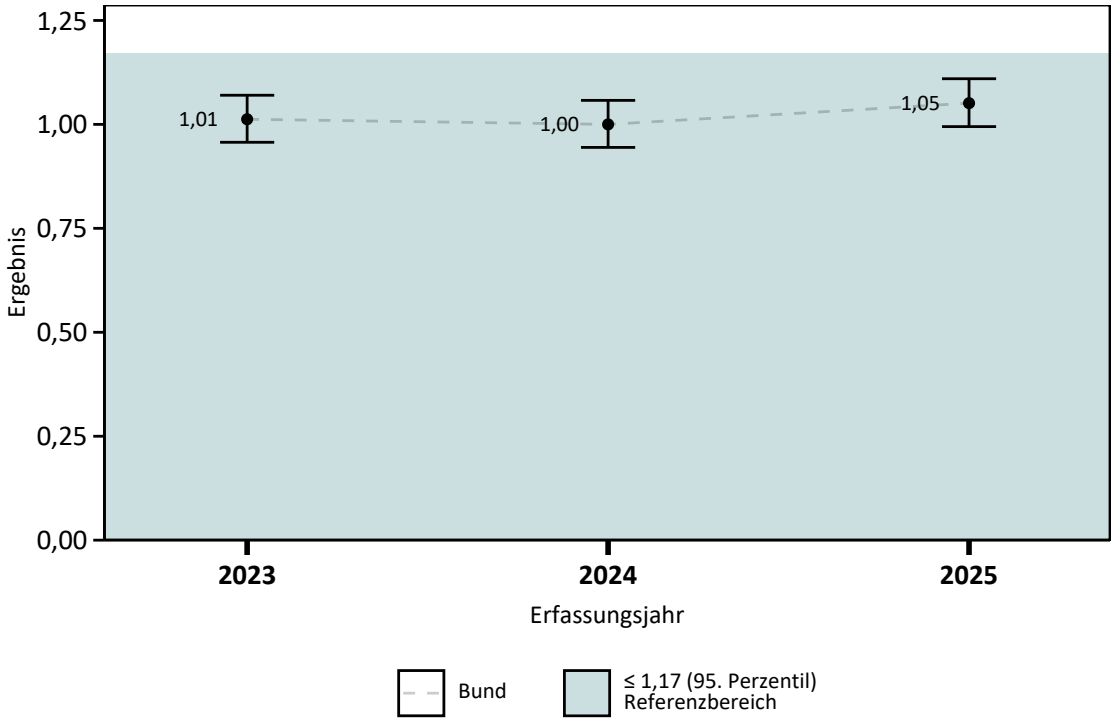
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	158.571	1.230 / 1.214,97	1,01	0,96 - 1,07
	2024	158.995	1.202 / 1.202,00	1,00	0,94 - 1,06
	2025	164.575	1.280 / 1.217,79	1,05	0,99 - 1,11

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

Ergebnisse im Zeitverlauf

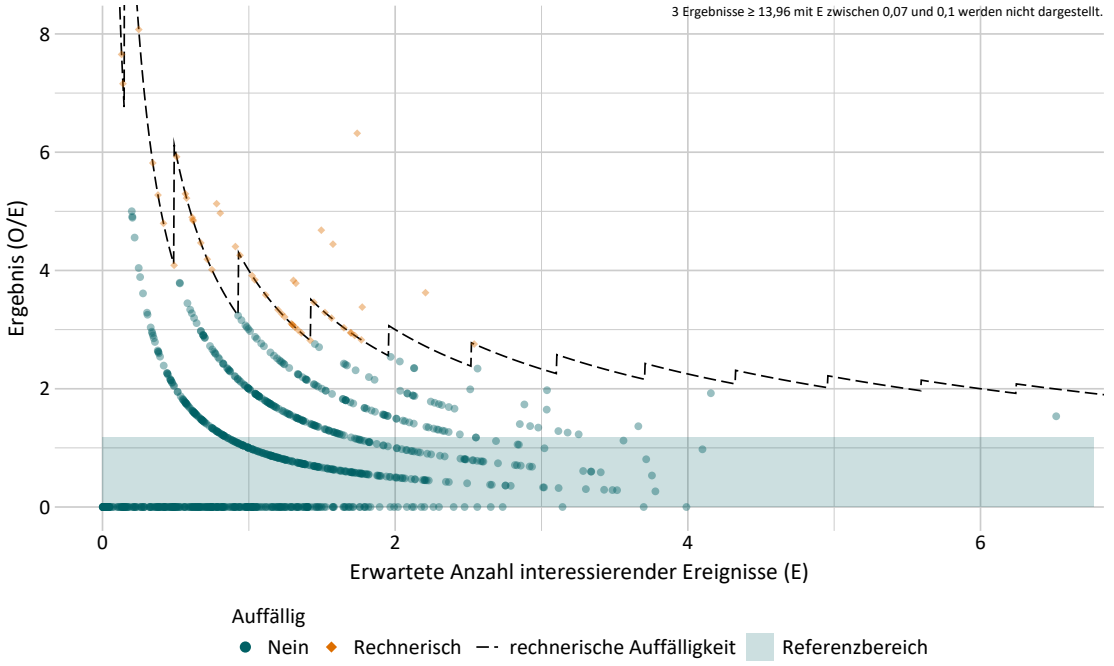
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



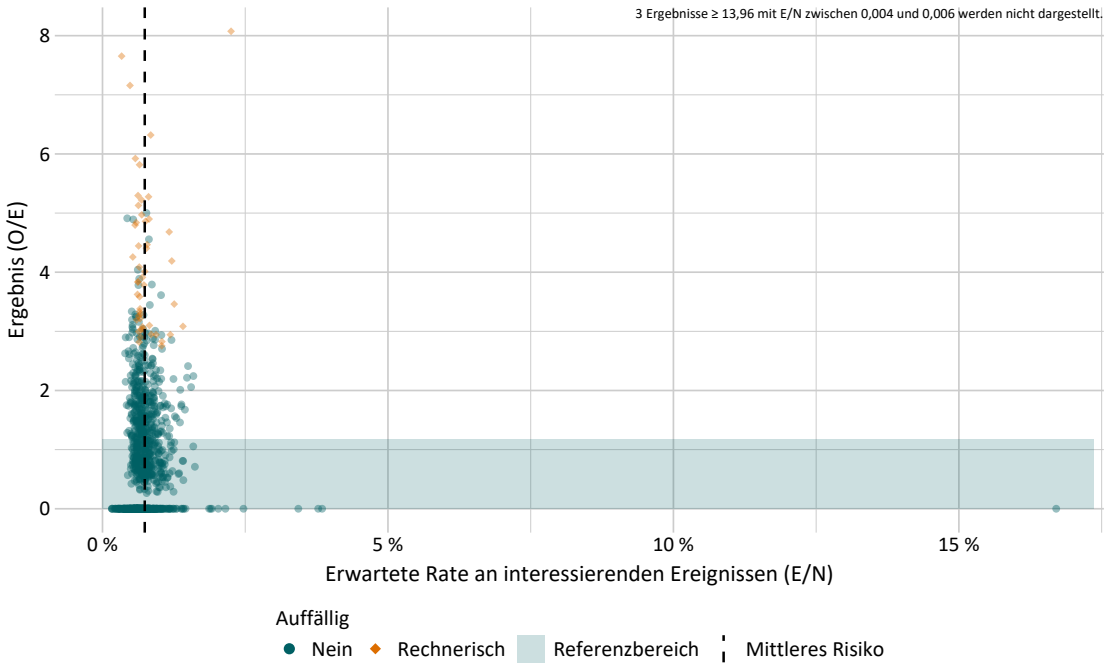
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.033	52	0,00	14,76	0,79

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.1.1	ID: O_58000 O/N (observed, beobachtet)	0,78 % 1.280/164.575
1.1.1.2	ID: E_58000 E/N (expected, erwartet)	0,74 % 1.217,79/164.575
1.1.1.3	**ID: 58000** **O/E**	1,05
1.1.2	ID: 58_22000 Operationsbedingte Gallenwegskomplikation[2]	0,78 % 1.280/164.575
1.1.2.1	ID: 58_22028 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	1,22 % 720/59.090
1.1.2.2	ID: 58_22001 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	1,86 % 101/5.433
1.1.2.3	ID: 58_22002 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,57 % 631/110.028
1.1.2.4	ID: 58_22003 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	2,87 % 680/23.672

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

[2] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie intra- oder postoperativ innerhalb von 30 Tagen
O (observed)	Beobachtete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58004
Referenzbereich	≤ 1,05 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Alter (linear bis 100) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear bis 28) BMI (linear ab 28) Begleiterkrankung: ARDS Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Alkoholabusus Begleiterkrankung: Bösartige solide Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Chronische Lungenerkrankungen Begleiterkrankung: Demenz Begleiterkrankung: Depressionen Begleiterkrankung: Diabetes Typ 1 und 2 Begleiterkrankung: Diabetes Typ 2 (ohne Typ 1) Begleiterkrankung: Drogenabusus Begleiterkrankung: Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Herzklappenerkrankung Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Hämodialyse Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Leukämien Begleiterkrankung: Lymphome Begleiterkrankung: Metastasierende Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Paralysen Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Polyneuropathie Begleiterkrankung: Psychosen Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen Begleiterkrankung: andere neurologische Erkrankungen
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

Detailergebnisse

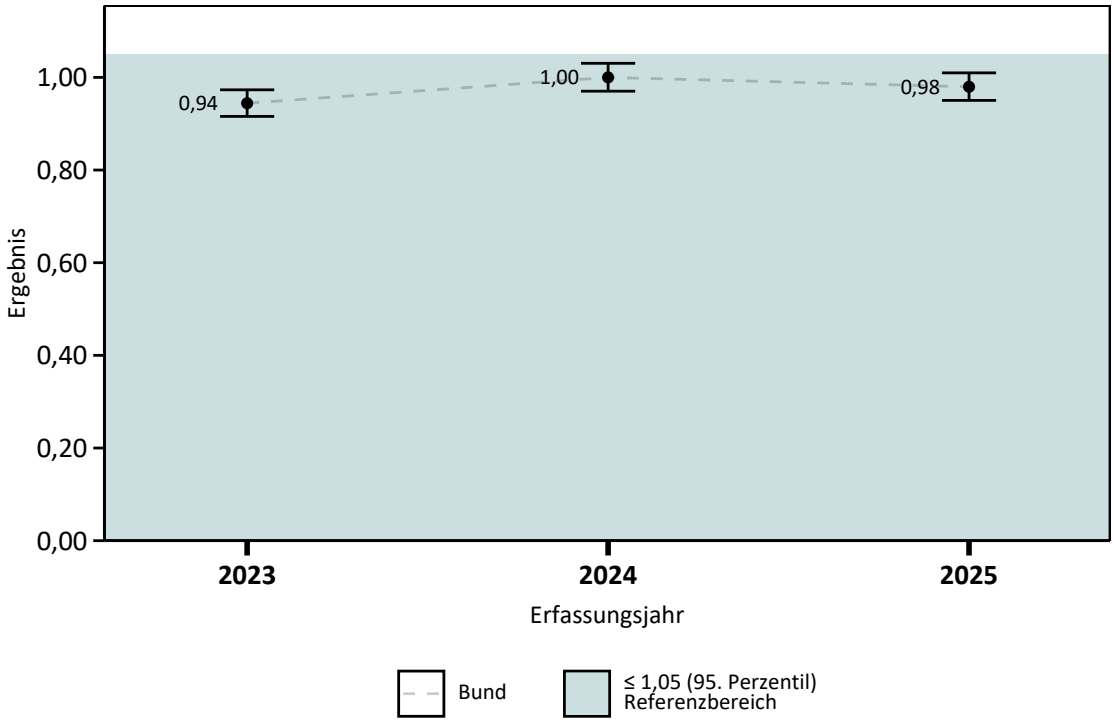
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	158.571	4.170 / 4.416,61	0,94	0,92 - 0,97
	2024	158.995	4.245 / 4.245,00	1,00	0,97 - 1,03
	2025	164.575	4.170 / 4.256,44	0,98	0,95 - 1,01

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

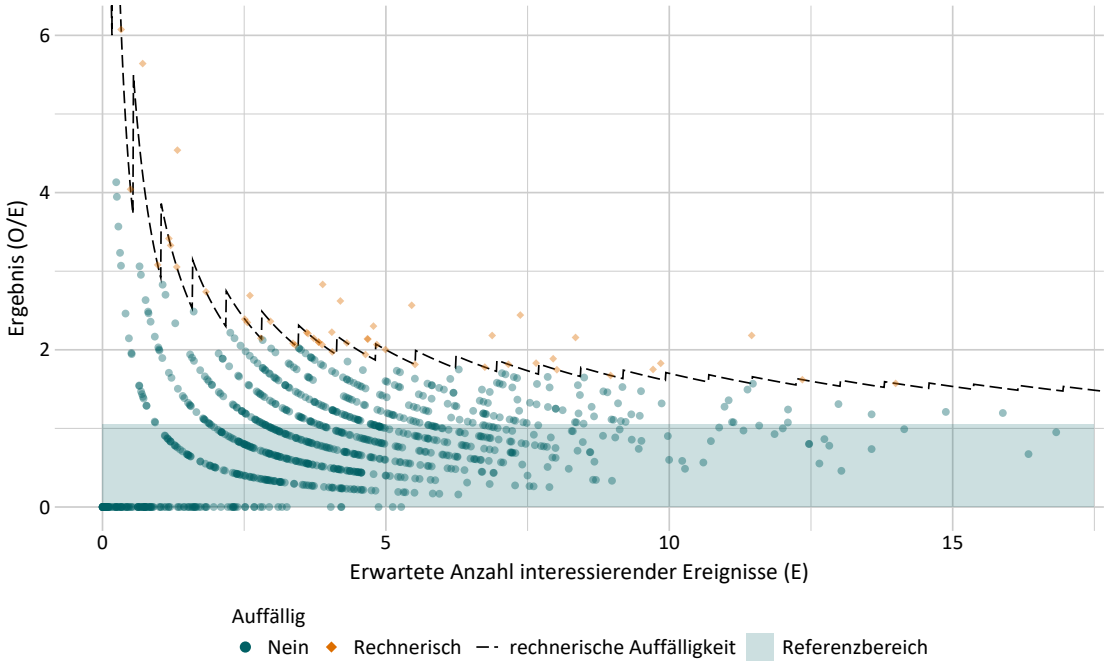
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



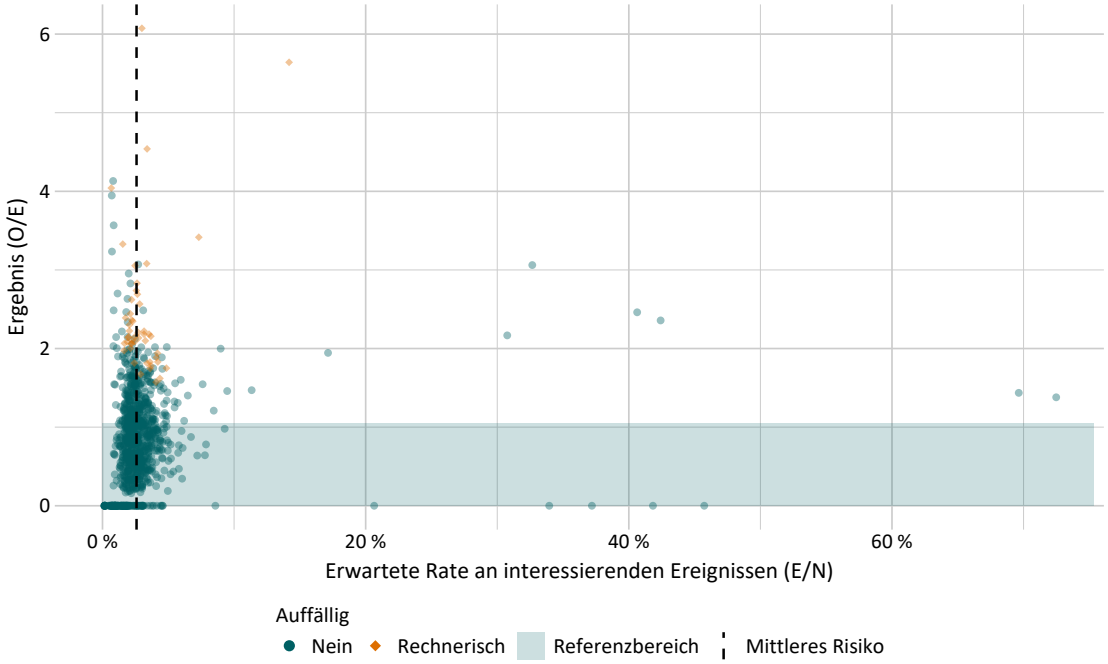
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.033	49	0,00	6,07	0,87

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
2.1.1.1	ID: O_58004 O/N (observed, beobachtet)	2,53 % 4.170/164.575
2.1.1.2	ID: E_58004 E/N (expected, erwartet)	2,59 % 4.256,44/164.575
2.1.1.3	**ID: 58004** **O/E**	0,98
2.1.2	ID: 58_22004 Weitere postoperative Komplikationen[4]	2,53 % 4.170/164.575
2.1.2.1	ID: 58_22029 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	4,97 % 2.937/59.090
2.1.2.2	ID: 58_22005 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	4,55 % 247/5.433
2.1.2.3	ID: 58_22006 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	1,27 % 1.392/110.028
2.1.2.4	ID: 58_22007 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	5,24 % 1.241/23.672

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

[4] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig eingriffsspezifische Infektionen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58002
Referenzbereich	≤ 1,35 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Cholezystitis oder Cholangitis Gallenwegsobstruktion Alter (linear zwischen 40 und 70) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear bis 28) BMI (linear ab 28) Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Diabetes Typ 2 Begleiterkrankung: Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Metastasierende Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Niereninsuffizienz Begleiterkrankung: Paralysen Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

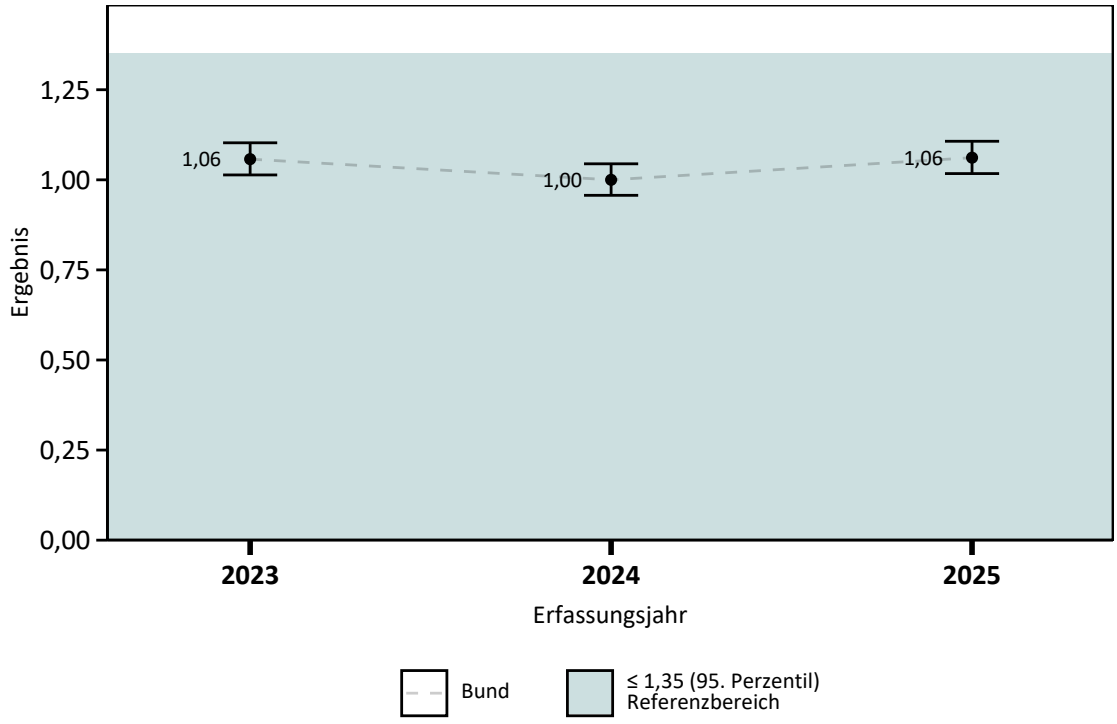
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	158.571	2.160 / 2.042,72	1,06	1,01 - 1,10
	2024	158.995	2.004 / 2.004,00	1,00	0,96 - 1,04
	2025	164.575	2.154 / 2.029,25	1,06	1,02 - 1,11

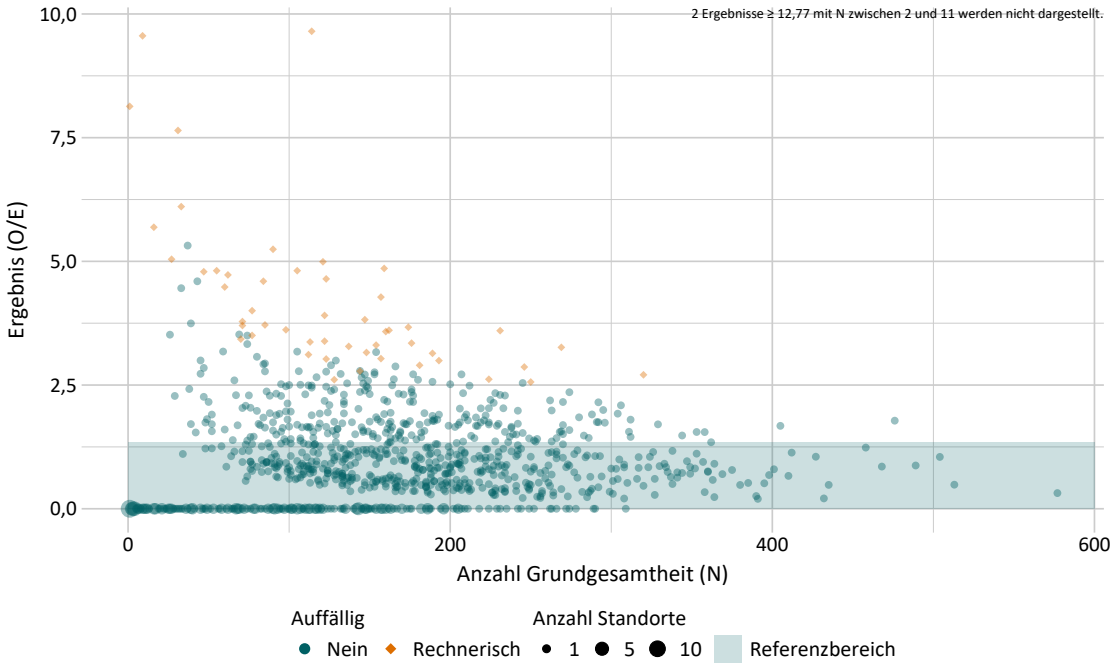
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

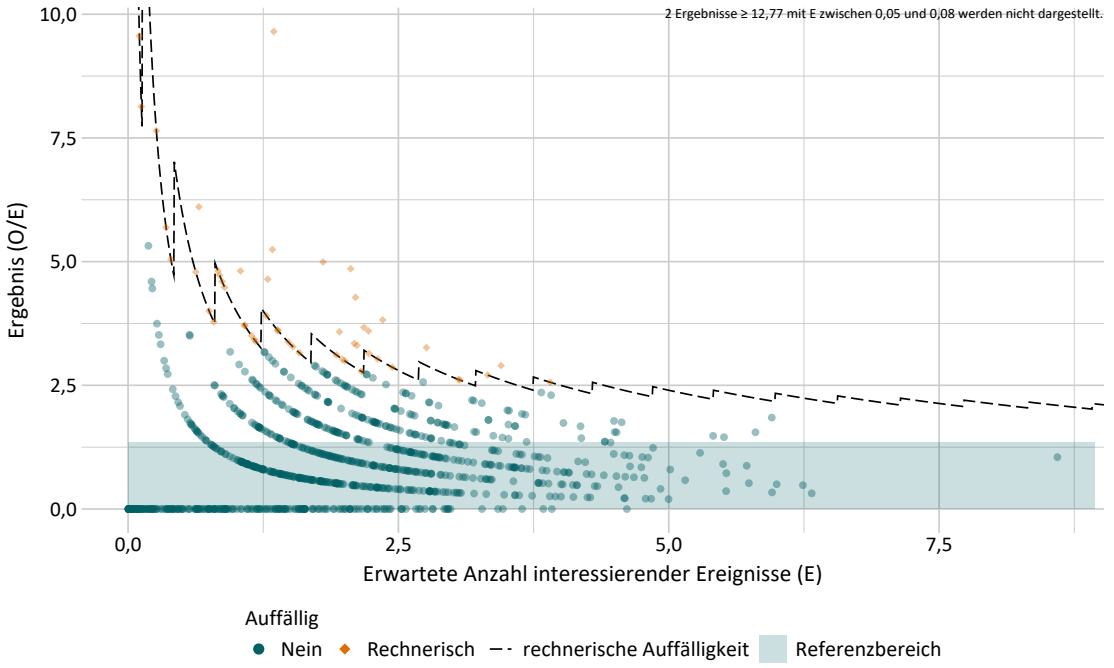
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



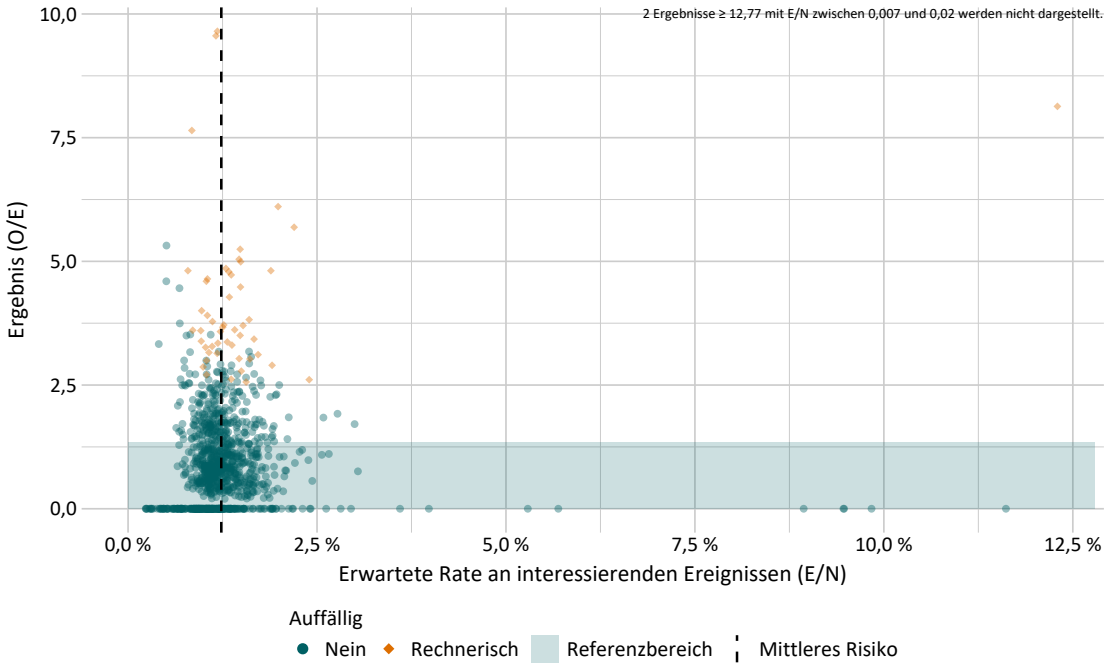
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.033	52	0,00	21,03	0,84

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[5]	
3.1.1.1	ID: O_58002 O/N (observed, beobachtet)	1,31 % 2.154/164.575
3.1.1.2	ID: E_58002 E/N (expected, erwartet)	1,23 % 2.029,25/164.575
3.1.1.3	**ID: 58002** **O/E**	1,06
3.1.2	ID: 58_22008 Eingriffsspezifische Infektionen[6]	1,31 % 2.154/164.575
3.1.2.1	ID: 58_22030 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	2,16 % 1.279/59.090
3.1.2.2	ID: 58_22009 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	1,95 % 106/5.433
3.1.2.3	ID: 58_22010 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,91 % 997/110.028
3.1.2.4	ID: 58_22011 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	2,99 % 708/23.672

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

[6] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig postoperative interventionsbedürftige Blutungen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativen interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58003
Referenzbereich	≤ 1,10 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Cholezystitis oder Cholangitis Gallenwegsobstruktion Alter (linear zwischen 55 und 80) Alter (linear zwischen 20 und 55) Alter (quadratisch zwischen 20 und 55) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear bis 28) Begleiterkrankung: ARDS Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Alkoholabusus Begleiterkrankung: Bösartige solide Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Demenz Begleiterkrankung: Depressionen Begleiterkrankung: Diabetes Typ 1 Begleiterkrankung: Diabetes Typ 2 (ohne Typ 1) Begleiterkrankung: Diabetes, Typ unbekannt Begleiterkrankung: Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Herzklappenerkrankung Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Hypertonie Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Leukämien Begleiterkrankung: Lymphome Begleiterkrankung: Niereninsuffizienz Begleiterkrankung: Paralysen Begleiterkrankung: Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Polyneuropathie Begleiterkrankung: Rheumatoide Arthritis/Kollagenosen/Entzündliche Polyneuropathien/Entzündliche Spondylopathien/Vaskulitiden Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen Begleiterkrankung: andere neurologische Erkrankungen
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

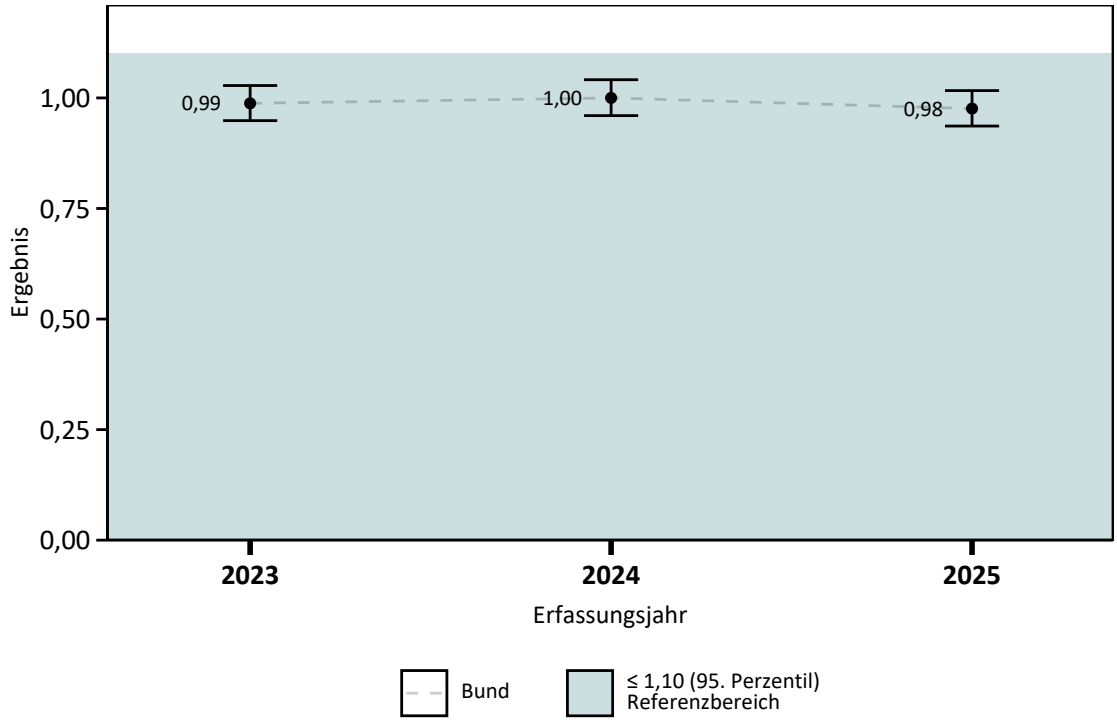
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	158.571	2.378 / 2.407,47	0,99	0,95 - 1,03
	2024	158.995	2.330 / 2.330,00	1,00	0,96 - 1,04
	2025	164.575	2.278 / 2.334,26	0,98	0,94 - 1,02

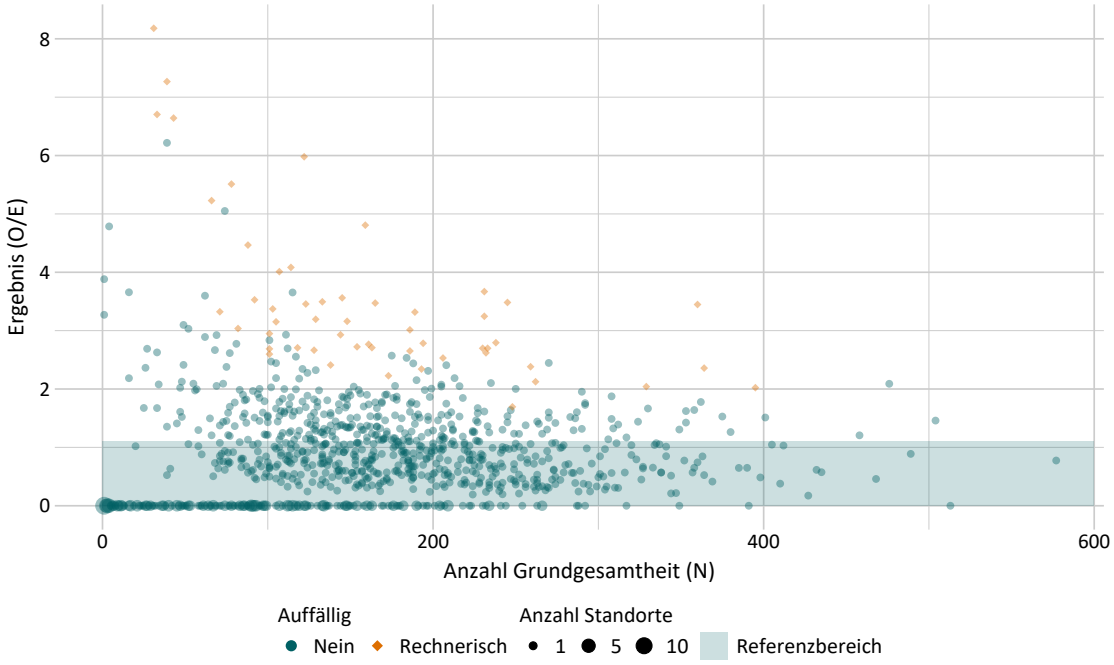
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

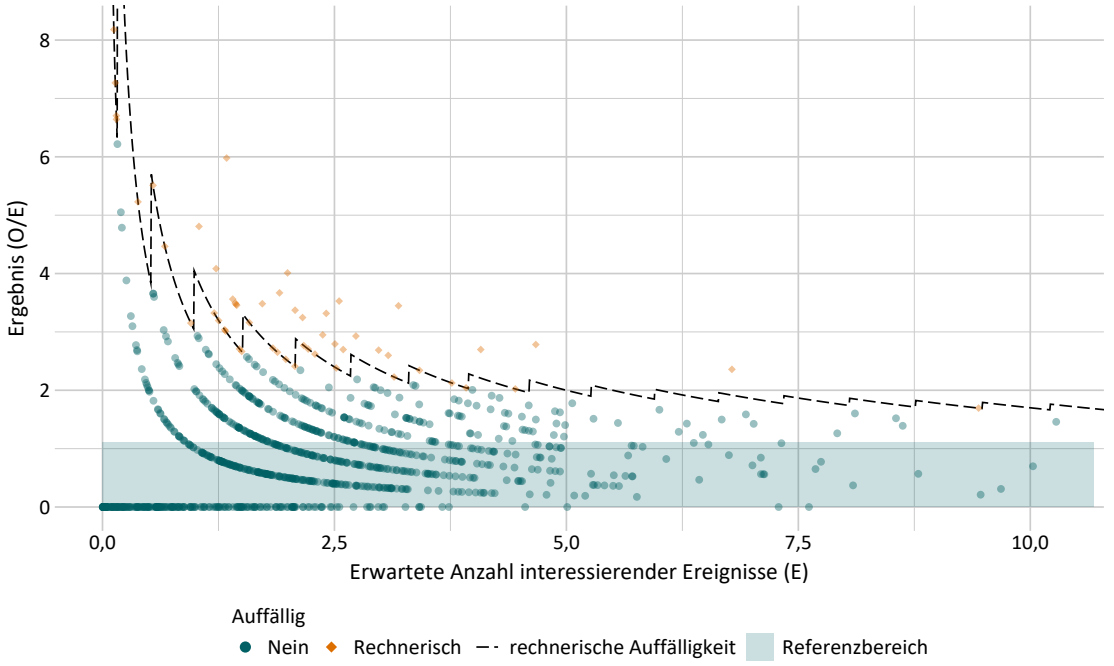
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



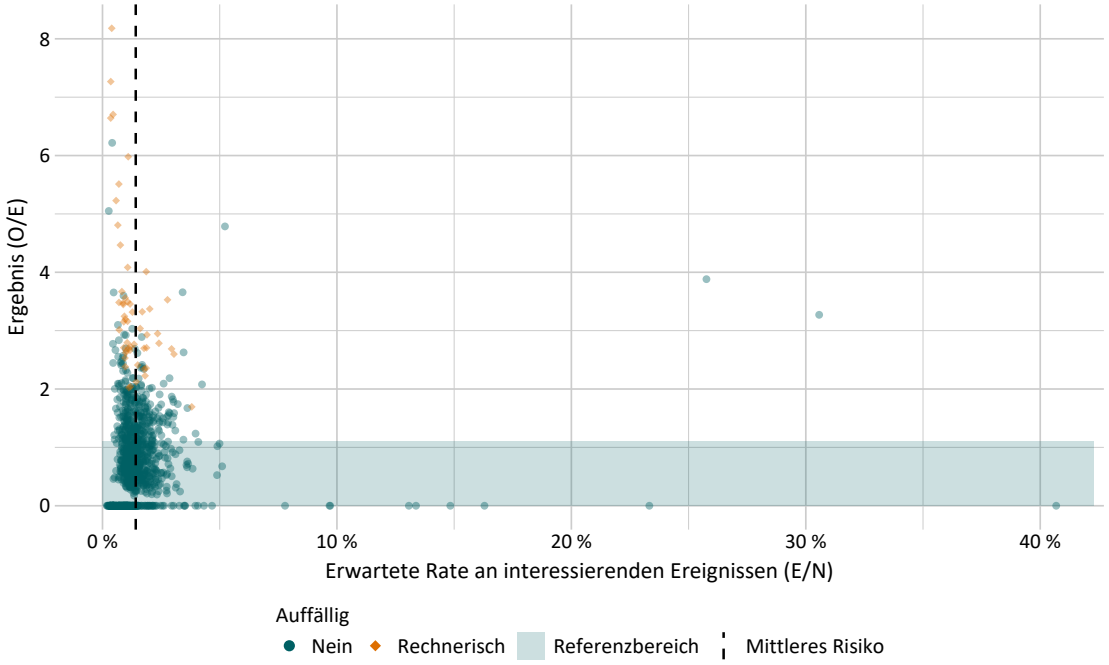
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.033	53	0,00	8,18	0,79

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[7]	
4.1.1.1	ID: O_58003 O/N (observed, beobachtet)	1,38 % 2.278/164.575
4.1.1.2	ID: E_58003 E/N (expected, erwartet)	1,42 % 2.334,26/164.575
4.1.1.3	**ID: 58003** **O/E**	0,98
4.1.2	ID: 58_22012 Interventionsbedürftige Blutungen[8]	1,38 % 2.278/164.575
4.1.2.1	ID: 58_22031 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	2,65 % 1.563/59.090
4.1.2.2	ID: 58_22013 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	2,01 % 109/5.433
4.1.2.3	ID: 58_22014 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,73 % 805/110.028
4.1.2.4	ID: 58_22015 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	3,34 % 790/23.672

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

[8] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Reintervention aufgrund von postoperativen Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58001
Referenzbereich	≤ 1,27 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Alter (linear zwischen 40 und 70) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear bis 28) BMI (linear ab 28) Begleiterkrankung: ARDS Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Bösartige solide Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Depressionen Begleiterkrankung: Diabetes Typ 1 Begleiterkrankung: Diabetes Typ 2 (ohne Typ 1) Begleiterkrankung: Diabetes, Typ unbekannt Begleiterkrankung: Drogenabusus Begleiterkrankung: Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch) Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Hypertonie Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Lymphome Begleiterkrankung: Metastasierende Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Paralysen Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen Begleiterkrankung: Zerebrale transitorische Ischämien und verwandte Syndrome

Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

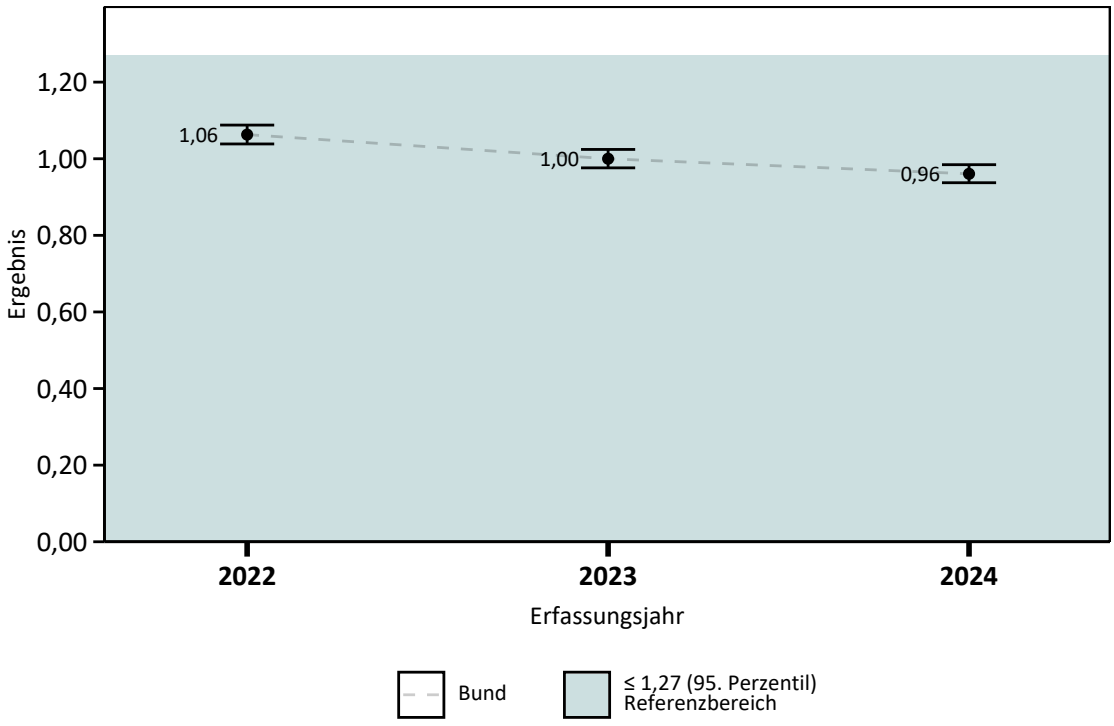
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	149.434	7.140 / 6.716,72	1,06	1,04 - 1,09
	2023	156.685	6.637 / 6.637,00	1,00	0,98 - 1,02
	2024	159.962	6.374 / 6.634,90	0,96	0,94 - 0,98

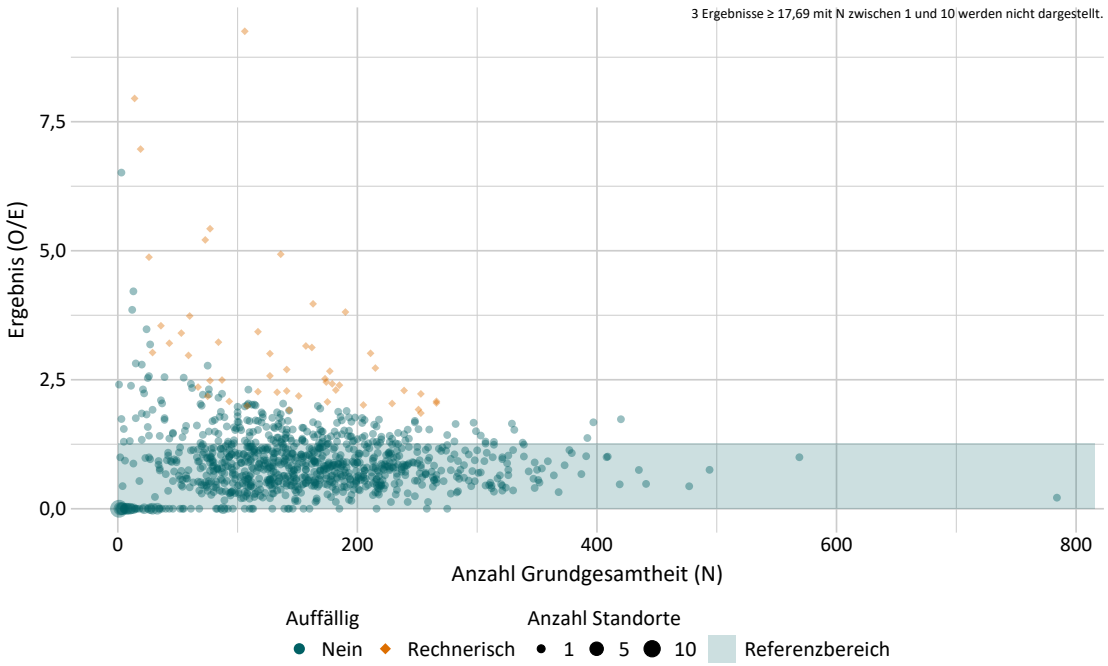
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

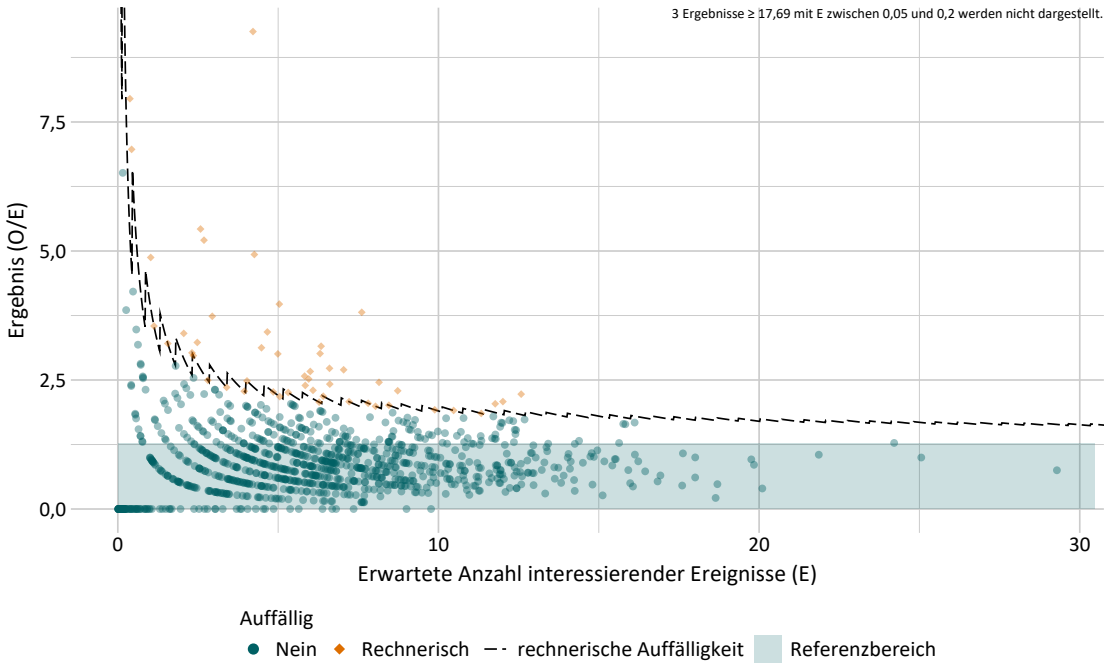
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



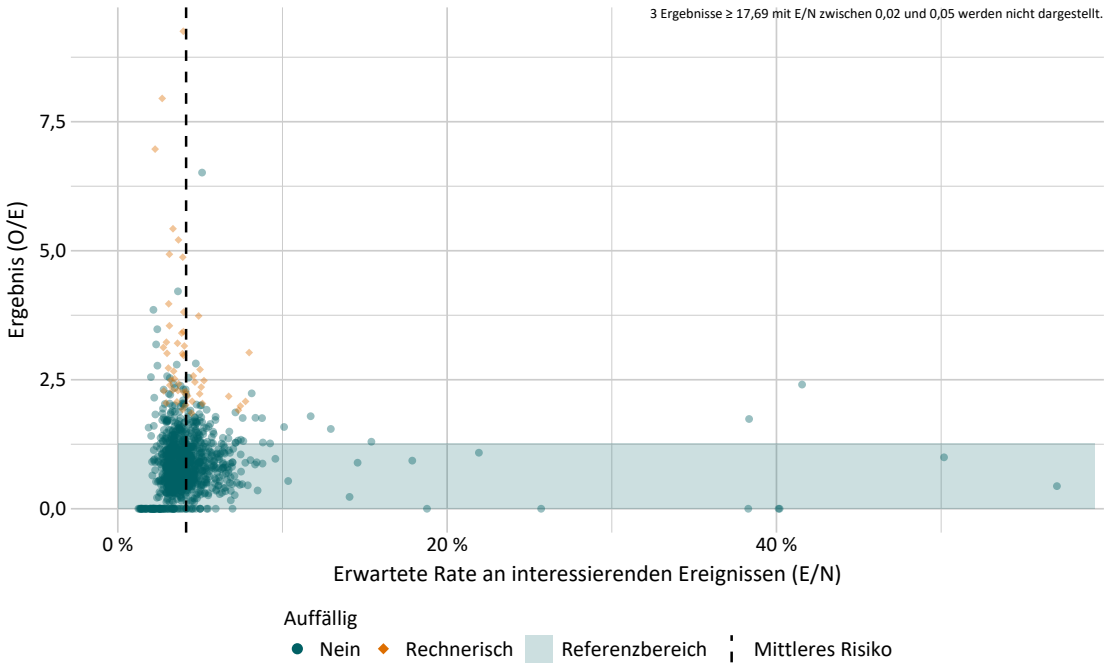
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.060	53	0,00	22,11	0,86

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Reintervention aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	
5.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[9]	
5.1.1.1	ID: O_58001 O/N (observed, beobachtet)	3,98 % 6.374/159.962
5.1.1.2	ID: E_58001 E/N (expected, erwartet)	4,15 % 6.634,90/159.962
5.1.1.3	**ID: 58001** **O/E**	0,96
5.1.2	ID: 58_22016 Reinterventionen aufgrund von Komplikationen[10]	3,98 % 6.374/159.962
5.1.2.1	ID: 58_22032 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	5,98 % 3.483/58.274
5.1.2.2	ID: 58_22017 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	5,43 % 290/5.345
5.1.2.3	ID: 58_22018 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	2,85 % 3.029/106.127
5.1.2.4	ID: 58_22019 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	8,33 % 1.947/23.386

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

[10] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie postoperativ innerhalb von 365 Tagen
O (observed)	Beobachtete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb 365 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an weiteren postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb 365 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58005
Referenzbereich	≤ 1,13 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Cholezystitis oder Cholangitis Gallenwegsobstruktion Alter (linear zwischen 20 und 40) Alter (linear zwischen 40 und 70) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear) Begleiterkrankung: Adipositas Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Alkoholabusus Begleiterkrankung: Bösartige solide Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Chronische Lungenerkrankungen Begleiterkrankung: Depressionen Begleiterkrankung: Diabetes Typ 2 (ohne Typ 1) Begleiterkrankung: Diabetes, Typ unbekannt Begleiterkrankung: Drogenabusus Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Herzklappenerkrankung Begleiterkrankung: Hypertonie Begleiterkrankung: Hypothyreose Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Metastasierende Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Niereninsuffizienz Begleiterkrankung: Peptische Ulkuserkrankung ohne Blutung Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Rheumatoide Arthritis/Kollagenosen/Entzündliche Polyneuropathien/Entzündliche Spondylopathien/Vaskulitiden Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

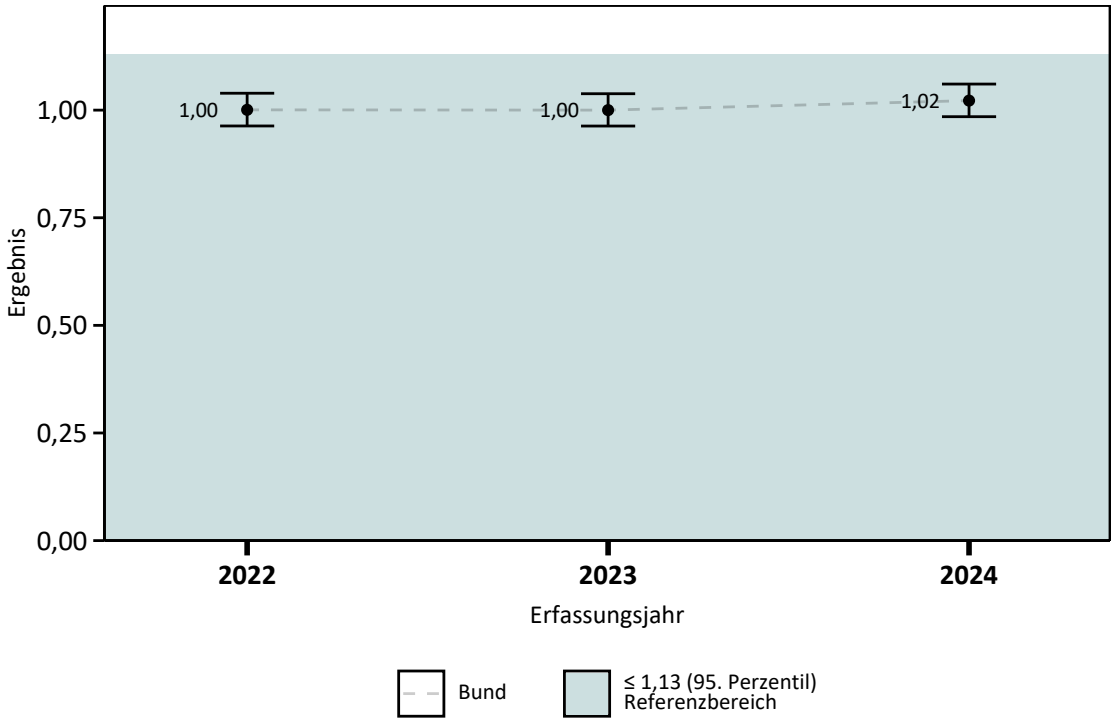
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	149.434	2.665 / 2.663,26	1,00	0,96 - 1,04
	2023	156.685	2.720 / 2.720,00	1,00	0,96 - 1,04
	2024	159.962	2.797 / 2.736,50	1,02	0,98 - 1,06

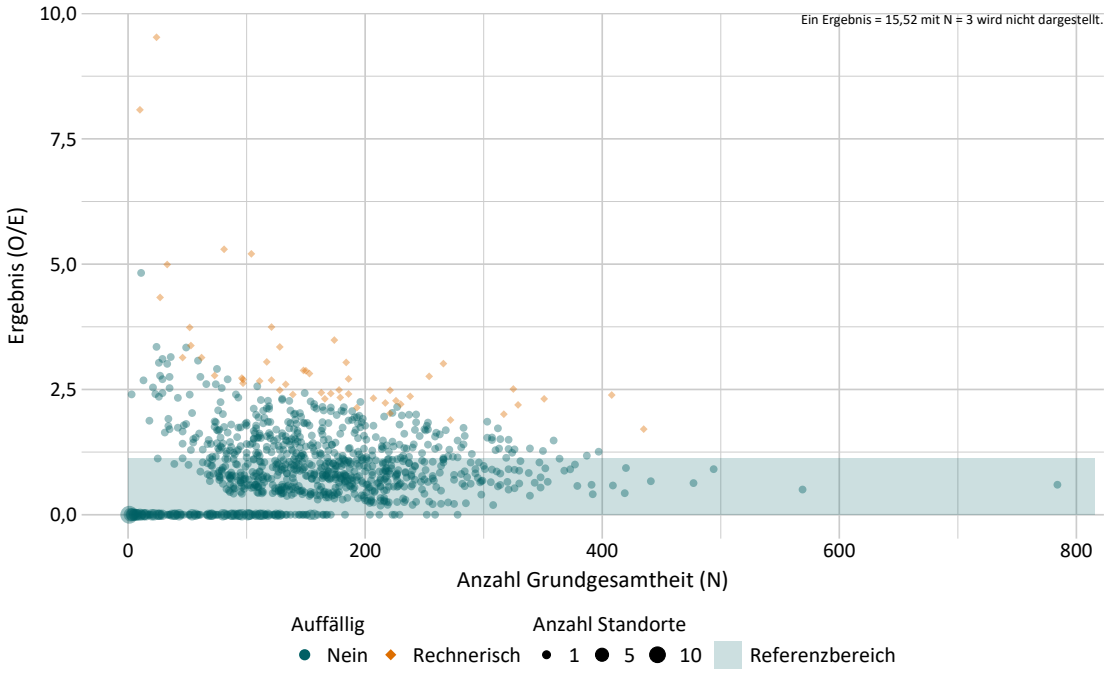
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

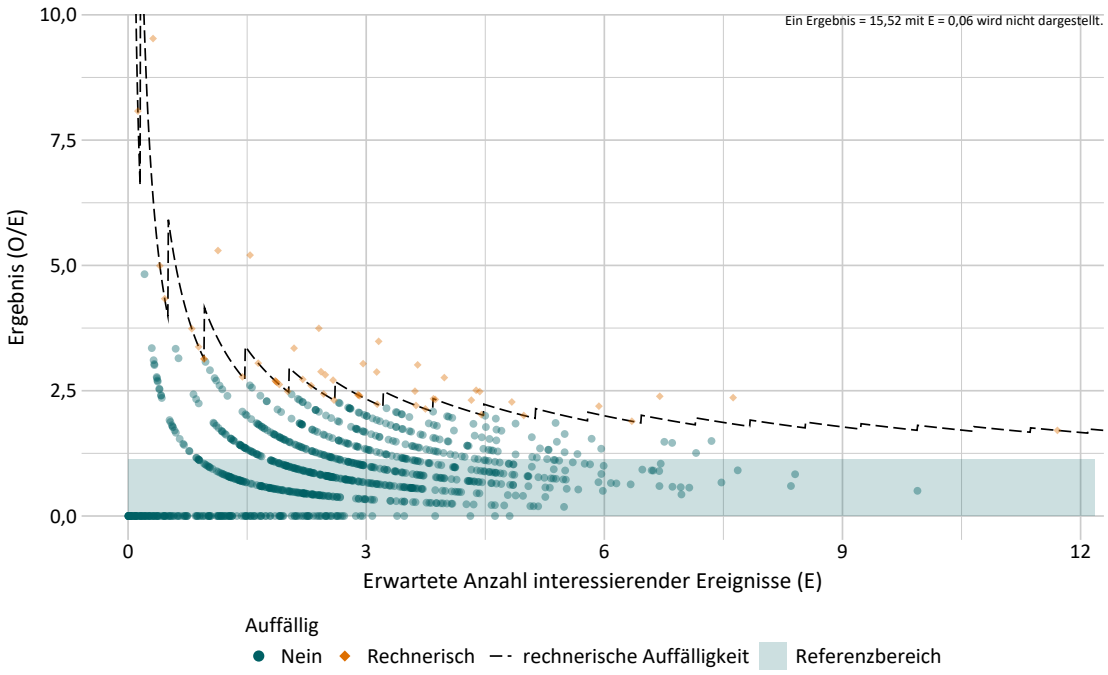
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



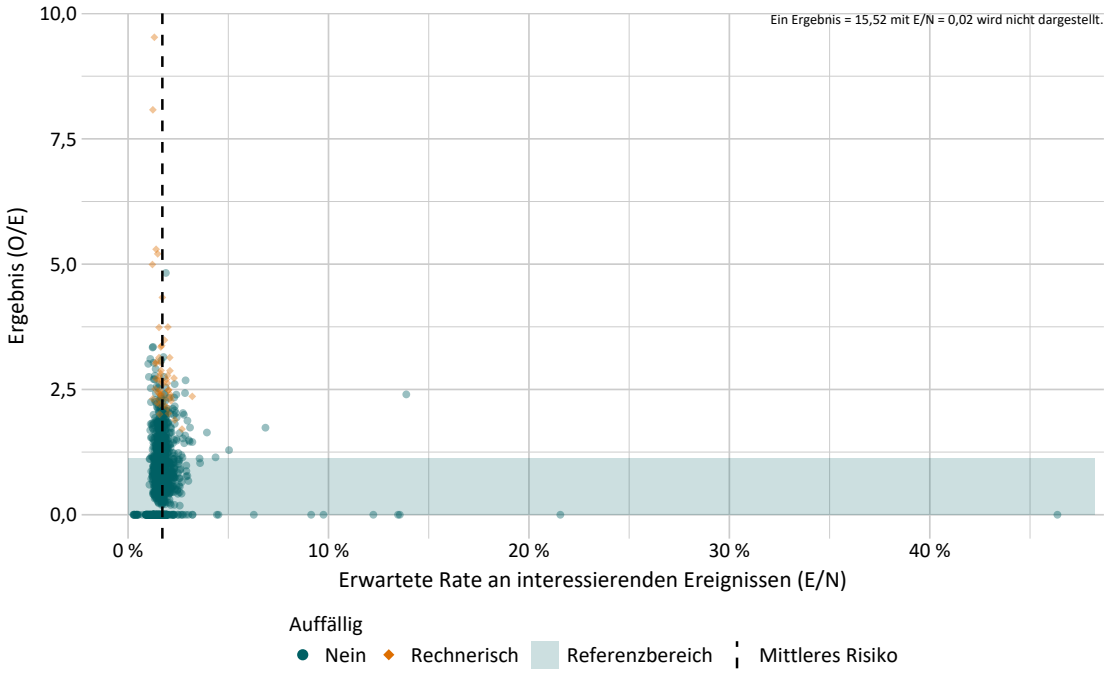
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.060	52	0,00	15,52	0,85

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb 365 Tagen nach Cholezystektomie	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[11]	
6.1.1.1	ID: O_58005 O/N (observed, beobachtet)	1,75 % 2.797/159.962
6.1.1.2	ID: E_58005 E/N (expected, erwartet)	1,71 % 2.736,50/159.962
6.1.1.3	**ID: 58005** **O/E**	1,02
6.1.2	ID: 58_22020 Weitere postoperative Komplikationen[12]	1,75 % 2.797/159.962
6.1.2.1	ID: 58_22033 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	2,31 % 1.346/58.274
6.1.2.2	ID: 58_22021 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	2,47 % 132/5.345
6.1.2.3	ID: 58_22022 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	1,45 % 1.539/106.127
6.1.2.4	ID: 58_22023 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	3,13 % 732/23.386

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

[12] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle bei oder nach Cholezystektomie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie, risikoadjustiert nach logistischem CHE-Score für ID 58006
Referenzbereich	≤ 1,11 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch-offen chirurgisch Cholezystektomie: Erweitert Cholezystektomie: Offene/Sonstige/N.n.bez. akute Cholezystitis Alter (linear zwischen 40 und 100) BMI unbekannt oder unplausibel BMI (linear bis 28) BMI (linear ab 28) Begleiterkrankung: ARDS Begleiterkrankung: Alimentäre Anämie Begleiterkrankung: Alkoholabusus Begleiterkrankung: Andere Herzerkrankungen Begleiterkrankung: Bösartige solide Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Chronische Lungenerkrankungen Begleiterkrankung: Demenz Begleiterkrankung: Diabetes Typ 1 (ohne Typ 2) Begleiterkrankung: Diabetes Typ 2 Begleiterkrankung: Diabetes, Typ unbekannt Begleiterkrankung: Gerinnungstörung Begleiterkrankung: Gewichtsverlust Begleiterkrankung: Herzinsuffizienz Begleiterkrankung: Herzklappenerkrankung Begleiterkrankung: Herzrhythmusstörungen Begleiterkrankung: Hämodialyse Begleiterkrankung: Lebererkrankung Begleiterkrankung: Leukämien Begleiterkrankung: Lymphome Begleiterkrankung: Metastasierende Tumorerkrankungen Begleiterkrankung: Niereninsuffizienz Begleiterkrankung: Paralysen Begleiterkrankung: Periphere Gefäßerkrankungen Begleiterkrankung: Polyneuropathie Begleiterkrankung: Psychosen Begleiterkrankung: Rheumatoide Arthritis/Kollagenosen/Entzündliche Polyneuropathien/Entzündliche Spondylopathien/Vaskulitiden Begleiterkrankung: Versorgung künstlicher Körperöffnungen Begleiterkrankung: andere neurologische Erkrankungen
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

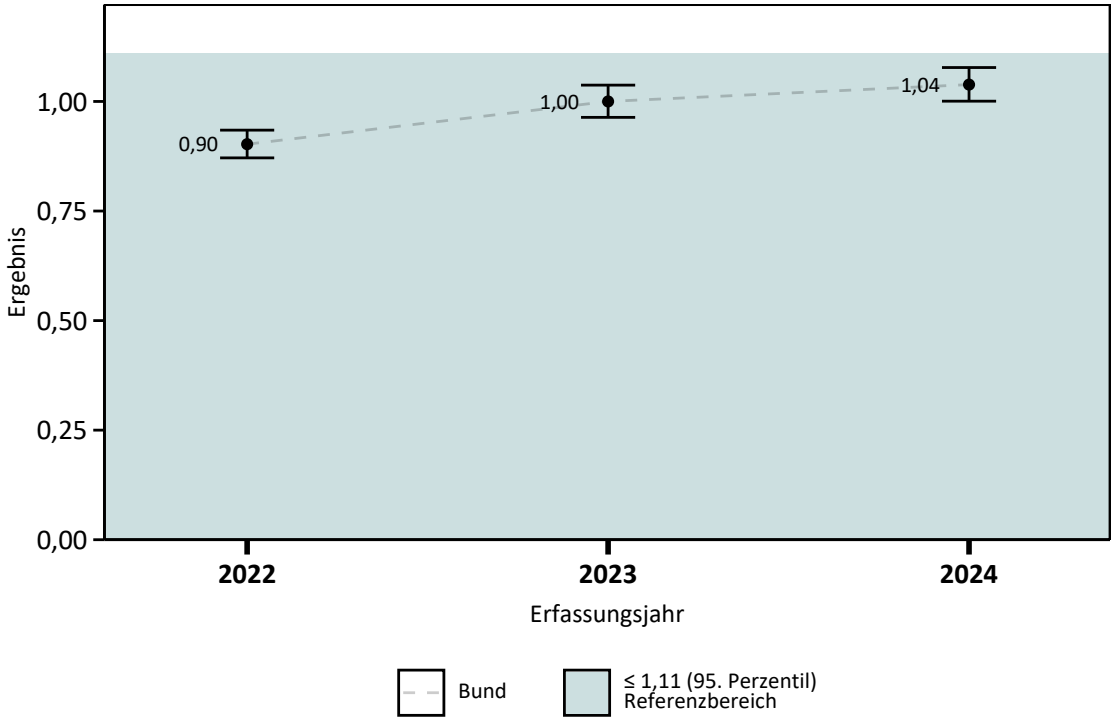
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	149.434	3.123 / 3.460,43	0,90	0,87 - 0,93
	2023	156.685	2.838 / 2.838,00	1,00	0,96 - 1,04
	2024	159.962	2.807 / 2.702,98	1,04	1,00 - 1,08

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist

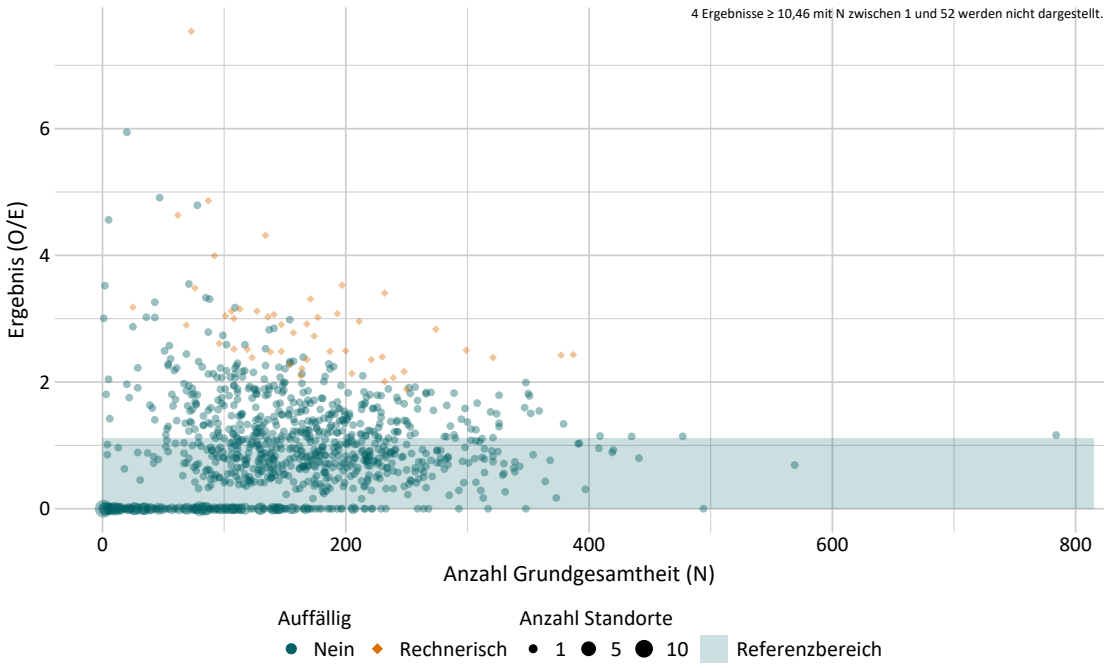
als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

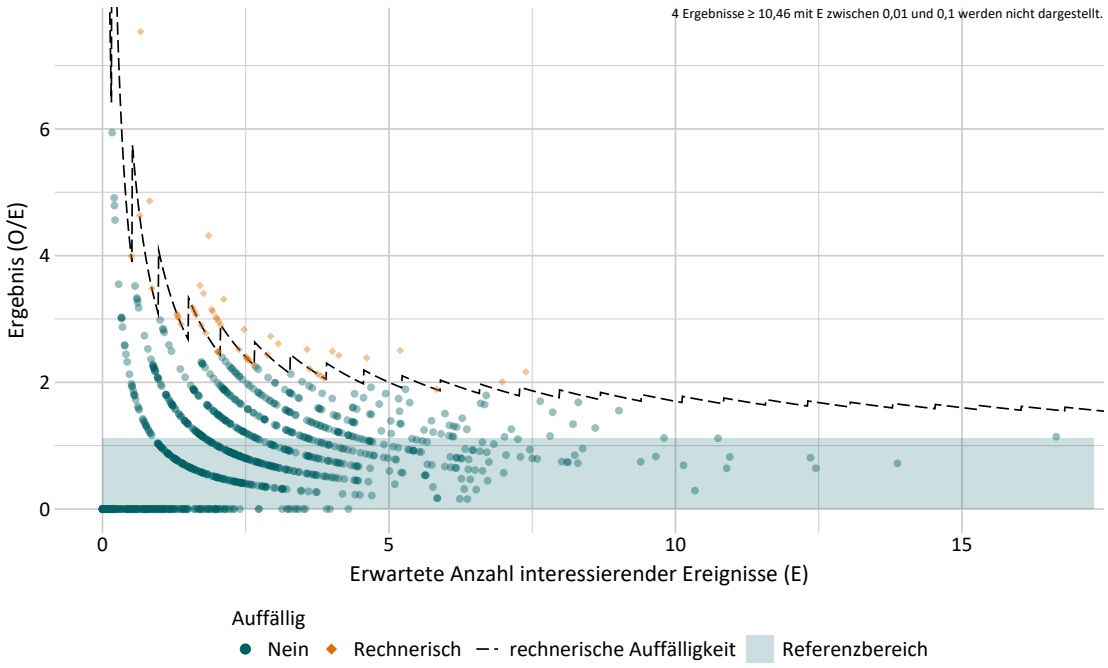
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



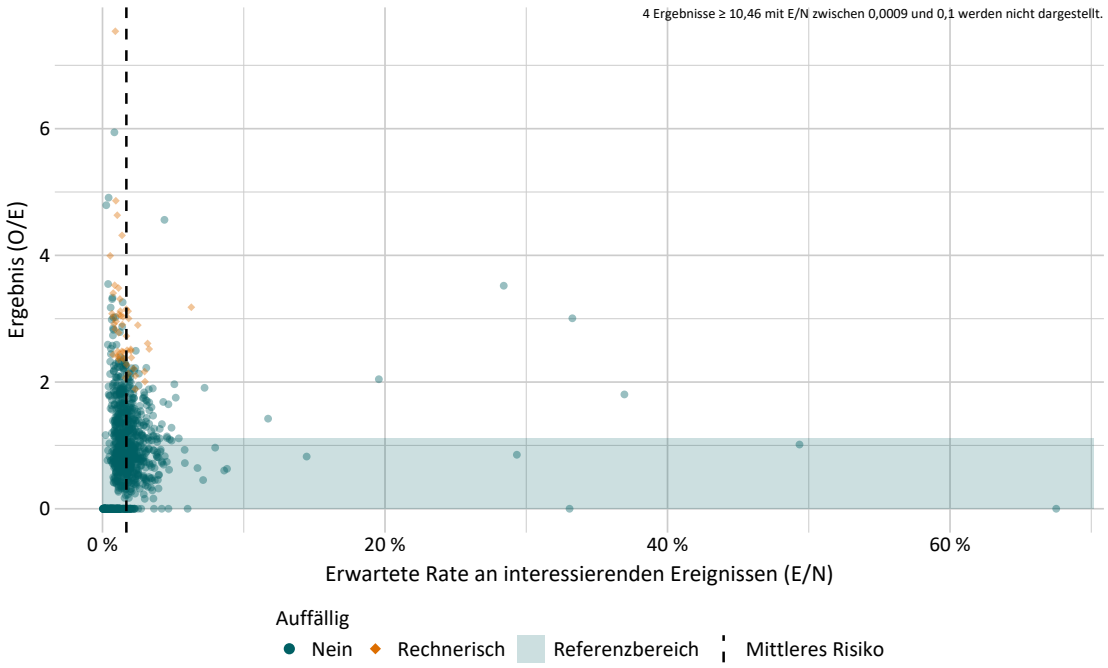
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	1.060	53	0,00	86,78	0,86

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Sterblichkeit bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	
7.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[13]	
7.1.1.1	ID: O_58006 O/N (observed, beobachtet)	1,75 % 2.807/159.962
7.1.1.2	ID: E_58006 E/N (expected, erwartet)	1,69 % 2.702,98/159.962
7.1.1.3	**ID: 58006** **O/E**	1,04
7.1.2	ID: 58_22024 Sterblichkeit[14]	1,75 % 2.807/159.962
7.1.2.1	ID: 58_22034 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Cholezystitis (K80.0 und K81.0)	3,64 % 2.123/58.274
7.1.2.2	ID: 58_22025 Anteil der Fälle mit Diagnose akute Pankreatitis (K85)	2,19 % 117/5.345
7.1.2.3	ID: 58_22026 Anteil der Fälle mit Diagnose Steingalle (K80 ohne K80.0)	0,72 % 769/106.127
7.1.2.4	ID: 58_22027 Anteil der Fälle mit anderen Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase (K81-83 ohne K81.0)	3,93 % 919/23.386

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

[14] Bei den folgenden Nebenkennzahlen sind kombinierte Angaben möglich. Daher summieren sich diese nicht auf 100%.

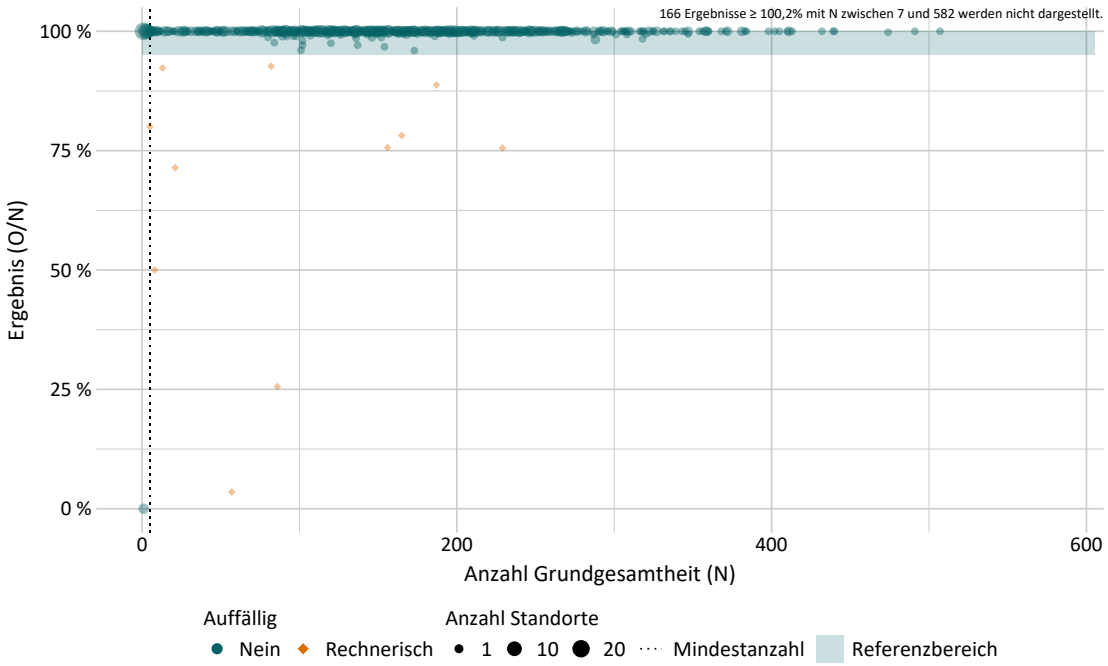
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852204: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.065	11	0,00	241,82	100,00

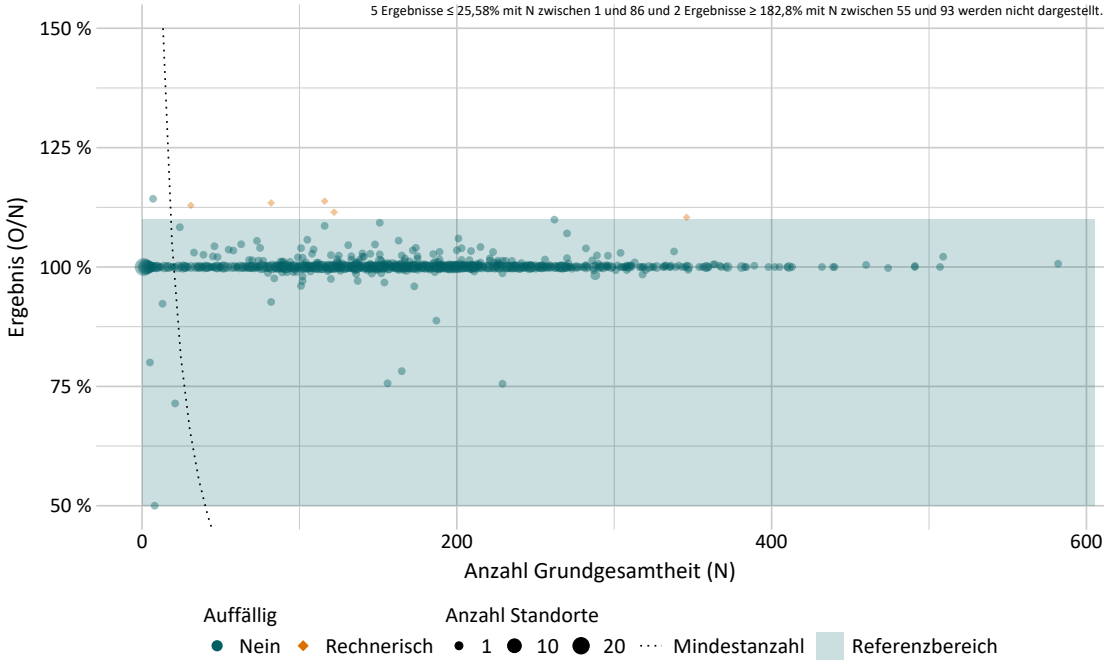
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	168.854 / 167.856	100,59	1,03 % 11 / 1.065

852202: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.065	7	0,00	241,82	100,00

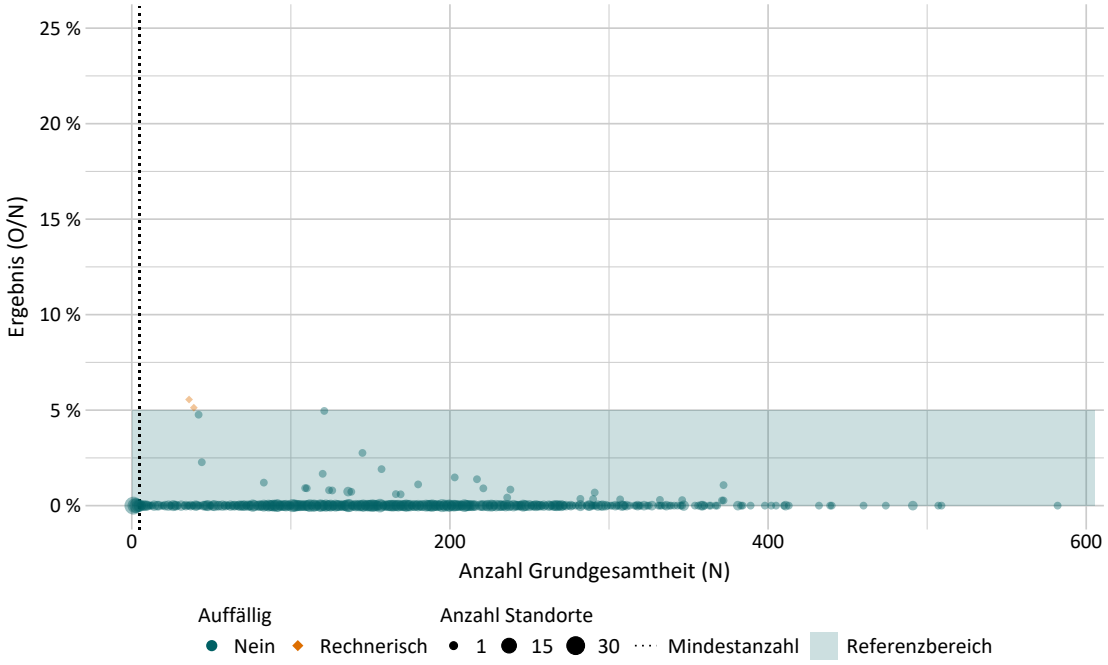
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	168.854 / 167.856	100,59	0,66 % 7 / 1.065

852203: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.065	2	0,00	5,56	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	58 / 167.856	0,03	0,19 % 2 / 1.065

Basisauswertung

QS Dokumentation

Erfassungsjahr 2025

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Allgemeine Daten zu Operationen		
5-511.01 Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge	3.152	1,92
5-511.02 Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge	391	0,24
5-511.11 Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	155.772	94,65
5-511.12 Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Mit laparoskopischer Revision der Gallengänge	761	0,46
5-511.21 Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge	3.729	2,27
5-511.22 Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge	404	0,25
5-511.3 Cholezystektomie: Erweitert	488	0,30
5-511.x Cholezystektomie: Sonstige	26	0,02
5-511.y Cholezystektomie: N.n.bez.	9	0,01

Aufnahme und Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	1.283	0,78
1. Quartal	42.668	25,93
2. Quartal	40.915	24,86
3. Quartal	40.894	24,85
4. Quartal	38.815	23,58
Entlassungsquartal		
1. Quartal	41.655	25,31
2. Quartal	40.824	24,81
3. Quartal	40.628	24,69
4. Quartal	41.468	25,20

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	136.521	82,95
8 - 14 Tage	15.696	9,54
15 - 21 Tage	5.547	3,37
22 - 28 Tage	3.488	2,12
> 28 Tage	3.323	2,02

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Geschlecht		
(1) männlich	59.077	35,90
(2) weiblich	105.492	64,10
(3) divers	6	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
< 18 Jahre	814	0,49
18 - 19 Jahre	750	0,46
20 - 29 Jahre	10.372	6,30
30 - 39 Jahre	22.154	13,46
40 - 49 Jahre	24.891	15,12
50 - 59 Jahre	30.365	18,45
60 - 69 Jahre	33.732	20,50
70 - 79 Jahre	24.388	14,82
80 - 89 Jahre	15.325	9,31
≥ 90 Jahre	1.784	1,08

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen ohne Perforation des Gallengangs und ohne Fistel des Gallengangs		
K83.1 Verschluss des Gallenganges	1.049	0,64
T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	453	0,28
K91.81 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	359	0,22
K83.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege	274	0,17
S36.18 Verletzung: Gallengang	259	0,16
K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	144	0,09
K83.9 Krankheit der Gallenwege, nicht näher bezeichnet	33	0,02
K91.84 Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt	10	0,01
Fistel des Gallenganges (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K83.3 Fistel des Gallenganges	167	0,10

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie		
J18.9 Pneumonie, nicht näher bezeichnet	404	0,25
J18.1 Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	400	0,24
K56.0 Paralytischer Ileus	309	0,19
I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	208	0,13
J18.8 Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	204	0,12
J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	160	0,10
I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	151	0,09
J18.2 Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	143	0,09
K56.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	133	0,08
K91.3 Postoperativer Darmverschluss	131	0,08
Leberabszess (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K75.0 Leberabszess	117	0,07
Akute Peritonitis (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K65.0 Akute Peritonitis	493	0,30
Sonstige Peritonitis (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
K65.8 Sonstige Peritonitis	303	0,18
K65.9 Peritonitis, nicht näher bezeichnet	74	0,04
Infektionen innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie ohne Streptokokkensepsis, sonstige Sepsis, Erysipel, akute Peritonitis, sonstige Peritonitis und Cholangitis		
T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	536	0,33
T81.3 Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	343	0,21
Streptokokkensepsis (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
A40 Streptokokkensepsis	25	0,02

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Sonstige Sepsis (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
A41 Sonstige Sepsis	234	0,14
Diagnosen nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie ohne akute Blutungsanämie		
T81.1 Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	42	0,03
Akute Blutungsanämie (Auftreten innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie)		
D62 Akute Blutungsanämie	1.239	0,75

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Eingriffe nach operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen		
5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	2.024	1,23
5-516 Andere Rekonstruktion der Gallengänge	430	0,26
5-514 Andere Operationen an den Gallengängen	420	0,26
5-512 Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)	171	0,10
5-515 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge	68	0,04

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Prozeduren nach eingriffsspezifischen intra- und postoperativen Infektionen innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie		
8-176.2 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	843	0,51
8-176.0 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)	577	0,35
5-916.a0 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	326	0,20
5-900.1b Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion	301	0,18
5-894.1b Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Bauchregion	204	0,12
5-916.a3 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	174	0,11
5-896.1b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	168	0,10
5-916.a5 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums	146	0,09
5-541.4 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses	98	0,06
8-176.x Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Sonstige	83	0,05
Prozeduren nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung innerhalb von 30 Tagen bei Cholezystektomie		
8-800 Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	1.041	0,63

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Entlassungsgrund (nach §301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	146.346	88,92
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	11.860	7,21
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	113	0,07
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.249	0,76
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.599	0,97
(07) Tod	1.438	0,87
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[15]	69	0,04
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	377	0,23
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	1.264	0,77
(11) Entlassung in ein Hospiz	13	0,01
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	19	0,01
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	45	0,03
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	70	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[16]	48	0,03
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	25	0,02
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[17]	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	29	0,02

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[18]		
(1) ja	10	0,01

[15] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[16] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[17] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[18] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Erfassungsjahr 2024

Diagnosen gemäß ICD-10-GM während des stationären Indexaufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 159.962**	
Diagnosen bei Reinterventionen aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie		
K76.3 Leberinfarkt	9	0,01
K76.2 Zentrale hämorrhagische Lebernekrose	≤3	x
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie innerhalb von 365 Tagen		
T81.8 Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	733	0,46
T81.5 Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	23	0,01
T81.9 Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes	17	0,01
Narbenhernie mit Einklemmung innerhalb von 365 Tagen, ohne Gangrän		
K43.2 Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	531	0,33
K43.0 Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	187	0,12
K43.1 Narbenhernie mit Gangrän	5	0,00

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 159.962**	
Reinterventionen aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie		
5-549.5 Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	1.377	0,86
5-501.01 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Laparoskopisch	822	0,51
5-467.0 Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung)	625	0,39
5-541.2 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	606	0,38
5-505 Rekonstruktion der Leber	586	0,37
5-541.0 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	464	0,29
5-541.1 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	382	0,24
5-545 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	369	0,23
5-501.2 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision	241	0,15
8-146.0 Therapeutische Drainage von Organen des Bauchraumes: Leber	223	0,14
Reoperation innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie		
5-983 Reoperation	424	0,27
Andere Operationen am Darm (Bridenlösung und Adhäsiolyse) innerhalb von 365 Tagen		
5-469.1 Andere Operationen am Darm: Bridenlösung	32	0,02
Verschluss einer Narbenhernie innerhalb von 365 Tagen		
5-536 Verschluss einer Narbenhernie	4	0,00

Sozialdaten

Erfassungsjahr 2025

30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2025

Diagnosen gemäß ICD-10-GM

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen ohne Perforation des Gallengangs und ohne Fistel des Gallengangs		
K83.1 Verschluss des Gallenganges	411	0,25
K91.81 Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	200	0,12
K83.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege	102	0,06
S36.18 Verletzung: Gallengang	88	0,05
K91.88 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	79	0,05
T81.2 Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	40	0,02
K83.9 Krankheit der Gallenwege, nicht näher bezeichnet	7	0,00
K91.84 Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt	6	0,00
Fistel des Gallenganges		
K83.3 Fistel des Gallenganges	97	0,06

Erfassungsjahr 2025

30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2025

Diagnosen gemäß ICD-10-GM

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie innerhalb von 30 Tagen		
J18.9 Pneumonie, nicht näher bezeichnet	678	0,41
J18.1 Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	663	0,40
K56.0 Paralytischer Ileus	472	0,29
J18.8 Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	344	0,21
I21.4 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	340	0,21
J18.2 Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	295	0,18
I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	293	0,18
J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	254	0,15
K91.3 Postoperativer Darmverschluss	213	0,13
K56.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	212	0,13
Leberabszess		
K75.0 Leberabszess	220	0,13
Akute Peritonitis		
K65.0 Akute Peritonitis	482	0,29
Sonstige Peritonitis		
K65.8 Sonstige Peritonitis	165	0,10
K65.9 Peritonitis, nicht näher bezeichnet	27	0,02
Infektionen nach Cholezystektomie ohne Streptokokkensepsis, sonstige Sepsis, Erysipel, akute Peritonitis, sonstige Peritonitis und Cholangitis		
T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	564	0,34
T81.3 Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	170	0,10

Erfassungsjahr 2025

30 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2025

Diagnosen gemäß ICD-10-GM

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Streptokokkensepsis		
A40 Streptokokkensepsis	20	0,01
Sonstige Sepsis		
A41 Sonstige Sepsis	195	0,12
Diagnosen nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung bei Cholezystektomie ohne akute Blutungsanämie		
T81.1 Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	≤3	x
Akute Blutungsanämie		
D62 Akute Blutungsanämie	456	0,28

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Eingriffe nach operationsbedingten Gallenwegskomplikationen		
5-513 Endoskopische Operationen an den Gallengängen	2.904	1,76
5-516 Andere Rekonstruktion der Gallengänge	505	0,31
5-514 Andere Operationen an den Gallengängen	476	0,29
5-512 Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)	257	0,16
5-515 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge	95	0,06

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 164.575**	
Prozeduren nach eingriffsspezifischen intra- und postoperativen Infektionen bei Cholezystektomie		
8-176.2 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	914	0,56
8-176.0 Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)	660	0,40
5-916.a0 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	556	0,34
5-900.1b Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion	477	0,29
5-896.1b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	318	0,19
5-916.a5 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums	240	0,15
5-894.1b Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Bauchregion	230	0,14
5-916.a3 Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	216	0,13
5-896.0b Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Bauchregion	117	0,07
5-541.4 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses	110	0,07
Prozeduren nach interventionsbedürftiger intra- oder postoperativer Blutung bei Cholezystektomie		
8-800 Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	605	0,37

Erfassungsjahr 2024

Übersicht (Gesamt) / Allgemeine Daten

Mortalität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 159.962**	
Quartal des Sterbedatums		
1. Quartal	596	0,37
2. Quartal	825	0,52
3. Quartal	976	0,61
4. Quartal	1.221	0,76

Folgeaufenthalte

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 159.962**	
Folgeaufenthalte		
0	111.880	69,94
1	26.886	16,81
2	10.200	6,38
3	4.763	2,98
> 3	6.233	3,90

90 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024

Diagnosen gemäß ICD-10-GM

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 159.962**	
Diagnosen bei Reinterventionen aufgrund von Komplikationen nach einer Cholezystektomie		
K76.3 Leberinfarkt	15	0,01
K76.2 Zentrale hämorrhagische Lebernekrose	≤3	x

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 159.962**	
Reinterventionen aufgrund von Komplikationen nach einer Cholezystektomie		
5-549.5 Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	1.688	1,06
5-501.01 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Laparoskopisch	836	0,52
5-541.2 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	741	0,46
5-467.0 Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung)	693	0,43
5-505 Rekonstruktion der Leber	619	0,39
5-545 Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	496	0,31
5-541.0 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	484	0,30
5-541.1 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	463	0,29
8-146.0 Therapeutische Drainage von Organen des Bauchraumes: Leber	444	0,28
5-501.2 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision	270	0,17

365 - Tage - Follow-up nach Indexeingriff und Entlassung im EJ 2024

Diagnosen gemäß ICD-10-GM

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 159.962**	
Weitere intra- oder postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie		
T81.8 Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	881	0,55
T81.9 Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes	28	0,02
T81.5 Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist	11	0,01
Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän		
K43.2 Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	964	0,60
K43.0 Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	309	0,19
K43.1 Narbenhernie mit Gangrän	11	0,01

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie	**N = 159.962**	
Andere Operationen am Darm (Bridenlösung und Adhäsiolyse)		
5-469.1 Andere Operationen am Darm: Bridenlösung	168	0,11
Verschluss einer Narbenhernie		
5-536 Verschluss einer Narbenhernie	1.194	0,75

© IQTIG 2026

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 9
1 Hintergrund 10
Dialyse 22
2 Einordnung der Ergebnisse 23
2.1 Datengrundlage 23
2.1.1 Überblick 23
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 23
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 27
2.2.1 Überblick 27
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 29
2.2.3 Detailergebnisse 35
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 50
2.3.1 Überblick 50
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 50
2.3.3 Detailergebnisse 52
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 57
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 57
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 58
Nierentransplantation 59
2 Einordnung der Ergebnisse 60
2.1 Datengrundlage 60
2.1.1 Überblick 60
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 60
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 61
2.2.1 Überblick 61
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 62
2.2.3 Detailergebnisse 68

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 83
2.3.1 Überblick 83
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 83
2.3.3 Detailergebnisse 85
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 87
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 87
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 90
Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 92
2 Einordnung der Ergebnisse 93
2.1 Datengrundlage 93
2.1.1 Überblick 93
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 93
2.2.1 Überblick 93
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 94
2.2.3 Detailergebnisse 97
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 103
2.3.1 Überblick 103
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 103
2.3.3 Detailergebnisse 109
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 114
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 114
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 116
4 Evaluation 118
5 Ausblick 120
Literatur 122

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-DIAL 14
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-NTX 18
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-PNTX 19
Tabelle 4: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – NET-DIAL 20
Tabelle 5: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – NET-NTX 21
Tabelle 6: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – NET-PNTX-D 21
Tabelle 7: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - NET-DIAL 23
Tabelle 8: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - NET-DIAL 24
Tabelle 9: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2026) - NET-DIAL 26
Tabelle 10: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-DIAL 29
Tabelle 11: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – NET-DIAL 34
Tabelle 12: QI 572001: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten 35
Tabelle 13: TKez 572048: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 35
Tabelle 14: QI 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt 36
Tabelle 15: TKez 572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 36
Tabelle 16: QI 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration 37
Tabelle 17: TKez 572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 37
Tabelle 18: QI 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration 38
Tabelle 19: TKez 572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 38
Tabelle 20: QI 572005: Dialysefrequenz pro Woche 39
Tabelle 21: TKez 572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 39
Tabelle 22: QI 572006: Dialysedauer pro Woche 40
Tabelle 23: TKez 572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 40
Tabelle 24: TKez 572007: Ernährungsstatus 41
Tabelle 25: TKez 572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 41
Tabelle 26: TKez 572008: Anämiemanagement 42
Tabelle 27: TKez 572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 43

Tabelle 28: QI 572009: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen 43
Tabelle 29: TKez 572056: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 44
Tabelle 30: QI 572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen 44
Tabelle 31: TKez 572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 44
Tabelle 32: TKez 572011: 1-Jahres-Überleben 47
Tabelle 33: TKez 572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 47
Tabelle 34: TKez 572012: 2-Jahres-Überleben 47
Tabelle 35: TKez 572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 48
Tabelle 36: TKez 572013: 3-Jahres-Überleben 48
Tabelle 37: TKez 572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 48
Tabelle 38: TKez 572014: 5-Jahres-Überleben 49
Tabelle 39: TKez 572061: 5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 49
Tabelle 40: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - NET-DIAL 50
Tabelle 41: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – NET-DIAL 51
Tabelle 42: AK 852306: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 52
Tabelle 43: AK 852307: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 52
Tabelle 44: AK 852308: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 53
Tabelle 45: AK 852305: Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung) 54
Tabelle 46: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS NET 55
Tabelle 47: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-DIAL 57
Tabelle 48: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - NET-NTX, NET-PNTX - Erfassungsmodul PNTX 60
Tabelle 49: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-NTX 62
Tabelle 50: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – NET-NTX 65
Tabelle 51: QI 572016: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation 68
Tabelle 52: QI 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 69
Tabelle 53: QI 572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 69
Tabelle 54: QI 572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 70
Tabelle 55: QI 572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 70
Tabelle 56: QI 572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 70
Tabelle 57: QI 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation 72

Tabelle 58: QI 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 75
Tabelle 59: QI 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 75
Tabelle 60: QI 572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) 77
Tabelle 61: QI 572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) 77
Tabelle 62: TKez 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 78
Tabelle 63: TKez 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 78
Tabelle 64: TKez 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation 78
Tabelle 65: TKez 572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation 79
Tabelle 66: TKez 572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 80
Tabelle 67: TKez 572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 81
Tabelle 68: QI 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 81
Tabelle 69: TKez 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 82
Tabelle 70: TKez 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 82
Tabelle 71: TKez 572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation 82
Tabelle 72: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - NET-NTX 83
Tabelle 73: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – NET-NTX 84
Tabelle 74: AK 852210: Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up 85
Tabelle 75: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX 87
Tabelle 76: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX 90
Tabelle 77: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-PNTX 94
Tabelle 78: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – NET-PNTX 96
Tabelle 79: QI 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 97
Tabelle 80: QI 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 97
Tabelle 81: QI 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 98

Tabelle 82: QI 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 98
Tabelle 83: QI 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation 99
Tabelle 84: QI 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 100
Tabelle 85: TKez 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) 100
Tabelle 86: TKez 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) 101
Tabelle 87: TKez 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation) 101
Tabelle 88: QI 572047: Entfernung des Pankreastransplantats 102
Tabelle 89: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - NET-PNTX-D 103
Tabelle 90: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – NET-PNTX-D 104
Tabelle 91: AK 850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 109
Tabelle 92: AK 850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 109
Tabelle 93: AK 850278: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 110
Tabelle 94: AK 850279: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 110
Tabelle 95: AK 850280: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 111
Tabelle 96: AK 852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen 112
Tabelle 97: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX 114
Tabelle 98: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX-D 116

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BQB	Bundesqualitätsbericht
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EJ	Erfassungsjahr
ET	Eurotransplant
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichen-Nummer
M&M-Konferenz	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht verfügbar (*not available*)
NET-DIAL	Auswertungsmodul *Dialyse*
NET-NTX	Auswertungsmodul *Nierentransplantation*
NET-PNTX	Auswertungsmodul *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation*
NET-PNTX-D	Auswertungsmodul *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, Nierentransplantation*
NTX	Nierentransplantationen
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS NET	QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*
RL	Richtlinie
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
TKez	Transparenzkennzahl
TX	Transplantationsmedizin

1 Hintergrund

Unter dem QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* (*QS NET*) werden die Nierentransplantationen (*NET-NTX*), die Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen (*NET-PNTX*) und die unterschiedlichen Dialyseverfahren (*NET-DIAL*) zusammengefasst.

Die häufigsten Ursachen für ein chronisches Nierenversagen sind:

- Diabeteserkrankungen
- Bluthochdruck
- entzündliche Erkrankungen der Nierenkörperchen (Glomerulonephritis)
- angeborene Erkrankungen wie z. B. erbliche Zystennieren

Die dauerhafte Dialysetherapie als Ersatztherapie der Nierenfunktion umfasst bei betroffenen Patientinnen oder Patienten eine Peritoneal- oder Hämodialyse sowie eine Hämo(dia)filtration. Der Dialysebeginn kann sowohl im stationären und teilstationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen. Bei einer terminalen Niereninsuffizienz, welche einen endgültigen Funktionsverlust beider Nieren anzeigt, kann eine regelmäßige Dialysebehandlung das Leben der Patientin bzw. des Patienten erhalten. Im Rahmen der meist langjährig erforderlichen Dialysebehandlung lassen sich Folgeschäden an anderen Organsystemen nicht in jedem Fall vermeiden – auch bei optimaler Versorgung und aktiver Mitwirkung durch die Patientinnen oder Patienten. Demgegenüber ist die Nierentransplantation eine etablierte Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz. Die Transplantation der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und die kombinierte Transplantation von Pankreas und Niere kommen derzeit nur für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Betracht. Aufgrund des Ausfalls der Insulinproduktion in der Bauchspeicheldrüse verändert sich der Zuckerstoffwechsel, was wiederum zu erheblichen Folgeschäden führen kann (z. B. Schädigung der Nerven, der Augen oder der Nieren).

Im Vergleich zu anderen QS-Verfahren handelt es sich bei den transplantationsmedizinischen Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* um Verfahren mit nur wenigen Fällen pro Jahr. Die DeQS-RL legt daher – auch aufgrund der Unvorhersehbarkeit von Zeitpunkt und Ort von Ereignissen, insbesondere im Follow-up – eine Vollerhebung fest. Diese schließt auch Minderjährige und privat versicherte Patientinnen und Patienten ein.

Dialyse (*NET-DIAL*)

Das Auswertungsmodul *Dialyse* (*NET-DIAL*) hat zum Ziel, die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten unter chronischer Dialysebehandlung abzubilden. Die dauerhafte Dialysetherapie als Ersatztherapie der Nierenfunktion erfolgt bei betroffenen Patientinnen und Patienten mit einer Peritonealdialyse, einer Hämodialyse oder einer Hämo(dia)filtration. Die Dialyse kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor durchgeführt werden. Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* wird bei einer Behandlungsdauer von mindestens 90 Tagen von einer chronischen Dialysebehandlung gesprochen.

Zum Beginn der Dialysetherapie soll in der Regel die Anmeldung für die Warteliste zur Nierentransplantation bei Eurotransplant, der Vermittlungsstelle für Organspenden, geprüft werden (§ 13 Abs. 3 Transplantationsgesetz). Nach einer erfolgreichen Nierentransplantation findet die nephrologische Nachbehandlung häufig in Zusammenarbeit zwischen Transplantationszentrum und niedergelassenen Nephrologinnen und Nephrologen bzw. Dialysepraxen statt. Auch für die Versorgung während und nach einer Nieren- und/oder Nieren-Pankreas-Transplantation kann eine Dialysebehandlung notwendig sein. Sollte es zu einem Transplantatverlust (Abstoßung, Rekurrenz der Grunderkrankung etc.) kommen, beginnt für die meisten Patientinnen und Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nieren-Retransplantation unter Dialysebehandlung. Laut DeQS-RL ist die Förderung der Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren eines der angestrebten Ziele des QS-Verfahrens. Dies soll ermöglichen, individuelle Therapiemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion abzustimmen und u. a. dem Auftreten von Komplikationen oder Folgeerkrankungen entgegenzuwirken. Die Überlebenszeit von Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen ist wesentlich von der Qualität der Behandlung abhängig und kann bei der Kombination verschiedener Dialyseverfahren mit einer Nierentransplantation bei verbesserter Lebensqualität mehrere Jahrzehnte erreichen. Vor diesem Hintergrund liegen die weiteren Ziele des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* in der Förderung der Behandlungsqualität und der Senkung der Komplikationsraten im Rahmen der Dialysebehandlung, der Verringerung von Begleit- und Folgeerkrankungen, der Förderung der Transparenz über die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz sowie der Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten.

Nierentransplantation (*NET-NTX*)

Das Auswertungsmodul *NET-NTX* bezieht sich ausschließlich auf Organempfängerinnen und -empfänger. Bei Patientinnen und Patienten, die eine Nierentransplantation erhalten, handelt es sich um Menschen mit bereits bestehenden schweren Vorerkrankungen, deren anspruchsvolle Behandlung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich macht. Der Indexeingriff der Transplantation sowie die Nachsorge der Patientinnen und Patienten sind mit klinischen Risiken verbunden, denen entgegengewirkt werden muss. Entsprechende klinische Risiken umfassen bspw. eine Organabstoßung oder Infektionen bis hin zum Versterben der Patientin oder des Patienten. Durch eine bestmögliche Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen sowie eine Kooperation mit den ambulanten Einrichtungen können diese Risiken erheblich reduziert werden.

Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, dem Überleben sowie dem Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation, intra- und postoperativen Komplikationen, der Transplantatfunktion, Abstoßungsreaktionen sowie einem potenziellen Transplantatversagen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Transplantationen sowie die Verringerung der Komplikationsraten nach der Transplantation und von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Transplantation.

Bei der Betrachtung der Gesamtqualität ist zudem die Qualität und die Auswahl der Voruntersuchungen, sowie die Einordnung dieser Ergebnisse für die Indikationsstellung bei Empfängerpatientinnen und -patienten (Evaluationsqualität) entscheidend.

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

Das Auswertungsmodul *NET-PNTX* betrachtet die Transplantation der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und die kombinierte Transplantation von Pankreas und Niere. Diese Eingriffe kommen derzeit nur für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Betracht. Das Ziel der Pankreastransplantation ist die Wiederherstellung einer ausreichenden körpereigenen Insulinproduktion, sodass eine zusätzliche Insulintherapie unnötig wird. Da in der Regel die ausgefallene bzw. stark mangelhafte Insulinproduktion des Pankreas medikamentös ersetzt werden kann, ist die Indikation zur alleinigen Pankreastransplantation sehr restriktiv zu stellen. Sie ist nur dann indiziert, wenn trotz intensiver Bemühungen im Rahmen einer medikamentösen Therapie keine stabile Einstellung des Zuckerstoffwechsels erreicht werden kann. Ist zusätzlich bereits eine weit fortgeschrittene Schädigung der Nieren eingetreten, muss eine kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation in Erwägung gezogen werden. Diese Kombinationstransplantation verbessert nicht nur die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, sie stellt auch einen lebenserhaltenden Eingriff dar, da sie eine neuerliche diabetische Nierenschädigung verhindert und das Sterberisiko deutlich verringert. Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können die erheblichen Risiken einer solchen Transplantation zwar nicht gänzlich verhindert, aber zumindest deutlich reduziert werden. Auch hier spielt die Evaluationsqualität von Empfängerpatientinnen und -patienten für das Outcome eine entscheidende Rolle. Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, dem Überleben sowie dem Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation, der Transplantatfunktion sowie einem potenziellen Transplantatversagen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Transplantationen sowie die Verringerung der Komplikationsraten nach der Transplantation und von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Transplantation.

Um bei geringen jährlichen Fallzahlen von Pankreas- bzw. Pankreas-Nieren-Transplantationen die statistische Aussagekraft der Qualitätsindikatoren zu erhöhen und die Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser im Verlauf besser beurteilen zu können, umfasst der Auswertungszeitraum in diesem Auswertungsmodul in der Regel zwei Jahre (das aktuelle Erfassungsjahr und das Vorjahr). Das Verfahren *QS NET* ist im Erfassungsjahr 2020 gestartet. Erst seit dem Auswertungsjahr 2022 war es daher möglich, zwei Erfassungsjahre in die Auswertung einzubeziehen.

© IQTIG 2026

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Dialyse (NET-DIAL)

Im Auswertungsmodul *Dialyse* (*NET-DIAL*) wird über den Indikator „Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten" (ID 572001) und die Kennzahl „Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahre" (ID 572048) der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Beginn der Nierenersatztherapie nicht über alle theoretischen Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden, betrachtet. Darüber hinaus wird im Indikator „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt" (ID 572002) sowie in der Transparenzkennzahl „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren" (ID 572049) betrachtet, ob eine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde.

Weitere Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen adressieren die adäquate Durchführung von Dialysebehandlungen bei Patientinnen und Patienten. Hierbei wird die Verzögerung einer Shuntanlage bei absehbarer persistierender chronischer Niereninsuffizienz als ein zu vermeidendes bzw. zu minimierendes Risiko erachtet. Daher werden in der Gruppe „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung" (IDs 572003 und 572050) Patientinnen und Patienten erfasst, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung mit einem arteriovenösen Shunt versorgt wurden. Allerdings ist es nicht in allen Fällen möglich, die Dialyse über einen arteriovenösen Shunt durchzuführen. Dennoch sollen alle Patientinnen und Patienten mit einer Hämodialysebehandlung möglichst nicht über einen Katheter dialysiert werden, da es u. a. vermehrt zu zugangsassoziierten Komplikationen kommen kann. Aus diesem Grund werden im Indikator „Katheterzugang bei Hämodialyse" (ID 572004) sowie in der Transparenzkennzahl „Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren" (ID 572051) die Patientinnen und Patienten betrachtet, die bei ihrer Hämodialysebehandlung überwiegend über einen Katheter dialysiert werden. Gleichzeitig ist eine regelmäßige und ausreichende Anwendung der Hämodialysebehandlung von großer Bedeutung für das Outcome und das Nebenwirkungspotenzial bei Dialysepatientinnen und -patienten. Zum angemessenen Monitoring wird mithilfe der Indikatorgruppe „Dialysefrequenz pro Woche" (IDs 572005 und 572052) sowie „Dialysedauer pro Woche" (IDs 572006 und 572053) geprüft, ob die Patientinnen und Patienten in der Regel dreimal pro Woche eine Dialysebehandlung mit einer optimalen Dialysedauer von 12 Stunden pro Woche erhalten.

Als Prädiktoren für Mangelerscheinungen bei Dialysepatientinnen und Dialysepatienten während der Betreuung gelten insbesondere der Ernährungsstatus sowie das Anämiemanagement. Die Patientinnen und Patienten leiden häufig an einer Mangelernährung, was in einer schlechteren Verträglichkeit der Dialysebehandlung resultieren kann und somit eine erhöhte Gefahr für das Auftreten von Komplikationen darstellt. Dem verminderten Ernährungsstatus kann allerdings durch eine entsprechende Behandlungsqualität (z. B. diabetologische Betreuung, Ernährungsumstellung, Gabe von Phosphatbindern) entgegengewirkt werden. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Anämie und dem Rückgang der Nierenfunktion. Als Konsequenz wird in den Transparenzkennzahlen „Ernährungsstatus" (ID 572007) und „Anämie-

management“ (ID 572008) sowie in den jeweils dazugehörigen Transparenzkennzahlen für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (IDs 572054 und 572055) evaluiert, wie viele Mangelerscheinungen bei Dialysepatientinnen und Dialysepatienten auftreten.

Mit den sozialdatenbasierten Indikatoren „Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse“ (ID 572009) und „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Hämodialyse“ (ID 572010) sowie den jeweils dazugehörigen Transparenzkennzahlen für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (IDs 572056 und 572057) wird zusätzlich das Ausmaß von schweren Komplikationen, die während der Dialysebehandlung auftreten, betrachtet. Die Indikatoren zur Hospitalisierung werden seit dem Auswertungsjahr 2025 risikoadjustiert.

Bei einer fortwährenden Dialysebehandlung über mehrere Jahrzehnte besteht eine erhöhte Sterblichkeit, die insbesondere von der Behandlungsqualität sowohl während der Dialysebehandlung als auch vor und nach einer Nierentransplantation erheblich beeinflusst werden kann. Daher werden die Überlebensraten bis zu 10 Jahre betrachtet (Transparenzkennzahlen 572011 bis 572015 sowie 572058 bis 572062). Zum Auswertungsjahr 2026 ist für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 jedoch eine Nachverfolgbarkeit nur für bis zu 5 Jahre möglich, da die Verknüpfung von Follow-up-Daten durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-RL erst ab dem Erfassungsjahr 2020 erfolgt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-DIAL

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten			
572001	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten	QS-Dokumentation	2025
572048	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt			
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	QS-Dokumentation	2025
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration			
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration	QS-Dokumentation	2025
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration			
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration	QS-Dokumentation	2025
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche			
572005	Dialysefrequenz pro Woche	QS-Dokumentation	2025
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Dialysedauer pro Woche			
572006	Dialysedauer pro Woche	QS-Dokumentation	2025
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Ernährungsstatus			
572007	Ernährungsstatus*	QS-Dokumentation	2025
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Anämiemanagement			
572008	Anämiemanagement*	QS-Dokumentation	2025
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen			
572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
572056	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen			
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: 1-Jahres-Überleben			
572011	1-Jahres-Überleben*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: 2-Jahres-Überleben			
572012	2-Jahres-Überleben*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: 3-Jahres-Überleben			
572013	3-Jahres-Überleben*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2022
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2022
Gruppe: 5-Jahres-Überleben			
572014	5-Jahres-Überleben*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2020
572061	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2020

* Transparenzkennzahl

Nierentransplantation (NET-NTX) und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)

Mit den Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (IDs *NET-NTX* 527017 und *NET-PNTX* 572036) wird jeweils der Anteil der Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Krankenhaus während der Operation oder des sich anschließenden stationären Aufenthalts versterben. Mit dem Indikator „Intra- oder postoperative Komplikationen“ (ID 572016) werden behandlungsbedürftige (schwere) Komplikationen nach einer isolierten Nierentransplantation betrachtet, die während des Eingriffs oder des anschließenden stationären Aufenthalts auftreten.

In den Jahren nach der Transplantation besteht ein erhöhtes Risiko für ein Versterben. Dieses kann mit der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, mit der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen. Daher wird das Überleben auch in den fünf (*NET-NTX*) bzw. drei (*NET-PNTX*) Jahren nach der Operation betrachtet (IDs *NET-NTX* 572018, 572019, 572020 und 572021; *NET-PNTX* 572037, 572039 und 572041). Die Qualität der Nachsorgestruktur und Durchführung der Nachsorge wird in den Indikatoren

„Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" (IDs *NET-NTX* 302300 und *NET-PNTX* 312300) abgebildet.

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* soll das Organüberleben als entscheidendes Kriterium für die Bewertung des Erfolgs einer Transplantation in Form der Rate an behandlungsbedürftigen Abstoßungen des transplantierten Organs überprüft werden (IDs 572100 und 572101). Die Kennzahlen zur Rate an behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollen zukünftig jedoch überarbeitet werden. Durch den perzentilbasierten Referenzbereich resultierten in der Vergangenheit, als diese Kennzahlen noch als Qualitätsindikatoren geführt wurden, Referenzbereiche, die im Vergleich deutlich über der internationalen Norm lagen und somit nicht funktional waren. Weiterhin wird das Transplantatversagen innerhalb des ersten Jahres betrachtet (ID 572032) sowie als Kennzahl innerhalb des zweiten, dritten und fünften Jahres nach einer Nierentransplantation ausgewertet (IDs 572033, 572034 und 572035).

In der Indikatorengruppe „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats" des Auswertungsmoduls *NET-NTX* werden potenzielle Abstoßungsreaktionen, operative Komplikationen oder anderweitige Prozessprobleme betrachtet, die zu einer postoperativ eingeschränkten Funktion des Nierentransplantats führen können. Hierbei erfolgt eine getrennte Auswertung für Patientinnen und Patienten nach Lebendorganspende (ID 572023) und nach postmortaler Spende (ID 572022). Dies begründet sich mit der besseren Planbarkeit der Operation sowie der besseren medizinischen und gesundheitlichen Vorbedingungen bei Lebendspenderinnen bzw. Lebendspendern als bei einer Nierenspende von verstorbenen Personen.

Die Qualität der Transplantatfunktion hat sowohl Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit des Transplantats als auch die Notwendigkeit einer Re-Transplantation. Während die Transplantatfunktion in *NET-PNTX* mit dem Indikator „Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung" (ID 572043) direkt bei Entlassung aus dem stationären Aufenthalt untersucht wird, geschieht dies in *NET-NTX* 90 Tage nach der Transplantation durch die Indikatorengruppe „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation", wobei zwischen Lebendorganspende (ID 572025) und postmortaler Spende (ID 572024) unterschieden wird. Unabhängig von der Art der Spende wird in beiden Auswertungsmodulen zusätzlich die Qualität der Transplantatfunktion in den ersten fünf (*NET-NTX*) bzw. drei (*NET-PNTX*) Jahren nach der Transplantation betrachtet und als Kennzahlen dargestellt (IDs *NET-NTX* 572026, 572027, 572028 und 572029, *NET-PNTX* 572044, 572045 und 572046).

Das Pankreas ist gegenüber einer Minderversorgung während bzw. nach der Entnahme sehr empfindlich und bedarf entsprechend chirurgischer Erfahrung und Können sowohl bei der Entnahme des Organs als auch bei der Transplantation in die Empfängerin oder den Empfänger. Ebenso ist die Selektion bei der Organakzeptanz komplex, also auch das postoperative Management insbesondere bei kombinierter Pankreas-Nieren-Transplantation und bei Auftreten von Komplikationen. Der Qualitätsindikator zur postoperativen Entfernung des Pankreastransplantats (ID 572047) kann auf mögliche Mängel in all diesen Bereichen hinweisen.

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-NTX

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	QS-Dokumentation	2025
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation	QS-Dokumentation	2025
572021	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung			
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2025
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation			
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	QS-Dokumentation	2025
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	QS-Dokumentation	2025
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2025
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2025
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2025
572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen			
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation	2025
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QS-Dokumentation	2025
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2025
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2025
572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation*	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-PNTX

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation	QS-Dokumentation	2025
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QS-Dokumentation	2025
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)*	QS-Dokumentation	2025
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)*	QS-Dokumentation	2025
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)*	QS-Dokumentation	2025
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Dialyse (NET-DIAL)

Als Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit wird bei ständiger Dialysebehandlung die Dokumentation einer Referenzdialyse (ID 852305) ausgewertet. Da Fälle mit fehlender Referenzdialyse aus den Kennzahlen 572007, 572054, 572008 und 572055 ausgeschlossen werden, soll über dieses Auffälligkeitskriterium der Einfluss fehlender Referenzdialysen analysiert werden.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 852306) und Überdokumentation (852307) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die gemäß Sollstatistik erwartete Anzahl an Datensätzen übermitteln. Da Minimaldatensätze nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden können, soll ihre Anlage mithilfe des Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz (MDS) geprüft werden. Diese drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit konnten für das Auswertungsjahr 2026 erstmals ausgewertet werden. Im Auswertungsjahr 2025 kam es aufgrund eines Fehlers in der Spezifikation der MDS dazu, dass eine Auswertung nicht möglich war. Durch diesen Fehler war ein Abschluss von Dokumentationsbögen zu MDS möglich, allerdings ohne Angaben zum Erfassungsquartal. Während entsprechend spezifizierte MDS in anderen Qualitätssicherungsverfahren problemlos verarbeitet werden können, war dies im Auswertungsmodul *NET-DIAL* aufgrund der individuellen Zählweise von Basisbögen und MDS nicht möglich.

Tabelle 4: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – NET-DIAL

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852305	Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung)	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852306	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852307	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852308	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Nierentransplantation (NET-NTX) und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* gibt es ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit. Das Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage-Follow-up (ID 852210) im Auswertungsmodul *NET-NTX* prüft, ob das Follow-up zum zielführenden Zeitraum erhoben wurde.

Die weiteren Auffälligkeitskriterien werden für die beiden Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* gemeinsam im Auswertungsmodul *NET-PNTX-D* berechnet. Es gibt ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen“ (ID 852309) der Kategorie „Plausibilität und Vollständigkeit“ betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ dokumentiert wurde. Die Berechnungsergebnisse des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (*NET-NTX*: ID 572017; *NET-PNTX*: ID 572036), der Follow-up-Indikatoren zur Sterblichkeit (*NET-NTX*: IDs 572018, 572019 und 572020; *NET-PNTX*: IDs 572037, 572039 und 572041) sowie des Indikators zum Follow-up-Status (*NET-NTX*: ID 302300;

NET-PNTX: ID 312300) beruhen auf der Angabe des Todes als Entlassungsgrund. Dieses Auffälligkeitskriterium wurde eingeführt, da das Ergebnis dieser Indikatoren, insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl, verfälscht würde, wenn ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850255) und Überdokumentation (850256) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die Anzahl an Datensätzen übermitteln, die ihrer Sollstatistik entspricht. Mit den Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up (850278, 850279 und 850280) wird geprüft, ob die Follow-ups in den zielführenden Zeiträumen erhoben werden.

Tabelle 5: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – NET-NTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	QS-Dokumentation

Tabelle 6: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – NET-PNTX-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

Dialyse

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* ist in der Datengrundlage eine deutliche Verbesserung der Vollzähligkeit im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2026: 85,62 %, AJ 2025: 79,09 %) auf Bundesebene festzustellen. Dies kann sowohl an einer verbesserten Dokumentationsqualität der gelieferten Datensätze als auch an einer verbesserten Übermittlung der Sollstatistik liegen. Im Auswertungsjahr 2025 kam es dabei zu Fehlern bei der Ermittlung der Sollzahlen.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 7: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - NET-DIAL

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	298.943 291.618 7.325	351.845	84,96
Bund (teilstationäre Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.229 18.213 16	19.464	93,65
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	5.104 4.794 310	5.113	99,82
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	322.276 314.625 7.651	376.422	85,62
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	673	723	93,08
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	155		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	157	162	96,91
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (teilstationäre Leistungen)	147	152	96,71
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	28	26	107,69

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	823	877	93,84
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	830		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	833	887	93,91

Tabelle 8: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - NET-DIAL

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	315.346 308.870 6.476	404.321	77,99
Bund (teilstationäre Leistungen)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	18.017 17.990 27	18.764	96,02
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	4.934 4.678 256	4.664	105,79
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt* Basisdatensatz* MDS**	338.297 331.538 6.759	427.749	79,09
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	691	743	93,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	155		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	154	153	100,65
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (teilstationäre Leistungen)	144	144	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	28	27	103,70

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	837	889	94,15
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	848		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	847	898	94,32

* Aufgrund einer fehlerhaften Berechnung der Anzahl erwarteter Datensätze durch einige Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Anzahl der erwarteten Datensätze zu hoch und damit die Vollzähligkeit in Prozent zu gering.
** Aufgrund eines Spezifikationsfehlers kann die tatsächliche Anzahl der Minimaldatensätze von der hier dargestellten Anzahl abweichen.

Für das Modul *NET-DIAL* wurden weniger Datensätze übermittelt als erwartet. Im Vergleich zum Vorjahr verbesserte sich die Vollzähligkeit für das aktuellen Auswertungsjahr auf 85,62 % (AJ 2025: 79,09 %). Die Verbesserung in der Vollzähligkeit ist mutmaßlich auf eine verbesserte Dokumentation der gelieferten Datensätze zurückzuführen sowie auf eine verbesserte Sollstatistik. Im Auswertungsjahr 2025 kam es zu Fehlern bei der Ermittlung der Anzahl erwarteter Datensätze von kollektivvertraglichen Leistungen. So meldete beispielsweise eine kassenärztliche Vereinigung, dass sie eine dreifach zu hohe Soll-Zahl weitergeleitet hätte.

Bei einer reduzierten Gesamtzahl übermittelter Datensätze (AJ 2026: 298.943; AJ 2025: 315.346) sank auch die Anzahl der Leistungserbringer mit mindestens einem übermittelten Datensatz (entlassende Standorte) von 848 im Vorjahr auf 830 im Auswertungsjahr 2026.

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* wird pro Leistungserbringer und Quartal ein Datensatz pro Patientin bzw. Patient erwartet, was in der Regel einem Behandlungsfall entspricht. Für kollektivvertragliche Leistungen entspricht ein Behandlungsfall wiederum einem Behandlungsquartal, sodass in einem Datensatz alle Dialysen eines Quartals dokumentiert werden. Im teilstationären Bereich kann sich die Definition eines Behandlungsfalls allerdings von Leistungserbringer zu Leistungserbringer unterscheiden, sodass unter Umständen auch mehrere Datensätze pro Quartal übermittelt werden. In diesen Fällen wird unter „geliefert" dennoch nur ein Datensatz pro Quartal, Leistungserbringer und Patientin bzw. Patient gezählt, damit dies mit der Zählweise der „erwarteten" Datensätze übereinstimmt.

Werden für eine Patientin bzw. einen Patienten mehrere Basisdatensätze pro Jahr übermittelt, werden für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen die einzelnen Datensätze zusammengeführt. Des Weiteren bezieht sich die Berechnung der Indikatoren und Kennzahlen auf Patientinnen und Patienten,

- deren Therapiestatus als ständige Dialysebehandlung dokumentiert wurde. „Ständige Dialysebehandlung“ meint hier, dass die Patientin bzw. der Patient bei dem jeweils dokumentierenden Leistungserbringer in ständiger und nicht nur in kurzzeitiger Dialysebehandlung ist, beispielsweise im Rahmen einer Gast-/Feriendialyse.
- die innerhalb des Berichtszeitraums (meist vom 1. Oktober des vorigen Erfassungsjahres bis zum 30. September des aktuellen Erfassungsjahres) 13 Wochen in Dialysebehandlung sind.

Für das Auswertungsjahr 2026 entspricht dies 78.506 Patientinnen und Patienten mit 9.301.692 Dialysedatensätzen. Für das Auswertungsjahr 2025 entsprach dies 79.363 Patientinnen und Patienten mit 9.504.824 Dialysedatensätzen.

Die dargestellte Datengrundlage entspricht aufgrund der zuvor beschriebenen Zusammenführung der Datensätze nicht der Datengrundlage, die für die Berechnung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen verwendet wird.

Follow-up-Kennzahlen

Tabelle 9: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2026) - NET-DIAL

Erfassungsjahr	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)		
2025	291.618	99,12 N = 289.042
2024	308.870	99,69 N = 307.903
2023	298.120	99,73 N = 297.317
2022	280.271	99,21 N = 278.059
Bund (teilstationäre Leistungen)		
2025	18.213	99,67 N = 18.153
2024	17.990	99,47 N = 17.894
2023	17.367	99,14 N = 17.218
2022	18.111	99,03 N = 17.935

Erfassungsjahr	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (selektivvertragliche Leistungen)		
2025	4.794	99,42 N = 4.766
2024	4.678	100,00 N = 4.678
2023	4.077	100,00 N = 4.077
2022	3.916	100,00 N = 3.916
Bund (gesamt)		
2025	314.625	99,15 N = 311.961
2024	331.538	99,68 N = 330.475
2023	319.564	99,70 N = 318.612
2022	302.298	99,21 N = 299.910

Die Kennzahlen zum 10-Jahres-Follow-up können für das Auswertungsjahr 2026 im Auswertungsmodul *NET-DIAL* nicht ausgewertet werden. Die Verknüpfung der Follow-up-Daten ist durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-RL erst für Patientinnen und Patienten möglich, die ab dem Erfassungsjahr 2020 mit der Dialysebehandlung begonnen haben. Dementsprechend erfolgt auch keine Darstellung dieser Kennzahlen in den Berichten.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* wurde im Rahmen der durchgeführten Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung für die folgenden Indikatoren und Kennzahlen ein umfassender Überarbeitungsbedarf festgestellt:

- ID 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt
- ID 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration
- ID 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration
- ID 572005: Dialysefrequenz pro Woche
- ID 572006: Dialysedauer pro Woche

- ID 572007: Ernährungsstatus
- ID 572008 Anämiemanagement

Für weitere Indikatoren und Kennzahlen wurden ebenfalls Einschränkungen hinsichtlich der Eignungskriterien festgestellt. Die Indikatoren und Kennzahlen zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren wurden dabei zur Streichung empfohlen, da dieses Kollektiv zukünftig nicht mehr in das Verfahren einbezogen wird. Der Qualitätsaspekt der Gruppe „Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten" wird zukünftig durch Indikatoren der Patientenbefragung abgedeckt.

Vor diesem Hintergrund und einer damit verbundenen eingeschränkten Beurteilbarkeit der Ergebnisse empfahl das IQTIG für die Indikatoren keine Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2026 und entsprechend die Aussetzung der jeweiligen Referenzbereiche. Darüber hinaus empfahl das IQTIG eine zukünftige inhaltliche Überarbeitung dieser Indikatoren und Kennzahlen. Diese sollen dabei an den aktuellen Stand der fachlichen Grundlagen der Patientenversorgung in diesem Bereich angepasst werden. Die Indikatoren sollen dann im Anschluss wieder mit einem Referenzbereich ausgewertet werden. Der GBA ist dieser Empfehlung gefolgt und hat das IQTIG am 5. November 2025 entsprechend beauftragt.

Des Weiteren empfahl das IQTIG die Aussetzung des Referenzbereichs für den Indikator „Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten" (ID 572001). Begründet wurde dies damit, dass dieser Indikator für das Auswertungsjahr 2026 erstmalig ausgewertet wird. Daneben soll dieser Qualitätsaspekt der Patienteninformation zukünftig über die Patientenbefragung zum Verfahren *QS NET* abgebildet werden, statt wie bisher über die vom Leistungserbringer dokumentierten QS-Daten. Dies bedeutet, dass der Indikator nur einmalig für das Auswertungsjahr 2026 ausgewertet wird. Unabhängig davon bleibt die Information von Patientinnen und Patienten ein Qualitätsaspekt mit hoher Relevanz und ist für die Versorgungsqualität im Bereich der Nierenersatztherapie von zentraler Bedeutung.

Infolgedessen wird zum Auswertungsjahr 2026 nur für die beiden Indikatoren „Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen" (ID 572009) und „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen" (ID 572010) die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens empfohlen. Die Bundesergebnisse dieser beiden Indikatoren sind ähnlich den Vorjahresergebnissen.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 10: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-DIAL

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten				
572001	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten	- O = - N = -	48,44 % O = 5.729 N = 11.828 (nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
572048	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	18,75 % O = 6 N = 32	im Vorjahr nicht berechnet
Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt				
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt**	82,08 % O = 8.449 N = 10.293	78,24 % O = 7.998 N = 10.223 (nicht definiert)	vergleichbar
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*, **	x % O = ≤ 3 N = 15	x % O = ≤ 3 N = 22	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration				
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration**	43,52 % O = 6.899 N = 15.851	46,40 % O = 6.525 N = 14.063 (nicht definiert)	vergleichbar
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*,**	64,71 % O = 11 N = 17	46,67 % O = 7 N = 15	vergleichbar
Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration				
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration**	26,02 % O = 18.568 N = 71.366	26,74 % O = 18.939 N = 70.820 (nicht definiert)	vergleichbar
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*,**	38,57 % O = 27 N = 70	52,94 % O = 36 N = 68	vergleichbar
Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche				
572005	Dialysefrequenz pro Woche**	14,08 % O = 7.068 N = 50.209	15,36 % O = 9.836 N = 64.024 (nicht definiert)	vergleichbar
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*,**	43,28 % O = 29 N = 67	35,44 % O = 28 N = 79	vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Dialysedauer pro Woche				
572006	Dialysedauer pro Woche**	29,81 % O = 14.965 N = 50.209	31,28 % O = 20.025 N = 64.024 (nicht definiert)	vergleichbar
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*,**	64,18 % O = 43 N = 67	62,03 % O = 49 N = 79	vergleichbar
Gruppe: Ernährungsstatus				
572007	Ernährungsstatus*,**	5,62 % O = 4.012 N = 71.377	5,47 % O = 3.824 N = 69.883	vergleichbar
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*,**	x % O = ≤ 3 N = 83	x % O = ≤ 3 N = 71	vergleichbar
Gruppe: Anämiemanagement				
572008	Anämiemanagement*,**	0,42 % O = 299 N = 71.377	0,47 % O = 330 N = 69.883	vergleichbar
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*,**	0,00 % O = 0 N = 83	0,00 % O = 0 N = 71	vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen				
572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	0,98 O/E = 7.213 / 7.379,48 9,06 % O/N = 7.213 / 79.645	0,83 O/E = 6.651 / 8.028,77 8,47 % O/N = 6.651 / 78.556 (≤ 1,70; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
572056	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	33,33 % O = 5 N = 15	x % O = ≤ 3 N = 13	vergleichbar
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen				
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	0,95 O/E = 352 / 371,44 16,71 % O/N = 352 / 2.106	0,90 O/E = 359 / 400,75 16,26 % O/N = 359 / 2.208 (≤ 2,32; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	50,00 % O = ≤ 3 N = 6	x % O = 0 N = ≤ 3	vergleichbar
Gruppe: 1-Jahres-Überleben				
572011	1-Jahres-Überleben*	87,46 % O = 9.768 N = 11.169	87,77 % O = 10.346 N = 11.787 %	vergleichbar
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	100,00 % O = 21 N = 21	100,00 % O = 25 N = 25 %	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: 2-Jahres-Überleben				
572012	2-Jahres-Überleben*	73,41 % O = 7.760 N = 10.571	73,84 % O = 8.249 N = 11.172 %	vergleichbar
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	100,00 % O = 5 N = 5	100,00 % O = 21 N = 21	vergleichbar
Gruppe: 3-Jahres-Überleben				
572013	3-Jahres-Überleben*	61,64 % O = 5.951 N = 9.655	62,43 % O = 6.603 N = 10.576 %	vergleichbar
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	80,00 % O = 4 N = 5	x % O = ≤ 3 N = 5	vergleichbar
Gruppe: 5-Jahres-Überleben				
572014	5-Jahres-Überleben*	- O = - N = -	44,18 % O = 2.182 N = 4.939	im Vorjahr nicht berechnet
572061	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*	- O = - N = -	- O = - N = -	im Vorjahr nicht berechnet

* Transparenzkennzahl

** Für diese Indikatoren bzw. Kennzahlen wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf diese Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.

© IQTIG 2026

Tabelle 11: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – NET-DIAL

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	2024	51 / 830	6,14	24
		2025	57 / 810	7,04	18
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	2024	77 / 458	16,81	20
		2025	86 / 480	17,92	13

2.2.3 Detailergebnisse

Gruppe: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten (IDs 572001 und 572048)

Tabelle 12: QI 572001: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**48,44 %** **O = 5.729** **N = 11.828**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 13: TKez 572048: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**18,75 %** **O = 6** **N = 32**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Diese Gruppe misst, ob der jeweilige Leistungserbringer die Patientinnen und Patienten über alle Behandlungsmöglichkeiten, die theoretisch für die Behandlung der terminalen Niereninsuffizienz zur Verfügung stehen, informiert hat. Der Indikator „Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten“ (ID 572001) und die Kennzahl „Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahre“ (ID 572048) werden im Auswertungsjahr 2026 erstmals ausgewertet. Daneben ist vorgesehen, den Qualitätsaspekt der Patienteninformation zukünftig über die Patientenbefragung zum Verfahren *QS NET* abzubilden statt wie bisher über die vom Leistungserbringer dokumentierten QS-Daten. Dies bedeutet, dass der Indikator nur einmalig für das AJ 2026 ausgewertet wird. Vor diesem Hintergrund wurde der Referenzbereich zum AJ 2026 ausgesetzt. Nichtsdestotrotz bleibt der Qualitätsaspekt der Infor-

mation von Patientinnen und Patienten ein Aspekt mit hoher Relevanz, der für die Versorgungsqualität im Bereich der Nierenersatztherapie von zentraler Bedeutung ist.

Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt (IDs 572002 und 572049)

Tabelle 14: QI 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	69,63 % O = 7.087 N = 10.178	82,08 % O = 8.449 N = 10.293	**78,24 %** **O = 7.998** **N = 10.223**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 807 0,00 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 807 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 15: TKez 572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	41,67 % O = 5 N = 12	x % O = ≤ 3 N = 15	**x %** **O = ≤ 3** **N = 22**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Gruppe misst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die bis zwei Jahre nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde. Im Vergleich zum Vorjahr sank der Anteil an Patientinnen und Patienten, für die keine Evaluation dokumentiert wurde. Im Rahmen der erfolgten Verfahrensüberprüfung wurden Einschränkungen in der Operationalisierung dieses Indikators ermittelt (IQTIG 2025). Es zeigte sich in Diskussionen im Expertengremium auf Bundesebene, mit den Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung (LAG) sowie den Leistungserbringern eine verminderte Objektivität durch eine unzureichende Definition des Begriffs der Evaluation zur Transplantation und des Zeitpunkts, zu welchem diese als abgeschlossen gelten würde. Darüber hinaus zeigte sich eine verminderte Validität, da derzeit nicht gewährleistet wird, dass ausschließlich die relevanten Patientinnen und Patienten berücksichtigt und keine anderen Behandlungsfälle im Indikator bzw. der Kennzahl eingeschlos-

sen werden. Das Expertengremium auf Bundesebene wies auf die eventuelle Notwendigkeit hin, den Einschluss von Patientinnen und Patienten in diesen Indikator und diese Kennzahl restriktiver zu gestalten. Ebenfalls empfahlen die LAG, bei der Konzeption dieses Indikators bzw. der Kennzahl Kontraindikationen oder patientenindividuelle Aspekte (fortgeschrittenes Alter, maligne Erkrankungen, Patientenwillen) stärker zu berücksichtigen. Eine Überarbeitung dieses Indikators erfolgt aktuell im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Moduls Dialyse.

Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung (IDs 572003 und 572050) und
Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse (IDs 572004 und 572051)

Tabelle 16: QI 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	43,52 % O = 6.899 N = 15.851	**46,40 %** **O = 6.525** **N = 14.063**
rechnerische Auffälligkeiten	92 / 779 11,81 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 92 6,52 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 779 0,77 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 17: TKez 572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	64,71 % O = 11 N = 17	**46,67 %** **O = 7** **N = 15**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 18: QI 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	26,02 % O = 18.568 N = 71.366	**26,74 %** **O = 18.939** **N = 70.820**
rechnerische Auffälligkeiten	109 / 803 13,57 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 109 2,75 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 803 0,37 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 19: TKez 572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	38,57 % O = 27 N = 70	**52,94 %** **O = 36** **N = 68**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren und Kennzahlen dieser beiden Gruppen betrachten die Zugangsart bei den durchgeführten Hämodialysen oder Hämo(dia)filtrationen. Patientinnen und Patienten sollen möglichst frühzeitig mit einem Shunt versorgt und über diesen dialysiert werden. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 180 Tagen nicht über einen Shunt dialysiert werden, sollte daher möglichst gering sein. Des Weiteren sollte eine regelhafte Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration über einen Katheterzugang nur in Ausnahmefällen erfolgen, und zwar dann, wenn eine Dialyse über einen Shunt nicht möglich ist. Die Bundesergebnisse der Indikatoren zur Shuntanlage innerhalb von 180 Tagen und zum Katheterzugang blieben auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Während sich das Ergebnis der Kennzahl zur Shuntanlage innerhalb von 180 Tagen bei unter 18-Jährigen verbesserte, verschlechterte sich das Ergebnis der Kennzahl zum Katheterzugang in der gleichen Gruppe.

Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgte kein Stellungnahmeverfahren. Im Rahmen der erfolgten Verfahrensüberprüfung konnte im Zuge einer Literaturrecherche für die derzeitige inhaltliche Ausgestaltung und Operationalisierung der Indikatoren 572003 und 572004 ein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht eindeutig belegt werden (IQTIG 2025). Die

Bedeutung der Qualitätsmerkmale an sich wurde durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt. Das IQTIG empfahl in der Folge die Abschaffung beider Indikatoren in ihrer derzeitigen Form sowie eine Neuentwicklung mit Ausrichtung am aktuellen Stand des Wissens zu geeigneten Parametern für die Betrachtung der Zugangsart. Die Überarbeitung dieses Indikators erfolgt aktuell im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Moduls *Dialyse*.

Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche (IDs 572005 und 572052) und
Gruppe: Dialysedauer pro Woche (IDs 572006 und 572053)

Tabelle 20: QI 572005: Dialysefrequenz pro Woche

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	15,45 % O = 7.594 N = 49.162	14,08 % O = 7.068 N = 50.209	**15,36 %** **O = 9.836** **N = 64.024**
rechnerische Auffälligkeiten	54 / 821 6,58 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 54 3,70 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 821 0,24 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 21: TKez 572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	26,92 % O = 14 N = 52	43,28 % O = 29 N = 67	**35,44 %** **O = 28** **N = 79**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 22: QI 572006: Dialysedauer pro Woche

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	29,81 % O = 14.965 N = 50.209	**31,28 %** **O = 20.025** **N = 64.024**
rechnerische Auffälligkeiten	609 / 821 74,18 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 609 0,33 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 821 0,24 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 23: TKez 572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	64,18 % O = 43 N = 67	**62,03 %** **O = 49** **N = 79**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Mit den Indikatoren und den Kennzahlen dieser Gruppen wird der Anteil an Patientinnen und Patienten gemessen, die in mehr als 10 % der Wochen weniger als drei Dialysen pro Woche erhalten haben (IDs 572005 und 572052) bzw. deren mittlere Dialysedauer weniger als 12 Stunden pro Woche betrug (IDs 572006 und 572053).

Hier ist darauf zu achten, dass sofern der Beginn der Dialysetherapie nicht auf einem Montag liegt, erst seit dem Auswertungsjahr 2025 jeweils die erste Kalenderwoche der Dialysebehandlung ausgeschlossen wird. In der Vergangenheit führte eine verkürzte erste Woche u. U. zu einer rechnerischen Auffälligkeit in den Indikatoren, da die Dialysefrequenz und -dauer in dieser Woche nicht eingehalten wurde bzw. werden konnte. Des Weiteren werden seit dem Auswertungsjahr 2025 Quartale, in denen eine Dialysebehandlung beendet wird, bei der Berechnung ausgeschlossen, da es am Ende der Dialysetherapie nachvollziehbare Gründe für die Nichteinhaltung der Frequenz oder Dauer geben kann.

Für den Indikator „Dialysefrequenz pro Woche“ (ID 572005) zeigt sich eine Stagnation des Ergebnisses über die dargestellten drei Auswertungsjahre. Auch das Ergebnis des Indikators „Dialysedauer pro Woche“ (ID 572006) ist auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Für beide Indikatoren ist die Grundgesamtheit deutlich gestiegen. Es kam zu keiner Änderung der Definition der

Indikatoren oder der verwendeten Rechenregeln zwischen den beiden Auswertungsjahren. Allerdings verschickte das IQTIG im Vorjahr ein Informationsschreiben über die korrekte Dokumentation von wesentlichen Ereignissen an die Leistungserbringer. Möglicherweise hat eine verbesserte Dokumentation der wesentlichen Ereignisse dazu geführt, dass vermehrt Patientinnen und Patienten mit chronischer Behandlung erkannt und in die Grundgesamtheit eingeschlossen wurden.

Ein Stellungnahmeverfahren erfolgte zum Auswertungsjahr 2025 nicht. Im Rahmen der Verfahrensüberprüfung wurde im Zuge einer Literaturrecherche für die derzeitige inhaltliche Ausgestaltung und Operationalisierung der Indikatoren 572005 und 572006 ein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht eindeutig belegt (IQTIG 2025). Die Bedeutung der Qualitätsmerkmale an sich wurde durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt. Das IQTIG empfahl in der Folge die Abschaffung beider Indikatoren in ihrer derzeitigen Form und eine Neuentwicklung der Indikatoren. Die Überarbeitung dieses Indikators erfolgt aktuell im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Moduls Dialyse.

Gruppe Ernährungsstatus (IDs 572007 und 572054)

Tabelle 24: TKez 572007: Ernährungsstatus

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	4,73 % O = 3.306 N = 69.875	5,62 % O = 4.012 N = 71.377	**5,47 %** **O = 3.824** **N = 69.883**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 25: TKez 572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 65	x % O = ≤ 3 N = 83	**x %** **O = ≤ 3** **N = 71**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Das Ziel dieser Gruppe ist es, den Anteil an Patientinnen und Patienten zu messen, die unter Mangelernährung leiden. Dies wird dadurch operationalisiert, dass gemessen wird, wie viele Patientinnen und Patienten in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen sowohl einen niedrigen Serumalbuminwert als auch einen hohen Gewichtsverlust hatten.

Die Bundesergebnisse beider Kennzahlen sind auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr.

Vom Expertengremium auf Bundesebene wurde infrage gestellt, ob mit den genannten und aktuell verwendeten Faktoren das Vorliegen einer Mangelernährung überhaupt fachlich adäquat festgestellt werden kann. Dementsprechend zeigten sich im Rahmen der erfolgten Verfahrensüberprüfung Einschränkungen in der Operationalisierung der Transparenzkennzahl 572007 (IQTIG 2025). Das Expertengremium auf Bundesebene bestätigte zwar die Sinnhaftigkeit der Qualitätssicherung zum Management des Ernährungsstatus, die herangezogenen Faktoren Albuminwert und Gewichtsverlust wurden allerdings als nicht geeignet beurteilt, um von Mangelernährung betroffene Patientinnen und Patienten identifizieren zu können. Daher kann derzeit nicht gewährleistet werden, dass ausschließlich die relevanten Patientinnen und Patienten berücksichtigt und keine weiteren Behandlungsfälle in den Kennzahlen eingeschlossen würden. Dadurch ergibt sich eine geringe Validität der Kennzahl. Eine Überarbeitung dieses Indikators erfolgt aktuell im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Moduls Dialyse. Darüber hinaus gilt die zur Kennzahl 572007 beschriebene verminderte Validität auch für die Kennzahl 572054.

Gruppe: Anämiemanagement (IDs 572008 und 572055)

Tabelle 26: TKez 572008: Anämiemanagement

	AJ 2024	**AJ 2025**	**AJ 2026**
Bundesergebnis	0,44 % O = 306 N = 69.875	0,42 % O = 299 N = 71.377	**0,47 %** **O = 330** **N = 69.883**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 27: TKez 572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 65	0,00 % O = 0 N = 83	**0,00 %** **O = 0** **N = 71**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2026 lagen nur bei 330 von 69.883 Patientinnen und Patienten über 18 Jahren die Werte von Hämoglobin, Ferritin oder der Transferrin-Sättigung und CRP in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen außerhalb der jeweils definierten Grenzwerte, sodass von einer anhaltenden Anämie ausgegangen werden kann. Bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren trat dies – wie auch in den letzten Jahren – nicht auf.

Im Rahmen der erfolgten Verfahrensüberprüfung konnte im Zuge einer Literaturrecherche für die derzeitige inhaltliche Ausgestaltung und Operationalisierung der Transparenzkennzahl 572008 ein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht eindeutig belegt werden (IQTIG 2025). Die Bedeutung des Qualitätsmerkmals an sich wurde durch die Ergebnisse der Literaturrecherche jedoch nicht infrage gestellt. Eine Überarbeitung dieses Indikators erfolgt aktuell im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Moduls Dialyse.

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse (IDs 572009 und 572056) und
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen (IDs 572010 und 572057)

Tabelle 28: QI 572009: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	0,98 O/E = 7.213 / 7.379,48 9,06 % O/N = 7.213 / 79.645	**0,83** **O/E = 6.651 / 8.028,77** **8,47 %** **O/N = 6.651 / 78.556**
rechnerische Auffälligkeiten	62 / 826 7,51 %	51 / 830 6,14 %	**57 / 810** **7,04 %** **(Refbereich: ≤ 1,70; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 62 4,84 %	**3 / 51** **5,88 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 826 0,36 %	**3 / 830** **0,36 %**	n. a.

Tabelle 29: TKez 572056: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 8	33,33 % O = 5 N = 15	**x %** **O = ≤ 3** **N = 13**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 30: QI 572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	0,95 O/E = 352 / 371,44 16,71 % O/N = 352 / 2.106	**0,90** **O/E = 359 / 400,75** **16,26 %** **O/N = 359 / 2.208**
rechnerische Auffälligkeiten	140 / 447 31,32 %	77 / 458 16,81 %	**86 / 480** **17,92 %** **(Refbereich: ≤ 2,32; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 140 5,00 %	**3 / 77** **3,90 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 447 1,57 %	**3 / 458** **0,66 %**	n. a.

Tabelle 31: TKez 572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 5	x % O = ≤ 3 N = 6	**x %** **O = 0** **N = ≤ 3**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren und Kennzahlen dieser Gruppen messen den Anteil an Patientinnen und Patienten mit chronischer Peritonealdialyse (IDs 572010, 572057) bzw. Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration (IDs 572009, 572056), die aufgrund einer am PD-Katheter (IDs 572010, 572057) bzw. am Zugang aufgetretenen Infektion (IDs 572009, 572056) mindestens einmal stationär behandelt werden mussten.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurde für die beiden Indikatoren dieser Gruppen erstmals eine Risikoadjustierung eingeführt (IDs 572009, 572010). Das hierbei verwendete logistische Regressionsmodell berücksichtigt die folgenden Risikofaktoren:

- Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen (ID 572009)
  - Alter in Jahren
  - Geschlecht
  - Dauer der Dialysetherapie
  - Transplantation
  - Adipositas
  - Blutungskomplikationen
  - Demenz
  - HIV
  - multiresistente Keime
  - psychische Erkrankung
  - Sepsis
  - Verschlusskrankheit
  - Linksherzinsuffizienz Stadium 3 oder 4
- Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen (572010):
  - Alter in Jahren
  - Dauer der Dialysetherapie
  - Transplantation
  - Blutungskomplikationen
  - Malignom
  - Demenz
  - multiresistente Keime
  - Sepsis

Da die Indikatoren und Kennzahlen dieser Gruppe auch auf Basis von Sozialdaten berechnet werden, sind die ab S. 55 beschriebenen Einschränkungen der zum Auswertungsjahr 2025 vorliegenden Sozialdaten zu beachten.

Die Bundesergebnisse beider Indikatoren zum Auswertungsjahr 2026 zeigen, dass jeweils weniger Fälle aufgetreten sind als erwartet wurde. Die Ergebnisse liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr.

Trotz erfolgter Risikoadjustierung zeigen sich insbesondere für den Indikator 572009 Unterschiede zwischen den Sektoren (kollektivvertragliche Leistungen: 0,80; teilstationäre Leistungen:

1,39; selektivvertragliche Leistungen: 0,83). Die Ursache dieser Unterschiede zwischen den Sektoren könnte darin liegen, dass bei der Risikoadjustierung noch nicht alle relevanten Risikofaktoren berücksichtigt werden konnten. So wurde vom Expertengremium auf Bundesebene angemerkt, dass auch weitere kognitive Störungen (neben der Demenz) relevante Risikofaktoren sein könnten. Einige der zumindest potenziell möglichen Risikofaktoren können noch nicht berücksichtigt werden, da diese noch nicht erfasst werden. Eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierung soll daher zukünftig erfolgen.

Die Kennzahlen zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden weiterhin ohne Risikoadjustierung ausgewertet. Hier zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine verringerte Rate, vor dem Hintergrund der geringen Fallzahlen ist jedoch kein eindeutiger Trend erkennbar.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 erhielt das IQTIG über die Landesarbeitsgemeinschaften erneut die Rückmeldung, dass einige Leistungserbringer die Zahlen im Nenner der Indikatoren dieser Gruppe nicht nachvollziehen konnten. Demnach hätten diese jeweils mehr Patientinnen und Patienten mit Hämodialyse und Häm(dia)filtration bzw. mit Peritonealdialyse behandelt als in den Grundgesamtheiten dieser Indikatoren dargestellt wurden. Trotz Einbezug unterschiedlicher Parteien, insbesondere der LAG, in die Analyse gelang es bisher bedauerlicherweise nur teilweise, die komplexe Problematik zu klären und zu beheben. Ohne die gemäß Leistungserbringer als fehlend gemeldeten Fälle zu kennen, ist eine Überprüfung hierzu nur sehr eingeschränkt möglich gewesen. Die Evaluation der Sozialdaten deutete zum Auswertungsjahr 2025 ebenfalls nicht auf Probleme hinsichtlich der übermittelten Sozialdaten hin. Dem IQTIG ist daher aktuell nur möglich, darauf hinzuweisen, dass die Rechenregeln der Indikatoren und Kennzahlen bestimmte Fälle ausschließen würden, wodurch eine Ursache für die Nichtberücksichtigung im Indikator bzw. in der Kennzahl begründet wäre. Des Weiteren kann auf Gründe für eine mögliche Nichtverknüpfbarkeit von QS- und Sozialdaten hingewiesen werden, die von den Leistungserbringern zur Problembehebung überprüft werden könnten. So kann es sich z. B. um eine besondere Personengruppe oder eine Änderung bezüglich der Abrechnung nach erfolgter MD-Prüfung und Jahresabschluss handeln. Nichtsdestotrotz wird das IQTIG auch im Rahmen der Weiterentwicklung des Moduls Dialyse weitere Ursachen prüfen.

Transparenzkennzahlen zum 1-, 2- 3- und 5-Jahres-Überleben (IDs 572011 und 572058, 572012 und 572059, 572013 und 572060, 572014 und 572061)

Tabelle 32: TKez 572011: 1-Jahres-Überleben

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	87,90 % O = 9.059 N = 10.306	87,46 % O = 9.768 N = 11.169	**87,77 %** **O = 10.346** **N = 11.787**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 33: TKez 572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	100,00 % O = 21 N = 21	**100,00 %** **O = 25** **N = 25**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 34: TKez 572012: 2-Jahres-Überleben

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	73,17 % O = 6.942 N = 9.488	73,41 % O = 7.760 N = 10.571	**73,84 %** **O = 8.249** **N = 11.172**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 35: TKez 572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O =- N = -	**100,00 %** **O = 21** **N = 21**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 36: TKez 572013: 3-Jahres-Überleben

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	61,64 % O = 5.951 N = 9.655	**62,43 %** **O = 6.603** **N = 10.576**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 37: TKez 572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**-** **O = -** **N = -**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 38: TKez 572014: 5-Jahres-Überleben

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**44,18 %** **O = 2.182** **N = 4.939**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 39: TKez 572061: 5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**-** **O = -** **N = -**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen dieser Gruppen adressieren das Überleben von Dialysepatientinnen und Dialysepatienten ein Jahr (IDs 572011 und 572058), zwei Jahre (IDs 572012 und 572059), drei Jahre (IDs 572013 und 572060) bzw. fünf Jahre (IDs 572014 und 572061) nach Beginn der Dialyse.

Besonders der Anteil von Patientinnen und Patienten im 5-Jahres-Überleben scheint mit 44,18 % relativ niedrig. Das Expertengremium schätzt dieses Ergebnis jedoch als plausibel ein. Die Dialysepopulation weise demnach ein stetig steigendes Alter und ein zunehmendes Auftreten von Komorbiditäten auf. Diese habe leider starke Auswirkungen auf das Langzeitüberleben der Patientinnen und Patienten.

Die Auslösung der QS-Dokumentation für Kinder und Jugendliche erfolgt seit dem 1. Januar 2023. Da die (Vorjahres-) Ergebnisse der Kennzahlen zum 1-, 2-, 3, und 5-Jahres-Überleben zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (IDs 572058, 572059, 572013 und 572060) auch Zeiträume vor dem 1. Januar 2023 einschließen, können für diese Zeiträume keine Ergebnisse ausgegeben werden.

Da die Kennzahlen dieser Gruppe auch auf Basis von Sozialdaten berechnet werden, sind die ab S. 55 beschriebenen Einschränkungen der zum Auswertungsjahr 2025 vorliegenden Sozialdaten zu beachten.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* konnten im Auswertungsjahr 2026 erstmalig Auffälligkeitskriterien ausgewertet werden. Bei einer fortwährend bestehenden Unterdokumentation (Vollzähligkeit 84,86 %) wurden in 2 % der ausgelösten Fälle Minimaldatensätze angelegt. Da die Anlage von Minimaldatensätzen im Auswertungsmodul *NET-DIAL* in manchen Fällen gerechtfertigt ist, scheint ein Ergebnis von 2 % Minimaldatensätzen plausibel.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 40: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - NET-DIAL

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852305	Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung)	1,32 % 4.907/371.295 (≤ 0,92 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852306	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	85,62 % 322.276/376.422 (≥ 95,00 %)
852307	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	85,62 % 322.276/376.422 (≤ 110,00 %)
852308	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	2,03 % 7.651/376.422 (≤ 5,00 %)

Tabelle 41: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – NET-DIAL

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852305	Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung)	572007: Ernährungsstatus 572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 572008: Anämiemanagement 572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	2025	35 / 694	5,04	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852306	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	256 / 887	28,86	-
852307	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	13 / 887	1,47	-
852308	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	62 / 887	6,99	-

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation (IDs 852306 und 852307)

Tabelle 42: AK 852306: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	n. a.	n. a.	**85,62 % O = 322.276 N = 376.422**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**256 / 887 28,86 % (Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 43: AK 852307: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	n. a.	n. a.	**85,62 % O = 322.276 N = 376.422**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**13 / 887 1,47 % (Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 852306) bzw. Überdokumentation (ID 852307) prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS) als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Diese Auffälligkeitskriterien wurden im Auswertungsjahr 2026 erstmalig ausgewertet. Es zeigen sich dabei deutlich mehr rechnerisch auffällige Leistungserbringer mit einer Unterdokumentation im Vergleich zur Überdokumentation. Für das Auswertungsjahr 2025 konnten die Auffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 852306) bzw. Überdokumentation (ID 852307), sowie zum Minimaldatensatz (ID 852308), aufgrund eines Fehlers in der Spezifikation der MDS nicht ausgewertet werden. Durch diesen Fehler war ein Abschluss von Dokumentationsbögen zu MDS, allerdings ohne Angaben zum Erfassungsquartal, möglich. Wenn

auch entsprechend spezifizierte MDS in anderen Qualitätssicherungsverfahren problemlos verarbeitet werden können, war dies aufgrund der individuellen Zählweise von Basisbögen und MDS im Auswertungsmodul *NET-DIAL* nicht möglich.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (ID 852308)

Tabelle 44: AK 852308: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	n. a.	n. a.	**2,03 % O = 7.651 N = 376.422**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**62 / 887 6,99 % (Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz wird zum Auswertungsjahr 2026 erstmalig ausgewertet. Für das Auswertungsjahr 2025 konnte es aufgrund eines Fehlers in der Spezifikation der MDS nicht ausgewertet werden (siehe Beschreibung im vorherigen Absatz der Auffälligkeitskriterien zur Über- und Unterdokumentation).

Im Auswertungsjahr 2026 wurde in ca. 2 % der ausgelösten Fälle ein Minimaldatensatz angelegt. Dieser niedrige Wert scheint plausibel, da Konstellationen bekannt sind, in denen die Anlage eines Minimaldatensatzes zwingend erforderlich ist. Beispielsweise gibt es nach Aussage einer LAG und Expertinnen/Experten Vereinbarungen mit verschiedenen kassenärztlichen Vereinigungen, welche die Abrechnung einer Apherese über den GOP-Kode 13602 (Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten) ermöglichen. Für solche Fälle wird eine Dokumentationspflicht ausgelöst, obwohl keine Dialyse stattfindet und ein Minimaldatensatz angelegt werden muss.

Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung) (ID 852305)

Tabelle 45: AK 852305: Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	n. a.	n. a.	**1,32 % O = 4.907 N = 371.295**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**35 / 694 5,04 % (Refbereich: ≤ 0,92 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Als Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit wird bei ständiger Dialysebehandlung die Dokumentation einer Referenzdialyse (ID 852305) ausgewertet. Da Fälle mit fehlender Referenzdialyse aus den Kennzahlen 572007, 572054, 572008 und 572055 ausgeschlossen werden, soll über dieses Auffälligkeitskriterium der Einfluss fehlender Referenzdialysen analysiert werden.

Der Anteil an nicht durchgeführten Referenzdialysen liegt auf Bundesebene im Rahmen des Erwartbaren. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die angewendete Rechenregel von der sprachlichen Nenner-Zähler-Beschreibung abweicht. In der Ergebnisdarstellung dieses Auffälligkeitskriteriums bezieht sich der Nenner auf die Anzahl der ausgewerteten Basisbögen (i. d. R. quartalsbezogene Dokumentation) und nicht auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten. Berücksichtigt werden Basisbögen von Patientinnen und Patienten mit chronischer Dialysetherapie und ganzjähriger Behandlung (Dialyse in allen vier Quartalen). Dadurch liegen pro Patientin/Patientin der Regel mindestens vier Basisbögen vor (je Quartal ein Basisbogen), sodass sich im Nenner eine deutlich höhere Zahl als die Anzahl der Patientinnen/Patienten ergibt. Der Zähler des Auffälligkeitskriteriums umfasst alle Basisbögen von Patientinnen und Patienten mit mindestens einer fehlenden Referenzdialyse, somit werden pro Patientin/Patient mehrere Basisbögen gezählt. Die Rechenregeln waren ursprünglich als Auswertung auf Ebene der Patientinnen und Patienten formuliert; die aktuelle Ergebnisdarstellung erfolgt jedoch auf Basisbogenebene. Die Auswertung auf Ebene dieser Basisbögen erreicht jedoch das gleiche Ergebnis. Es weisen genau diejenigen Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, die in mindestens einem der Quartale keine Referenzdialyse durchgeführt haben.

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

In den Modulen *DIALS* und *NTXS* werden in den Erfassungsjahren 2025 bzw. 2020 bis 2025 insgesamt 16 bzw. 14 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.[1] Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 8 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind. In Tabelle 46 sind die im AJ 2026 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 46: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS NET

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen		Vollzähligkeit der Daten	
			DIALS (EJ 2025)	NTXS (EJ 2025)	DIALS (EJ 2025)	NTXS (EJ 2025)
30	Fehlende Datenlieferung	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	3 von 93	3 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,66 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 100 %.
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	9 von 92	0 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit der kollektivvertraglichen Fälle nach § 295 SGB V liegt bei 96,60 %.	-

[1] Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf (abgerufen am 31.07.2026).

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen		Vollzähligkeit der Daten	
			DIALS (EJ 2025)	NTXS (EJ 2025)	DIALS (EJ 2025)	NTXS (EJ 2025)
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Sterbefällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 93	1 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98,05 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98,05 %.

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegen keine Sterbeinformationen vor. Hierdurch wird die Sterblichkeit vermutlich um 2 % unterschätzt. Durch die fehlende aktuelle Lieferung von drei Krankenkassen wurden die Auffälligkeiten in PK30 *„Fehlende Datenlieferung“* erzeugt. Hierdurch ist die Vollständigkeit von Indexpatientinnen/-patienten betroffen, die in den letzten 3 Monaten des Berichtszeitraums zum ersten Mal und ausschließlich im ambulanten Kontext in der Grundgesamtheit auftauchen. Über alle Auffälligkeiten hinweg ist daher eine Beeinträchtigung aller 12 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren möglich.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst, kann seitens des IQTIG ohne Entwicklung einer entsprechenden Methodik und weitere umfangreiche Datenanalysen nicht ermittelt werden. Daher ist es nicht auszuschließen, dass es im Vergleich zu einer vollständigen Lieferung zu Unterschieden z. B. bei der Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer kommen kann. Aufgrund der relativ geringen Abweichungen wird keine Veränderung der Referenzwerte erwartet.

© IQTIG 2026

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 47: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-DIAL

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	5.304	-	5.354	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	5.304	100,00	1.288	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1.066	20,10	128	9,94
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1.066	100,00	128	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1.066	100,00	128	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	613	57,50	67	52,34
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	453	42,50	61	47,66
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	453	100,00	61	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	0,66	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	0,44	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	288	27,02	36	28,12
Bewertung als qualitativ auffällig	23	2,16	6	4,69
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	27	2,53	3	2,34
Sonstiges	113	10,60	16	12,50

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	17	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Für das Auswertungsjahr 2025 wurde für den überwiegenden Teil der Indikatoren der jeweilige Referenzbereich ausgesetzt. Hintergrund ist, dass im Auswertungsmodul *NET-DIAL* im Rahmen der durchgeführten Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung für die folgenden Indikatoren ein umfassender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde:

- 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt
- 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration
- 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration
- 572005: Dialysefrequenz pro Woche
- 572006: Dialysedauer pro Woche

Infolgedessen wurde zum Auswertungsjahr 2025 nur für die beiden Indikatoren „Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen“ (ID 572009) und „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen“ (ID 572010) ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Für diese beiden Indikatoren wurde zu 61 der insgesamt 128 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Das entspricht einem Anteil von 47,66 %. Als Gründe wurden durch die Landesarbeitsgemeinschaften das erstmalige Auftreten einer geringfügigen Abweichung vom Referenzbereich, die Komplexität des Verfahrens oder entsprechende Empfehlungen der zuständigen Fachkommission genannt. Zu keinem rechnerisch auffälligen Indikatorergebnis wurde ein Gespräch oder eine Begehung durchgeführt. Am Ende des Stellungnahmeverfahrens wurden 6 Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. 4 dieser Ergebnisse wurden aufgrund einer fehlenden Stellungnahme durch den Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Die beiden übrigen Einstufungen erfolgten aufgrund von Prozessmängeln bei der Vermeidung von Infektionen.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Für das Auswertungsjahr 2025 wurden im Auswertungsmodul *NET-DIAL* keine Auffälligkeitskriterien ausgewertet.

Nierentransplantation

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

In den Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Nierentransplantationen und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen um 178 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Die Datengrundlage wird übergreifend für beide Auswertungsmodule erstellt. Sowohl die übermittelte Anzahl an Datensätzen als auch die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, entsprachen der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen der Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 48: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - NET-NTX, NET-PNTX - Erfassungsmodul PNTX

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	2.279 2.278 1	2.279	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	38		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	38	38	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	37	37	100,00

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul *PNTX* dokumentiert. Aus diesem Grund gibt es eine gemeinsame Datengrundlage für diese beiden Auswertungsmodule. Die Zuordnung eines Datensatzes zum Auswertungsmodul *NET-PNTX* bzw. *NET-NTX* erfolgt anhand eines Datenfeldes im Dokumentationsbogen, weshalb die Anzahl der übermittelten Datensätze von der tatsächlichen Anzahl der zur Auswertung genutzten Datensätze des jeweiligen Auswertungsmoduls abweichen kann.

Für die Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* wurden genauso viele Datensätze übermittelt wie erwartet wurden. Die Vollzähligkeit liegt damit bei 100 %. Im Vorjahr lag mit einer Vollzähligkeit von 100,38 % eine leichte Überdokumentation vor. Trotz einer gestiegenen Gesamtzahl übermittelter Datensätze (AJ 2026: 2.279; AJ 2025: 2.101) verringerte sich die Anzahl der Leistungserbringer mit

mindestens einem übermittelten Datensatz (entlassende Standorte) von 39 im Auswertungsjahr 2025 auf 38 im Auswertungsjahr 2026. Die Bundesfachkommission bewertete die Zunahme der Anzahl der Datensätze aufgrund steigender Fallzahlen als plausibel.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen der Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *NET-NTX*. Für die Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 572017) und dem Überleben (IDs 572018, 572019 und 572029) ist weiterhin ein positiver Trend im Jahresverlauf zu verzeichnen. Der Indikator zum 5-Jahres-Überleben (ID 572021) wurde im Auswertungsjahr 2026 erstmalig ausgewertet. Durch eine Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegen im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation“ (ID 302300) deutlich weniger Fälle vor und auch keine rechnerische Auffälligkeit. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850278, 850279 und 850280).

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 49: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-NTX

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	13,21 % O = 266 N = 2.013	13,75 % O = 299 N = 2.174 (≤ 25,00 %)	vergleichbar
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,94 % O = 19 N = 2.013	0,69 % O = 15 N = 2.174 (≤ 5,00 %)	vergleichbar
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	97,11 % O = 1.912 N = 1.969	97,50 % O = 1.911 N = 1.960 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	95,75 % O = 1.758 N = 1.836	95,10 % O = 1.844 N = 1.939 (≥ 85,00 %)	vergleichbar
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	92,79 % O = 1.622 N = 1.748	93,89 % O = 1.705 N = 1.816 (≥ 80,00 %)	vergleichbar
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nieren-transplantation	O = 10 N = 5.341	O = 5 N = 5.523 (≤ 1,00 Fall/Fälle)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572021	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	- O = - N = -	87,16 % O = 1.039 N = 1.192 (≥ 75,09 %; 5. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung				
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	78,51 % O = 1.067 N = 1.359	79,50 % O = 1.183 N = 1.488 (≥ 60,00 %)	vergleichbar
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	95,75 % O = 608 N = 635	97,76 % O = 656 N = 671 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation				
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	81,89 % O = 963 N = 1.176	81,75 % O = 1.021 N = 1.249 (≥ 67,69 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	95,02 % O = 553 N = 582	94,17 % O = 565 N = 600 (≥ 83,33 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation*	88,53 % O = 1.605 N = 1.813	89,35 % O = 1.627 N = 1.821	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation*	88,42 % O = 1.428 N = 1.615	88,73 % O = 1.536 N = 1.731	vergleichbar
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation*	85,93 % O = 1.264 N = 1.471	87,56 % O = 1.379 N = 1.575	eingeschränkt vergleichbar
572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation*	- O = - N = -	83,09 % O = 752 N = 905	im Vorjahr nicht berechnet
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen				
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	3,78 % O = 70 N = 1.851	3,41 % O = 66 N = 1.935	vergleichbar
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen*	3,78 % O = 70 N = 1.851	3,41 % O = 66 N = 1.935	vergleichbar
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	4,53 % O = 87 N = 1.921	4,10 % O = 79 N = 1.928 (≤ 9,81 %; 90. Perzentil)	vergleichbar
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation*	5,32 % O = 94 N = 1.768	5,17 % O = 96 N = 1.857	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation*	6,93 % O = 114 N = 1.644	5,93 % O = 102 N = 1.719	vergleichbar
572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation*	- O = - N = -	11,39 % O = 121 N = 1.062	im Vorjahr nicht berechnet

* Transparenzkennzahl

Tabelle 50: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – NET-NTX

ID	Qualitätsindikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	2024	5 / 39	12,82	0
		2025	3 / 38	7,89	2
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	0 / 39	0,00	-
		2025	1 / 38	2,63	0
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	3 / 39	7,69	0
		2025	2 / 39	5,13	1

ID	Qualitätsindikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	2 / 38	5,26	1
		2025	1 / 39	2,56	0
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	2 / 39	5,13	1
		2025	1 / 38	2,63	0
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation	2024	24 / 39	61,54	20
		2025	0 / 40	0,00	-
572021	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2025	5 / 39	12,82	-
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung					
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	2024	2 / 39	5,13	1
		2025	1 / 38	2,63	0
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	2024	5 / 38	13,16	2
		2025	2 / 37	5,41	0

ID	Qualitätsindikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation					
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	2024	2 / 39	5,13	1
		2025	4 / 38	10,53	1
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	2024	4 / 37	10,81	2
		2025	2 / 38	5,26	1
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	2024	3 / 39	7,69	0
		2025	4 / 39	10,26	0

© IQTIG 2026

2.2.3 Detailergebnisse

Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation (ID 572016)

Tabelle 51: QI 572016: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	13,21 % O = 266 N = 2.013	**13,75 %** **O = 299** **N = 2.174**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 39 0,00 %	5 / 39 12,82 %	**3 / 38** **7,89 %** **(Refbereich: ≤ 25,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**5 / 5** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 39 0,00 %	**5 / 39** **12,82 %**	n. a.

Die Ergebnisse des Indikators „Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation" (ID 572016), der Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach einer Nierentransplantation betrachtet, sind für die Auswertungsjahre 2026 und 2025 nicht mit den Ergebnissen des Vorjahrs 2024 vergleichbar. Hintergrund ist eine Überarbeitung des Datenfeldes zur Erfassung der Komplikationen. Festzustellen ist, dass das Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2026 auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr ist. Drei Leistungserbringer weisen ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf, im Vorjahr waren dies noch fünf Leistungserbringer.

Bei allen 5 rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen erfolgte eine Bewertung mit „qualitativ auffällig" (3-mal „A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel", 2-mal „A99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)"). Während einige Leistungserbringer die auffälligen Fälle übersichtlich und ausführlich darlegten, erfolgte bei anderen Leistungserbringern nur eine sehr knappe Auseinandersetzung mit den Fällen inklusive unzureichender Ursachenanalyse. Hier fehlte es bspw. an Angaben zu Risikofaktoren auf Empfänger- oder Spenderseite oder nachvollziehbaren zeitlichen postoperativen Verläufen. In einigen Fällen erscheint auch das Komplikationsmanagement, beispielsweise hinsichtlich Diagnostik und Intervention u. a. aufgrund fehlender Ursachenfeststellung verzögert bzw. inadäquat. Auffällig war, dass bei allen Leistungserbringern das Gerinnungsmanagement, teilweise auch bei der prä- und postoperativen Gerinnungseinstellung als verbesserungswürdig eingestuft wurde. Weitere Optimierungspotenziale wurden aber auch im diagnostischen und operativ-technischen Prozess festgestellt. Zudem wurde in einigen Fällen die häufige Akzeptanz marginaler Spenderorgane im Kontext hoher Risikofaktoren beim Empfänger nicht ausreichend adressiert. Bei einem Leistungserbringer sollte die Aktualität der Standards bzw. SOPs zur Immunsuppression und der Vorbereitung und Durchführung von ABOi-Nierentransplantationen überprüft werden. Mehrfach wurde die nicht regelhafte Durch-

führung von M&M-Konferenzen bei relevanten Fällen und ableitbaren Verbesserungen oder eine nicht ausreichende Lenkung der entsprechenden Dokumentation kritisiert. Ein Leistungserbringer hat interdisziplinäre und interprofessionelle Verbesserungen eingeleitet.

Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 572017)

Tabelle 52: QI 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,79 % O = 16 N = 2.038	0,94 % O = 19 N = 2.013	**0,69 %** **O = 15** **N = 2.174**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 39 2,56 %	0 / 39 0,00 %	**1 / 38** **2,63 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 39 0,00 %	**0 / 39** **0,00 %**	n. a.

Für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572017) zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahren ein leicht verbessertes Ergebnis. Im Gegensatz zum Vorjahr gibt es im Auswertungsjahr 2026 einen Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis.

Zum vorherigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) lag bei der letztjährigen Berichterstellung eine finale Bewertung zum Indikatorergebnis noch nicht vor. Nach einem kollegialen Gespräch wurde dieses mit „A71“ bewertet. Eine Zielvereinbarung ist vorgesehen.

1-, 2-, 3- und 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (IDs 572018, 572019 und 572020)

Tabelle 53: QI 572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	97,62 % O = 1.723 N = 1.765	97,11 % O = 1.912 N = 1.969	**97,50 %** **O = 1.911** **N = 1.960**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 38 2,63 %	3 / 39 7,69 %	**2 / 39** **5,13 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 100,00 %	**3 / 3** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 38 2,63 %	**3 / 39** **7,69 %**	n. a.

Tabelle 54: QI 572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	94,72 % O = 1.613 N = 1.703	95,75 % O = 1.758 N = 1.836	**95,10 %** **O = 1.844** **N = 1.939**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 39 7,69 %	2 / 38 5,26 %	**1 / 39** **2,56 %** **(Refbereich: ≥ 85,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 33,33 %	**1 / 2** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 39 2,56 %	**1 / 38** **2,63 %**	n. a.

Tabelle 55: QI 572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	91,77 % O = 1.126 N = 1.227	92,79 % O = 1.622 N = 1.748	**93,89 %** **O = 1.705** **N = 1.816**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 38 13,16 %	2 / 39 5,13 %	**1 / 38** **2,63 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 60,00 %	**1 / 2** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 38 7,89 %	**1 / 39** **2,56 %**	n. a.

Tabelle 56: QI 572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**87,16 %** **O = 1.039** **N = 1.192**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**5 / 39** **12,82 %** **(Refbereich: ≥ 75,09 %; 5. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Follow-up-Indikatoren zum Überleben bei bekanntem Status messen die Rate an Patientinnen und Patienten, für die dem transplantierenden Leistungserbringer der Überlebensstatus bekannt ist und die zum Zeitpunkt des jeweils durchgeführten Follow-up leben. Das Bundesergebnis zum 1-, 2- und 3-Jahres-Überleben bleibt im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen nahezu gleich. Der Indikator zum 5-Jahres-Überleben wird im Auswertungsjahr 2026 erstmalig ausgewertet. Bei einem Bundesergebnis von 87,16 % haben 5 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2026 wird erstmalig geprüft, ob den rechnerisch auffälligen Ergebnissen qualitative Versorgungsdefizite zugrunde liegen.

5 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse im Follow-up wurden nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 als qualitativ auffällig bewertet (1-mal „A71“, 1-mal „A72 - Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“, 3-mal „A99“). Gründe waren u. a. die Unterschätzung des präoperativen immunologischen Risikos bzw. die Optimierungsnotwendigkeit des immunsuppressiven Managements inklusive Monitoring in der Nachsorge. Aufgrund umfangreicher abgeleiteter Maßnahmen durch den Leistungserbringer wurde in einem Fall zunächst auf weitere Maßnahmen verzichtet. Prüfbitten kommunizierte das IQTIG u. a. zu den Standards der Indikationsstellung, der Evaluation von kardialen bzw. vaskulären Hochrisikopatienten oder zur anlassbezogenen Erweiterung der radiologischen Bildgebung zur Evaluation. In einem Fall ergab sich auch nach Präzisierung konkreter Einzelpunkte bei mangelnder inhaltlicher Beantwortung der Nachfragen kein schlüssiges Bild. In einem anderen Fall entsprach die initiale Stellungnahme keiner qualitätsorientierten Aufarbeitung. Behandlungsprozesse wurden nicht hinterfragt und Maßnahmen nicht abgeleitet. Eine Präzisierung zu einzelnen Details zeigte allerdings bspw. eine risikoreiche Konstellation mit mangelnder präoperativer Evaluation.

In einem Fall wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt bzw. der Verstoß nicht korrigiert. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme wird den Leistungserbringern jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt und er erhält Unterstützung durch das IQTIG.

Zum Auswertungsjahr 2025 waren bei 2 Indikatorergebnissen kollegiale Gespräche geplant, in einem Fall als qualitätsfördernde Maßnahme (Bewertung bereits mit „A71“ erfolgt), in einem anderen Fall zur Bewertungsfindung (Bewertung hier noch „S92 - Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden“ im Bericht). Durchgeführt wurden die kollegialen Gespräche erst nach Stichtag zur Datenübermittlung (15. März 2026). Über die Konsequenzen aus den durchgeführten kollegialen Gesprächen wird im nächstjährigen BQB berichtet.

Bei einem Leistungserbringer wurde unter Einbezug von 2 neuen Patientenfällen im 3-Jahres-Follow-up keine weiteren Qualitätsdefizite festgestellt, sodass eine Bewertung mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ mit entsprechender öffentlicher Kommentierung resultierte. Dem Krankenhaus wurde ein Hinweis zu einem möglichen Verbesserungspotenzial gegeben.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation (ID 302300)

Tabelle 57: QI 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	O = 10 N = 5.341	**O = 5** **N = 5.523**
rechnerische Auffälligkeiten	23 / 39 58,97 %	24 / 39 61,54 %	**0 / 40** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 1,00 Fall / Fälle)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 23 13,04 %	**4 / 24** **16,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 39 7,69 %	**4 / 39** **10,26 %**	n. a.

Der Indikator wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Patientinnen und Patienten betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus seltener unbekannt, was auch vor dem Hintergrund der steigenden Grundgesamtheit eine positive Entwicklung ist. Im Vorjahr schien die Rate unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation höher zu sein als in diesem Jahr. Dies liegt in einer Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator begründet. Diese Anpassung führt dazu, dass Fälle mit einer nicht übermittelten bzw. nicht verknüpfbaren Follow-Up-Dokumentation nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt werden. Solche Fälle werden zukünftig nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-Follow-up (IDs 850278, 850279 und 850280) einbezogen. Diese Differenzierung verhindert eine doppelte Bewertung desselben Sachverhalts im Stellungnahmeverfahren.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden 4 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (3-mal „A72“, 1-mal „A71“). Leider wurden in einigen Fällen die vom IQTIG zur Verfügung gestellten Konstellationen zur Verknüpfungsproblematik seitens der Leistungserbringer nicht (ausreichend) geprüft bzw. strukturiert aufgearbeitet. Hierdurch konnte kein weiterer Aufschluss für den Leistungserbringer zu den fallindividuellen Konstellationen generiert werden. Teilweise gab es diskrepante Aussagen zu denselben Fällen zwischen Indikator und Auffälligkeitskriterien. Defizite in Dokumentations- und Kontrollprozessen der Qualitätssicherung sowie in der Nachsorgeorganisation wurden ebenso identifiziert. Das IQTIG stellte durch aufwändige fallindividuelle Prüfungen den Leistungserbringern bestmöglich Hilfestellungen für zukünftige Auswertungen zur Verfügung und teilte Prüfempfehlungen zur Dokumentation der Follow-ups mit.

In einigen Fällen gab es zum Zeitpunkt des Follow-up zwischenzeitlich oder dauerhaft keinen Kontakt zur Patientin bzw. zum Patienten (*lost to follow-up*) und damit einen tatsächlichen unbekannten Status der Patienten. Teilweise handelte es sich dabei um einen dauerhaften *lost to follow-up*. Seitens der Leistungserbringer wurden allerdings keine Ursachen oder Vermeidungsstrategien für den Nachsorgeprozess geprüft. In diesen Fällen wurden die Leistungserbringer auf die Sicherstellung einer ausreichenden präventiven Aufklärung zur Nachsorgenotwendigkeit und die Erreichbarkeit der Patientinnen und Patienten bspw. bei Umzug hingewiesen. Darüber hinaus wurden wiederholt Hinweise sowie vorgeschlagene Lösungsansätze des IQTIG zum letztjährigen Stellungnahmeverfahren nicht ausreichend durch die Leistungserbringer beachtet.

13 Indikatorergebnisse wurden aufgrund reiner Dokumentationsprobleme und -fehler mit „D80 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation“ (8-mal) und „D99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (5-mal) bewertet. Hierbei handelte es sich zum einen um verschiedene Dokumentationsprobleme, welche eine Verknüpfung von Follow-ups zum Indexeingriff verhinderten. Folgende Beispiele illustrieren die Art der Dokumentationsproblematik: Eine fehlende Befüllung notwendiger Daten im Dokumentationsbogen wie die eGK-Versichertennummer bei GKV-versicherten Patientinnen und -patienten führte dazu, dass ein zum Indexeingriff abweichendes Patientenanonym generiert wurde. Vereinzelt kam es daneben zu Fehlern beim Übertrag der IK-Nummer der Krankenkasse sowie der eGK-Versichertennummer der Patientinnen/Patienten. Folglich konnten kein zum Indexeingriff übereinstimmendes Patientenanonym erzeugt werden. In einigen Fällen kam es zu einem Wechsel im Versichertenstatus bzw. der Versichertenart, weshalb richtlinienbedingt ein neues Patientenanonym generiert wurde.

Weitere Dokumentationsprobleme entstanden durch verspätete Exporte oder dadurch, dass die Follow-up-Informationen nicht im korrekten Spezifikationsformat des Follow-up-Jahres gesendet wurden. Auch an dieser Stelle wurde auf die Rolle des zentralen Qualitätsmanagements als analysierende und unterstützende Stelle hingewiesen. Durch einige gut strukturierte Aufarbeitungen von Leistungserbringern konnten allerdings auch präventive Ansätze zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern erreicht werden.

4 Indikatorergebnisse konnten qualitativ unauffällig bewertet werden (3-mal „U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“, 1-mal „U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“), da es sich in der überwiegenden Anzahl der Auffälligkeiten um richtlinienbedingte Ausschlüsse handelte. Die Patientinnen und Patienten haben entweder der Übermittlung personenbezogener Daten für die Qualitätssicherung an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle nicht zugestimmt oder der Versichertenstatus hat gewechselt. In den meisten Fällen blieb so nur noch ein Einzelfall auffällig, sodass keine rechnerische Auffälligkeit mehr unter dem aktuell festgelegten Referenzbereich resultiert hätte. Bei diesen Einzelfällen handelte es sich um den Export des Dokumentationsbogens ohne Versichertendaten und einen versehentlich nicht fristgerecht übermittelten Follow-up-Datensatz. In einem Fall war allerdings ein *lost to follow-up* bei bekanntem Transplantatversagen und Umzug ins Ausland zu verzeichnen. Bei einem Leistungserbringer war der Status von zwei Patientinnen/Patienten zum entsprechenden Follow-up korrekterweise als unbekannt angegeben. Der dargelegte Nachsorge- bzw. Terminvergabeprozess wurde seitens des Leistungserbringers allerdings plausibel dargelegt.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2025 lag die qualitative Bewertung bei 3 rechnerisch auffälligen Ergebnis zu diesem Zeitpunkt aufgrund noch ausstehenden Analysebedarfs nicht final vor. Daher konnte diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Zum Auswertungsjahr 2024 waren 8 Ergebnisse zum damaligen Berichtszeitpunkt aufgrund erweiterten Analysebedarfs noch ausstehend. Bei 6 Leistungserbringern resultierte eine „D80“- bzw. „D99“-Bewertung, da es sich in den auffälligen Fällen um eine Mischkonstellation aus Dokumentationsfehlern handelte (u. a. abweichendes TX-Datum im Follow-up-Bogen, verspätete Freigabe des Bogens, Nicht-Befüllung eines Pflichtfeldes) oder die eGK-Versichertennummer im Follow-up-Bogen bei nur telefonischer Nachsorge fehlte, obwohl ein automatisierter Übertrag der Empfänger-eGK-Versichertennummer aus dem Krankenhausinformationssystem des Krankenhauses in den QS-Dokumentationsbogen sichergestellt sein sollte.

In einigen Fällen wurde der Übermittlung personenbezogener Daten für die Qualitätssicherung an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle vonseiten der Patientinnen und Patienten nicht zugestimmt. In wenigen Fällen handelt es sich um einen zwischenzeitlich oder dauerhaft unterbrochenen Kontakt zur Patientin bzw. Patienten (*lost to follow-up*). Bei 2 Leistungserbringern wurde das Indikatorergebnis jeweils mit „A72“ bewertet, da es sich um ungenügende Stellungnahmen handelte, wobei Follow-up-Bögen dem IQTIG nicht vorliegen.

Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung (IDs 572022 und 572023)

Tabelle 58: QI 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	78,93 % O = 1.120 N = 1.419	78,51 % O = 1.067 N = 1.359	**79,50 %** **O = 1.183** **N = 1.488**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 39 7,69 %	2 / 39 5,13 %	**1 / 38** **2,63 %** **(Refbereich: ≥ 60,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 3 100,00 %	**2 / 2** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 39 7,69 %	**2 / 39** **5,13 %**	n. a.

Tabelle 59: QI 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	95,69 % O = 577 N = 603	95,75 % O = 608 N = 635	**97,76 %** **O = 656** **N = 671**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 37 16,22 %	5 / 38 13,16 %	**2 / 37** **5,41 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 6 33,33 %	**2 / 5** **40,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 37 5,41 %	**2 / 38** **5,26 %**	n. a.

Die Indikatoren dieser Gruppe adressieren den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer postmortalen Organspende bzw. nach einer Lebendorganspende, sodass bis zur Funktionsaufnahme maximal eine kontinuierliche Dialyse mit einer Dauer von höchstens 23 Stunden bzw. maximal eine postoperative intermittierende Dialyse stattfindet. Die Bundesergebnisse haben sich im Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zu den Vorjahren leicht verbessert.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden vier Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (2-mal „A72“, 1-mal „A71“, 1-mal „A99“). Gründe hierfür waren u. a. eine nicht plausible und nicht ausreichende qualitätsorientierte Aufarbeitung der

Behandlungsfälle (inklusive deren postoperativen Monitoring), beispielsweise auch durch fehlende Angaben, eine undifferenzierte Darlegung zur Akzeptanz marginaler Organe sowie fehlende Aufarbeitungen in interdisziplinären M&M-Konferenzen. Ebenso wurden Outcome-relevante operative Probleme diskutiert. Da ein Leistungserbringer zielführende und an dem tatsächlichen Problem orientierte Maßnahmen ableitete, wurde dies entsprechend in der öffentlichen Kommentierung gewürdigt.

In zwei Fällen wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt bzw. der Verstoß nicht korrigiert. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme wird dem Leistungserbringer jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt und er erhält Unterstützung durch das IQTIG.

Zwei Indikatorergebnisse wurden qualitativ unauffällig bewertet („U62“), da es sich um plausibel dargelegte Einzelfälle handelte, aus denen kein Qualitätsdefizit im Prozess erkennbar wird. Zudem erschienen in einem Fall die Detektion und Reaktion auf eine nicht erwartete Komplikation angemessen und gut.

Zum Auswertungsjahr 2025 waren bei fünf Indikatorergebnissen kollegiale Gespräche bzw. eine Begehung geplant, in vier Fällen als qualitätsfördernde Maßnahme (Bewertung bereits 1-mal mit „A71“, 2-mal mit „A72“ und 1-mal mit „A99“ erfolgt), in einem anderen Fall zur Bewertungsfindung (Bewertung hier noch „S92“ im Bericht). Bereits vor Berichtszeitpunkt wurde die Begehung zu zwei Indikatoren durchgeführt. In der Konsequenz soll eine Zielvereinbarung abgeschlossen werden, um den Leistungserbringer längerfristig und zum Erreichen einer Stabilisierung der Ergebnisse zu unterstützen. Nach Stichtag der Datenübermittlung (15. März 2026) wurden drei kollegiale Gespräche geführt. Über die Konsequenzen aus den durchgeführten kollegialen Gesprächen wird im nächstjährigen BQB berichtet.

Zum Auswertungsjahr 2024 konnten zwei Ergebnisse zum damaligen Berichtszeitpunkt aufgrund ausstehender kollegialer Gespräche noch nicht berichtet werden. Beide Ergebnisse wurden mit „A71“ bewertet und der Abschluss einer Zielvereinbarung konsentiert.

Qualität der Transplantatfunktion nach Nierentransplantation (IDs 572024, 572025, 572026, 572027, 572028 und 572029)

Tabelle 60: QI 572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	83,35 % O = 1.006 N = 1.207	81,89 % O = 963 N = 1.176	**81,75 %** **O = 1.021** **N = 1.249**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 38 5,26 %	2 / 39 5,13 %	**4 / 38** **10,53 %** **(Refbereich:** **≥ 67,69 %;** **5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**2 / 2** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 38 2,63 %	**2 / 39** **5,13 %**	n. a.

Tabelle 61: QI 572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	96,86 % O = 494 N = 510	95,02 % O = 553 N = 582	**94,17 %** **O = 565** **N = 600**
rechnerische Auffälligkeiten	10 / 36 27,78 %	4 / 37 10,81 %	**2 / 38** **5,26 %** **(Refbereich:** **≥ 83,33 %;** **5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 10 20,00 %	**1 / 4** **25,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 36 5,56 %	**1 / 37** **2,70 %**	n. a.

Tabelle 62: TKez 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	89,83 % O = 1.458 N = 1.623	88,53 % O = 1.605 N = 1.813	**89,35 %** **O = 1.627** **N = 1.821**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 63: TKez 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	87,53 % O = 1.292 N = 1.476	88,42 % O = 1.428 N = 1.615	**88,73 %** **O = 1.536** **N = 1.731**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 64: TKez 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	85,19 % O = 874 N = 1.026	85,93 % O = 1.264 N = 1.471	**87,56 %** **O = 1.379** **N = 1.575**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 65: TKez 572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**83,09 %** **O = 752** **N = 905**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren bzw. Kennzahlen adressieren die Patientinnen und Patienten mit ausreichender Nierenfunktion nach postmortaler Spende oder Nierenlebendspende 90 Tage bzw. ein, zwei oder drei Jahre nach Nierentransplantation. Für das Auswertungsjahr 2026 zeigen sich bezüglich des Bundesergebnisses im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 für alle diese Indikatoren und Kennzahlen nur geringfügige Veränderungen.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden insgesamt drei rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (2-mal „A72", 1-mal „A99"). Teilweise wurde statt einer plausibilisierenden Darlegung des klinischen Verlaufs und entsprechender fachlicher Reaktionen die zugrunde liegenden Parameter des Indikators infrage gestellt, ohne dass eine Eigenreflexion möglicher Struktur- oder Prozessverbesserungen stattfand. Auch gravierende operative Mängel beeinflussten das Outcome der Nierenfunktion. So musste hier auf die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit interdisziplinärer M&M-Konferenzen hingewiesen werden. Da ein Leistungserbringer selbständig Mängel identifiziert hat und entsprechend umfangreiche und zielorientierte Maßnahmen abgeleitet hat, wurde auch hier eine entsprechende öffentliche Kommentierung vorgenommen.

In einem Fall wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt bzw. der Verstoß nicht korrigiert. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme wird dem Leistungserbringer jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt und er erhält Unterstützung durch das IQTIG.

In zwei Fällen wurde das rechnerisch auffällige Indikatorergebnis nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens mit qualitativ unauffällig bewertet (1-mal „U62", 1-mal „U99"), da keine gravierenden Qualitätsdefizite erkannt werden konnten. Ein Leistungserbringer bereitete sorgfältig und sehr ausführlich ungewöhnliche Verläufe auf. Der andere Leistungserbringer legte die relevanten

Einflussfaktoren auf die Qualität der Transplantatfunktion plausibel dar und wies einen adäquaten Umgang mit diesen nach. Hinweise zu potenziellen Verbesserungsmöglichkeiten wurden beiden Leistungserbringern mitgeteilt.

Zum Auswertungsjahr 2025 waren bei 3 Indikatorergebnissen ein kollegiales Gespräch zur Bewertungsfindung (Bewertung hier noch „S92" im Bericht) bzw. eine Begehung als qualitätsfördernde Maßnahme (Bewertung bereits 1-mal mit „A72" und 1-mal mit „A99" erfolgt) geplant. Bereits vor Berichtszeitpunkt wurde die Begehung zu 2 Indikatoren durchgeführt. In der Konsequenz soll eine Zielvereinbarung abgeschlossen werden. Diese soll den Leistungserbringer längerfristig unterstützen, um eine Stabilisierung der Ergebnisse zu erreichen. Nach Stichtag der Datenübermittlung (15. März 2026) wurde ein kollegiales Gespräch geführt. Über die Konsequenzen aus dem durchgeführten kollegialen Gespräch wird im nächstjährigen BQB berichtet.

Zum Auswertungsjahr 2024 waren 3 Ergebnisse zum damaligen Berichtszeitpunkt aufgrund 2 ausstehender kollegialer Gespräche und weiteren Beratungsbedarfs mit der Bundesfachkommission noch nicht abschließbar. Es wurden beide Ergebnisse nach den kollegialen Gesprächen mit „A71" bewertet und der Abschluss einer Zielvereinbarung konsentiert. Nach Beratung mit der Bundesfachkommission erfolgte eine weitere Bewertung mit „U99", da die Nierenfunktion im Einzelfall im weiteren Verlauf als gut bezeichnet werden kann. Empfehlungen zu möglichem Verbesserungspotenzial wurden seitens IQTIG dennoch mitgeteilt.

Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen (IDs 572100 und 572101)

Tabelle 66: TKez 572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,29 % O = 59 N = 1.794	3,78 % O = 70 N = 1.851	**3,41 %** **O = 66** **N = 1.935**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 67: TKez 572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,29 % O = 59 N = 1.794	3,78 % O = 70 N = 1.851	**3,41 %** **O = 66** **N = 1.935**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026 eine geringfügige Abnahme der bundesweiten Rate.

Transplantatversagen nach Nierentransplantation (IDs 572032, 572033, 572034 und 572035)

Tabelle 68: QI 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	4,22 % O = 73 N = 1.729	4,53 % O = 87 N = 1.921	**4,10 %** **O = 79** **N = 1.928**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 38 7,89 %	3 / 39 7,69 %	**4 / 39** **10,26 %** **(Refbereich: ≤ 9,81 %; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 33,33 %	**3 / 3** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 38 2,63 %	**3 / 39** **7,69 %**	n. a.

Tabelle 69: TKez 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	6,06 % O = 99 N = 1.634	5,32 % O = 94 N = 1.768	**5,17 %** **O = 96** **N = 1.857**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 70: TKez 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	8,10 % O = 93 N = 1.148	6,93 % O = 114 N = 1.644	**5,93 %** **O = 102** **N = 1.719**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 71: TKez 572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**11,39 %** **O = 121** **N = 1.062**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der Indikator und die Kennzahlen zum Transplantatversagen adressieren den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb des ersten, zweiten bzw. dritten Jahres ein Transplantatversagen aufgetreten ist. Die Ergebnisse des Indikators und der Kennzahlen führen den positiven Trend der Vorjahre fort. Die Kennzahl zum Transplantatversagen innerhalb von fünf Jahren nach der Nierentransplantation wird im Auswertungsjahr 2026 erstmalig ausgewertet,

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden alle drei rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Indikator „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation“ (ID 572032) als qualitativ auffällig bewertet (1-mal „A72“, 2-mal „A99“). Gründe waren fehlende kritische Würdigungen der Indikationsstellung bei teilweise ausgeprägten Vorerkrankungen der

Patientinnen und Patienten sowie eine erheblich eingeschränkte Organqualität. Eine vorliegende Incompliance der Patientin oder des Patienten wurde außerdem nicht in den Kontext des Organverlustes eingeordnet. Fehlende Angaben zum Verlauf der Immunsuppression waren Hinweise auf ein lückenhaftes Monitoring und trugen ebenfalls zu einem qualitativ auffälligen Ergebnis bei. Eine mangelnde Interdisziplinarität sowie Defizite in der präoperativen Planung und im postoperativen Management waren weitere auffällige Aspekte. Sie bezogen sich u. a. auf die präoperative kardiale Evaluation sowie die Unterschätzung der Empfängerrisiken mit nach sich ziehenden massiven Komplikationen ohne adäquates Komplikationsmanagement bzw. adäquate Komplikationserkennung. Einzelfaktoren der Spendervorerkrankungen fanden zudem keine ausreichende Beachtung. Das Spender(organ-) Empfängermatching wurde also in einigen Fällen kritisch gesehen. Das IQTIG hat zudem weitere Hinweise gegeben, u. a. zur bildmorphologischen Überwachung der Nierenfunktion. Bei einem Leistungserbringer wird aufgrund umfangreicher abgeleiteter Maßnahmen zunächst auf weitere externe Maßnahmen verzichtet.

Im Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2024 lag bei der letztjährigen Berichterstellung ein finales Indikatorergebnis zu „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation“ noch nicht vor. Nach stattgefundenem kollegialen Gespräch erfolgte eine Bewertung mit „A71“ und die Konsentierung zum Abschluss einer Zielvereinbarung.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Das Ergebnis des Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage-Follow-up (ID 852210) hat sich im Vergleich zu Vorjahr erneut verbessert und somit ein weiterhin positiver Trend im Jahresverlauf verzeichnet.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 72: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - NET-NTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	94,92 % 1.943/2.047 (≥ 95,00 %)

Tabelle 73: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – NET-NTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierentransplantation (NET-NTX).	2025	10 / 38	26,32	6

2.3.3 Detailergebnisse

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul *PNTX* dokumentiert. Aus diesem Grund werden die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit und weitere Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gemeinsam im Modul *PNTX-D* ausgewertet. Die Beschreibung der Ergebnisse erfolgt zum Modul *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation* (siehe Abschnitt PNTX 2.3). Lediglich das Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage-Follow-up (ID 852210) wird spezifisch im Auswertungsmodul *NET-NTX* ausgewertet.

Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage-Follow-up (ID 852210)

Tabelle 74: AK 852210: Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	90,41 % O = 1.801 N = 1.992	92,40 % O = 1.847 N = 1.999	**94,92 %** **O = 1.943** **N = 2.047**
rechnerische Auffälligkeiten	18 / 39 46,15 %	14 / 39 35,90 %	**10 / 38** **26,32 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 18 72,22 %	**10 / 14** **71,43 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 39 33,33 %	**10 / 39** **25,64 %**	n. a.

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* wird im Auswertungsjahr 2026 ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewertet. Dieses Auffälligkeitskriterium betrachtet die zeitgerechte Durchführung des 90-Tages-Follow-up, das zwischen 83 und 97 Tagen nach dem OP-Datum erfolgen soll. Mit 10 Leistungserbringern wiesen im Auswertungsjahr 2026 4 Leistungserbringer weniger eine rechnerische Auffälligkeit auf als im Vorjahr.

Minimaldatensätze sind in den Verfahren der Transplantationsmedizin nur nach vorheriger Rücksprache mit dem IQTIG anzulegen, da zum einen bei sehr kleinen Fallzahlen in den Verfahren nahezu jeder Fall rechnerisch hochrelevant ist und ein tatsächliches Dokumentationshemmnis so sehr konsequent nachverfolgt werden kann.

Zehn rechnerisch auffällige Ergebnisse zum Auffälligkeitskriterium wurden nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 als qualitativ auffällig bewertet. Gründe hierfür waren u a. zu spät durchgeführte Follow-up-Erhebungen, Dokumentationsfehler (bspw. fehlerhaftes TX-Datum im Follow-up-Bogen oder Nichtbefüllung von relevanten Angaben im Follow-up-Bogen), zu späte Datenexporte oder die Übermittlung der Follow-up-Informationen im falschen Spezifikationsformat des Follow-up-Jahres. Vereinzelt kam es durch eine fehlende Einwilligung der Patientin oder des Patienten zur Teilnahme an der Qualitätssicherung zu einem

richtlinienbedingten Ausschluss. In einigen Fälle erbat das IQTIG vom Leistungserbringer, noch einmal die Dokumentation bzw. die ggf. automatische Ausleitung von Versicherungsdaten der Patientinnen und Patienten zu überprüfen, da im IQTIG für die Fälle kein zum Indexeingriff passendes Patientenanonym vorliegt.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2025 lag die qualitative Bewertung bei 4 rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu diesem Zeitpunkt aufgrund noch ausstehenden Analysebedarfs noch nicht final vor. Daher konnte diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Aus dem Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2024 lagen im Rahmen der letztjährigen Berichterstellung vier Indikatorergebnisse noch nicht abschließend vor. Nach weiteren Analysen wurden zwei Ergebnisse mit „A70" bewertet, da das Follow-up zu spät erhoben wurde oder kein entsprechender Follow-up-Dokumentationsbogen für das Auswertungsjahr 2024 vorlag. Bei einem anderen Leistungserbringer waren neben vereinzelt zu spät erhobenen Follow-ups der überwiegende Anteil der rechnerisch auffällig gewordenen Patientenfälle privatversichert und hat der externen Qualitätssicherung gemäß Angaben des Krankenhauses im Follow-up nicht zugestimmt. Eine Bewertung mit „S99" und entsprechendem Kommentar erfolgte. Bei einem Leistungserbringer wurden die Follow-up-Informationen der überwiegenden Fälle nicht im korrekten Spezifikationsformat des Follow-up-Jahres gesendet.

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

Die Prüfkriterien von *NTXS* sind weiter oben ab S. 55 gemeinsam mit den Prüfkriterien des Moduls *DIALS* aufgeführt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 75: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	420	-	425	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	420	100,00	425	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	57	13,57	52	12,24
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	57	100,00	52	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	57	100,00	52	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	57	100,00	52	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	57	100,00	52	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	1,92
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	4	7,69
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	16	28,07	6	11,54
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	7	12,28	8	15,38
Bewertung als qualitativ auffällig	17	29,82	24	46,15
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	13	22,81	13	25,00
Sonstiges	4	7,02	1	1,92

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 425 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 52 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 32 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr (57 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse bei 31 Leistungserbringern) ist ein leichter Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

24 der 52 rechnerisch auffälligen Ergebnisse aus dem Auswertungsjahr 2024 wurden als qualitativ auffällig bewertet. Gründe waren u. a. unzureichende Auseinandersetzungen mit den Fällen inklusive unzureichender Ursachenanalysen und fehlenden Details (bspw. Angaben zu Risikofaktoren auf Empfänger- oder Spenderseite) für eine qualitätsorientierte Aufarbeitung. Auch dadurch wurde die Indikationsstellung, die akzeptierte Organqualität bzw. deren Matching mit den teils erheblichen Risikofaktoren der Empfängerin bzw. des Empfängers und die Behandlungsprozesse nicht adäquat hinterfragt. Neben Mängeln im operativ-technischen Prozess wurden das teilweise verzögerte bzw. fachlich inadäquate Komplikationsmanagement oder eine mangelnde Interdisziplinarität im Behandlungsprozess auffällig bewertet. Defizite und damit Verbesserungspotenziale wurden ebenso in der präoperativen Planung und Evaluation sowie postoperativ hinsichtlich des Immunsuppressions- oder Gerinnungsmanagements festgestellt. Trotz Vorliegen einer Incompliance bei der Patientin oder beim Patienten wurde diese nicht im Kontext des folgenden Organverlustes diskutiert. Eigene Standards bzw. SOPs wurden einigen Leistungserbringern als überprüfungswürdig zurückgemeldet. Dies betraf z. B. die Evaluation und Indikationsstellung insbesondere bei kardialen bzw. vaskulären Hochrisikopatientinnen und -patienten, aber auch eine anlassbezogene Erweiterung bzw. Frequenzanpassung der radiologischen Bildgebung zur Evaluation bei entsprechenden Vorerkrankungen oder zur Überwachung der postoperativen Nierenfunktion. Die nicht regelhafte Durchführung von interdisziplinären M&M-Konferenzen mit adäquater Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen und gelenkter Dokumentation war wie in den Vorjahren auch ein relevanter Kritikpunkt.

Leider musste erneut bei einigen Leistungserbringern festgestellt werden, dass fachliche oder QS-spezifische Hinweise und mögliche Lösungsansätze des IQTIG aus dem letztjährigen Stellungnahmeverfahren von einigen Leistungserbringern nicht ausreichend beachtet wurden. So wurden u. a. die vom IQTIG zur Verfügung gestellten Prüfkonstellationen zur Verknüpfungsproblematik von Index- und Follow-up-Bogen nicht wie empfohlen angewendet bzw. strukturiert aufgearbeitet.

Defizite in Dokumentations- und Kontrollprozessen der Qualitätssicherung sowie in der Nachsorgeorganisation wurde an diversen Stellen identifiziert. In wenigen Fällen handelt es sich aber auch um einen tatsächlichen dauerhaft fehlenden Kontakt zur Patientin oder zum Patient (*lost to follow-up*). Auf die Sicherstellung einer ausreichenden präventiven Aufklärung zur Nachsorgenotwendigkeit und Erreichbarkeit der Patientinnen und Patienten bspw. bei Umzug wurde seitens des IQTIG hingewiesen, sollte der Leistungserbringer nicht selbst Vermeidungsstrategien implementiert haben.

Von 4 Leistungserbringern wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt bzw. der Verstoß nicht korrigiert. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme wird dem Leistungserbringer jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt und er erhält Unterstützung durch das IQTIG.

Mit 8 Leistungserbringern sollten zu 15 Qualitätsindikatoren zu Qualitätsförderungszwecken bzw. in einem Fall zur Unterstützung des Bewertungsprozesses 5 kollegiale Gespräche und 3 Begehungen erfolgen. Kriterium hierfür waren entweder wiederholte qualitative Probleme in einem Indikator in aufeinander folgenden Auswertungsjahren oder einer mehrfachen qualitativen Problematik in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren innerhalb eines Auswertungsjahres. Bis zum Stichtag der Datenübermittlung am 15. März 2026 konnten bereits ein kollegiales Gespräch und eine Begehung durchgeführt werden, in dessen Ergebnis eine Zielvereinbarung mit dem Leistungserbringer konsentiert wurde.

Anlass für die Gespräche waren oder sind folgende Indikatoren: 3-mal „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“ (ID 572023), 2-mal „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung“ (ID 572022), 1-mal „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)“ (ID 572024), 2-mal „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)“ (ID 572025), 1-mal „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572018), 1-mal „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572019) und 1-mal „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation“ (ID 302300).

Knapp die Hälfte der rechnerischen Auffälligkeiten fällt auf den Indikator zum unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation (ID 302300). In der überwiegenden Anzahl mussten Dokumentationsprobleme und -fehler festgestellt werden, die dazu führten, dass Follow-up-Bögen nicht mit den zugehörigen Indexbögen verknüpft werden konnten.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu

die Vorbemerkung im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei 6 der 52 rechnerisch auffälligen Ergebnisse standen die qualitativen Bewertungen zu diesem Zeitpunkt aufgrund eines noch ausstehenden kollegialen Gesprächs oder weiterem Analysebedarf noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 76: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-NTX

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	39	100,00	39	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	18	46,15	14	35,90
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	18	100,00	14	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	18	100,00	14	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	18	100,00	14	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	4	22,22	4	28,57
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	5,56	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	13	72,22	10	71,43
Sonstiges	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul *PNTX* dokumentiert. Aus diesem Grund werden die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit und weitere Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gemeinsam im Modul *PNTX-D* ausgewertet. Die Beschreibung der Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) erfolgt zum Modul *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation* (siehe Abschnitt PNTX 3.2). Lediglich das Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage-Follow-up (ID 852210) wird spezifisch im Auswertungsmodul *NET-NTX* ausgewertet. Bei insgesamt 39 Ergebnissen zu dem Auffälligkeitskriterium resultierten 14 rechnerisch auffällige Ergebnisse. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) zeigte sich ein identisches Ergebnis.

Gründe für die 10 qualitativ auffälligen Bewertungen waren u. a. zu spät durchgeführte Follow-up-Erhebungen, Dokumentationsfehler (bspw. fehlerhaftes TX-Datum im Follow-up-Bogen oder Nichtbefüllung von relevanten Angaben im Follow-up-Bogen), zu späte Datenexporte oder die Übermittlung der Follow-up-Informationen im inkorrekten Spezifikationsformat des Follow-up-Jahres. Vereinzelt kam es durch eine fehlende Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten zur Teilnahme an der Qualitätssicherung zu einem richtlinienbedingten Ausschluss. In einigen Fällen erbat das IQTIG vom Leistungserbringer noch einmal die Dokumentation bzw. die ggf. automatische Ausleitung von Versicherungsdaten der Patientinnen und Patienten zu überprüfen, da im IQTIG für die Fälle kein zum Indexeingriff passendes Patientenanonym vorliegt.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2025 lag die qualitative Bewertung bei 4 rechnerisch auffälligen Ergebnissen aufgrund ausstehenden Analysebedarfs noch nicht vor.

Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul *PNTX* dokumentiert. Aus diesem Grund wird die Datengrundlage für *NET-PNTX* gemeinsam mit der Datengrundlage für *NET-NTX* dargestellt.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *NET-PNTX*. Besonders für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572036) wird eine Verbesserung des Bundesergebnisses und somit ein weiterhin positiver Trend im Jahresverlauf verzeichnet. Bemerkenswerterweise trat in diesem Indikator kein Sterbefall auf.

Durch eine Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegt im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation“ (ID 312300) kein Fall mehr vor. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850278, 850279 und 850280).

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 77: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – NET-PNTX

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	x O = ≤ 3 N = 129	0,00 % O = 0 N = 162 (≤ 5,00 %)	vergleichbar
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	96,00 % O = 96 N = 100	96,67 % O = 116 N = 120 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	93,33 % O = 98 N = 105	94,95 % O = 94 N = 99 (≥ 80,00 %)	vergleichbar
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	94,02 % O = 110 N = 117	92,38 % O = 97 N = 105 (≥ 75,00 %)	vergleichbar
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/ Pankreas-Nieren-Transplantation	O = 5 N = 163	O = 0 N = 160 (Sentinel Event)	eingeschränkt vergleichbar
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	84,25 % O = 107 N = 127	85,19 % O = 138 N = 162 (≥ 75,00 %)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)*	84,25 % O = 107 N = 127	83,90 % O = 99 N = 118	vergleichbar
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)*	78,43 % O = 80 N = 102	78,57 % O = 77 N = 98	vergleichbar
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)*	79,46 % O = 89 N = 112	79,21 % O = 80 N = 101	eingeschränkt vergleichbar
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	11,63 % O = 15 N = 129	11,11 % O = 18 N = 162 (≤ 20,00 %)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 78: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – NET-PNTX

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	1 / 20	5,00	1
		2025	0 / 20	0,00	-
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	2 / 20	10,00	1
		2025	1 / 19	5,26	1
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	1 / 21	4,76	1
		2025	2 / 21	9,52	1
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	0 / 21	0,00	-
		2025	1 / 21	4,76	0
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation	2024	4 / 22	18,18	2
		2025	0 / 24	0,00	-
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	2024	3 / 20	15,00	0
		2025	4 / 20	20,00	2
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	2024	3 / 20	15,00	1
		2025	2 / 20	10,00	2

2.2.3 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 572036)

Tabelle 79: QI 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x % O = ≤ 3 N = 100	x O = ≤ 3 N = 129	**0,00 %** **O = 0** **N = 162**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 20 10,00 %	1 / 20 5,00 %	**0 / 20** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**0 / 1** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 20 5,00 %	**0 / 20** **0,00 %**	n. a.

In den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 572036) floss im Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr erfreulicherweise kein beobachteter Fall ein. Das Bundesergebnis hat sich demnach weiter verbessert und kein Leistungserbringer hat ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis bei einem Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurde mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)" bewertet, da der Fall bereits im Vorjahr evaluiert wurde.

1-, 2- und 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (IDs 572037, 572039 und 572041)

Tabelle 80: QI 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	95,45 % O = 42 N = 44	96,00 % O = 96 N = 100	**96,67 %** **O = 116** **N = 120**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 17 5,88 %	2 / 20 10,00 %	**1 / 19** **5,26 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 100,00 %	**0 / 2** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 17 5,88 %	**0 / 20** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 81: QI 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	92,86 O = 52 N = 56	93,33 % O = 98 N = 105	**94,95 %** **O = 94** **N = 99**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 18 11,11 %	1 / 21 4,76 %	**2 / 21** **9,52 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 2 0,00 %	**0 / 1** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 18 0,00 %	**0 / 21** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 82: QI 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	95,00 O = 57 N = 60	94,02 % O = 110 N = 117	**92,38 %** **O = 97** **N = 105**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 19 5,26 %	0 / 21 0,00 %	**1 / 21** **4,76 %** **(Refbereich: ≥ 75,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 19 0,00 %	**0 / 21** **0,00 %**	n. a.

Die Follow-up-Indikatoren zum Überleben bei bekanntem Status messen die Rate an Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus dem transplantierenden Leistungserbringer bekannt ist und die zum Zeitpunkt des jeweils durchgeführten Follow-up leben. Während sich die Bundesergebnisse der Indikatoren zum 1- und 2-Jahres-Überleben im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert haben, verschlechterte sich das Ergebnis des Indikators zum 3-Jahres-Überleben leicht.

Drei rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse im Follow-up wurden nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 mit „S99“ bewertet, da die Fälle bereits in den Vorjahren evaluiert wurden.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation (ID 312300)

Tabelle 83: QI 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	O =8 N = 168	O = 5 N = 163	**O = 0** **N = 160**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 23 17,39 %	4 / 22 18,18 %	**0 / 24** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 0,00 %	**0 / 4** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 23 0,00 %	**0 / 22** **0,00 %**	n. a.

Der Indikator wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Patientinnen und Patienten betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus seltener unbekannt, was auch vor dem Hintergrund der steigenden Grundgesamtheit eine positive Entwicklung ist. Im vorjährigen BQB schien die Rate unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation höher zu sein als in diesem Jahr. Dies liegt in einer Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator begründet. Diese Anpassung führt dazu, dass Fälle mit einer nicht übermittelten bzw. nicht verknüpfbaren Follow-up-Dokumentation nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt werden. Solche Fälle werden zukünftig nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-Follow-up (IDs 850278, 850279 und 850280) einbezogen. Diese Differenzierung verhindert eine doppelte Bewertung desselben Sachverhalts im Stellungnahmeverfahren.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden drei rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet (2-mal „U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)“, 1-mal „U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“). Hierbei handelte es sich um Dokumentationsfehler in Einzelfällen und in einem Fall um einen Wechsel im Versichertenstatus, der eine Verknüpfung mit dem Indexbogen nicht möglich machte.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2025 lag die qualitative Bewertung bei einem rechnerisch auffälligen Ergebnis zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor.

Aus dem Auswertungsjahr 2024 wurden zwei Ergebnisse finalisiert. In einem Fall führte eine unzureichende Stellungnahme zu einer qualitativ auffälligen Bewertung mit „A72 - Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt". In dem anderen Fall handelte es sich um Dokumentationsfehler, u. a. wurde empfohlen auch einen möglichen Softwarefehler zu überprüfen. Das Indikatorergebnis wurde entsprechend mit „D99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)" bewertet.

Qualität der Transplantatfunktion (ID 572043, 572044, 572045 und 572046)

Tabelle 84: QI 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	84,54 % O = 82 N = 97	84,25 % O = 107 N =127	**85,19 %** **O = 138** **N = 162**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 20 10,00 %	3 / 20 15,00 %	**4 / 20** **20,00 %** **(Refbereich: ≥ 75,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**0 / 3** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 20 5,00 %	**0 / 20** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 85: TKez 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	77,78 % O = 35 N = 48	84,00 % O = 84 N = 100	**83,90 %** **O = 99** **N = 118**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 86: TKez 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	83,33 O = 45 N = 54	78,43 % O = 80 N = 102	**78,57 %** **O = 77** **N = 98**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 87: TKez 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	75,86 O = 44 N = 58	79,46 % O = 89 N = 112	**79,21 %** **O = 80** **N = 101**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Indikatoren bzw. Kennzahlen adressieren den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas bei Entlassung bzw. ein, zwei oder drei Jahre nach der Transplantation des Pankreas. Betrachtet wird dabei, ob die Patientinnen und Patienten zum jeweiligen Zeitpunkt insulinfrei sind und keine Retransplantation notwendig wurde. Die Bundesergebnisse dieser Indikatoren und Kennzahlen befinden sich im Auswertungsjahr 2026 auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr.

Da im Auswertungsmodul *NET-PNTX* in der Regel zwei Jahre (Erfassungsjahr und Vorjahr) ausgewertet werden, können die Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 für den Indikator „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)“ (ID 572046) nicht dargestellt werden, da hier auf Indexeingriffe vor 2020 Bezug genommen wird. Die Verknüpfung von Follow-up-Daten ist durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-RL jedoch erst für Patientinnen und Patienten möglich, die ab dem Erfassungsjahr 2020 eine Pankreastransplantation erhalten haben.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurde ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis als qualitativ unauffällig „U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ bewertet, da es sich um einen komplexen Einzelfall handelte, in dessen Management kein Fehler erkannt werden konnte. Zwei weitere Ergebnisse wurden mit „S99“ bewertet, da der

jeweilige Fall bei sich überschneidenden Qualitätszielen im Indikator zur Entfernung des Pankreastransplantats (ID 572047) evaluiert wurde.

Entfernung des Pankreastransplantats (ID 572047)

Tabelle 88: QI 572047: Entfernung des Pankreastransplantats

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	14,00 % O = 14 N = 100	11,63 % O = 15 N = 129	**11,11 %** **O = 18** **N = 162**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 20 15,00 %	3 / 20 15,00 %	**2 / 20** **10,00 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 3 66,67 %	**2 / 3** **66,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 20 10,00 %	**2 / 20** **10,00 %**	n. a.

Der Indikator adressiert den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das Pankreastransplantat während des stationären Aufenthalts wieder entfernt wurde. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum kann eine deutliche Verbesserung des Bundesergebnisses um 2,37 Prozentpunkte festgestellt werden.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden zwei rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Es wurden sowohl fehlende Angaben für eine ausreichende qualitative Aufarbeitung und Auseinandersetzung festgestellt als auch schwere Defizite bei Indikationsstellung, Spenderorganakzeptanz und Identifikation und Reaktion auf resultierende Komplikationen festgestellt. Umfangreiche Verbesserungsmaßnahmen durch einen Leistungserbringer wurden entsprechend positiv konnotiert. Bei einem dieser Leistungserbringer erfolgte eine Begehung, in dessen Konsequenz der Abschluss einer Zielvereinbarung konsentiert wurde.

Ein weiteres rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis wurde mit „U62“ bewertet, da nur wenige bemerkenswerte Punkte ausgemacht werden konnten, auf die seitens des Leistungserbringers mit umfassender Ursachenanalyse reagiert wurde.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *NET-PNTX-D* zeigen sich bei den Auffälligkeitskriterien im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibend gute Ergebnisse. Besonders für das Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, sowie Nierentransplantationen (ID 852309) tritt eine Verbesserung auf, da keine Fälle mehr dokumentiert wurden.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 89: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - NET-PNTX-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	0,00 0/2.278 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,00 % 2.279/2.279 (≥ 100,00 %)
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,00 % 2.279/2.279 (≤ 110,00 %)
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	96,96 % 2.008/2.071 (≥ 95,00 %)
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	96,55 % 1.931/2.000 (≥ 95,00 %)
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	96,74 % 1.781/1.841 (≥ 95,00 %)

Tabelle 90: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – NET-PNTX-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) 572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	2025	0 / 38	0,00	-

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation 572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)				

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)				
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats	2025	0 / 38	0,00	-
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats	2025	0 / 38	0,00	-

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	2025	5 / 39	12,82	2
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	2025	7 / 39	17,95	3

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	2025	8 / 39	20,51	5

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation (IDs 850255 und 850256)

Tabelle 91: AK 850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,38 % O = 2.118 N = 2.110	100,38 % O = 2.101 N = 2.093	**100,00 %** **O = 2.279** **N = 2.279**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 39 0,00 %	1 / 39 2,56 %	**0 / 38** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 1** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 39 0,00 %	**0 / 39** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 92: AK 850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,38 % O = 2.118 N = 2.110	100,38 % O = 2.101 N = 2.093	**100,00 %** **O = 2.279** **N = 2.279**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 39 2,56 %	1 / 39 2,56 %	**0 / 38** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**0 / 1** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 39 0,00 %	**0 / 39** **0,00 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850255) bzw. Überdokumentation (ID 850256) prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2026 zeigt sich bei einer Vollzähligkeit von 100 % weder eine Unterdokumentation noch eine Überdokumentation. Kein Leistungserbringer hat ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Minimaldatensätze sind in den Verfahren der Transplantationsmedizin nur nach vorheriger Rücksprache mit dem IQTIG anzulegen, da zum einen bei sehr kleinen Fallzahlen in den Verfahren nahezu jeder Fall rechnerisch hochrelevant ist und ein tatsächliches Dokumentationshemmnis so sehr konsequent nachverfolgt werden kann.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurde ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in der Unterdokumentation mit „A70 - Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)“ bewertet, bei fehlender Übermittlung von Datensätzen zu den auffälligen Vorgängen.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2025 lag die qualitative Bewertung bei einem rechnerisch auffälligen Ergebnis (Überdokumentation) aufgrund umfassender Datenanalysen zur Verknüpfungsproblematik noch nicht vor.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up (IDs 850278, 850279 und 850280)

Tabelle 93: AK 850278: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	93,94 % O = 1.784 N = 1.899	97,09 % O = 2.005 N = 2.065	**96,96 %** **O = 2.008** **N = 2.071**
rechnerische Auffälligkeiten	11 / 39 28,21 %	6 / 39 15,38 %	**5 / 39** **12,82 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 11 18,18 %	**1 / 6** **16,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 39 5,13 %	**1 / 39** **2,56 %**	n. a.

Tabelle 94: AK 850279: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	93,44 % O = 1.695 N = 1.814	96,82 % O = 1.829 N = 1.889	**96,55 %** **O = 1.931** **N = 2.000**
rechnerische Auffälligkeiten	13 / 39 33,33 %	11 / 39 28,21 %	**7 / 39** **17,95 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 13 15,38 %	**3 / 11** **27,27 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 39 5,13 %	**3 / 39** **7,69 %**	n. a.

Tabelle 95: AK 850280: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	94,92 % O = 1.234 N = 1.300	96,23 % O = 1.711 N = 1.778	**96,74 %** **O = 1.781** **N = 1.841**
rechnerische Auffälligkeiten	9 / 39 23,08 %	8 / 39 20,51 %	**8 / 39** **20,51 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 9 33,33 %	**1 / 8** **12,50 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 39 7,69 %	**1 / 39** **2,56 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1 Jahr (ID 850278), 2 Jahre (ID 850279) bzw. 3 Jahre (ID 850280) nach dem Transplantationsdatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Transplantation und 60 Tagen (ID 850278) bzw. 90 Tagen (ID 850279 und 850280) nach dem Jahrestag der Transplantation zulässig. Die Bundesergebnisse liegen jeweils innerhalb des Referenzbereichs und fallen ähnlich aus wie im Vorjahr.

Gründe für die im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 als qualitativ auffällig bewerteten 5 Ergebnisse umfassen das Überschreiten des für die Erhebung des Follow-up zulässigen Zeitfensters, nicht zeitgerechter Exporte der Dokumentationsbögen oder Dokumentationsfehler (falsches TX-Datum oder Versand in falschem Spezifikationsformat). Auch ein zwischenzeitlicher oder dauerhaft fehlender Kontakt zur Patientin bzw. dem Patienten (*lost to follow-up*) musste festgestellt werden.

Bei 12 der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die sich auf 7 Leistungserbringer verteilten, waren dieselben Vorgänge auch im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" rechnerisch auffällig und wurden dort qualitativ bewertet. Um eine mehrfache qualitativ auffällige Bewertung von denselben Vorgängen, die hier das Ziel des Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen, zu vermeiden, erfolgte eine Bewertung mit „S99" mit entsprechender Kommentierung. Aufgrund der Aussagen in der Stellungnahme kann bei 10 der 12 Auffälligkeiten vermutet werden, dass das jeweilige Follow-up zeitgerecht stattfand.

Bei einem rechnerisch auffälligen Ergebnis erfolgte eine Bewertung mit „U99", da alle auffälligen Fälle zwar auch im Indikator zum unbekannten Status evaluiert und vermutlich ein zeitgerechtes Follow-up erhalten haben, allerdings in einem dieser Fälle ein Wechsel im Versichertenstatus stattfand. Um diesen Umstand zu würdigen, wurde die entsprechende Bewertung inkl. öffentlichem Kommentar vorgenommen.

Die diesem Abschnitt zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Zum Auswertungsjahr 2025 standen die qualitativen Bewertungen bei 7 rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu diesem Zeitpunkt aufgrund weiteren Analysebedarfs und ausstehender kollegialer Gespräche noch nicht final fest.

Aus dem Auswertungsjahr 2024 wurden 13 Ergebnisse finalisiert. In 6 Fällen lagen Mischkonstellationen aus Dokumentationsfehlern und nicht zeitgerechter Durchführung bzw. nicht zeitgerechtem Export des Follow-ups vor, weshalb eine Bewertung mit „A70" resultierte. In weiteren 6 Fällen handelte es sich (überwiegend) um dieselben Vorgänge wie im Indikator zum „unbekannten Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation", weshalb eine Bewertung mit „S99" resultierte. In einem weiteren Fall wurde ebenfalls mit „S99" bewertet. Hier wurde das Follow-up einer Patientin oder eines Patienten einen Monat außerhalb des Follow-up-Zeitfensters durchgeführt. Dem Krankenhaus wurde ein fachlicher Hinweis zur frühzeitigen Planung und Absprache mit der Patientin / dem Patienten mitgeteilt.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen (ID 852309)

Tabelle 96: AK 852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 O = 0 N = 2.111	0,33 O = 7 N = 2.101	**0,00** **O = 0** **N = 2.278**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 39 0,00 %	1 / 39 2,56 %	**0 / 38** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 39 0,00 %	**1 / 39** **2,56 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen" (ID 852309) wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Wird ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, verringert dies die Grundgesamtheit. Dies kann die Berechnungsergebnisse sämtlicher Indikatoren der Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* erheblich beeinflussen. Dieser Effekt kann insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise wenigen Leistungserbringer in diesem Auswertungsmodul relativ

groß ausfallen. Im Auswertungsjahr 2026 wurde, wie bereits im Vorjahr, in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert.

Der Grund für das im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 als qualitativ auffällig bewertete Ergebnis eines Leistungserbringers war in allen 7 dokumentierten Fällen mit nicht spezifiziertem Entlassungsgrund ein administrativer Fehler bei der Dokumentation. Verstorbene Patientinnen oder Patienten wurden im Stellungnahmeverfahren hierunter nicht detektiert.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 97: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	137	-	144	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	137	100,00	144	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	15	10,95	14	9,72
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	15	100,00	14	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	15	100,00	14	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	15	100,00	14	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	15	100,00	14	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	7,14
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	13,33	1	7,14
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	3	20,00	5	35,71
Bewertung als qualitativ auffällig	5	33,33	2	14,29
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	6,67	0	0,00
Sonstiges	4	26,67	6	42,86

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 144 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 14 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 7 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im Vergleich zum Stellungnahmeverfahren des Vorjahrs (AJ 2024) ergab sich eine ähnliche Verteilung mit 15 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen verteilt auf 8 Leistungserbringer.

2 der 14 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Festgestellt wurden sowohl fehlende Angaben für eine ausreichende qualitative Aufarbeitung und qualitätsprüfende Auseinandersetzung als auch teils schwere Defizite bei Indikationsstellung, Spenderorganakzeptanz und Identifikation bzw. Reaktion auf resultierende Komplikationen. Umfangreiche Verbesserungsmaßnahmen durch einen Leistungserbringer wurden entsprechend positiv bei der Bewertung konnotiert. Bei einem dieser Leistungserbringer erfolgte eine Begehung, in dessen Konsequenz der Abschluss einer Zielvereinbarung konsentiert wurde.

Erfreulicherweise, insbesondere bei 2 Indikatorergebnissen („Entfernung“ sowie „Qualität“ des Transplantats), konnten rechnerische Auffälligkeiten mit qualitativ unauffällig („U62“) bewertet werden, da es sich um keine Fehler im Management bei komplexem Einzelfall handelte und dennoch eine umfangreiche Ursachenanalyse erfolgte.

Da die Fälle bereits in den Vorjahren bzw. in einem anderen Indikator evaluiert wurden, erfolgte zu 6 Ergebnissen bei 4 Leistungserbringern eine Bewertung mit „S99“.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei einem der 14 rechnerisch auffälligen Ergebnisse stand die qualitative Bewertung zu diesem Zeitpunkt aufgrund von weiterem Analysebedarf noch nicht final fest.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 98: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul NET-PNTX-D

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	234	100,00	234	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	34	14,53	28	11,97
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	34	100,00	28	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	34	100,00	28	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	34	100,00	28	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	14	41,18	9	32,14
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	1	3,57
Bewertung als qualitativ auffällig	7	20,59	6	21,43
Sonstiges	13	38,24	12	42,86
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul *PNTX* dokumentiert. Lediglich das Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 90-Tage-Follow-up (ID 852210) nach der Nierentransplantation wird spezifisch im Auswertungsmodul *NET-NTX* (siehe Abschnitt NTX 3.2) ausgewertet.

Bei insgesamt 234 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul resultierten 28 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 16 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) gab es ebenfalls 234 Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien, die sich auf 19 Leistungserbringer verteilten.

Bei den 6 qualitativen Auffälligkeiten wurde das für die Erhebung des Follow-up zulässige Zeitfenster überschritten, erfolgte der Export von Dokumentationsbögen nicht zeitgerecht oder es kam zu Dokumentationsfehlern. Hierbei enthielt der Dokumentationsbogen entweder ein falsches TX-Datum oder der Versand des Bogens erfolgte in einem falschen Spezifikationsformat. In einem Fall handelte es sich um einen zwischenzeitlichen Kontaktverlust zur Patientin bzw. zum Patienten (*lost to follow-up*).

Da die Fälle auch im Indikator zum „unbekannten Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ evaluiert wurden, erfolgte bei 12 Ergebnissen eine Bewertung mit „S99“. Laut Aussagen der Leistungserbringer fand das Follow-up in der überwiegenden Anzahl der Fälle zeitgerecht statt.

Aufgrund ausstehenden Analysebedarfs bzw. durchzuführender kollegialer Gespräche konnte für 9 Ergebnisse keine abschließende Bewertung des Stellungnahmeverfahrens bis zum 15. März 2026 erfolgen.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Verfahrens *QS NET* werden insbesondere durch die Stellungnahmeverfahren sowie in den Sitzungen des Expertengremiums auf Bundesebene verschiedene Themen aufgegriffen. Zudem wurden weitere Aspekte für das Auswertungsmodul *NET-DIAL* aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung entnommen.

NET-DIAL

Das IQTIG empfahl 2025 die Aussetzung des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* zur Überarbeitung der technischen Bedarfe sowie der Überarbeitung bzw. Neuentwicklung kritischer Indikatoren. Der GBA kam dieser Empfehlung mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 (GBA 2025) in weiten Teilen nach und beauftragte das IQTIG am 5. November 2025 mit einer Weiterentwicklung des Moduls *Dialyse*. Neben der inhaltlichen Überarbeitung einiger Indikatoren und Kennzahlen (siehe Abschnitt Dialyse 2.2) sollen auch verfahrenstechnische Aspekte optimiert werden. Letztere beinhalten unter anderem die Darstellung der Datengrundlage, die Listen auffälliger Vorgänge, welche gemeinsam mit den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer versendet werden sowie die Definition des adressierten Berichtszeitraums (die Quartalsverschiebung in *NET-DIAL* führt zu einer erhöhten Komplexität des Auswertungsmoduls). Die notwendige Anpassung bzw. Überarbeitung all dieser Faktoren wurde in der Vergangenheit vom Expertengremium auf Bundesebene, den LAG, den Leistungserbringern und von medizinischen Fachgesellschaften ebenfalls bekräftigt, da dies die Qualität und Aussagekraft der Daten sowie die Akzeptanz bei den Leistungserbringern maßgeblich verbessern würde.

NET-NTX und NET-PNTX

Einen wesentlichen Diskussionspunkt stellt die langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben von Organempfängerinnen und Organempfängern dar. Daher wurden Überlegungen angestellt, im Auswertungsmodul *NET-PNTX* die Follow-up-Zeiträume auf 5 Jahre auszuweiten. Ähnliche Diskussionen erfolgen parallel auch mit den Bundesfachkommissionen des Verfahrens *QS TX*. Hiermit wolle man sich den international häufig eingesetzten Nachbeobachtungszeiträumen von einem, drei und fünf Jahren angleichen. Gleichzeitig könne man so Komplikationen besser beurteilen, die für gewöhnlich eher im Langzeitverlauf aufträten. Dieser Punkt wurde aber noch nicht abschließend beraten.

Die Relevanz der strukturierten Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) mit interdisziplinärer und tiefgreifender Aufarbeitung von Fällen gemäß Leitfaden der Bundesärztekammer wird weiterhin intensiv mit den Leistungserbringern im Stellungnahmeverfahren besprochen. Sie werden als ein zentrales Tool beim Leistungserbringer angesehen, um die eigene Qualität zu sichern und strukturiert Verbesserungspotenziale für den Behandlungsprozess identifizieren und schnellstmöglich umsetzen zu können.

Auch im Auswertungsjahr 2025 sahen sich Bundesfachkommissionen, Leistungserbringer und das IQTIG wieder mit Problemen bei der Verknüpfung von Indexeingriffen und zugehörigen Fol-

low-ups konfrontiert. Die fehlerhafte Verknüpfung ließ sich hauptsächlich auf fehlerhafte Angaben bei patientenidentifizierenden Merkmalen zurückführen, die sowohl manuell als auch softwarebasiert fehlerhaft angegeben wurden sowie auf zu spät übermittelte Datensätze. Hier lässt sich der Bedarf für eine optimierte Datenerfassung patientenidentifizierender Maßnahmen erkennen. Auch der zwischenzeitliche Wechsel des Versicherungstyps zwischen gesetzlicher und privater Versicherung verhindert in wenigen Fällen die Verknüpfbarkeit von Indexeingriffen und zugehörigen Follow-ups. Dies ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierungswege der patientenidentifizierenden Merkmale je nach gesetzlicher oder privater Versicherung systemimmanent. Trotzdem reduzierte sich der Anteil solcher Fälle vom Auswertungsjahr 2024 zum Auswertungsjahr 2025 deutlich, vor allem für Fälle, in denen ein solcher Wechsel zwar dokumentiert wurde, aber nicht tatsächlich stattfand. Daraus ergibt sich auch weiterhin eine Sensibilisierung der Leistungserbringer zu diesem Thema und eine entsprechend verbesserte Dokumentationsqualität.

5 Ausblick

Während sich das Auswertungsmodul *NET-DIAL* ab dem Erfassungsjahr 2026 in einer Überarbeitung bzw. Weiterentwicklung befindet, spiegeln die Indikatorergebnisse auf Bundesebene der Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* auch im Auswertungsjahr 2026 eine gute medizinische Versorgung im Bereich der Transplantationsmedizin wider.

Wie im Beschluss des GBA vom 17. Juli 2025 festgehalten, wird das Auswertungsmodul *NET-DIAL* in den Erfassungsjahren 2026 und 2027 zur Überarbeitung ausgesetzt. Während dieses Zeitraums soll eine Überarbeitung bzw. Neuentwicklung der Indikatoren „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt" (ID 572002), „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration" (ID 572003), „Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration" (ID 572004), „Dialysefrequenz pro Woche" (ID 572005) und „Dialysedauer pro Woche" (ID 572006) geprüft werden. Ebenfalls soll eine umfangreiche Überarbeitung des QS-Dokumentationsbogens und der zugehörigen Ausfüllhinweise erfolgen. Weitere Ziele sind die Bearbeitung zusätzlicher verfahrenstechnischer Optimierungsbedarfe an der Darstellung der Datengrundlage, an den Listen auffälliger Vorgänge, welche gemeinsam mit den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer versendet werden, sowie an der Definition des adressierten Berichtszeitraums (die Quartalsverschiebung in *NET-DIAL* führt zu einer erhöhten Komplexität des Auswertungsmoduls).

In beiden Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* ist eine deutliche Zunahme der Fallzahlen in der Grundgesamtheit zu verzeichnen. Die Behandlungsqualität scheint jedoch gemäß der positiven Ergebnisentwicklung nicht unter der erhöhten Fallzahl zu leiden – ganz im Gegenteil verbesserten sich die Ergebnisse für viele Indikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2026. Dies wird auch durch die konsequente und sensitive Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erreicht. Länger werdende Überlebenszeiten bereichern das Leben Transplantierter, geben aber auch Aufschluss über die Behandlungsqualität. Dementsprechend wird für die Zukunft eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume geprüft.

Am 14. März 2025 übergab das IQTIG Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS NET-NTX* und *QS NET-PNTX* infolge der Verfahrensprüfung gemäß dem Eckpunktebeschluss. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der GBA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung der Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* zunächst nicht zu folgen. Neben der Streichung einiger Indikatoren und Kennzahlen (IDs 302300, 572024, 572025, 572026, 572027, 572028, 312300, 572043, 572044, 572045, 572046) hatte das IQTIG die Anpassung weiterer Kennzahlen (IDs 572100 und 572101) vorgenommen. Weiterhin wurde die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern sowie die Umstellung der Datenakquise auf Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim GBA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern und die Umstellung auf Sozialdaten einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, hier besonders auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor

die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z. B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle. Der gemeinsame Austausch zwischen dem IQTIG und der Transplantationsregisterstelle wurde im Jahr 2026 begonnen.

Zukünftig wird in *QS NET* eine Patientenbefragung in den Auswertungsmodulen *NET-DIAL* und *NET-NTX* eingeführt. Damit werden im Verfahren neben der QS-Dokumentation und Sozialdaten auch die Sicht der Patientinnen und Patienten als Datenquelle zur Messung der Versorgungsqualität herangezogen.

Literatur

GBA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2025): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET, QS TX, QS PM und QS GYN-OP der DeQS-RL* zur Veröffentlichung und Beauftragung des IQTIG mit der Umsetzung. [Stand:] 17.07.2025. Berlin: GBA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7364/2025-07-17_DeQS-RL_Freigabe-Veroeffentlichung-IQTIG-Bericht_Weiterentwicklung-QS-Verf.pdf (abgerufen am: 24.09.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorenset des QS-Verfahrens *Nierenersatztherapie* (Auswertungsmodul *Dialyse*). Addendum zum Abschlussbericht vom 14. März 2025. [Stand:] 28.05.2025. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2025/IQTIG_WE-datengestuetzte-QS-Verfahren-NET-DIAL_Addendum_2025-05-28.pdf (abgerufen am: 24.09.2026).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

NET-DIAL: Dialyse

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2020, 2022, 2023, 2024 und 2025

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Dialyse. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026

Abgabe 14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 6

Datengrundlagen 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 15

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

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 20

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022 21

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020 22

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 23

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 24

Gruppe: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten 24

572001: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten 24

572048: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 28

Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt 32

572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt 32

572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 36

Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration 40

572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration 40

572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 44

Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration 48

572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration 48

572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 52

Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche 56

572005: Dialysefrequenz pro Woche 56

572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 60

Gruppe: Dialysedauer pro Woche 64

572006: Dialysedauer pro Woche 64

572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 68

Gruppe: Ernährungsstatus 72

572007: Ernährungsstatus 72

572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 76

Gruppe: Anämiemanagement 80

572008: Anämiemanagement 80

572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 84

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen 88

572009: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen 88

572056: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 94

Details zu den Ergebnissen 98

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen 99

572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen 99

572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 105

Details zu den Ergebnissen 109

Gruppe: 1-Jahres-Überleben 110

572011: 1-Jahres-Überleben 110

572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 114

Gruppe: 2-Jahres-Überleben 118

572012: 2-Jahres-Überleben 118

572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 122

Gruppe: 3-Jahres-Überleben ... 126
572013: 3-Jahres-Überleben ... 126
572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ... 130
Gruppe: 5-Jahres-Überleben ... 134
572014: 5-Jahres-Überleben ... 134
572061: 5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren ... 138
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 139
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 139
852305: Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung) ... 139
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 141
852306: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 141
852307: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 143
852308: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 145
Basisauswertung ... 147
Allgemeine Daten ... 148
Information über Behandlungsmöglichkeiten ... 152
Anamnese ... 155
Behandlungsverlauf ... 157

Einleitung

Unter dem QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) werden sowohl die Nierentransplantation, die Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst. Letztere gliedern sich in die Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration und Peritonealdialyse und gehören zu den Blutreinigungsverfahren.

Der Notwendigkeit zur Durchführung eines Nierenersatzverfahrens können unterschiedliche Indikationen zugrunde liegen. Neben dem akuten Nierenversagen kann auch das chronische Nierenversagen zu einem Funktionsverlust der Niere führen. Häufige Ursachen für ein chronisches Nierenversagen sind:

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck (vaskuläre Nephropathie)
- Entzündliche Erkrankungen der Nierenkörperchen (Glomerulonephritiden).

In der Mehrzahl der Fälle beginnt die Ersatztherapie der Nierenfunktion bei den betroffenen Patientinnen und Patienten mit der Peritoneal- oder Hämodialyse. Der Dialysebeginn kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen. Gleichzeitig hat die Prüfung zu der Möglichkeit einer Anmeldung für die Warteliste zur Nierentransplantation bei Eurotransplant zu erfolgen. Im Falle einer erfolgreichen Nierentransplantation findet die nephrologische Nachbehandlung in Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum statt. Nach einer möglichen Abstoßung des Transplantats beginnt für die meisten Patientinnen und Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nierentransplantation unter Dialysebehandlung. Aufgrund der eingeschränkten Organverfügbarkeit und des individuellen Hintergrundes der Patientin bzw. des Patienten (z.B. medizinische Kontraindikationen), bleibt die Dialysebehandlung oftmals jedoch die einzige Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion. Die Überlebenszeit von Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen ist dabei wesentlich von der Qualität der Behandlung abhängig und kann bei der Kombination verschiedener Dialyseverfahren mit der Nierentransplantation mehrere Jahrzehnte erreichen.

Bei gegebener Indikation findet die Nierentransplantation in Kombination mit einer Pankreastransplantation statt. Um auch Patientinnen und Patienten mit einer solchen kombinierten Transplantation zu betrachten, werden diese in dem QS-Verfahren QS NET eingeschlossen. Aus Praktikabilitätsgründen werden auch Pankreastransplantationen ohne simultane Nierentransplantation einbezogen. Diese äußerst seltenen Eingriffe wurden bislang in der Qualitätssicherung gemeinsam mit der deutlich häufigeren kombinierten Nieren- und Pankreastransplantation erfasst.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine

Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik
• eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (kollektivvertragliche Leistungen, teilstationäre Leistungen oder selektivvertragliche Leistungen) ausgegeben.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird ebenfalls pro Vergleichsgruppe und zusätzlich auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Dialyse (NET-DIAL) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	298.943 291.618 7.325	351.845	84,96
Bund (teilstationäre Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.229 18.213 16	19.464	93,65
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	5.104 4.794 310	5.113	99,82
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	322.276 314.625 7.651	376.422	85,62

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	673	723	93,08
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	155		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	157	162	96,91
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (teilstationäre Leistungen)	147	152	96,71
Anzahl Leistungserbringer	auf BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	28	26	107,69
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	823	877	93,84
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	830		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	833	887	93,91

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	315.346 308.870 6.476	404.321	77,99
Bund (teilstationäre Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.017 17.990 27	18.764	96,02
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	4.934 4.678 256	4.664	105,79
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	338.297 331.538 6.759	427.749	79,09
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	691	743	93,00

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	155		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (teilstationäre Leistungen)	154	153	100,65
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (teilstationäre Leistungen)	144	144	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	28	27	103,70
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	837	889	94,15
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	848		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	847	898	94,32

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2021 bis 2025 auf Ebene des Leistungserbringers dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mittels elektronischer Gesundheitskarten-Pseudonym (PID) mit den für Indexeingriffe des Erfassungsjahres 2021 bis 2025 gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2025	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	291.618	99,12 N = 289.042
Bund (teilstationäre Leistungen)	18.213	99,67 N = 18.153
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	4.794	99,42 N = 4.766
Bund (gesamt)	314.625	99,15 N = 311.961

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	308.870	99,69 N = 307.903
Bund (teilstationäre Leistungen)	17.990	99,47 N = 17.894
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	4.678	100,00 N = 4.678
Bund (gesamt)	331.538	99,68 N = 330.475

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	298.120	99,73 N = 297.317
Bund (teilstationäre Leistungen)	17.367	99,14 N = 17.218
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	4.077	100,00 N = 4.077
Bund (gesamt)	319.564	99,70 N = 318.612

Erfassungsjahr 2022	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	280.271	99,21 N = 278.059
Bund (teilstationäre Leistungen)	18.111	99,03 N = 17.935
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	3.916	100,00 N = 3.916
Bund (gesamt)	302.298	99,21 N = 299.910

Ergebnisübersicht

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

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.

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

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

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

- Die Auslösung der QS-Dokumentation für Kinder und Jugendliche erfolgt seit dem 01.01.2023. Da die Kennzahlen zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren auch Zeiträume vor dem 01.01.2023 einschließen, ist dies bei der Betrachtung der entsprechenden Kennzahl-Ergebnisse zu beachten.

-Für die Indikatoren 572001 („Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten“) wurde der Referenzbereich für das Auswertungsjahr (AJ) 2026 ausgesetzt. Hintergrund ist die erstmaligen Auswertung dieses Indikators und der Aussetzung des Moduls Dialyse ab dem Erfassungsjahr 2026.

- Für die Indikatoren 572002 („Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt“), 572003

(„Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration“), 572004 („Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration“), 572005 („Dialysefrequenz pro Woche“) und 572006 („Dialysedauer pro Woche“) wurde der Referenzbereich für das Auswertungsjahr (AJ) 2026 ausgesetzt. Hintergrund ist, dass für diese Indikatoren nach Überprüfung der Eignungskriterien ein grundlegender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten			
572001	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten	Nicht definiert	48,44 % O = 5.729 N = 11.828
572048	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	18,75 % O = 6 N = 32
Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt			
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	Nicht definiert	78,24 % O = 7.998 N = 10.223
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 22
Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration			
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration	Nicht definiert	46,40 % O = 6.525 N = 14.063
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	46,67 % O = 7 N = 15

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration			
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration	Nicht definiert	26,74 % O = 18.939 N = 70.820
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	52,94 % O = 36 N = 68
Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche			
572005	Dialysefrequenz pro Woche	Nicht definiert	15,36 % O = 9.836 N = 64.024
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	35,44 % O = 28 N = 79
Gruppe: Dialysedauer pro Woche			
572006	Dialysedauer pro Woche	Nicht definiert	31,28 % O = 20.025 N = 64.024
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	62,03 % O = 49 N = 79

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Ernährungsstatus			
572007	Ernährungsstatus	Transparenzkennzahl	5,47 % O = 3.824 N = 69.883
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 71
Gruppe: Anämiemanagement			
572008	Anämiemanagement	Transparenzkennzahl	0,47 % O = 330 N = 69.883
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 71
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen			
572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	≤ 1,70 (95. Perzentil)	0,83 O/E = 6.651 / 8.028,77 8,47 % O/N = 6.651 / 78.556
572056	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 13

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen			
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	≤ 2,32 (95. Perzentil)	0,90 O/E = 359 / 400,75 16,26 % O/N = 359 / 2.208
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	x % O = 0 N = ≤3

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

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: 1-Jahres-Überleben			
572011	1-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	87,77 % O = 10.346 N = 11.787
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	100,00 % O = 25 N = 25

© IQTIG 2026

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

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: 2-Jahres-Überleben			
572012	2-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	73,84 % O = 8.249 N = 11.172
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	100,00 % O = 21 N = 21

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: 3-Jahres-Überleben			
572013	3-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	62,43 % O = 6.603 N = 10.576
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 5

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: 5-Jahres-Überleben			
572014	5-Jahres-Überleben	Transparenzkennzahl	44,18 % O = 2.182 N = 4.939
572061	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	Transparenzkennzahl	- O = 0 N = 0

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852305	Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung)	≤ 0,92 % (95. Perzentil)	1,32 % 4.907 / 371.295	5,04 % 35 / 694
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852306	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	85,62 % 322.276 / 376.422	28,86 % 256 / 887
852307	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	85,62 % 322.276 / 376.422	1,47 % 13 / 887
852308	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	2,03 % 7.651 / 376.422	6,99 % 62 / 887

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden

572001: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

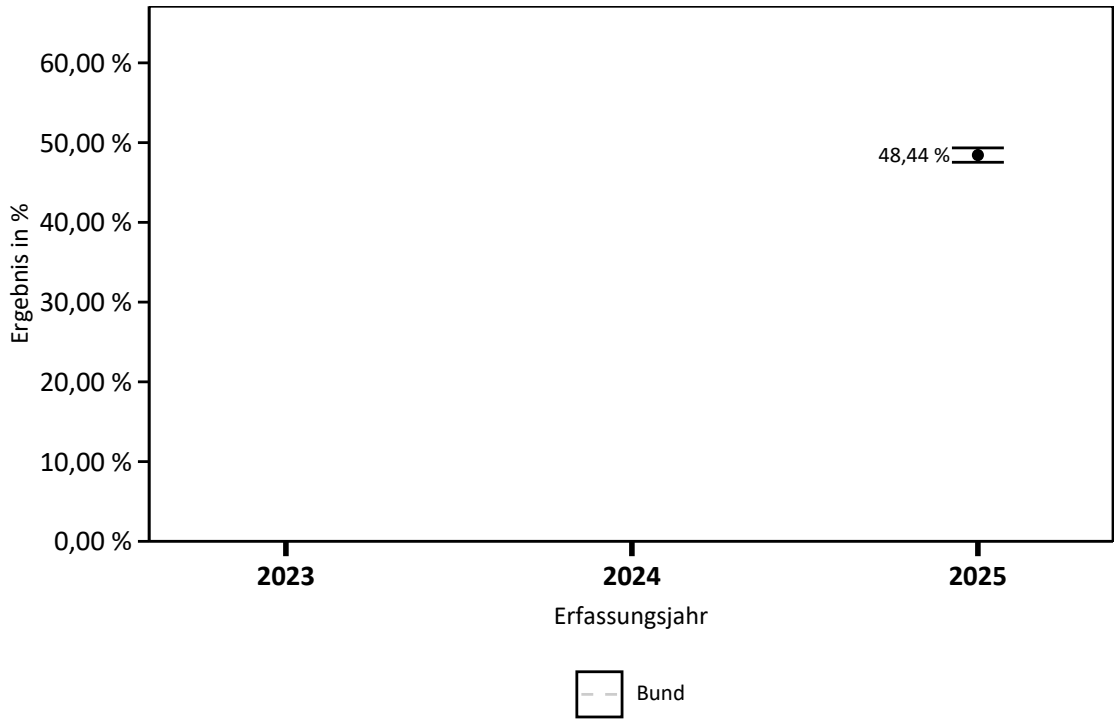
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	- / -	-	-
		2024	- / -	-	-
		2025	5.042 / 10.761	46,85	45,91 - 47,80
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	- / -	-	-
		2024	- / -	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	- / -	-	-
		2024	- / -	-	-
		2025	666 / 1.162	57,31	54,45 - 60,13
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	- / -	-	-
		2024	- / -	-	-
		2025	100 / 212	47,17	40,56 - 53,88

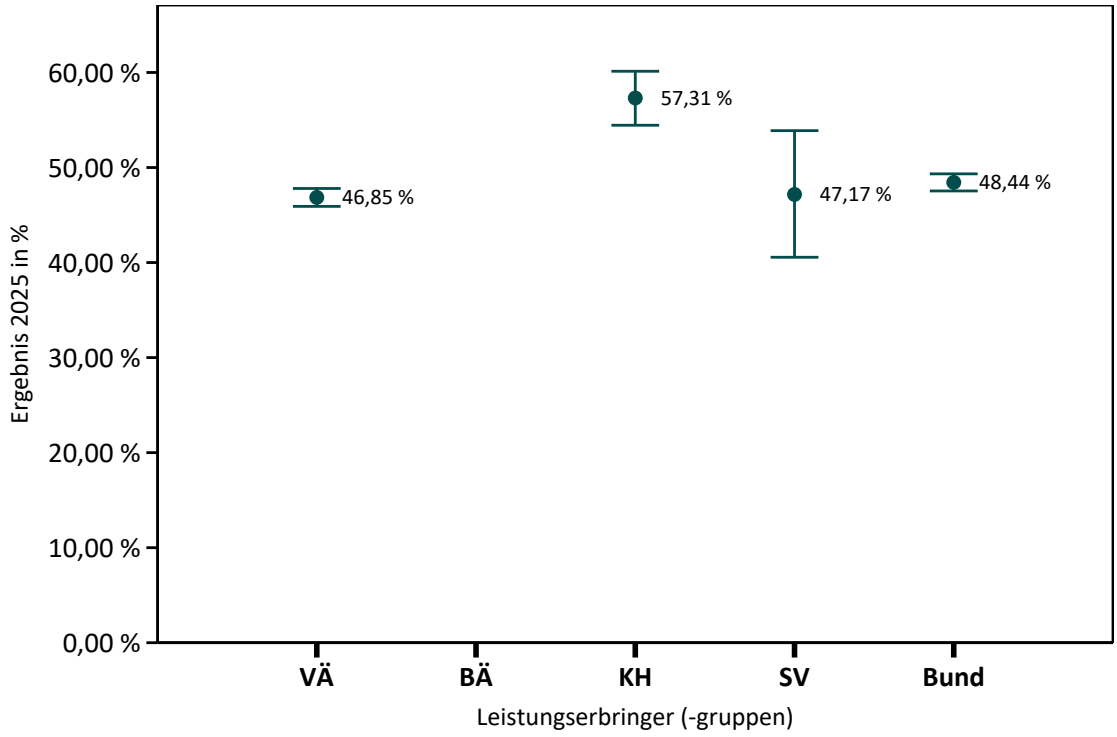
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	- / -	-	-
	2025	5.729 / 11.828	48,44	47,54 - 49,34

Ergebnisse im Zeitverlauf

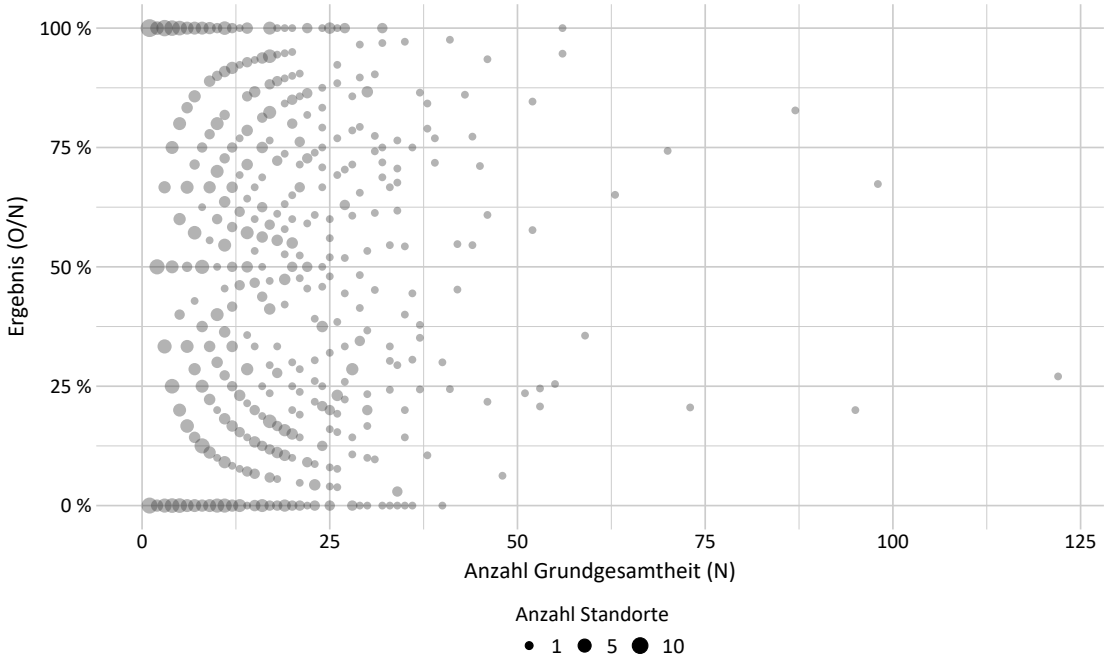
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	783	0	0,00	100,00	50,00

572048: Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

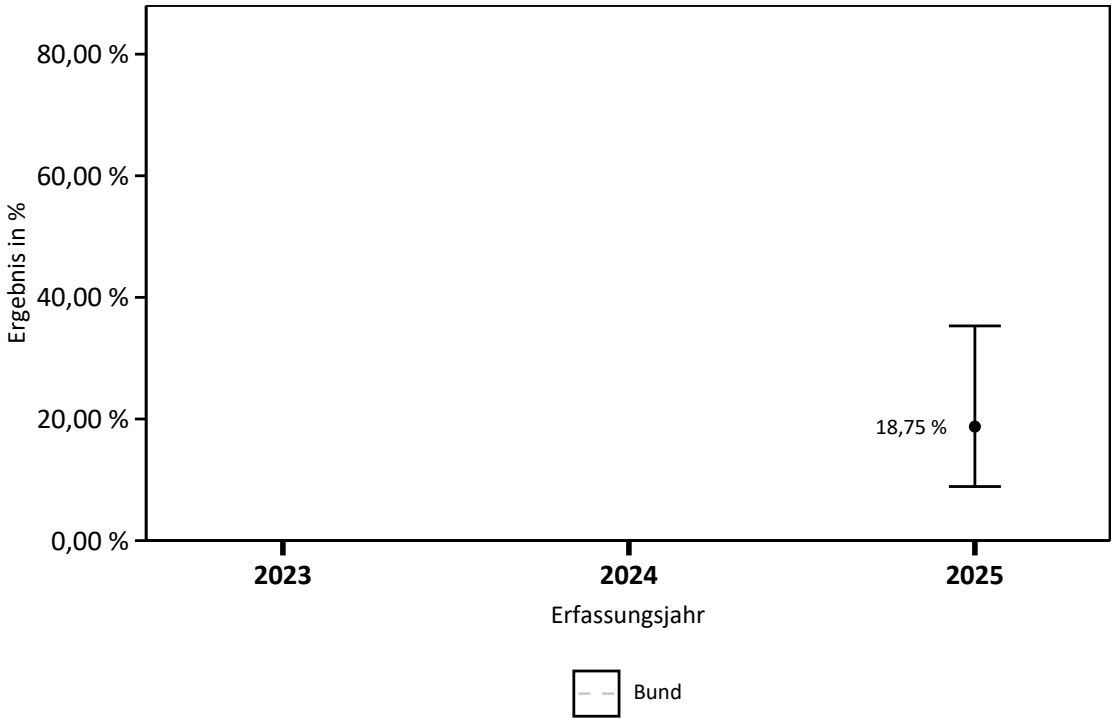
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die (bzw. deren Sorgeberechtigten) nicht über alle Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

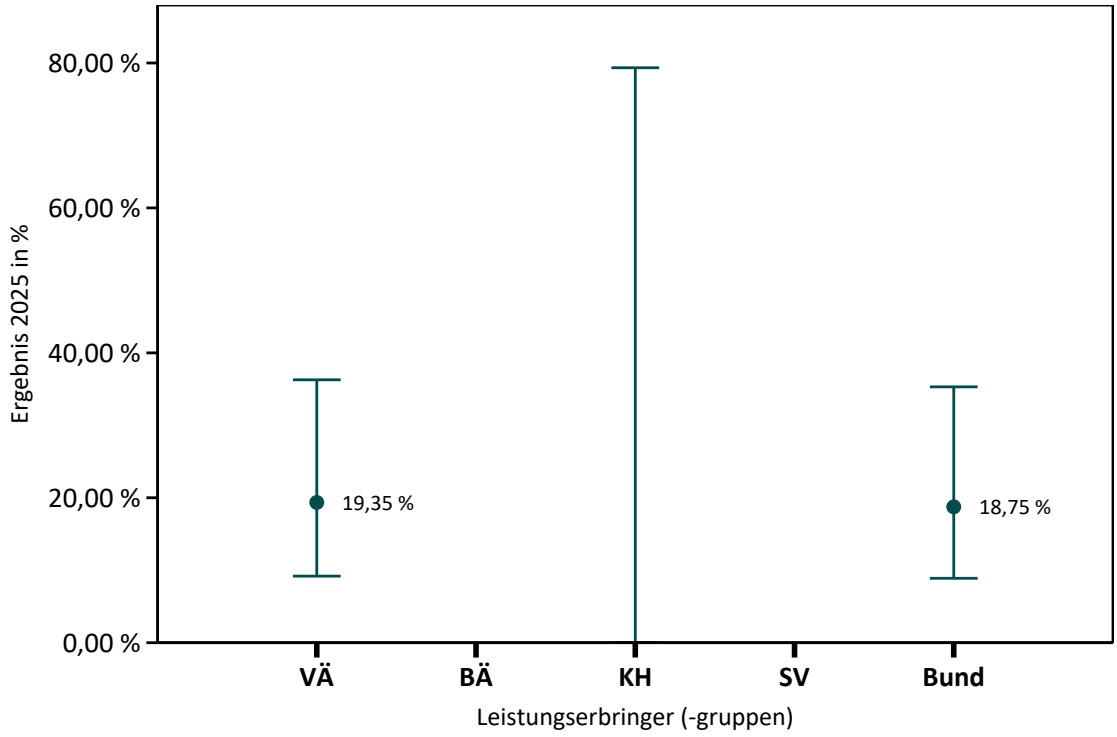
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	- / -	-	-
		2024	- / -	-	-
		2025	6 / 31	19,35	9,19 - 36,28
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	- / -	-	-
		2024	- / -	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	- / -	-	-
		2024	- / -	-	-
		2025	≤3	x	0,00 - 79,35
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	- / -	-	-
		2024	- / -	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Bund		**2023**	- / -	-	-
		2024	- / -	-	-
		2025	6 / 32	18,75	8,89 - 35,31

Ergebnisse im Zeitverlauf

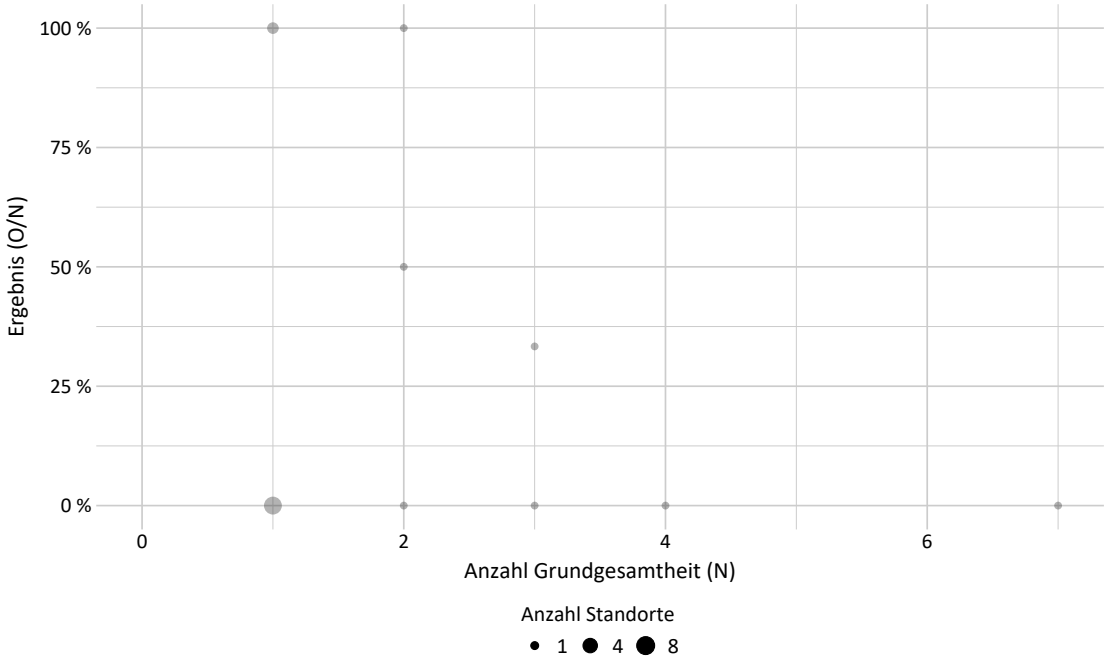
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	17	0	0,00	100,00	0,00

Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde

572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2022 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

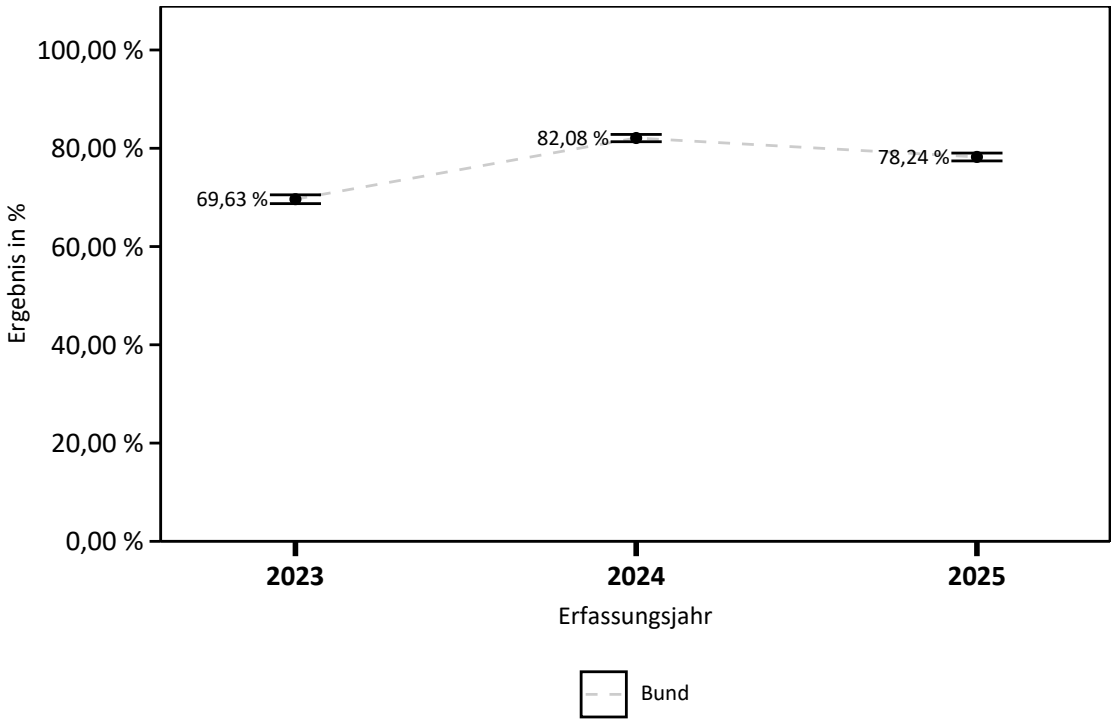
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	6.602 / 9.656	68,37	67,44 - 69,29
		2024	7.851 / 9.722	80,75	79,96 - 81,53
		2025	7.476 / 9.664	77,36	76,51 - 78,18
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	523 / 658	79,48	76,23 - 82,39
		2024	624 / 693	90,04	87,59 - 92,06
		2025	514 / 648	79,32	76,03 - 82,26
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	120 / 155	77,42	70,22 - 83,29
		2024	168 / 176	95,45	91,29 - 97,68
		2025	175 / 181	96,69	92,96 - 98,47

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	2023	7.087 / 10.178	69,63	68,73 - 70,52
	2024	8.449 / 10.293	82,08	81,33 - 82,81
	2025	7.998 / 10.223	78,24	77,42 - 79,02

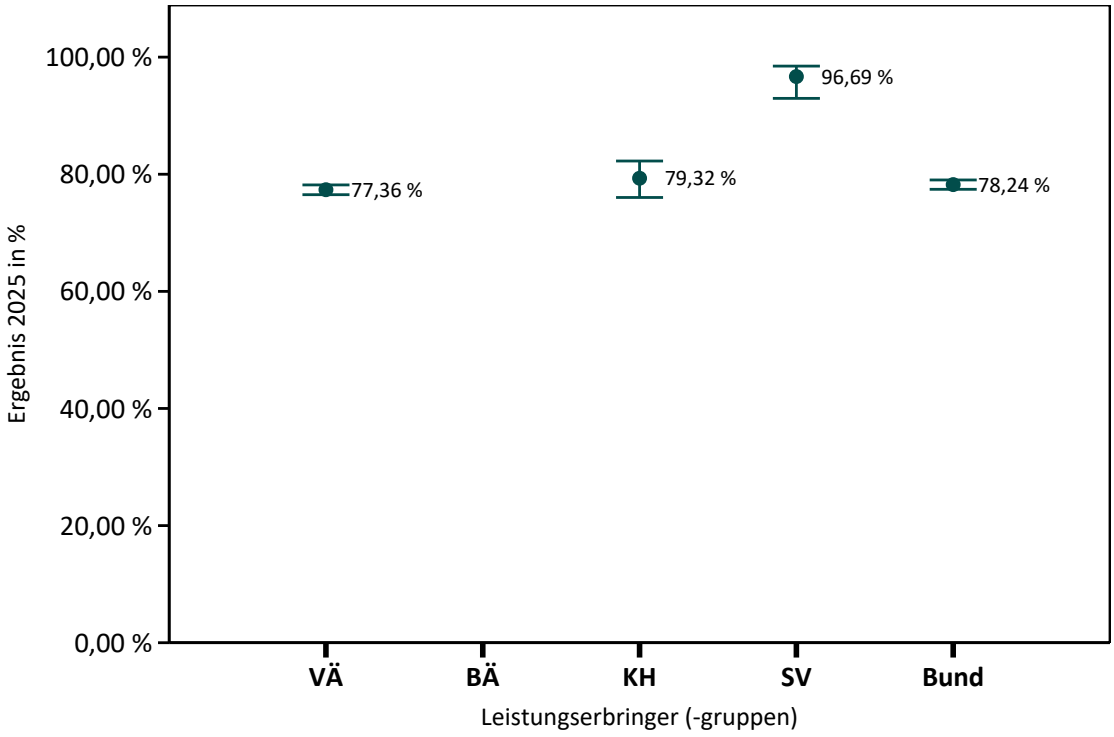
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

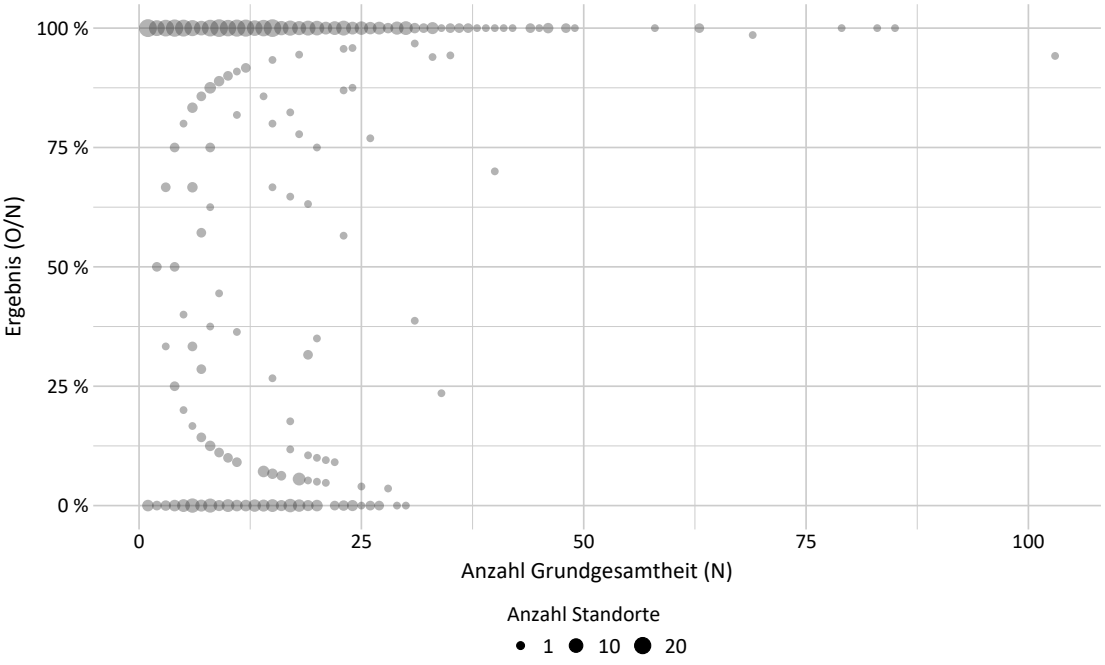


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	804	0	0,00	100,00	100,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2022 bis Quartal 3/2025

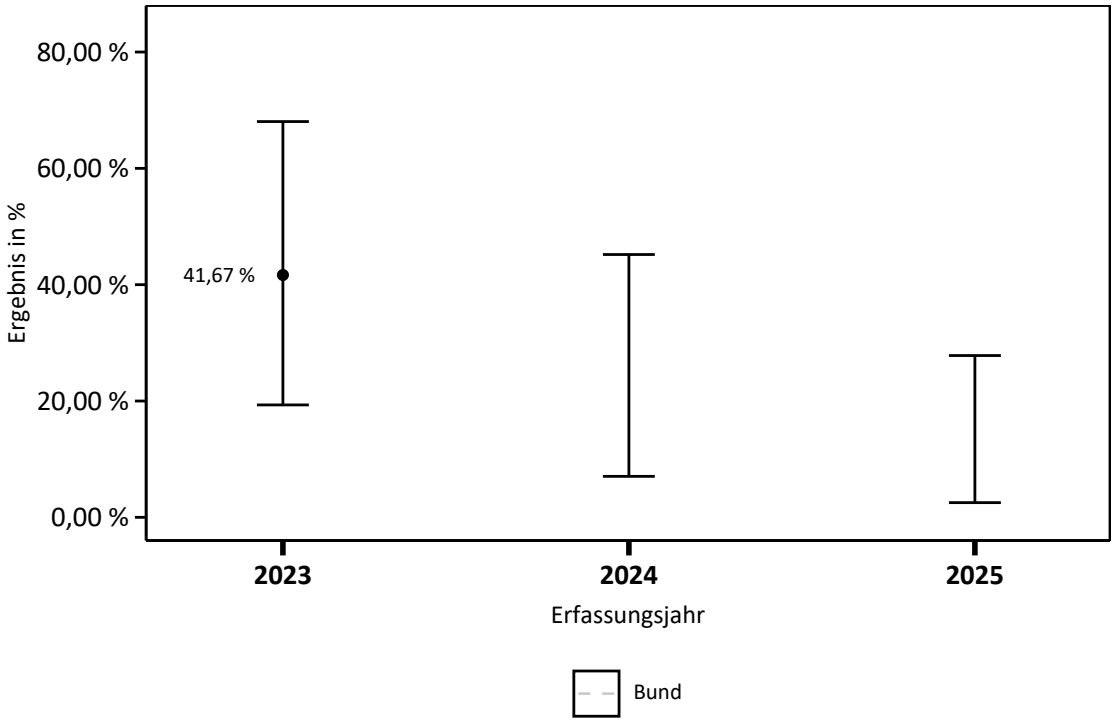
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	5 / 12	41,67	19,33 - 68,05
		2024	≤3 / 15	x	7,05 - 45,19
		2025	≤3 / 22	x	2,53 - 27,81
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	≤3	x	0,00 - 79,35
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Bund		**2023**	5 / 12	41,67	19,33 - 68,05
		2024	≤3 / 15	x	7,05 - 45,19
		2025	≤3 / 22	x	2,53 - 27,81

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

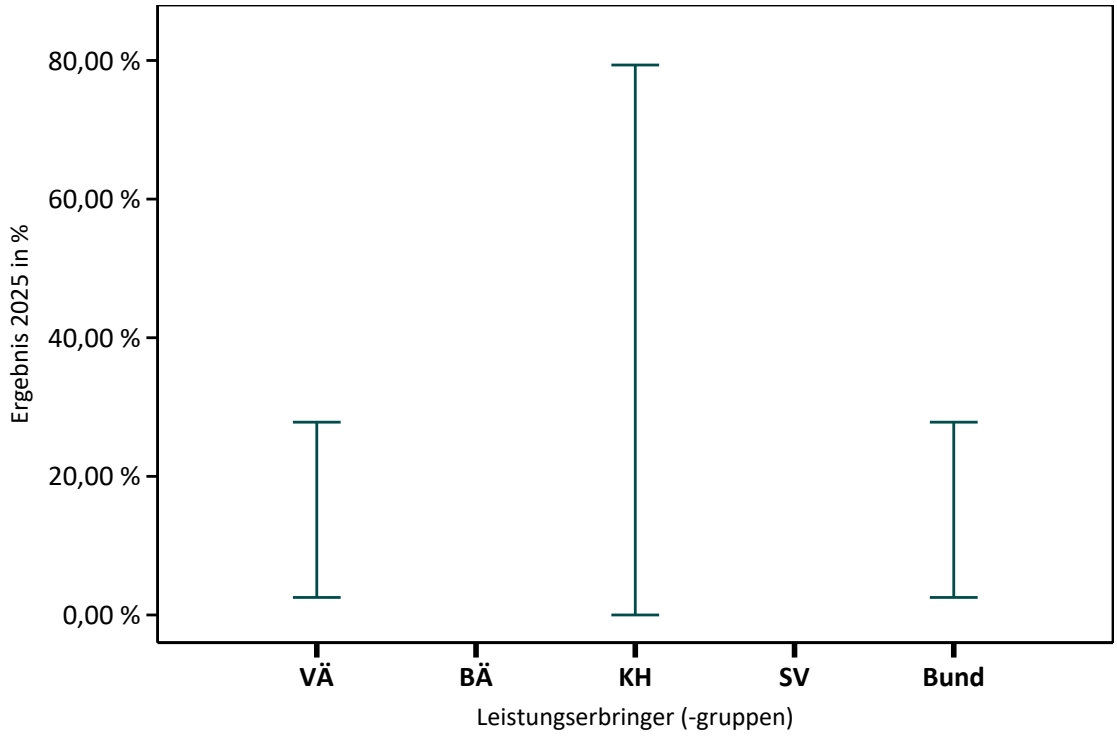
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

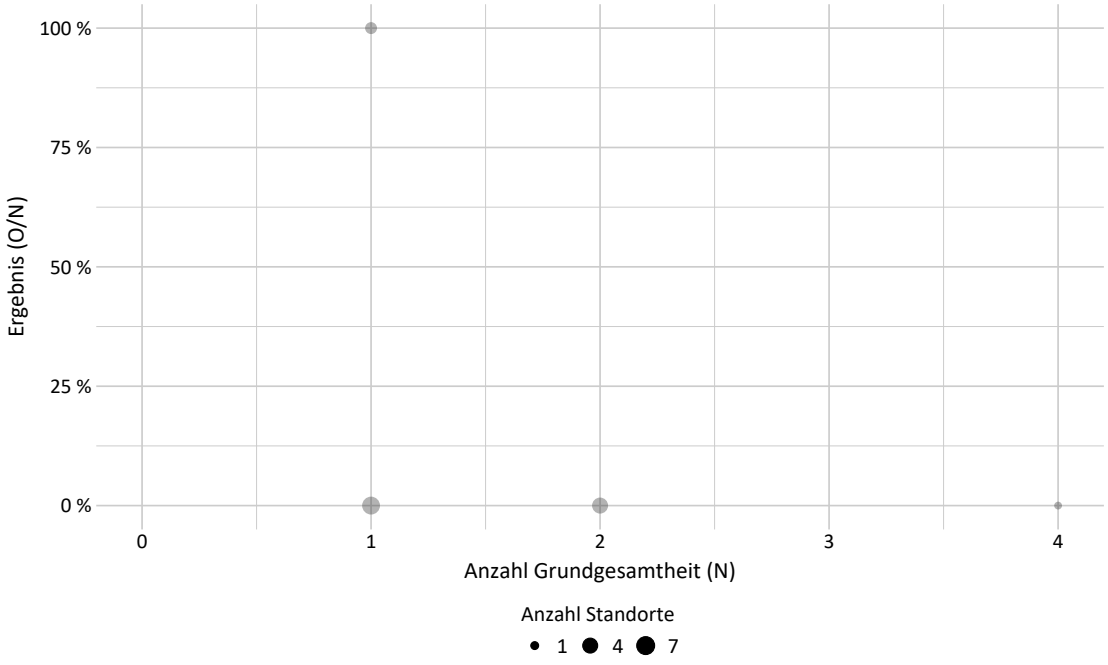


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	15	0	0,00	100,00	0,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind

572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse, eine Hämodiafiltration oder eine Hämofiltration wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung über einen funktionsfähigen Shunt dialysiert werden
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 3/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

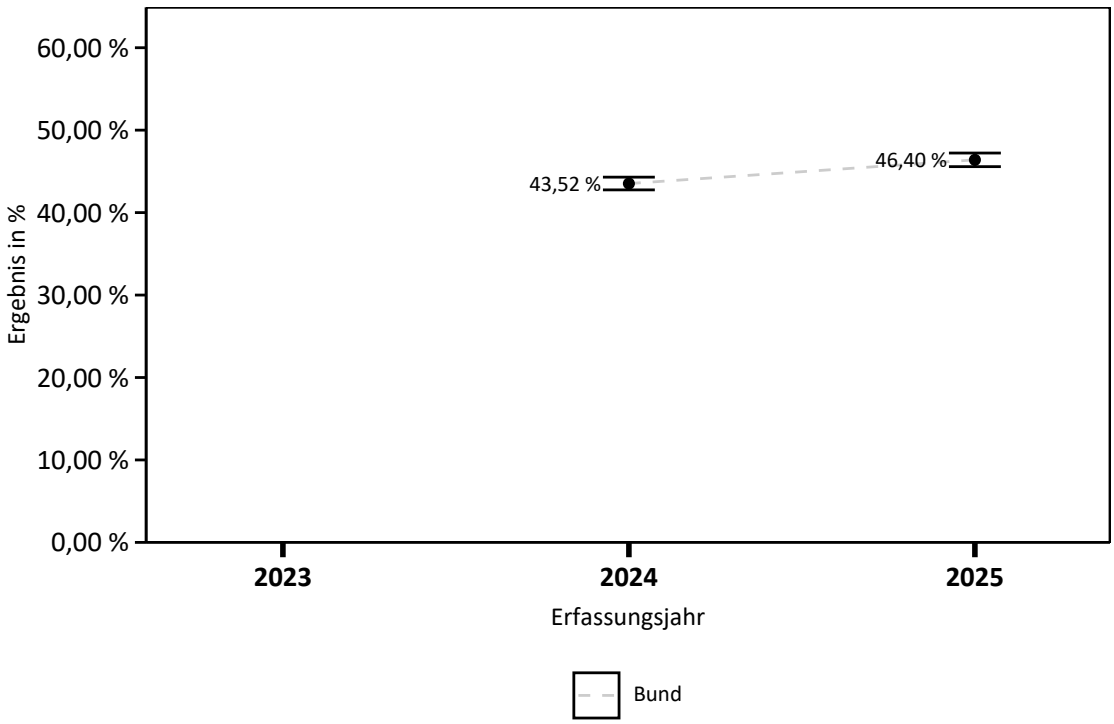
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	- / -	-	-
		2024	6.297 / 14.716	42,79	41,99 - 43,59
		2025	5.921 / 12.943	45,75	44,89 - 46,61
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	- / -	-	-
		2024	506 / 913	55,42	52,18 - 58,62
		2025	515 / 950	54,21	51,03 - 57,36

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Selektivvertragliche Leistungen	**2023**	- / -	-	-
	2024	119 / 274	43,43	37,69 - 49,35
	2025	108 / 228	47,37	40,98 - 53,84
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	6.899 / 15.851	43,52	42,75 - 44,30
	2025	6.525 / 14.063	46,40	45,58 - 47,22

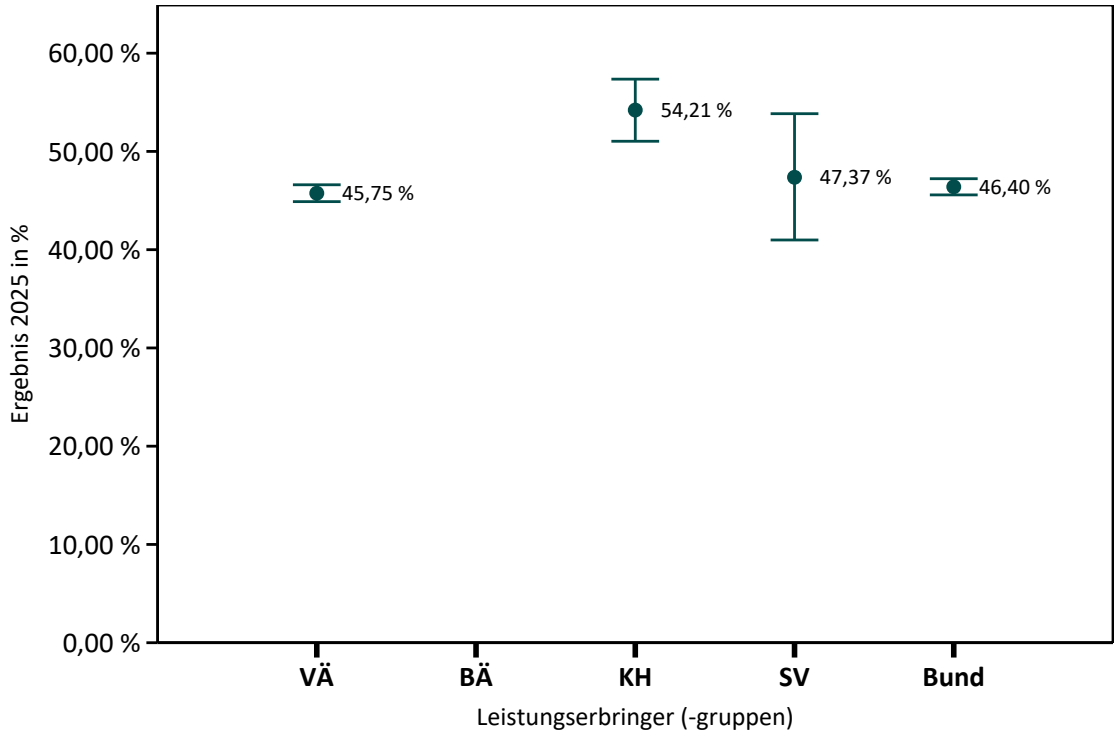
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

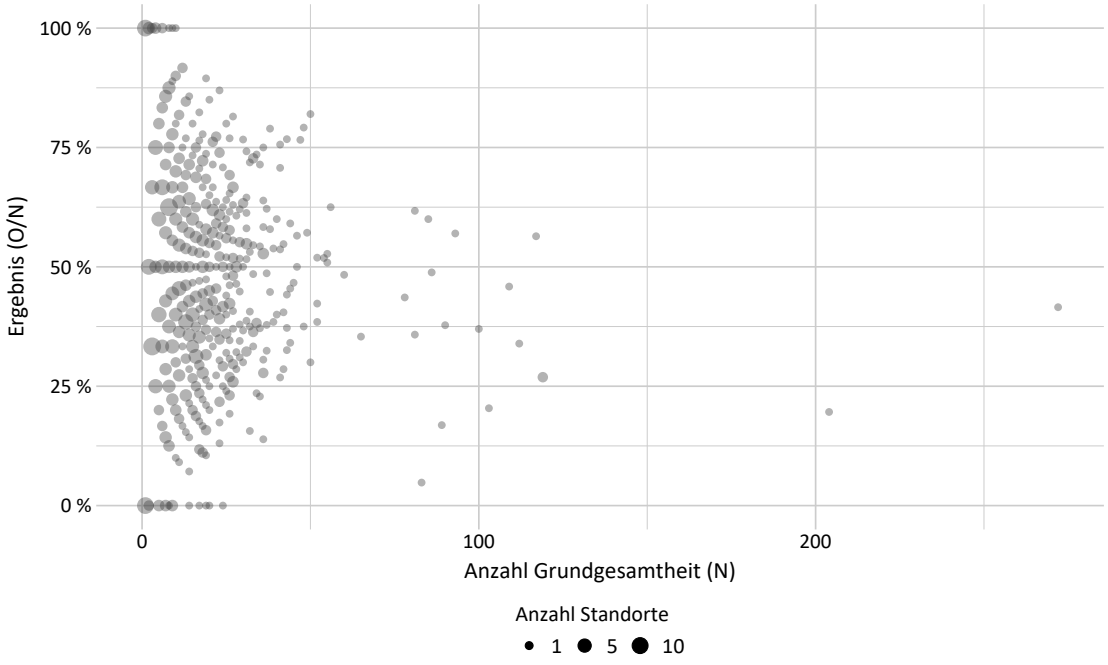


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	766	0	0,00	100,00	48,74

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis unter 18 Jahren, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse, eine Hämodiafiltration oder eine Hämofiltration wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis unter 18 Jahren, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung über einen funktionsfähigen Shunt dialysiert werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 3/2024 bis Quartal 4/2025

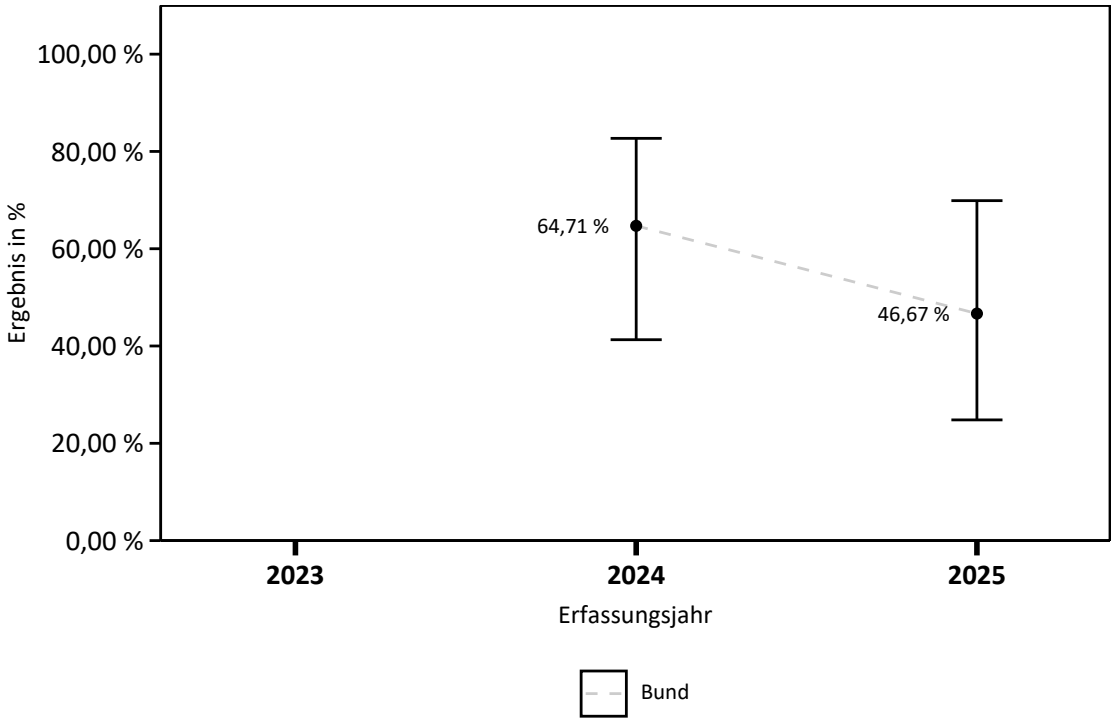
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	- / -	-	-
		2024	10 / 16	62,50	38,64 - 81,52
		2025	6 / 14	42,86	21,38 - 67,41
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	- / -	-	-
		2024	≤3	x	20,65 - 100,00
		2025	≤3	x	20,65 - 100,00
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Bund		**2023**	- / -	-	-
		2024	11 / 17	64,71	41,30 - 82,69
		2025	7 / 15	46,67	24,81 - 69,88

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

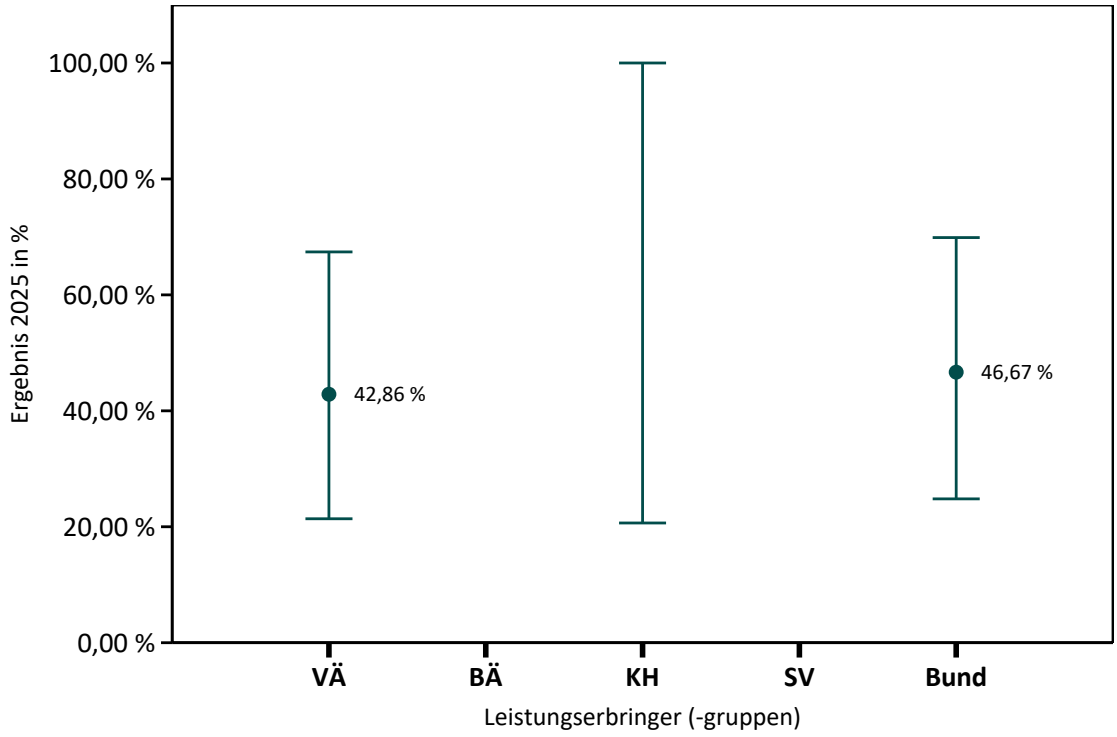
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

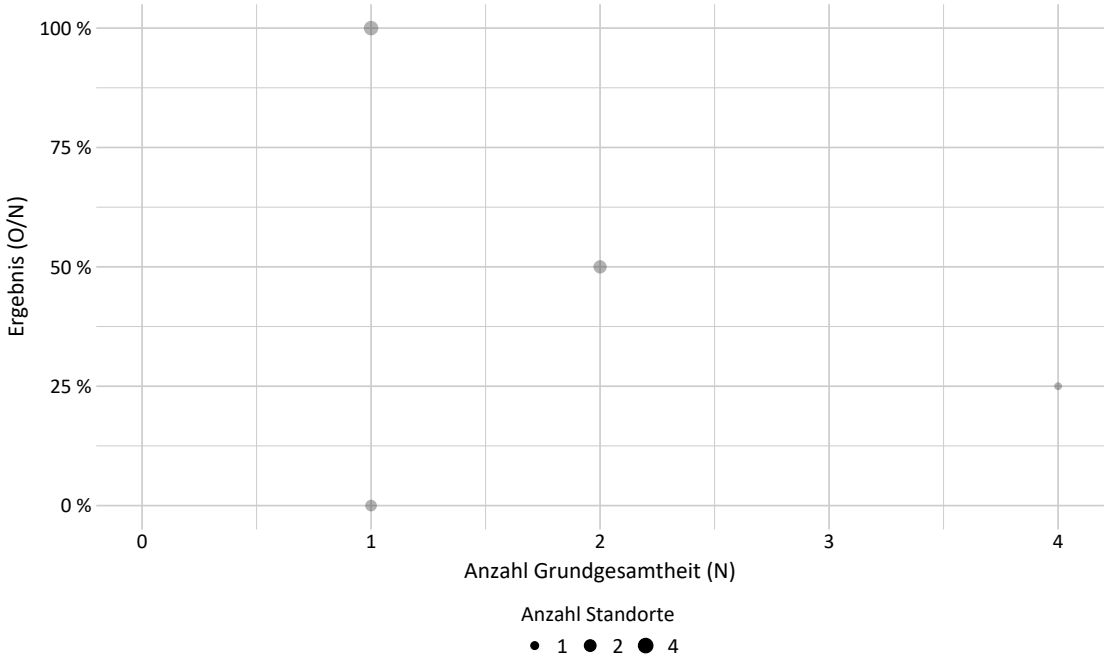


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	10	0	0,00	100,00	50,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden

572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse, eine Hämodiafiltration oder eine Hämofiltration wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, die überwiegend über einen Katheter dialysiert werden
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

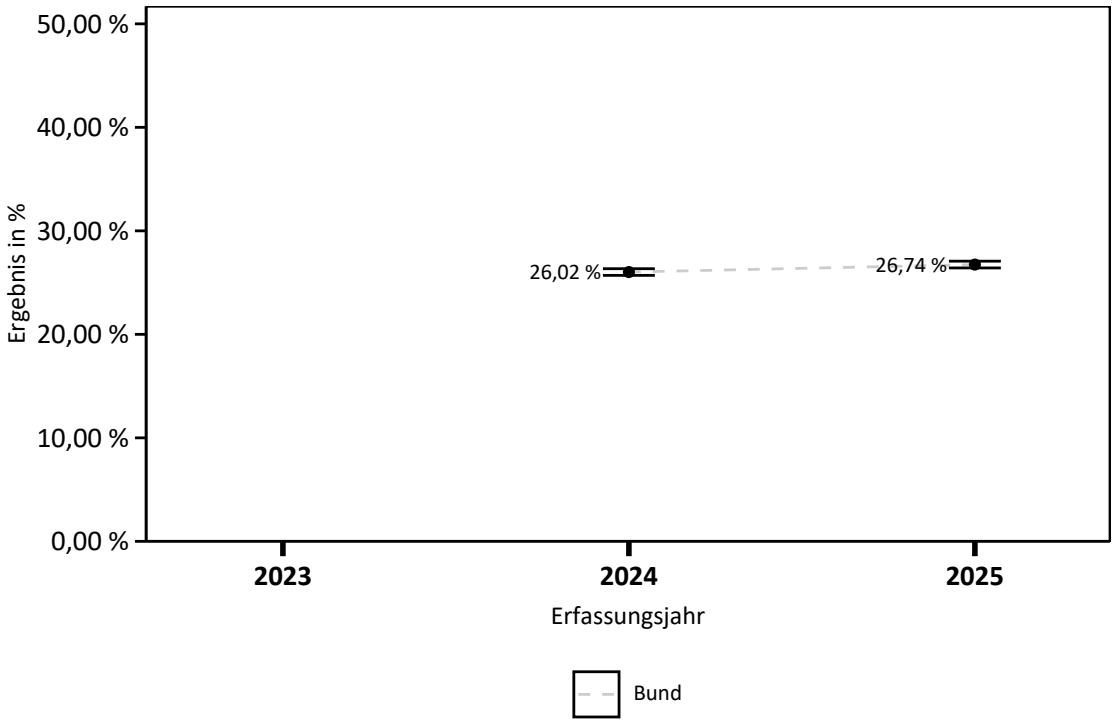
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	- / -	-	-
		2024	16.936 / 67.313	25,16	24,83 - 25,49
		2025	17.206 / 66.693	25,80	25,47 - 26,13
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	- / -	-	-
		2024	1.459 / 3.338	43,71	42,03 - 45,40
		2025	1.520 / 3.362	45,21	43,54 - 46,90
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	- / -	-	-
		2024	306 / 1.185	25,82	23,41 - 28,39
		2025	305 / 1.189	25,65	23,25 - 28,21

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	2023	- / -	-	-
	2024	18.568 / 71.366	26,02	25,70 - 26,34
	2025	18.939 / 70.820	26,74	26,42 - 27,07

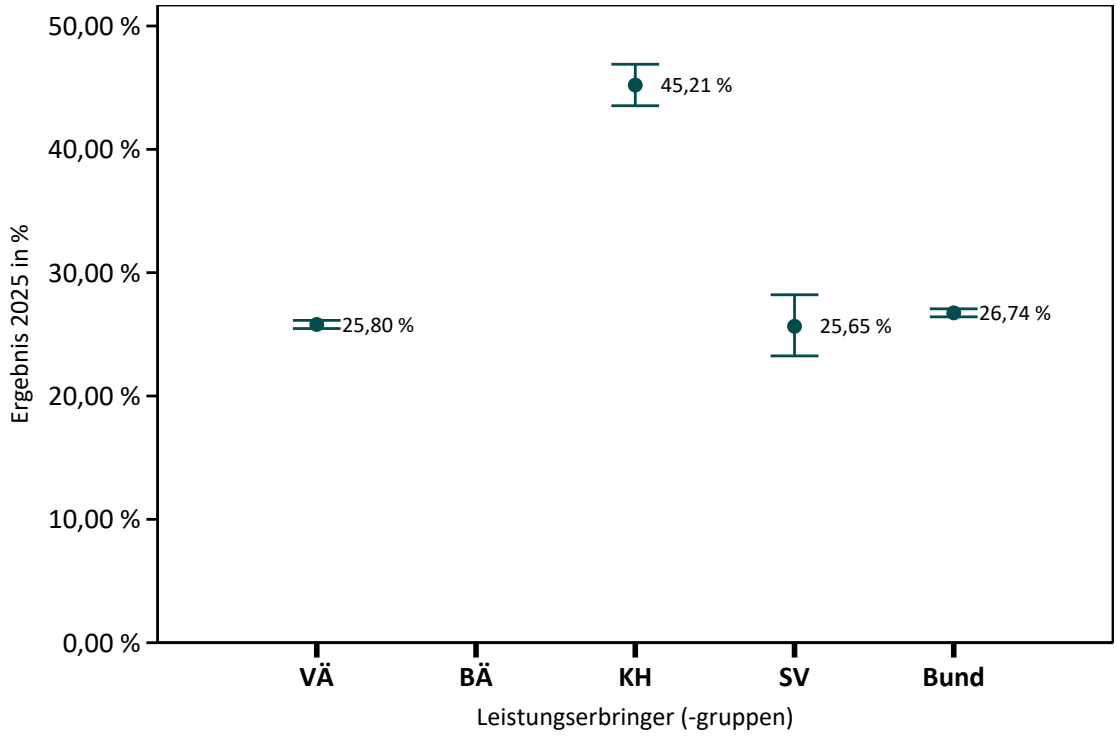
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

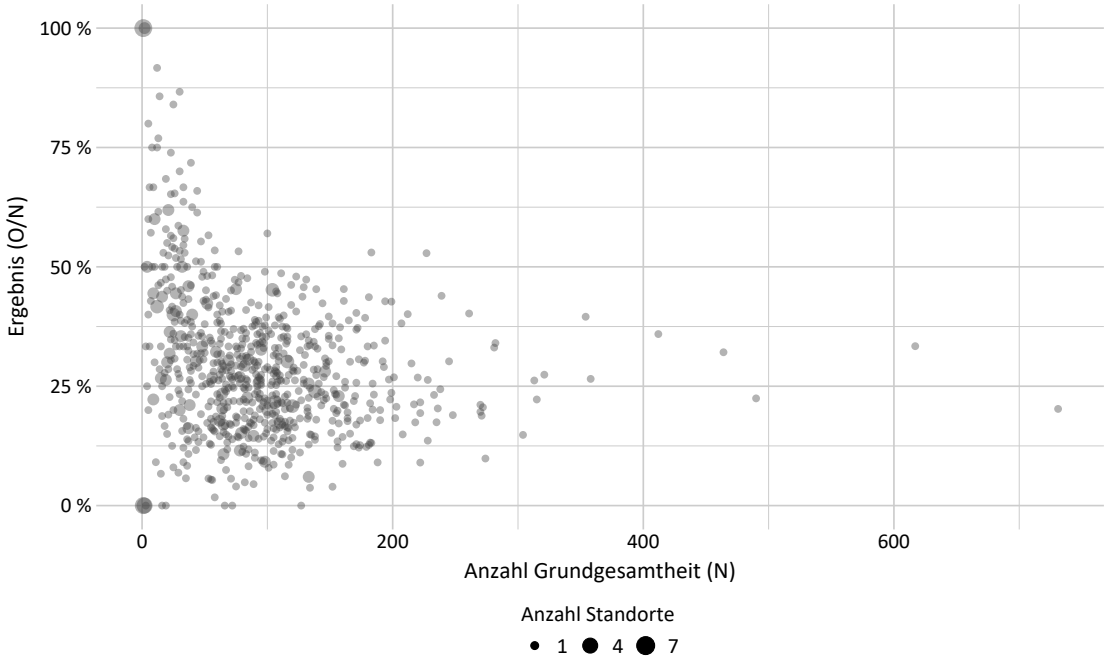


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	793	0	0,00	100,00	27,34

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse, eine Hämodiafiltration oder eine Hämofiltration wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die überwiegend über einen Katheter dialysiert werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

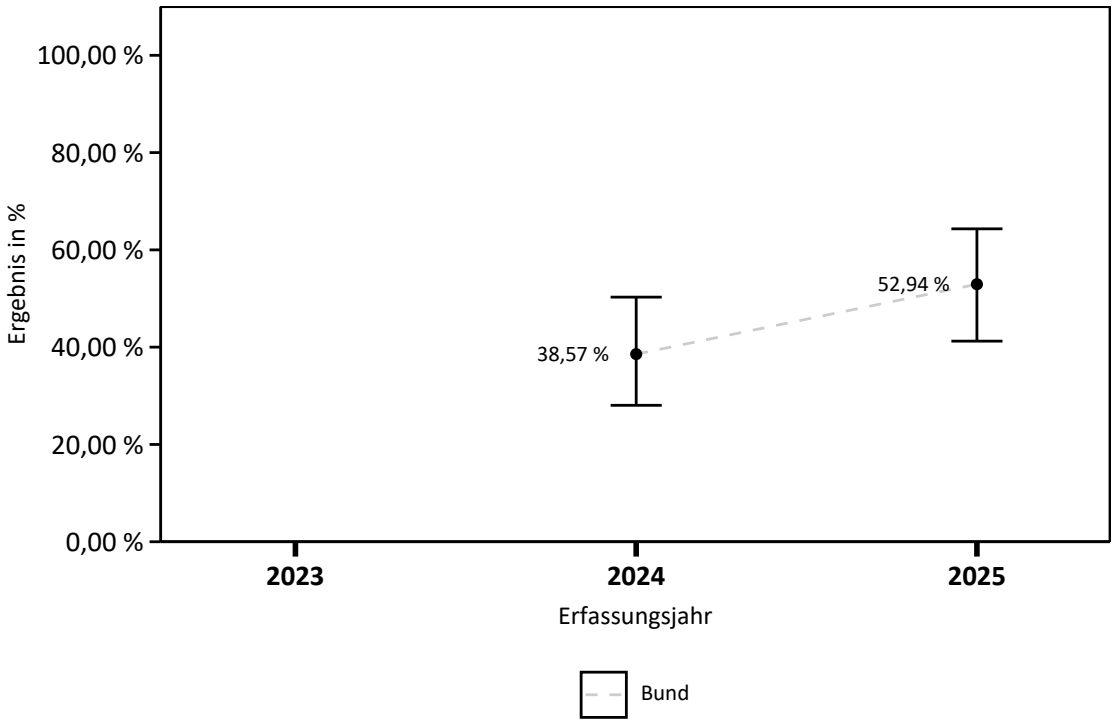
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	- / -	-	-
		2024	27 / 70	38,57	28,05 - 50,28
		2025	32 / 64	50,00	38,10 - 61,90
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	≤3	x	43,85 - 100,00
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Bund		**2023**	- / -	-	-
		2024	27 / 70	38,57	28,05 - 50,28
		2025	36 / 68	52,94	41,24 - 64,33

Ergebnisse im Zeitverlauf

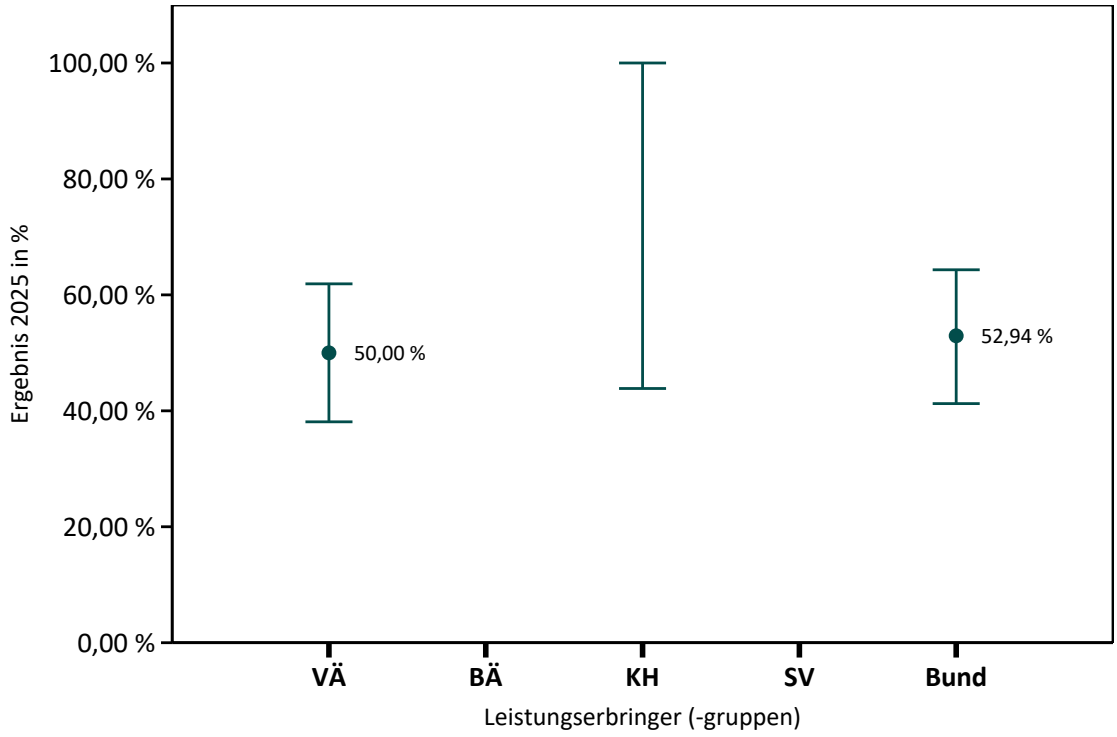
Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

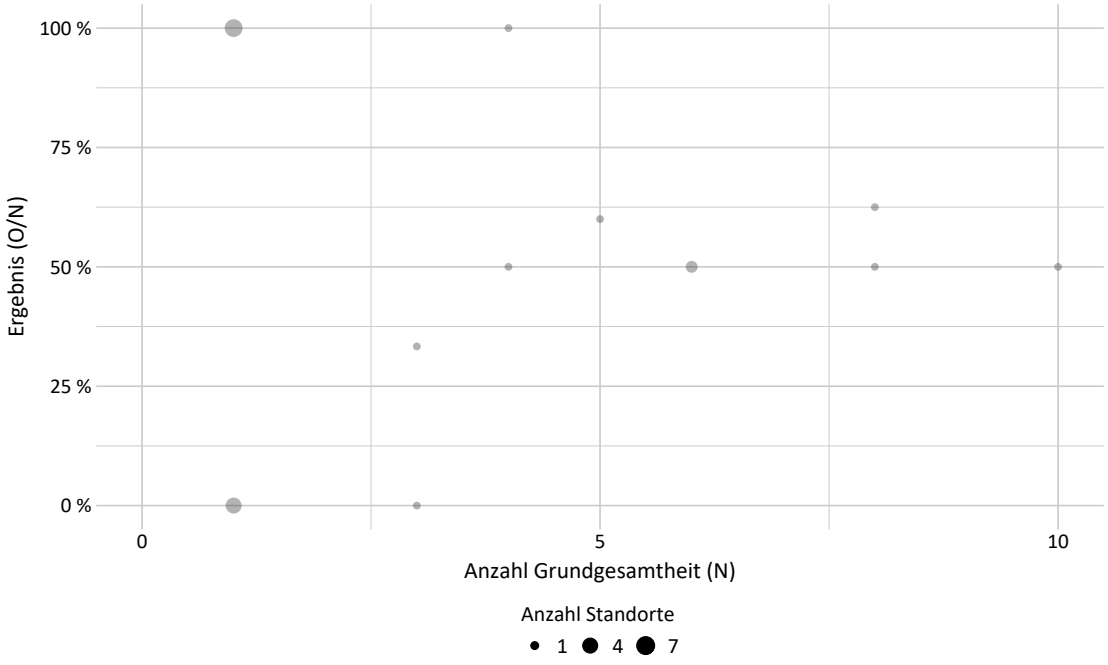


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	22	0	0,00	100,00	50,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten

572005: Dialysefrequenz pro Woche

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die eine chronische Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, die in mehr als 10 % der Wochen weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten haben
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

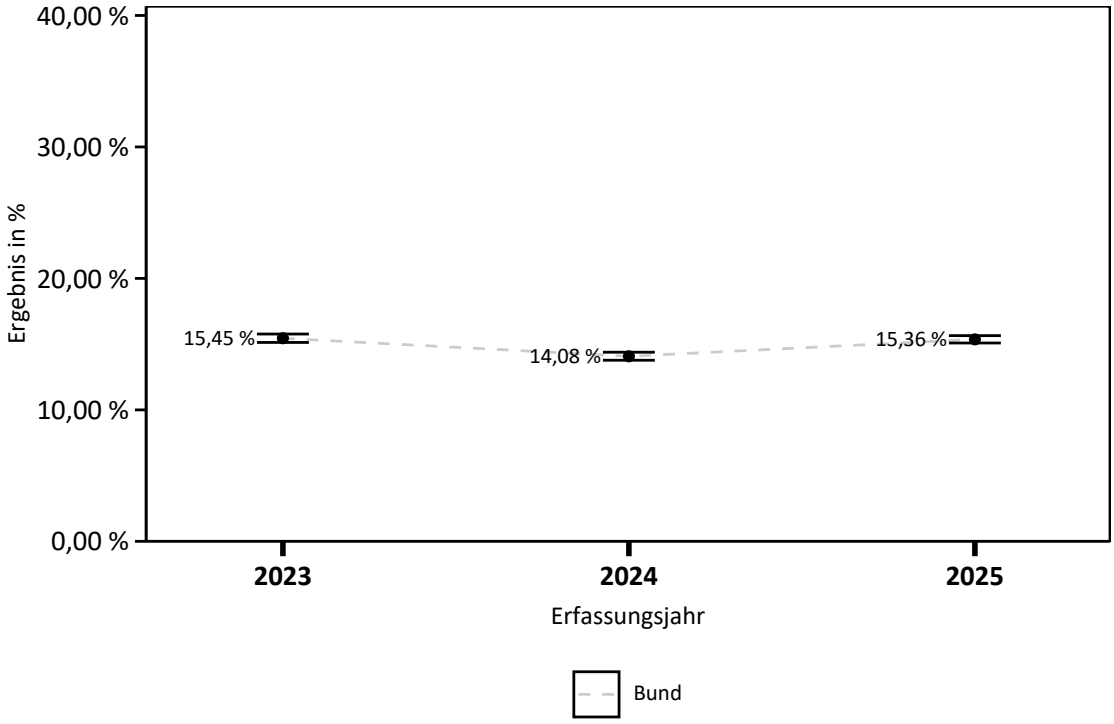
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	6.339 / 45.253	14,01	13,69 - 14,33
		2024	6.012 / 46.367	12,97	12,66 - 13,27
		2025	8.726 / 59.704	14,62	14,33 - 14,90
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	1.244 / 3.586	34,69	33,15 - 36,26
		2024	1.039 / 3.517	29,54	28,06 - 31,07
		2025	1.120 / 3.924	28,54	27,15 - 29,98
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	83 / 794	10,45	8,51 - 12,78
		2024	71 / 818	8,68	6,94 - 10,81
		2025	99 / 1.062	9,32	7,72 - 11,22

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	7.594 / 49.162	15,45	15,13 - 15,77
	2024	7.068 / 50.209	14,08	13,78 - 14,38
	2025	9.836 / 64.024	15,36	15,09 - 15,64

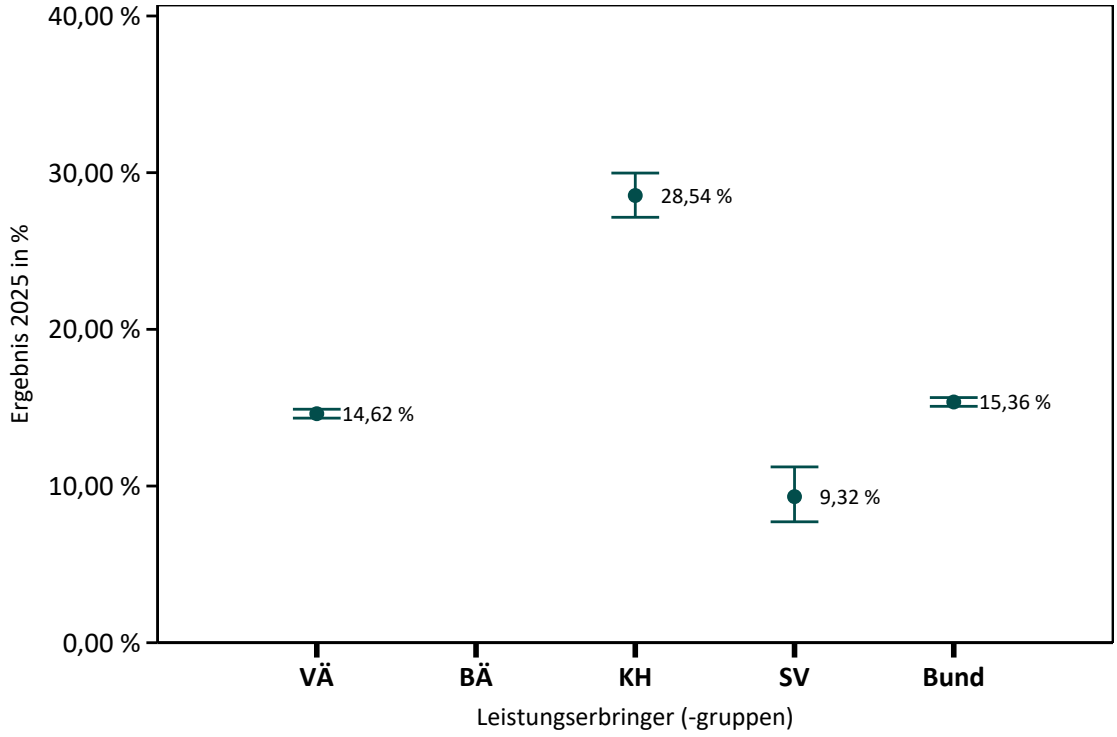
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

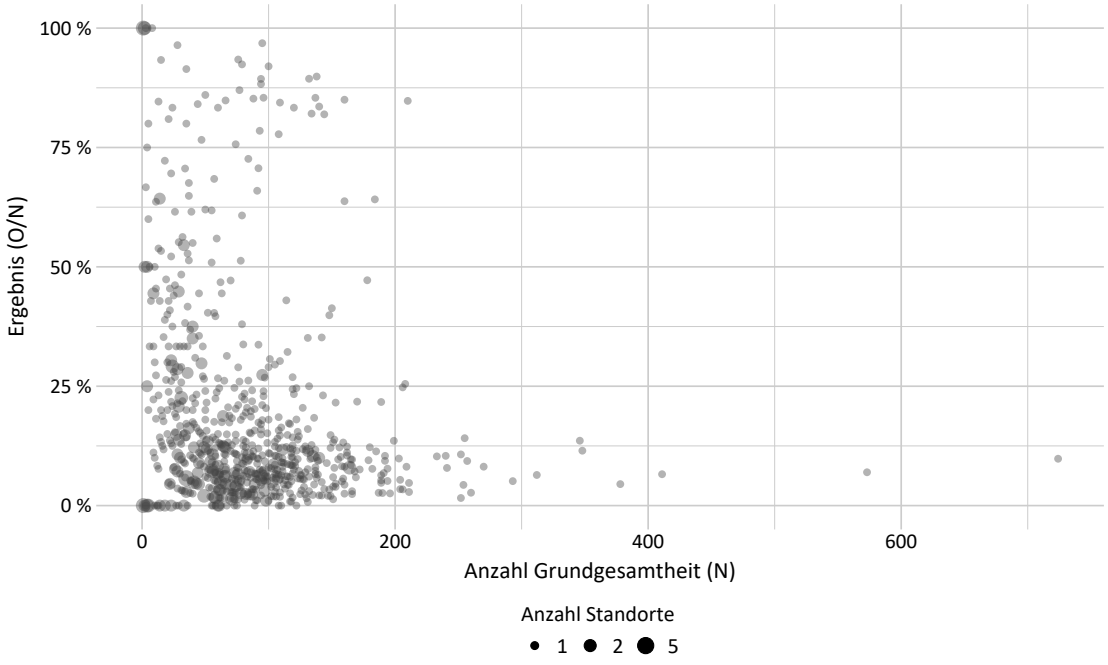


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	807	0	0,00	100,00	10,23

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die eine chronische Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die in mehr als 10 % der Wochen weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten haben
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

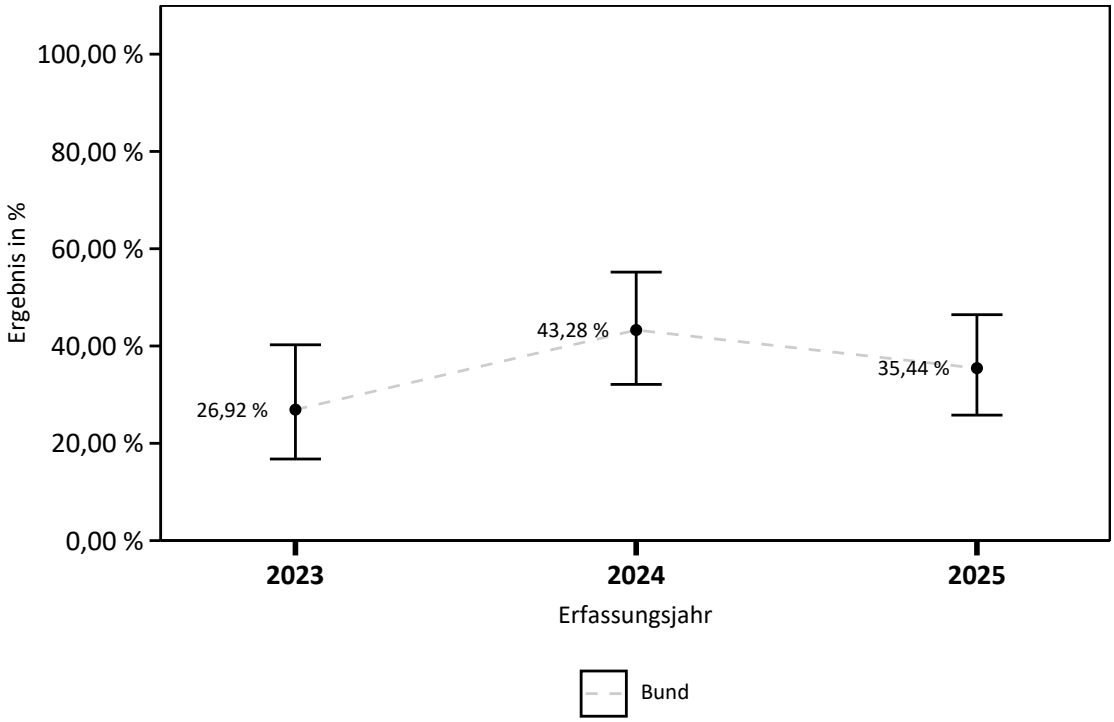
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	14 / 52	26,92	16,77 - 40,25
		2024	27 / 65	41,54	30,36 - 53,66
		2025	26 / 76	34,21	24,54 - 45,40
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	≤3	x	34,24 - 100,00
		2025	≤3	x	34,24 - 100,00
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Bund		**2023**	14 / 52	26,92	16,77 - 40,25
		2024	29 / 67	43,28	32,10 - 55,19
		2025	28 / 79	35,44	25,80 - 46,44

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

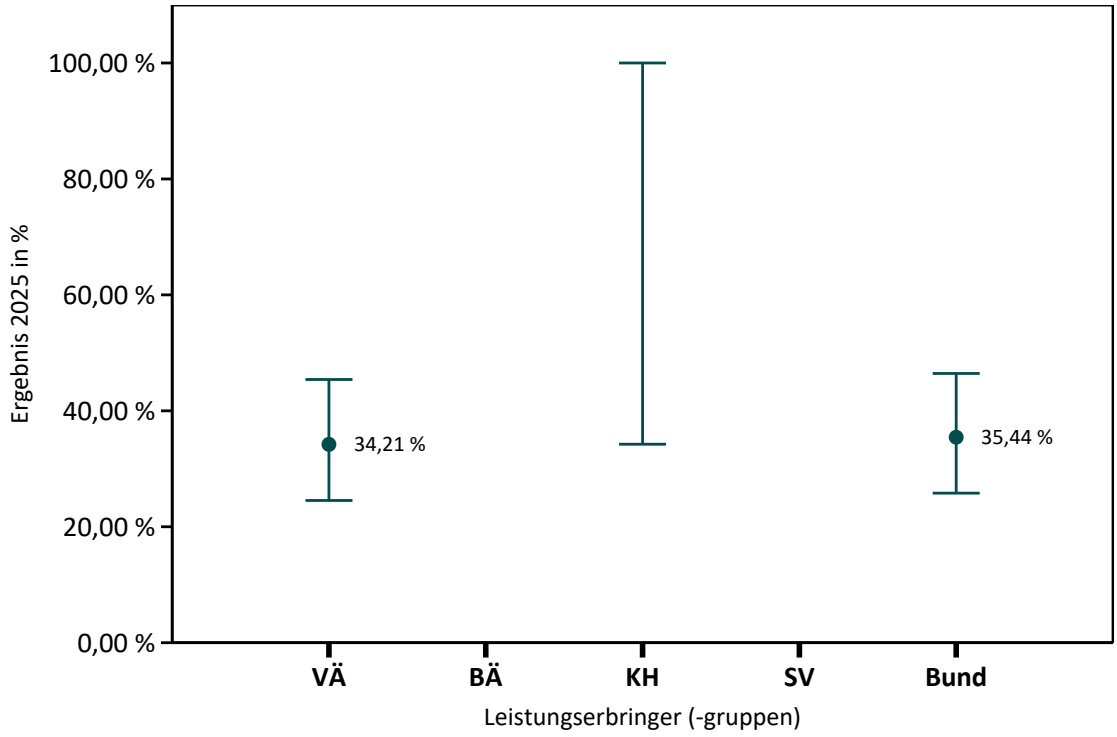
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

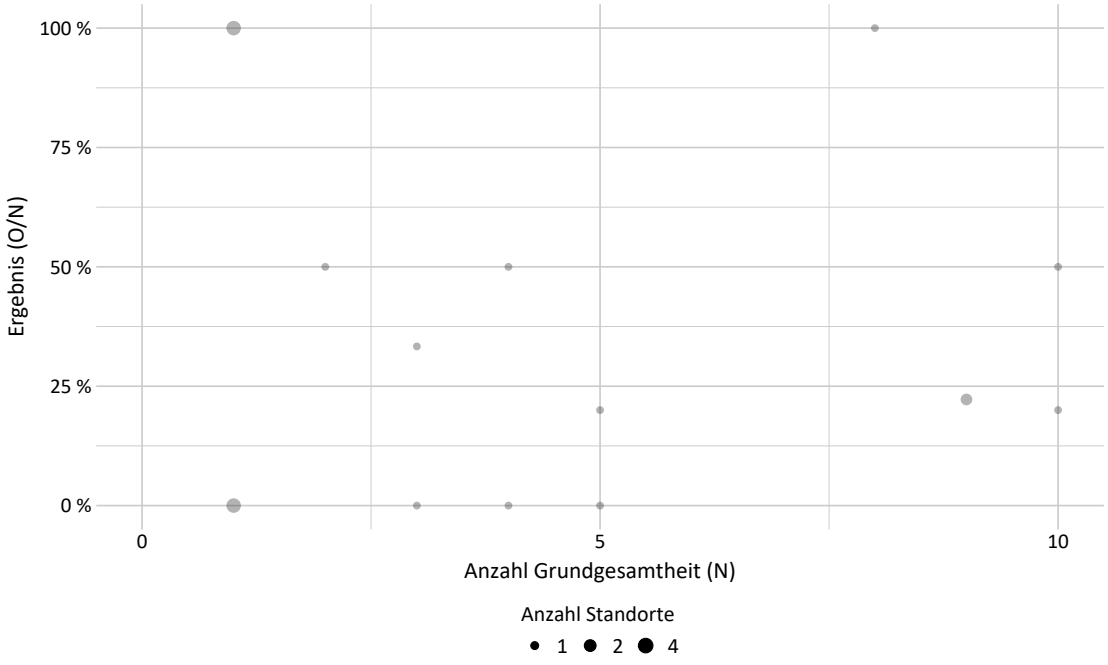


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	20	0	0,00	100,00	22,22

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Gruppe: Dialysedauer pro Woche

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt

572006: Dialysedauer pro Woche

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die eine chronische Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

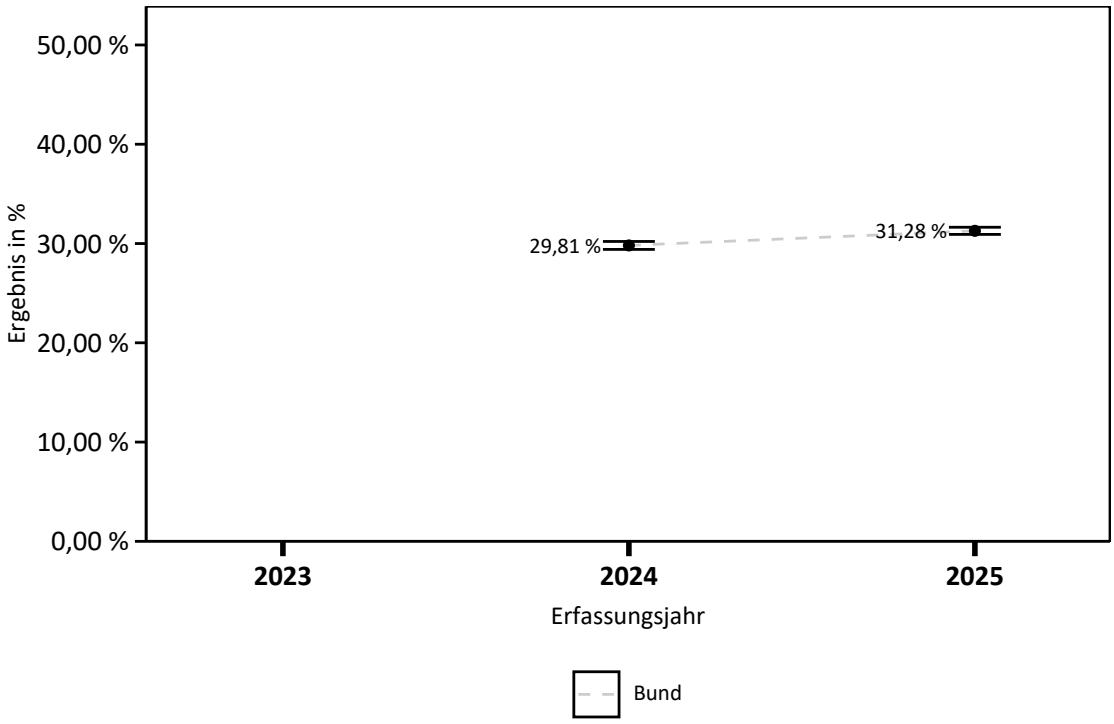
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	- / -	-	-
		2024	13.207 / 46.367	28,48	28,07 - 28,90
		2025	18.173 / 59.704	30,44	30,07 - 30,81
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	- / -	-	-
		2024	1.651 / 3.517	46,94	45,30 - 48,60
		2025	1.775 / 3.924	45,23	43,68 - 46,80
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	- / -	-	-
		2024	211 / 818	25,79	22,91 - 28,90
		2025	260 / 1.062	24,48	21,99 - 27,16

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	2023	- / -	-	-
	2024	14.965 / 50.209	29,81	29,41 - 30,21
	2025	20.025 / 64.024	31,28	30,92 - 31,64

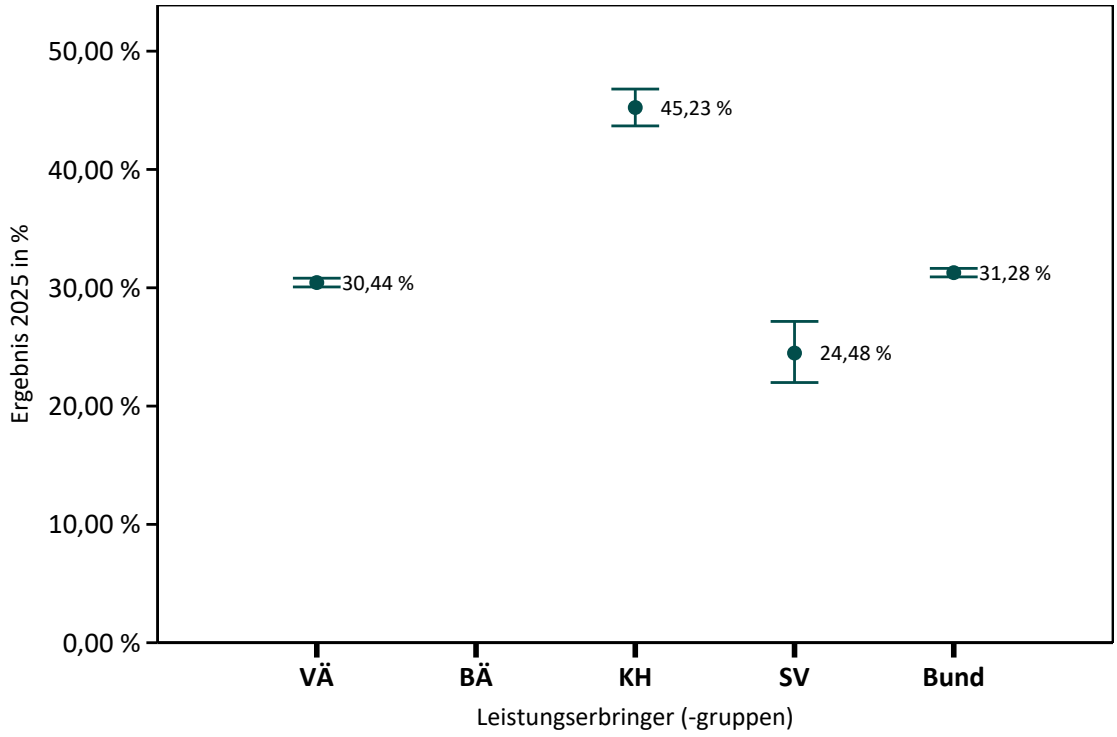
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

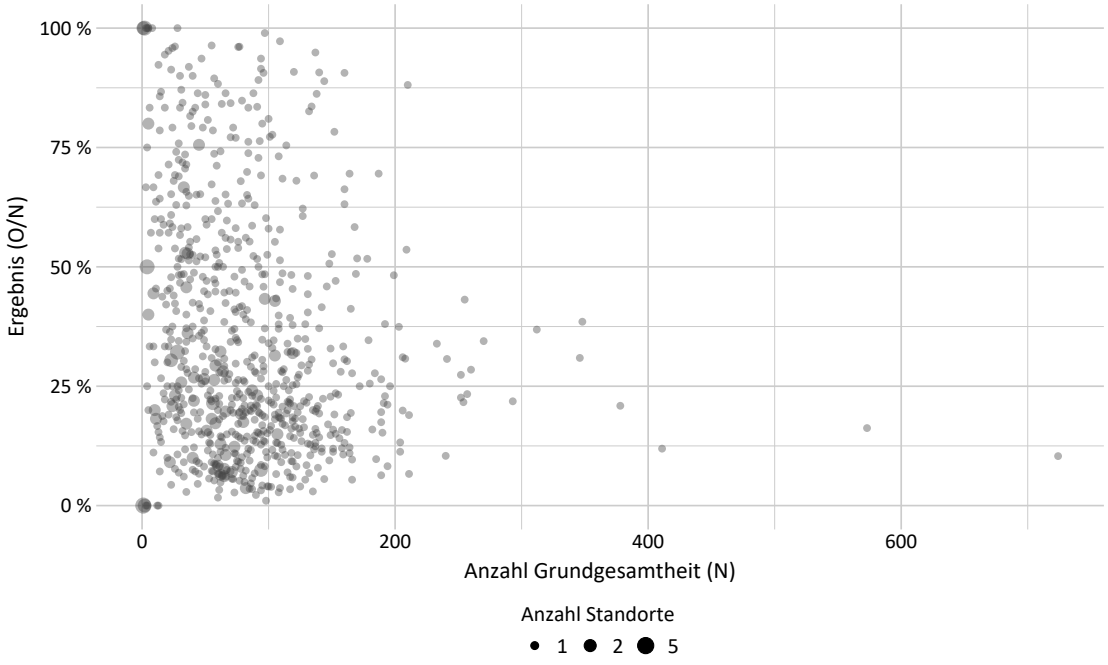


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	807	0	0,00	100,00	26,53

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die eine chronische Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämofiltration erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

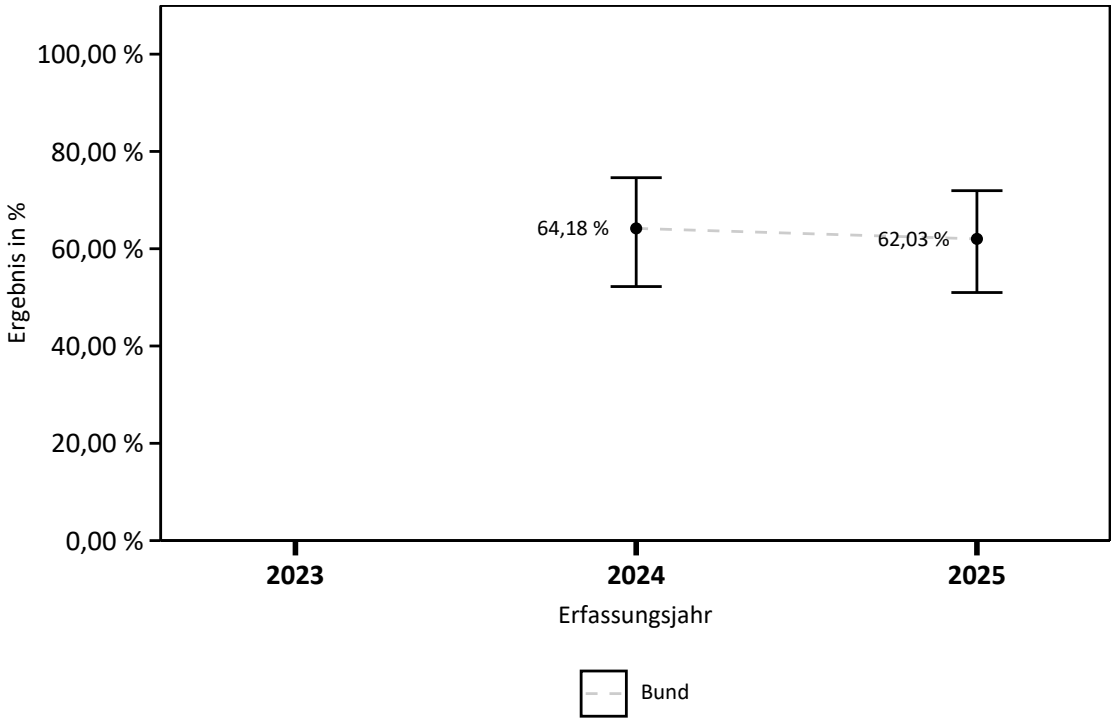
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	- / -	-	-
		2024	41 / 65	63,08	50,92 - 73,77
		2025	47 / 76	61,84	50,60 - 71,94
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	- / -	-	-
		2024	≤3	x	34,24 - 100,00
		2025	≤3	x	34,24 - 100,00
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	- / -	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Bund		**2023**	- / -	-	-
		2024	43 / 67	64,18	52,22 - 74,60
		2025	49 / 79	62,03	51,00 - 71,93

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

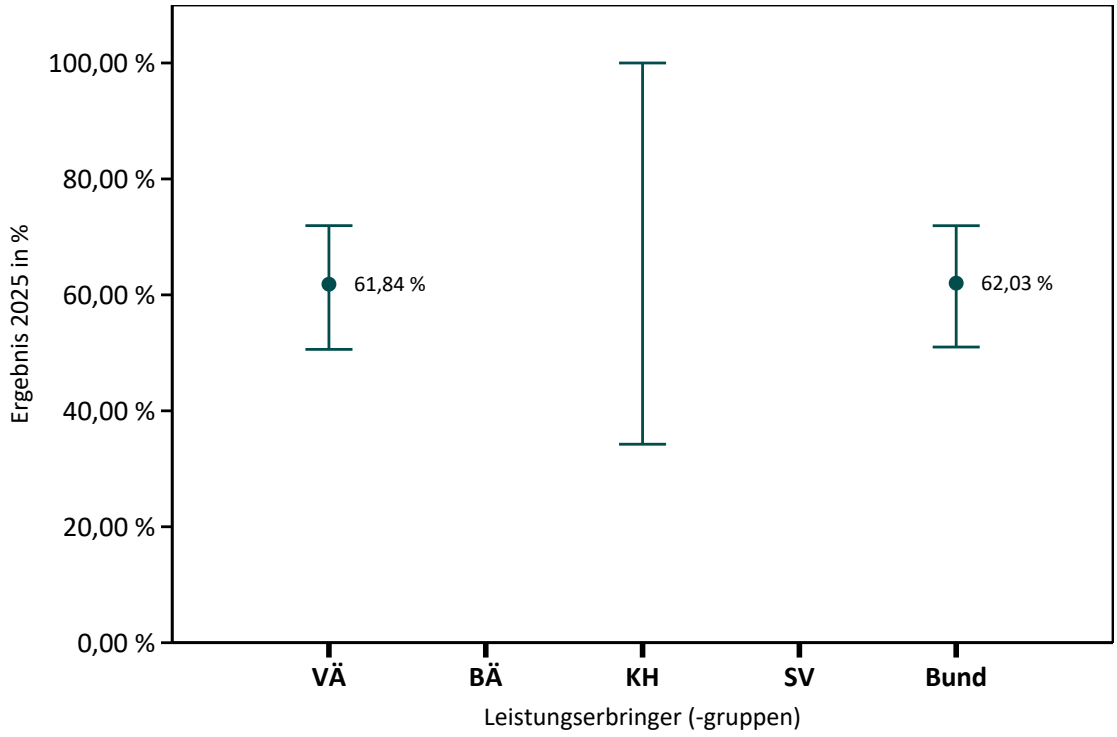
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

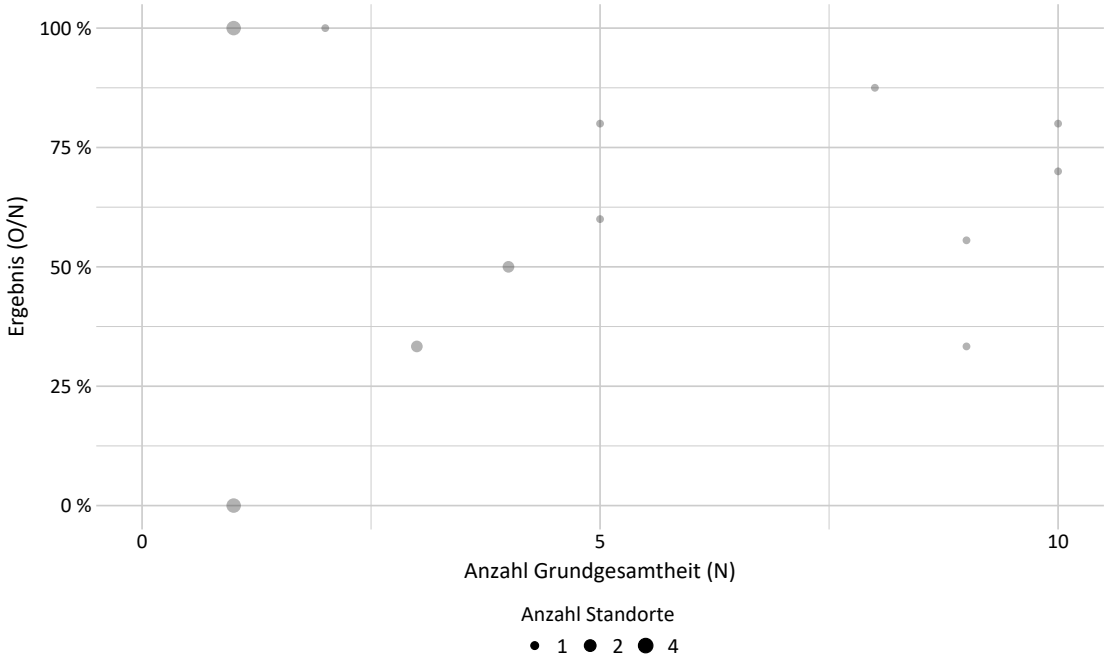


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	20	0	0,00	100,00	57,78

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Gruppe: Ernährungsstatus

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden

572007: Ernährungsstatus

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die eine chronische Dialyse erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen sowohl einen niedrigen Albuminwert als auch einen hohen Gewichtsverlust hatten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

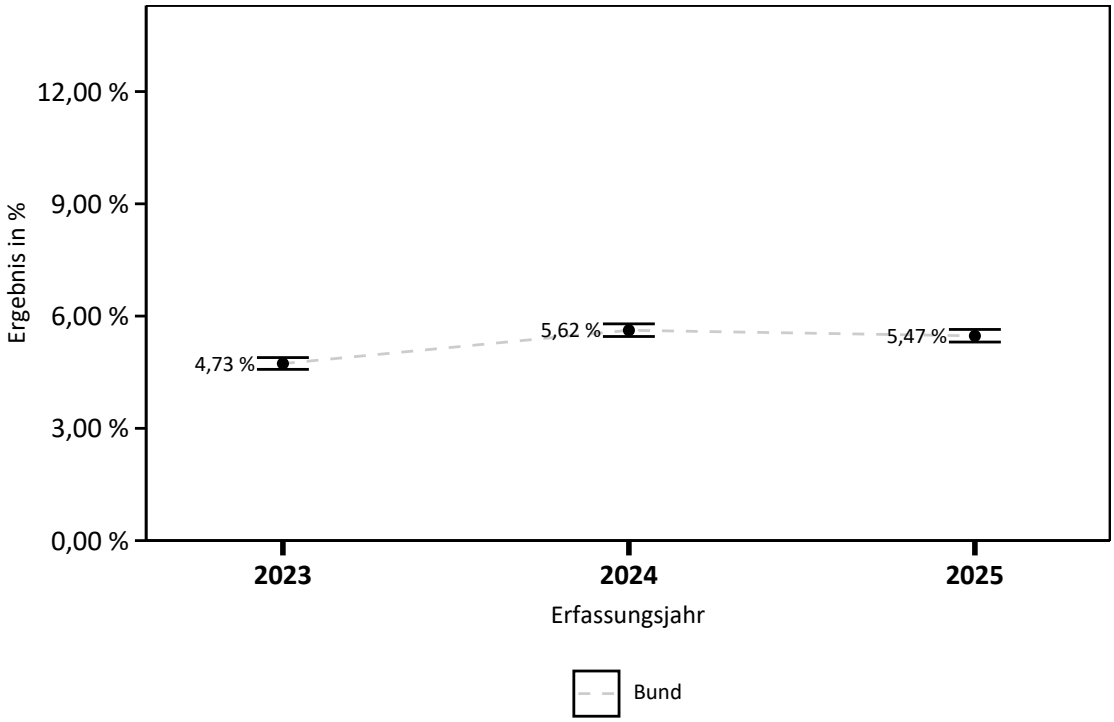
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	2.930 / 65.835	4,45	4,30 - 4,61
		2024	3.592 / 67.249	5,34	5,17 - 5,51
		2025	3.371 / 65.646	5,14	4,97 - 5,31
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	336 / 3.426	9,81	8,86 - 10,85
		2024	355 / 3.475	10,22	9,25 - 11,27
		2025	388 / 3.485	11,13	10,13 - 12,22
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	52 / 1.114	4,67	3,58 - 6,07
		2024	86 / 1.183	7,27	5,92 - 8,89
		2025	78 / 1.195	6,53	5,26 - 8,07
Bund		**2023**	3.306 / 69.875	4,73	4,58 - 4,89
		2024	4.012 / 71.377	5,62	5,45 - 5,79
		2025	3.824 / 69.883	5,47	5,31 - 5,64

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

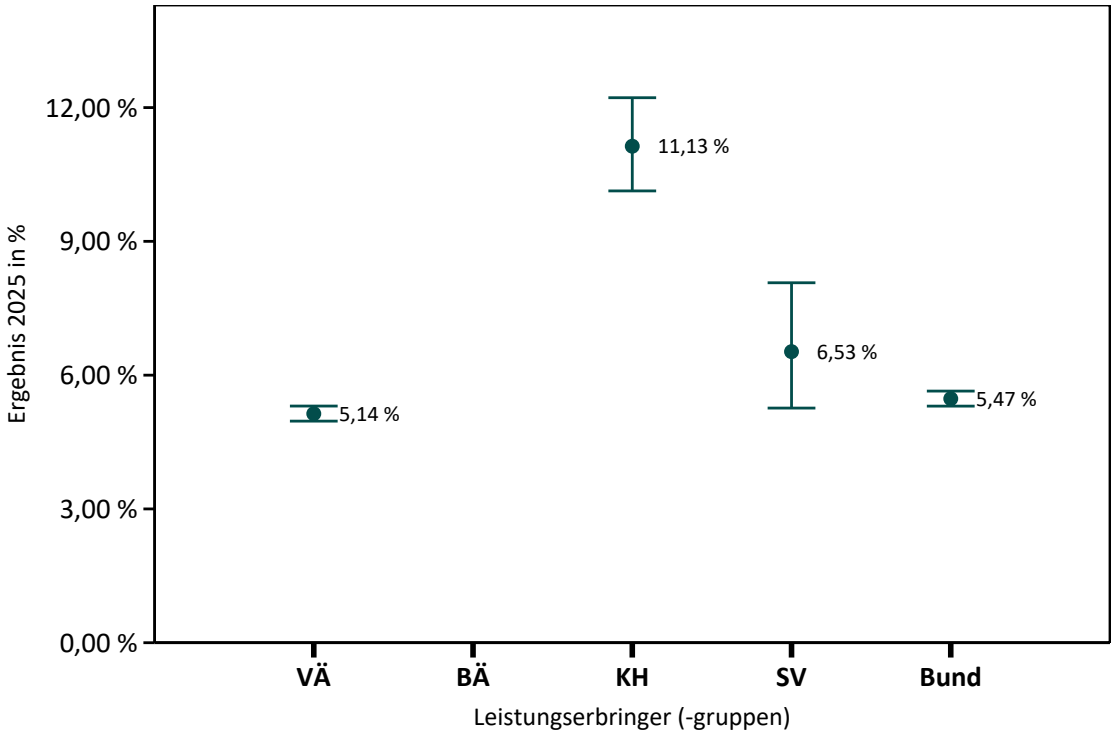
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

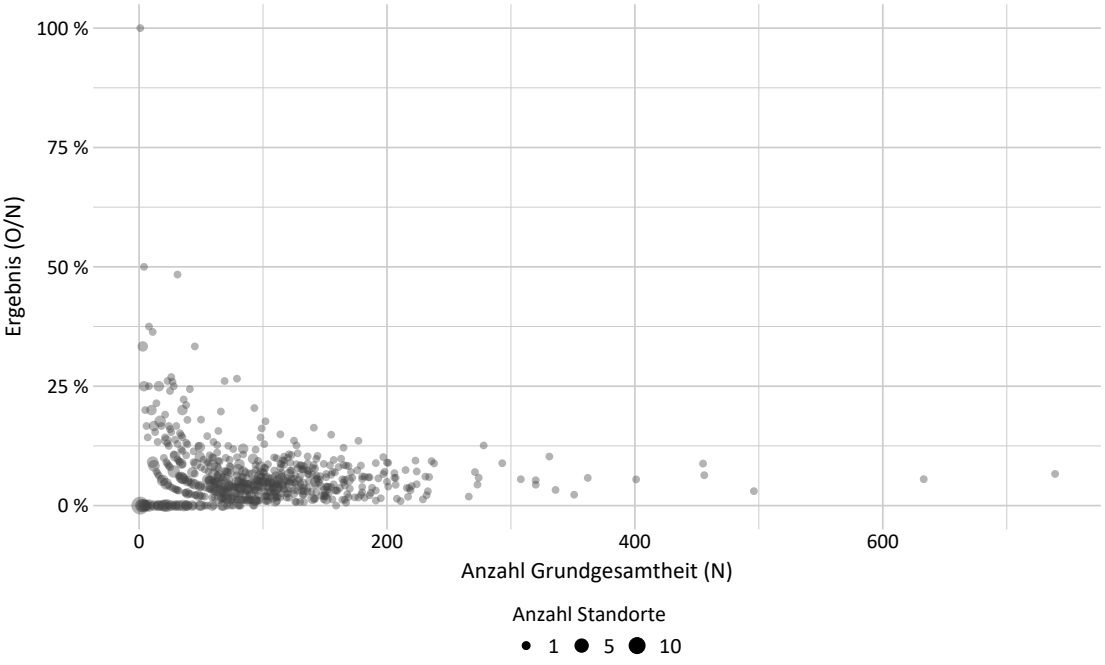


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	781	0	0,00	100,00	4,59

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die eine chronische Dialyse erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen sowohl einen niedrigen Albuminwert als auch einen hohen Gewichtsverlust hatten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

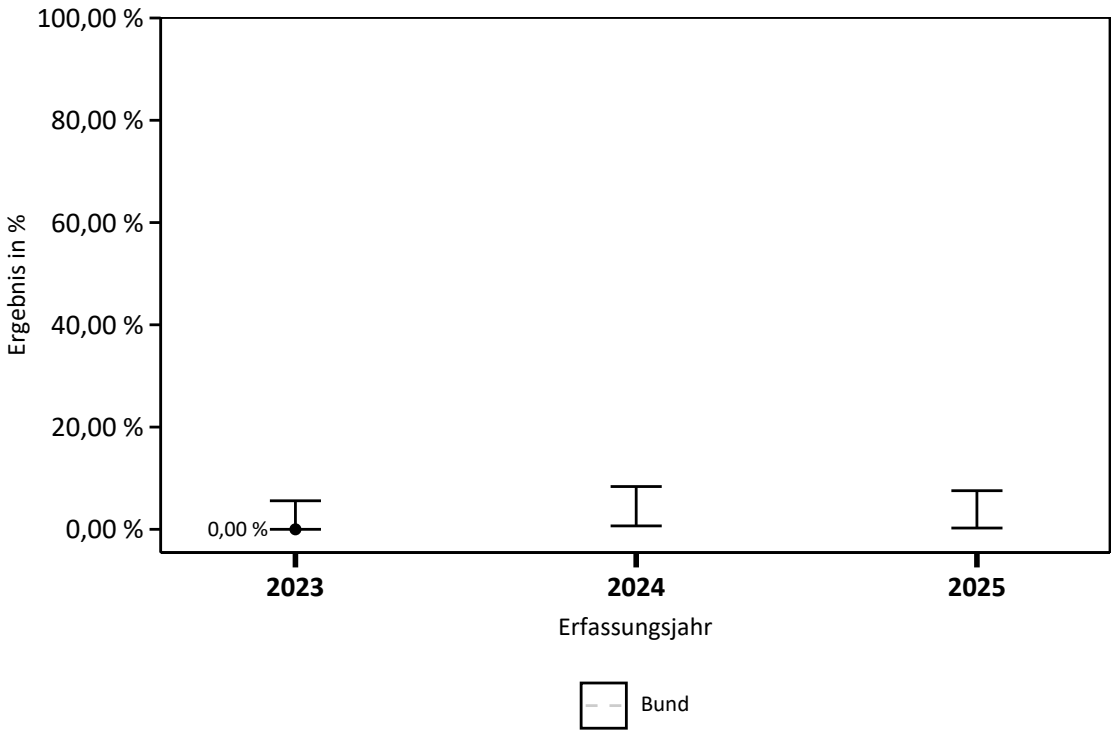
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	0 / 65	0,00	0,00 - 5,58
		2024	≤3 / 82	x	0,67 - 8,46
		2025	0 / 68	0,00	0,00 - 5,35
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	≤3	x	0,00 - 79,35
		2025	≤3	x	9,45 - 90,55
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Bund		**2023**	0 / 65	0,00	0,00 - 5,58
		2024	≤3 / 83	x	0,66 - 8,37
		2025	≤3 / 71	x	0,25 - 7,56

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

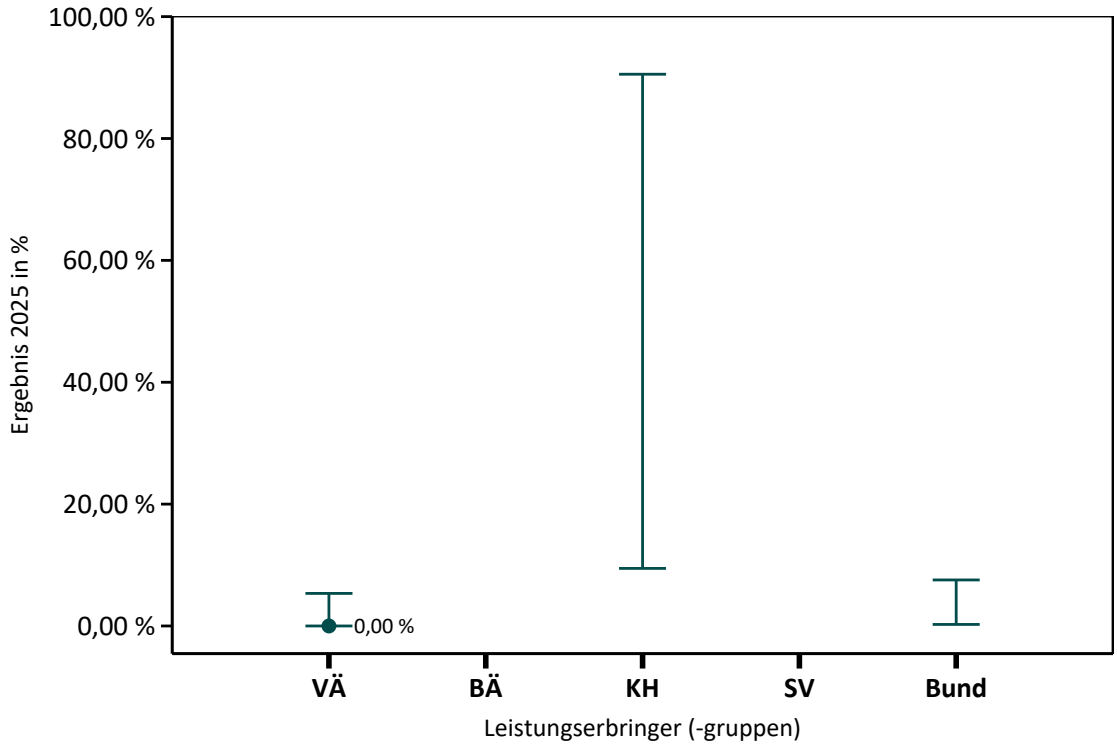
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

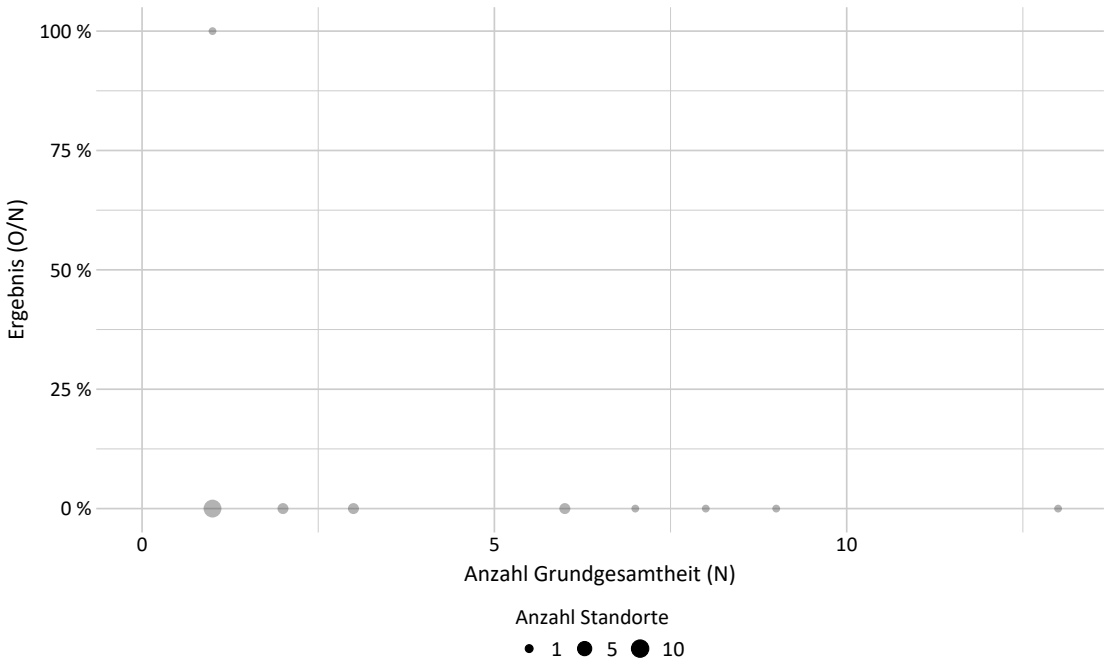


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	22	0	0,00	100,00	0,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Gruppe: Anämiemanagement

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie

572008: Anämiemanagement

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die eine chronische Dialyse erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die Werte von Hämoglobin, Ferritin oder Transferrin-Sättigung und CRP in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen im Beobachtungszeitraum außerhalb der jeweils definierten Grenzwerte liegen.
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

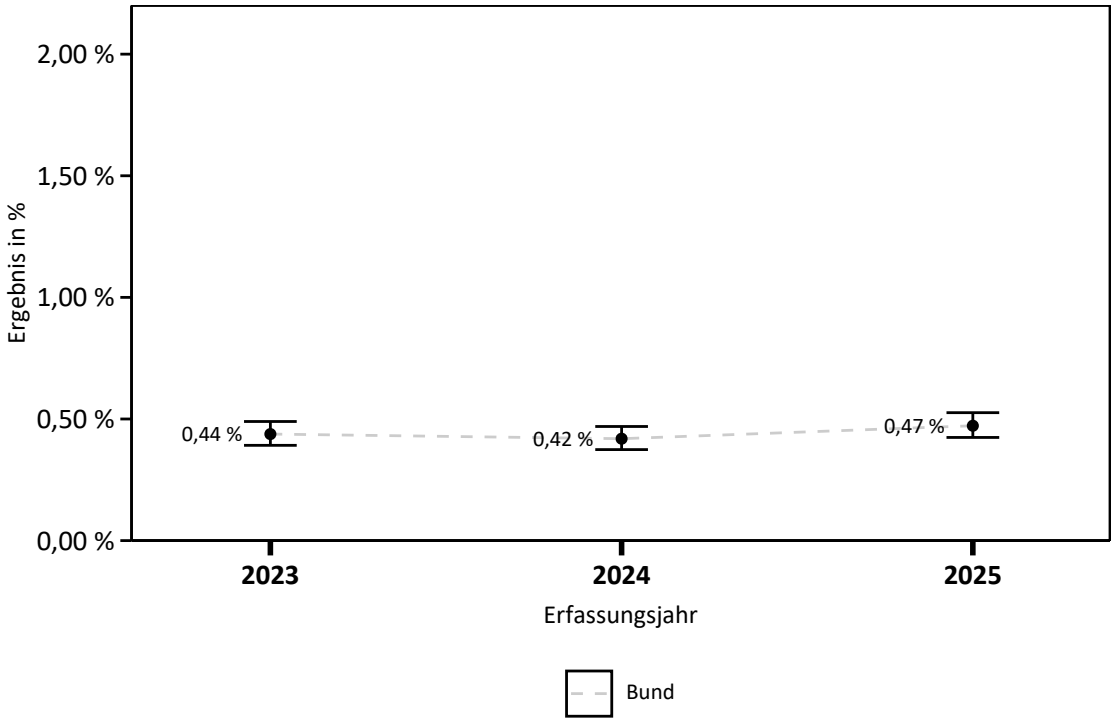
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	271 / 65.835	0,41	0,37 - 0,46
		2024	267 / 67.249	0,40	0,35 - 0,45
		2025	279 / 65.646	0,43	0,38 - 0,48
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	33 / 3.426	0,96	0,69 - 1,35
		2024	25 / 3.475	0,72	0,49 - 1,06
		2025	45 / 3.485	1,29	0,97 - 1,72
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	≤3 / 1.114	x	0,09 - 0,79
		2024	7 / 1.183	0,59	0,29 - 1,22
		2025	6 / 1.195	0,50	0,23 - 1,09
Bund		**2023**	306 / 69.875	0,44	0,39 - 0,49
		2024	299 / 71.377	0,42	0,37 - 0,47
		2025	330 / 69.883	0,47	0,42 - 0,53

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

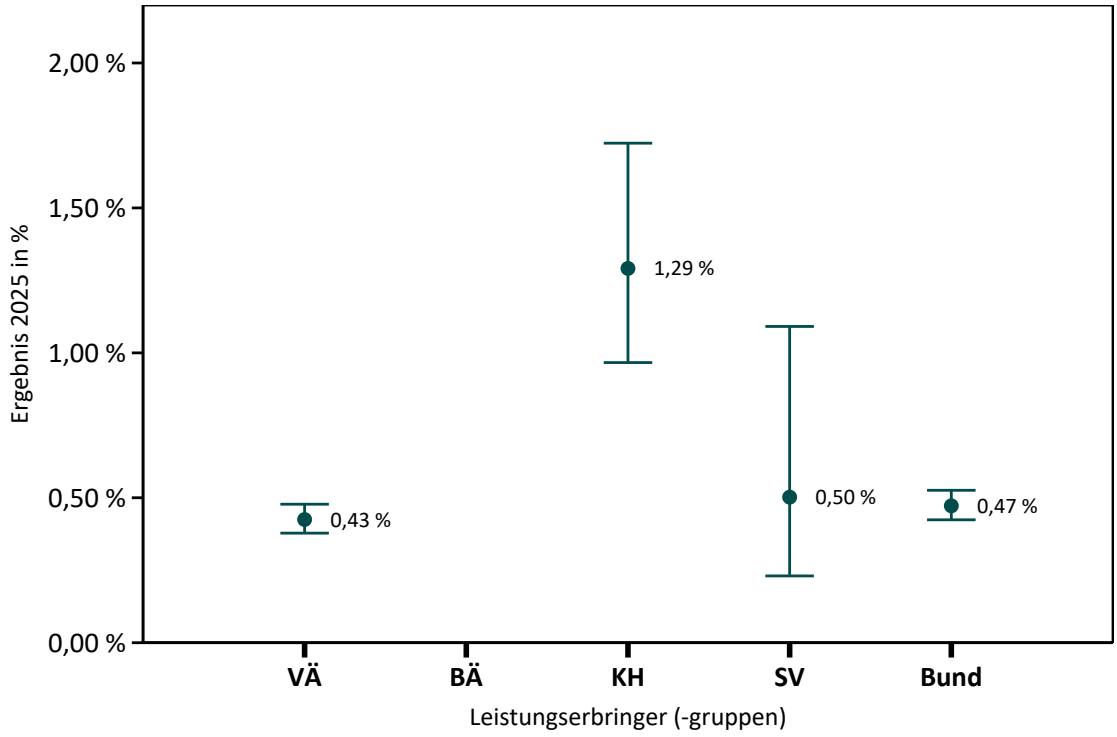
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

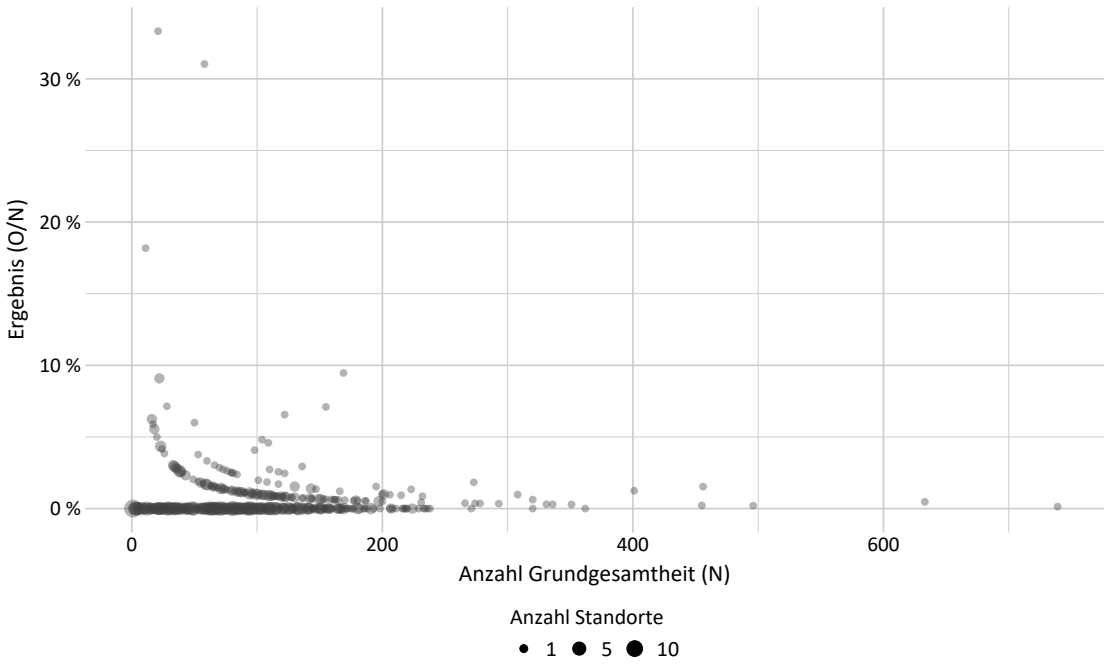


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	781	0	0,00	33,33	0,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, eine chronische Dialyse erhalten
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, bei denen die Werte von Hämoglobin, Ferritin oder Transferrin-Sättigung und CRP in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen im Beobachtungszeitraum außerhalb der jeweils definierten Grenzwerte liegen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

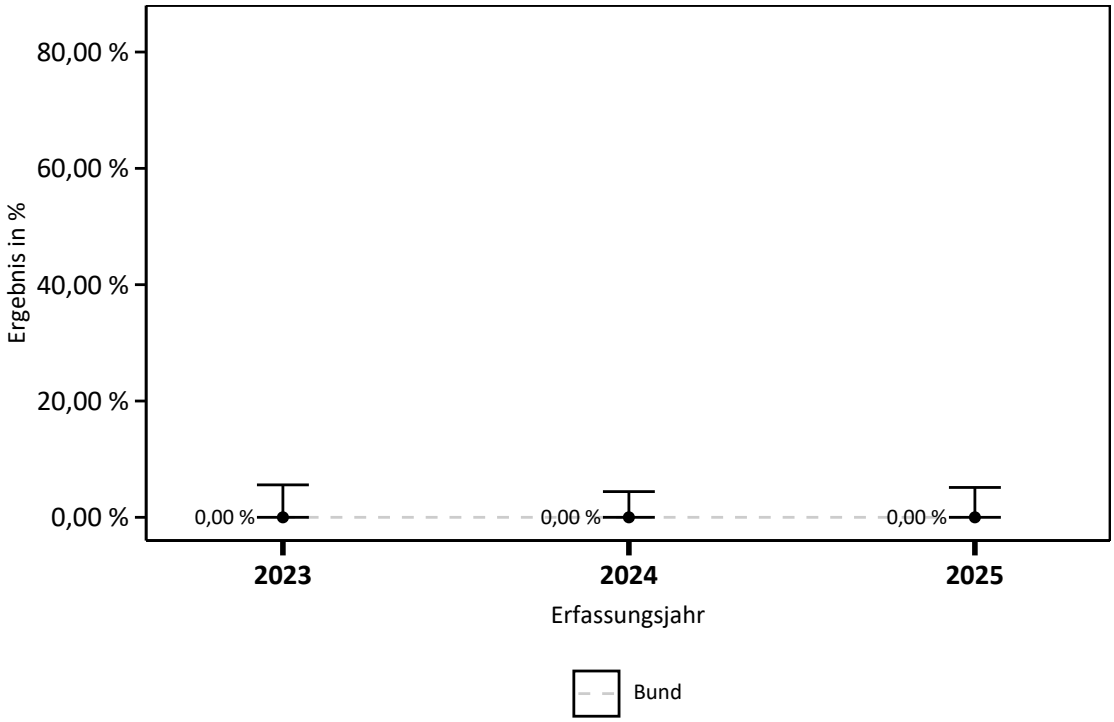
Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	0 / 65	0,00	0,00 - 5,58
		2024	0 / 82	0,00	0,00 - 4,48
		2025	0 / 68	0,00	0,00 - 5,35
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	≤3	x	0,00 - 79,35
		2025	≤3	x	0,00 - 65,76
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Bund		**2023**	0 / 65	0,00	0,00 - 5,58
		2024	0 / 83	0,00	0,00 - 4,42
		2025	0 / 71	0,00	0,00 - 5,13

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben. Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

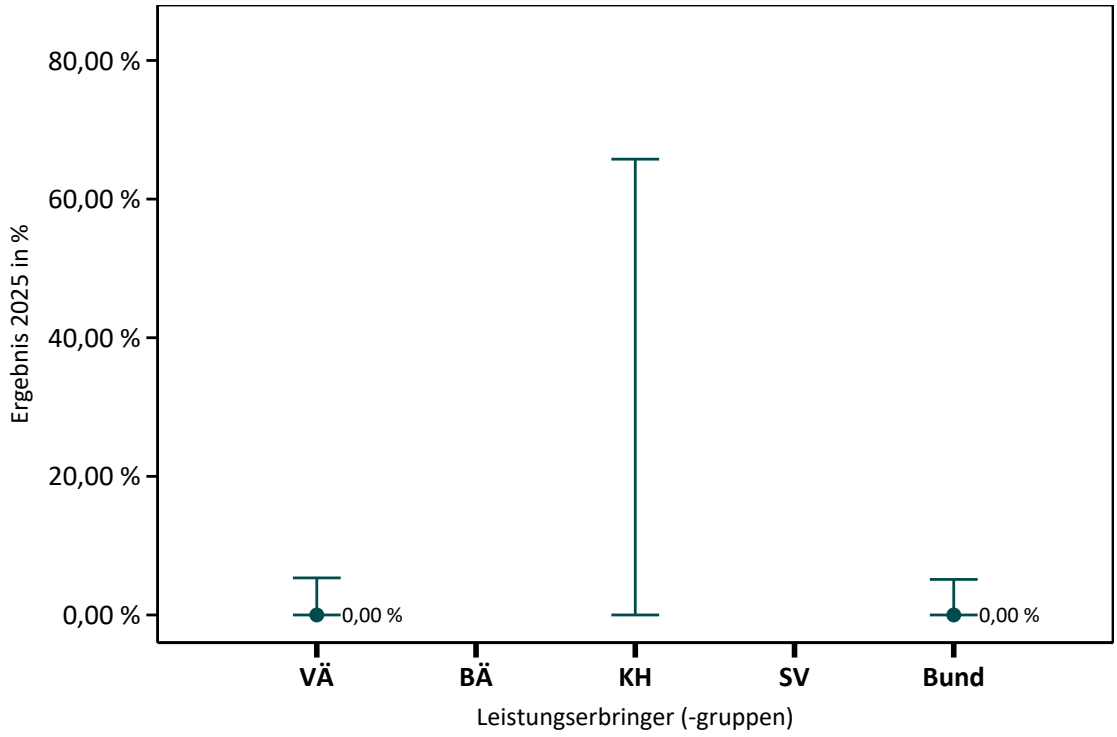
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

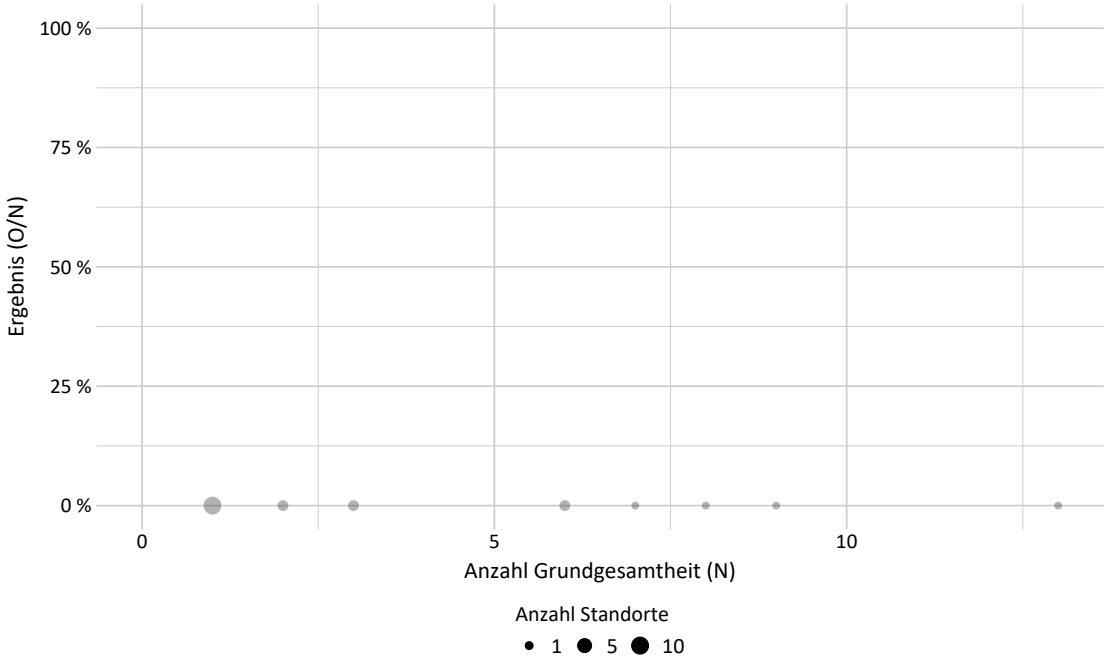


Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	22	0	0,00	0,00	0,00

Für die Indikatoren bzw. Kennzahlen 572002, 572049, 572003, 572050, 572004, 572051, 572005, 572052, 572006, 572053, 572007, 572054, 572008 und 572055 wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt.
Diese Limitationen können Einfluss auf die Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.
Eine ausführliche Beschreibung ist dem Kapitel QS NET im Bundesqualitätsbericht 2026 zu entnehmen.

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer gefäßzugangsassoziierten Komplikation stationär behandelt werden müssen

572009: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2024 bis zum 30.09.2025 eine chronische Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer am Zugang aufgetretenen Komplikation im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an stationären Behandlungen aufgrund einer am Zugang aufgetretenen Komplikation
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer am Zugang aufgetretenen Komplikation im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten, risikoadjustiert nach logistischem DIAL-Score für den Indikator mit der ID 572009
Referenzbereich	≤ 1,70 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter in Jahren (laut Sozialdaten) Geschlecht: weiblich Dauer der Dialysetherapie in Jahren Dauer der Dialysetherapie unbekannt Transplantation Adipositas Blutungskomplikationen Demenz HIV multiresistente Keime psychische Erkrankung Sepsis Verschlusskrankheit Linksherzinsuffizienz Stadium 3 oder 4
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

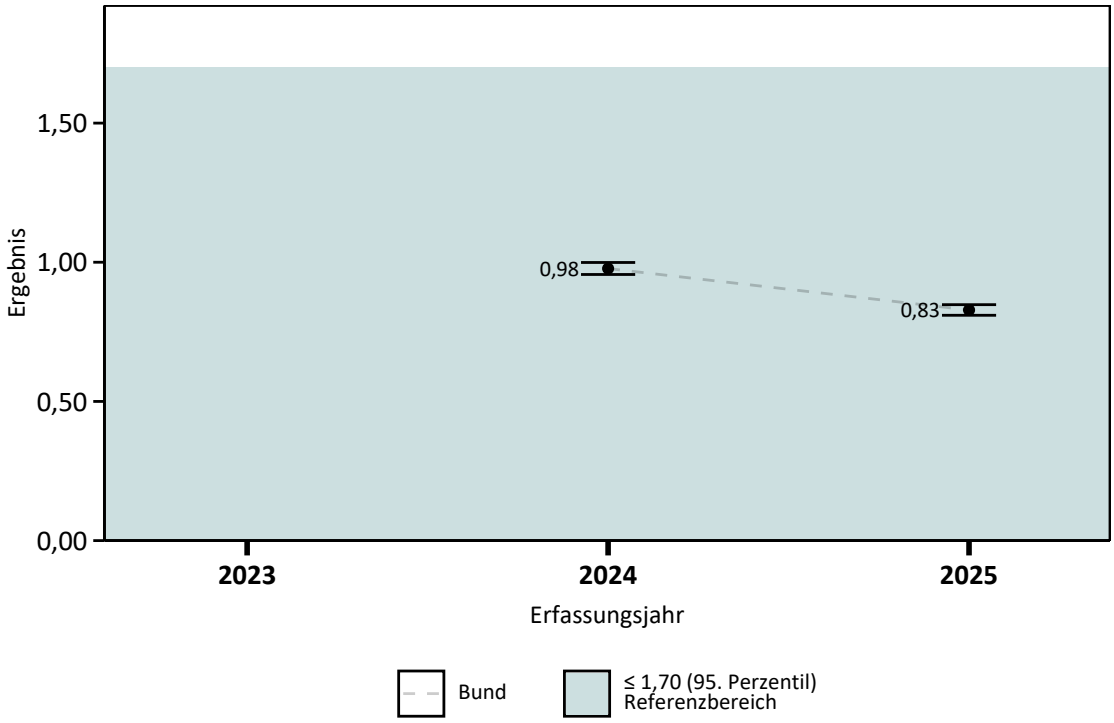
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant VÄ		**2023**	-	- / -	-	-
		2024	75.102	6.565 / 6.931,33	0,95	0,93 - 0,97
		2025	73.848	5.975 / 7.475,04	0,80	0,78 - 0,82
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	-	- / -	-	-
		2024	0	0 / 0,00	-	-
		2025	0	0 / 0,00	-	-
	KH	**2023**	-	- / -	-	-
		2024	4.454	753 / 459,63	1,64	1,53 - 1,75
		2025	4.620	788 / 567,21	1,39	1,30 - 1,48
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	-	- / -	-	-
		2024	1.287	136 / 115,84	1,17	1,00 - 1,37
		2025	1.302	115 / 139,02	0,83	0,69 - 0,98
Bund		**2023**	-	- / -	-	-
		2024	79.645	7.213 / 7.379,48	0,98	0,96 - 1,00
		2025	78.556	6.651 / 8.028,77	0,83	0,81 - 0,85

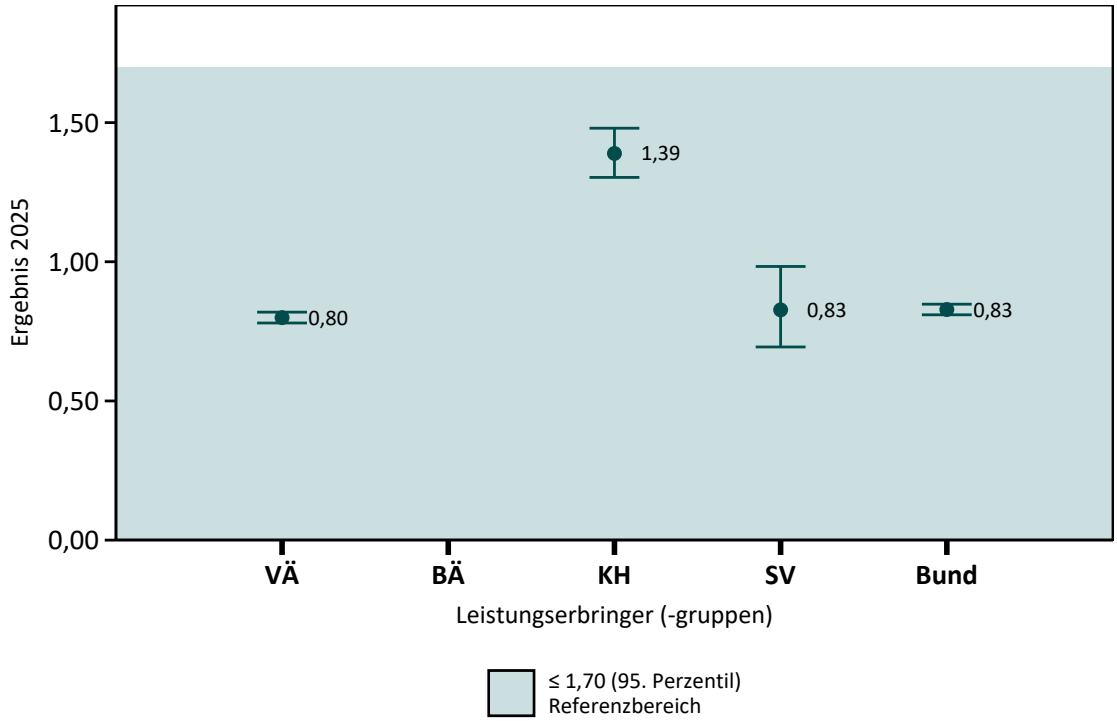
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

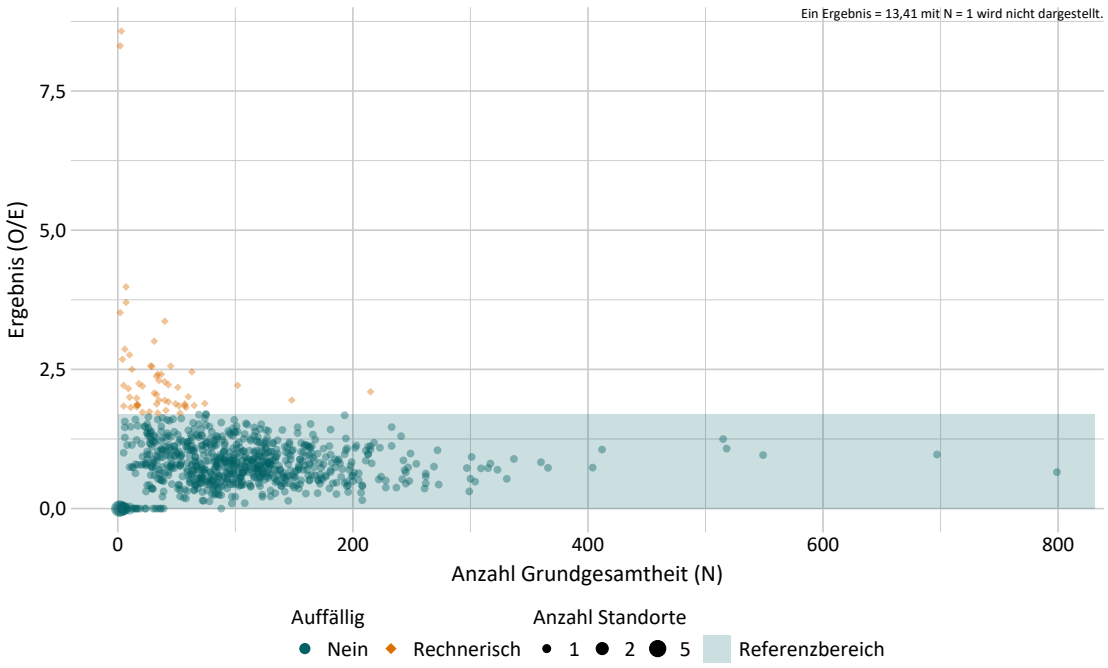
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



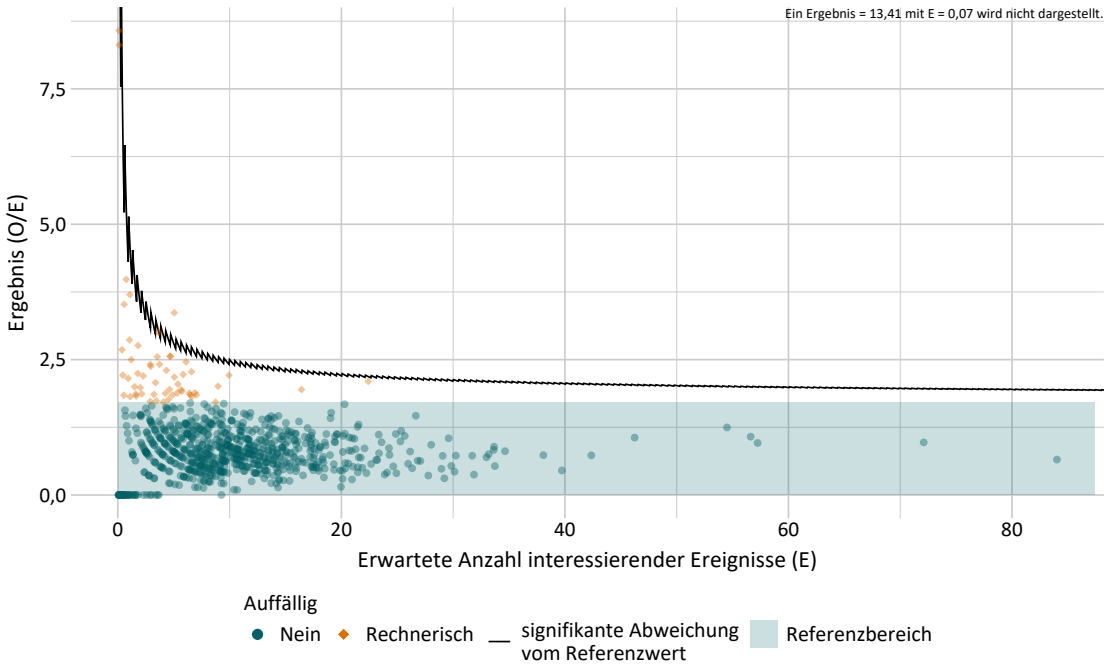
Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



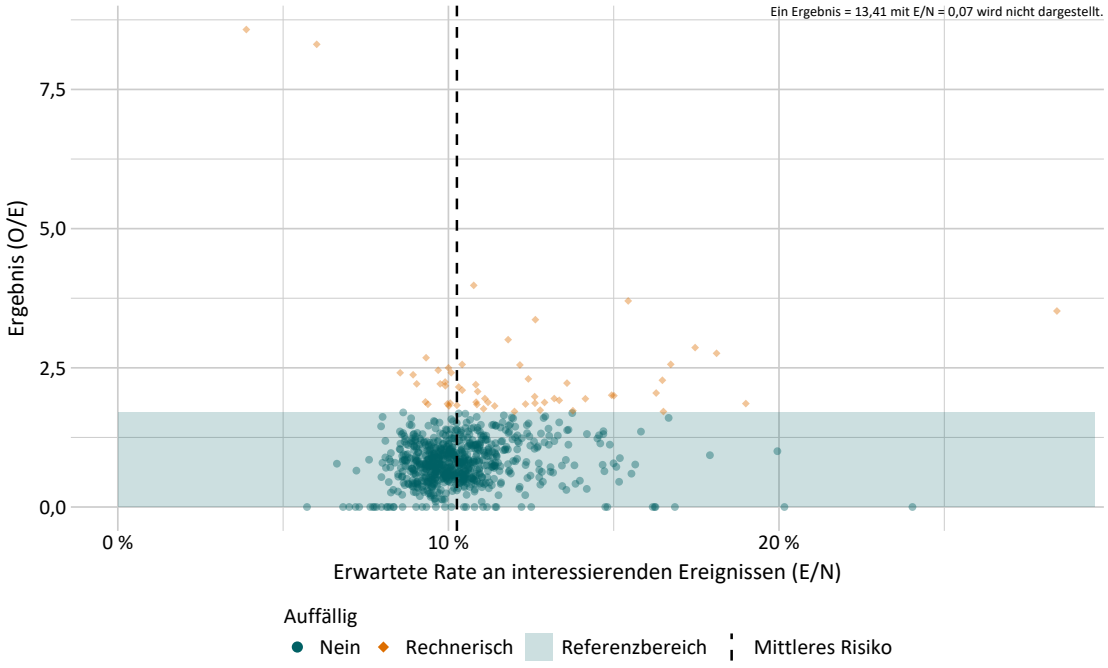
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	810	57	0,00	13,41	0,82

572056: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

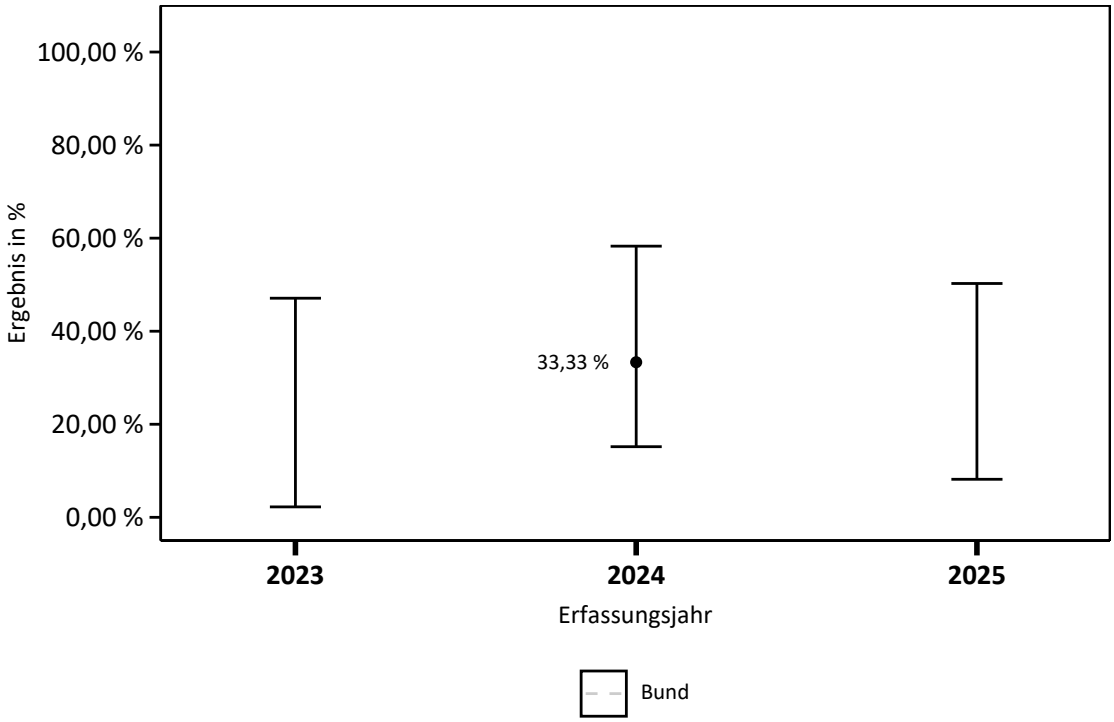
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2024 bis zum 30.09.2025 eine chronische Hämodialyse oder Hämo(dia)filtration erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die aufgrund einer am Zugang aufgetretenen Komplikation im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

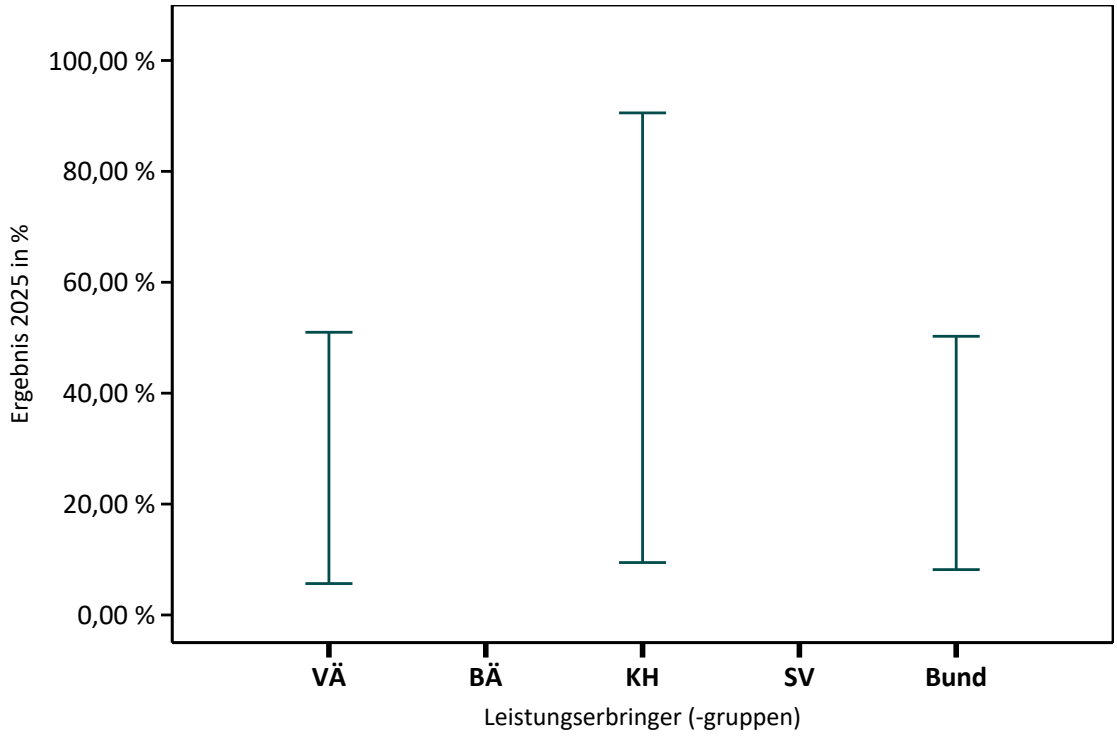
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	≤3 / 8	x	2,24 - 47,09
		2024	≤3 / 13	x	8,18 - 50,26
		2025	≤3 / 10	x	5,67 - 50,98
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	≤3	x	34,24 - 100,00
		2025	≤3	x	9,45 - 90,55
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Bund		**2023**	≤3 / 8	x	2,24 - 47,09
		2024	5 / 15	33,33	15,18 - 58,29
		2025	≤3 / 13	x	8,18 - 50,26

Ergebnisse im Zeitverlauf

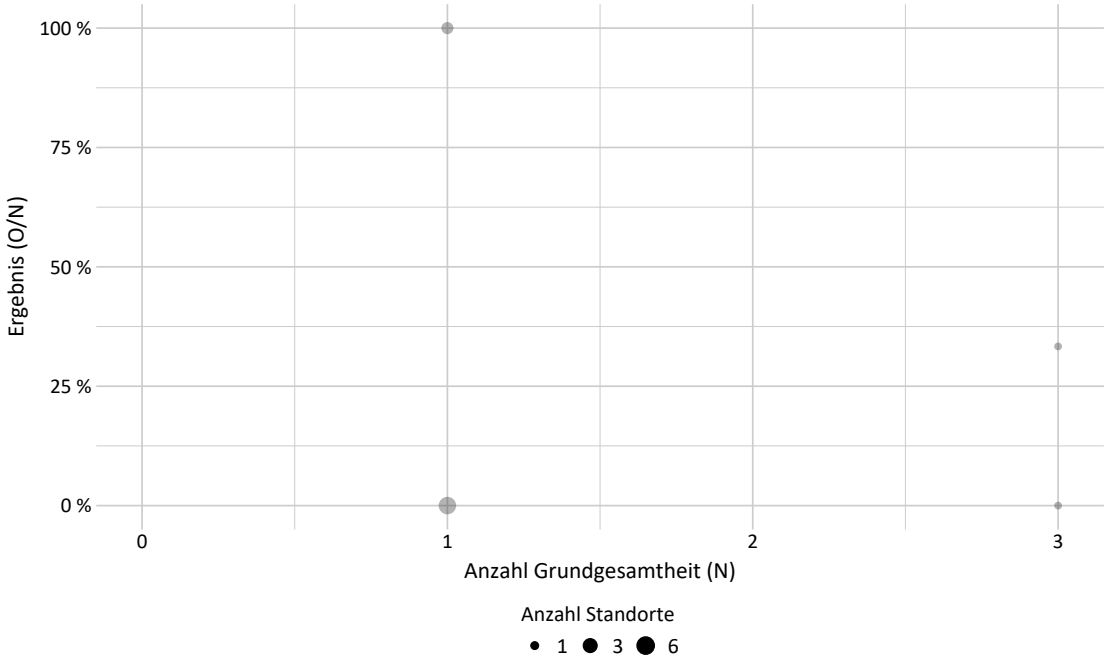
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	10	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
9.1.1	ID: O_572009 O/N (observed, beobachtet)	8,47 % 6.651/78.556
9.1.2	ID: E_572009 E/N (expected, erwartet)	10,22 % 8.028,77/78.556
9.1.3	**ID: 572009** **O/E**	0,83

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.3	**ID: 572056** **O/E**	x % ≤3/13

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen

572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2024 bis zum 30.09.2025 eine chronische Peritonealdialyse erhalten haben
Zähler	Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten
E (expected)	Erwartete Anzahl an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten risikoadjustiert nach logistischem DIAL-Score für den Indikator mit der ID 572010
Referenzbereich	≤ 2,32 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter in Jahren (laut Sozialdaten) Dauer der Dialysetherapie in Jahren Transplantation Blutungskomplikationen Malignom Demenz multiresistente Keime Sepsis
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025
Hinweise	Das IQTIG erhielt in der Vergangenheit die Rückmeldung von Leistungserbringern, dass die Grundgesamtheit des Indikators zu gering sei. Es würden nicht alle Patientinnen und Patienten eingehen, die eine Peritonealdialyse erhalten. Die Ursache ist noch in Klärung, daher muss dies bei der Betrachtung der Ergebnisse dieses Indikators berücksichtigt werden.

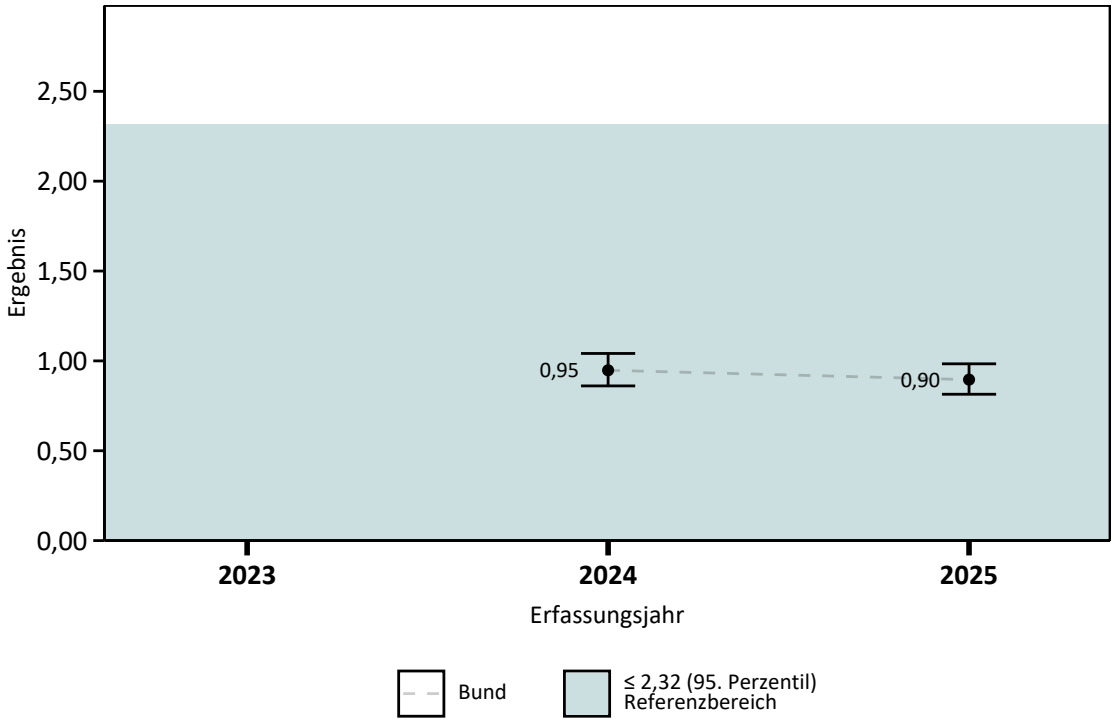
Detailergebnisse

Dimension			Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Ambulant VÄ		**2023**	-	- / -	-	-
		2024	2.026	339 / 357,00	0,95	0,86 - 1,05
		2025	2.115	345 / 382,80	0,90	0,82 - 0,99
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	-	- / -	-	-
		2024	0	0 / 0,00	-	-
		2025	0	0 / 0,00	-	-
	KH	**2023**	-	- / -	-	-
		2024	70	11 / 12,70	0,87	0,50 - 1,43
		2025	85	11 / 16,36	0,67	0,38 - 1,13
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	-	- / -	-	-
		2024	31	8 / 5,30	1,51	0,80 - 2,53
		2025	20	6 / 3,83	1,56	0,76 - 2,71
Bund		**2023**	-	- / -	-	-
		2024	2.106	352 / 371,44	0,95	0,86 - 1,04
		2025	2.208	359 / 400,75	0,90	0,81 - 0,98

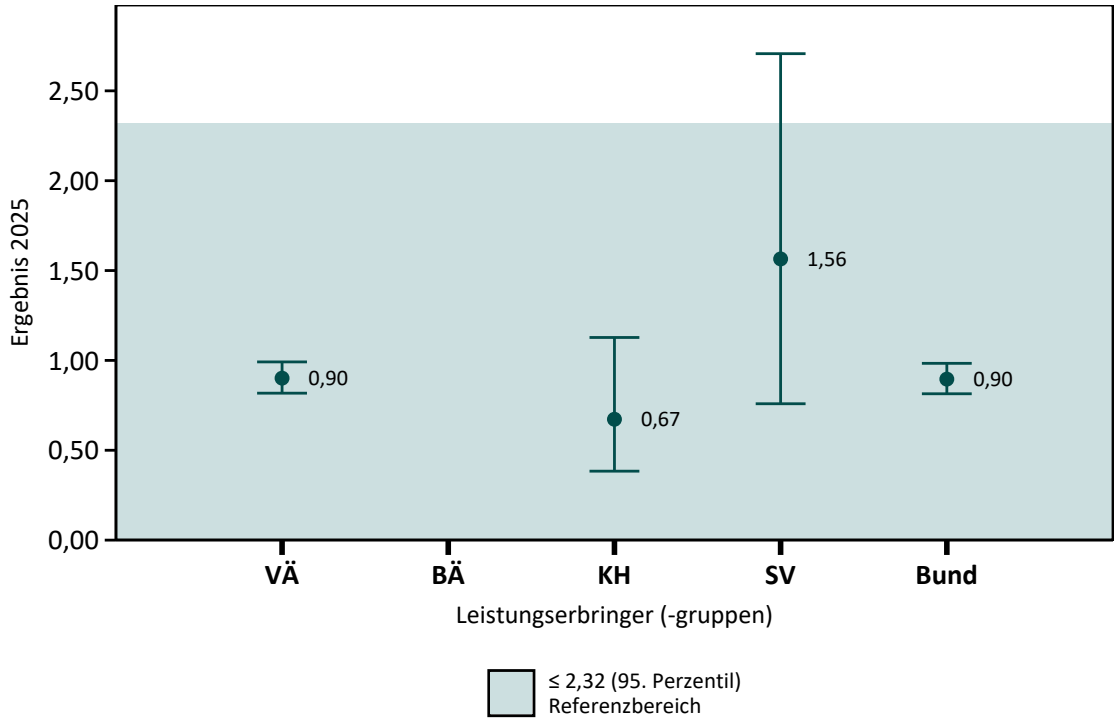
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

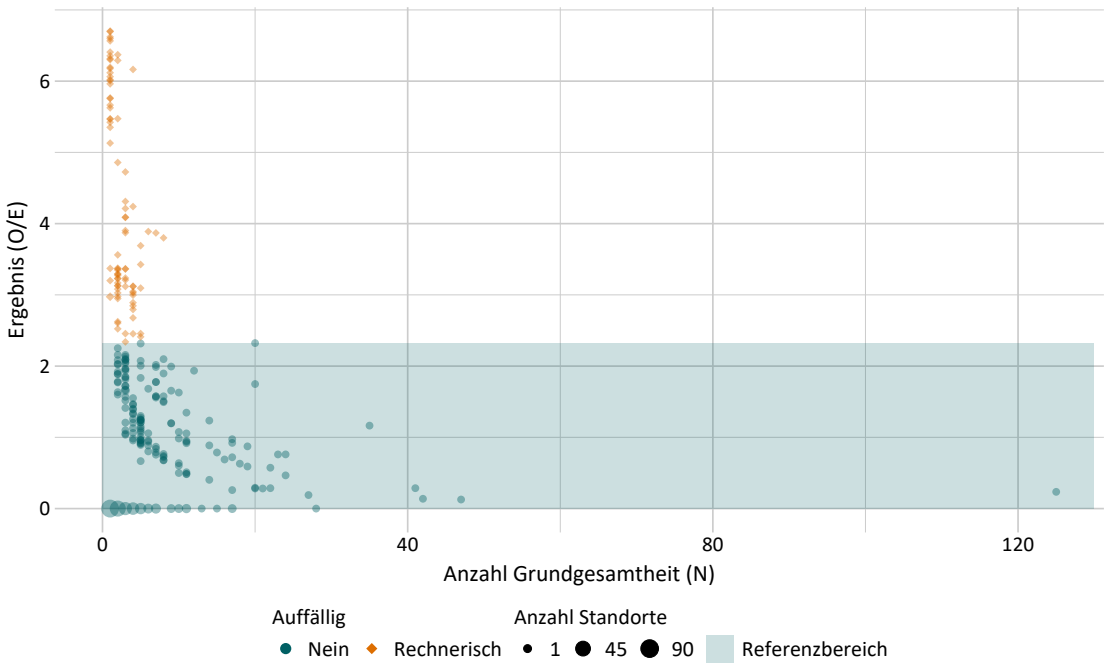
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



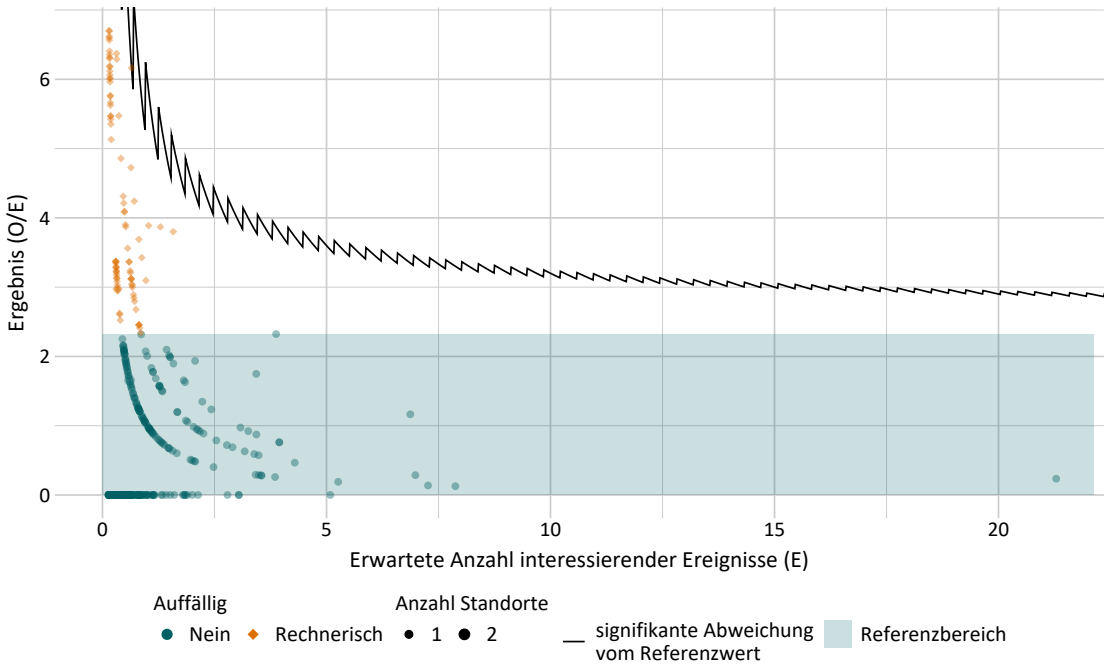
Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



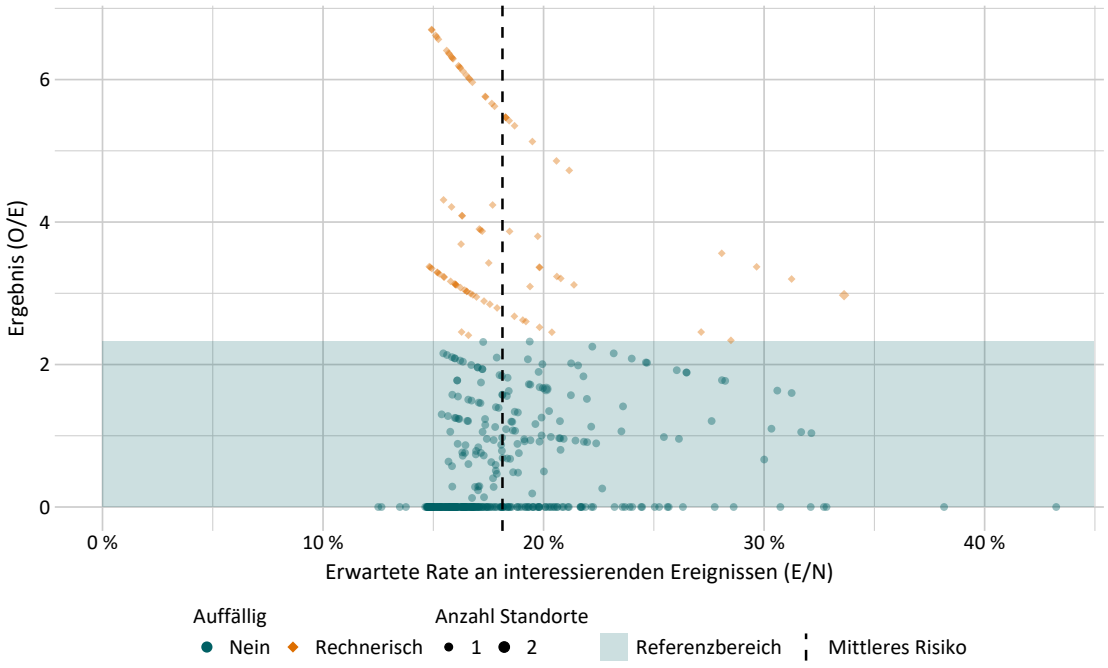
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	480	86	0,00	6,70	0,00

572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

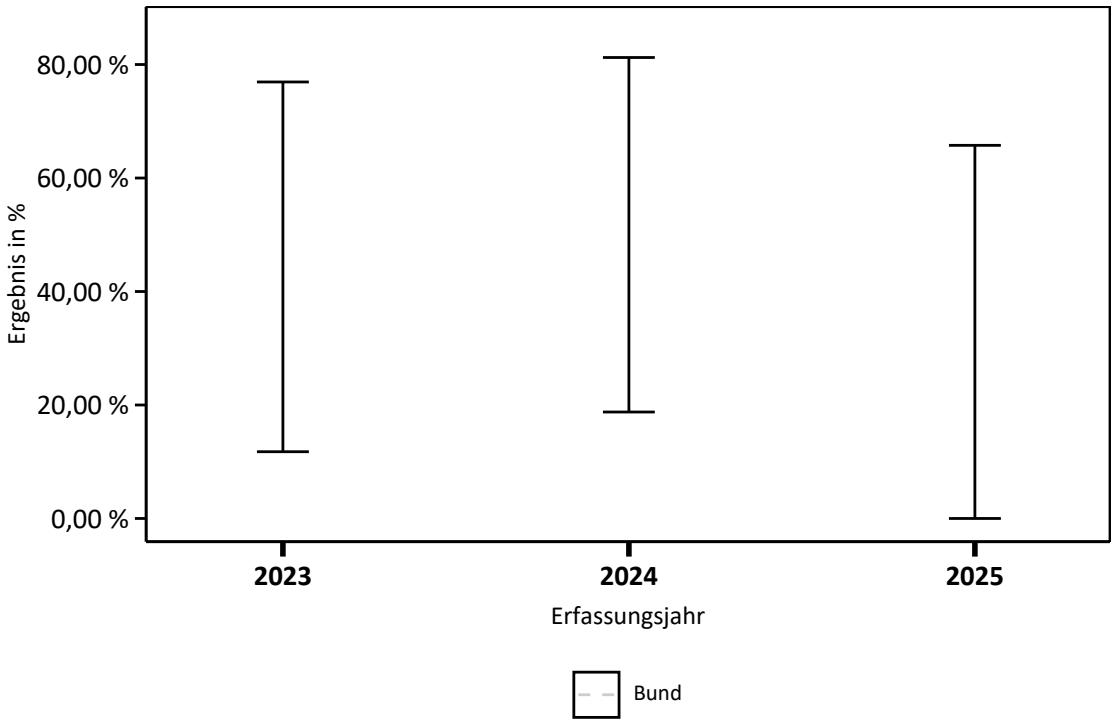
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2024 bis zum 30.09.2025 eine chronische Peritonealdialyse erhalten haben
Zähler	Peritonealdialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

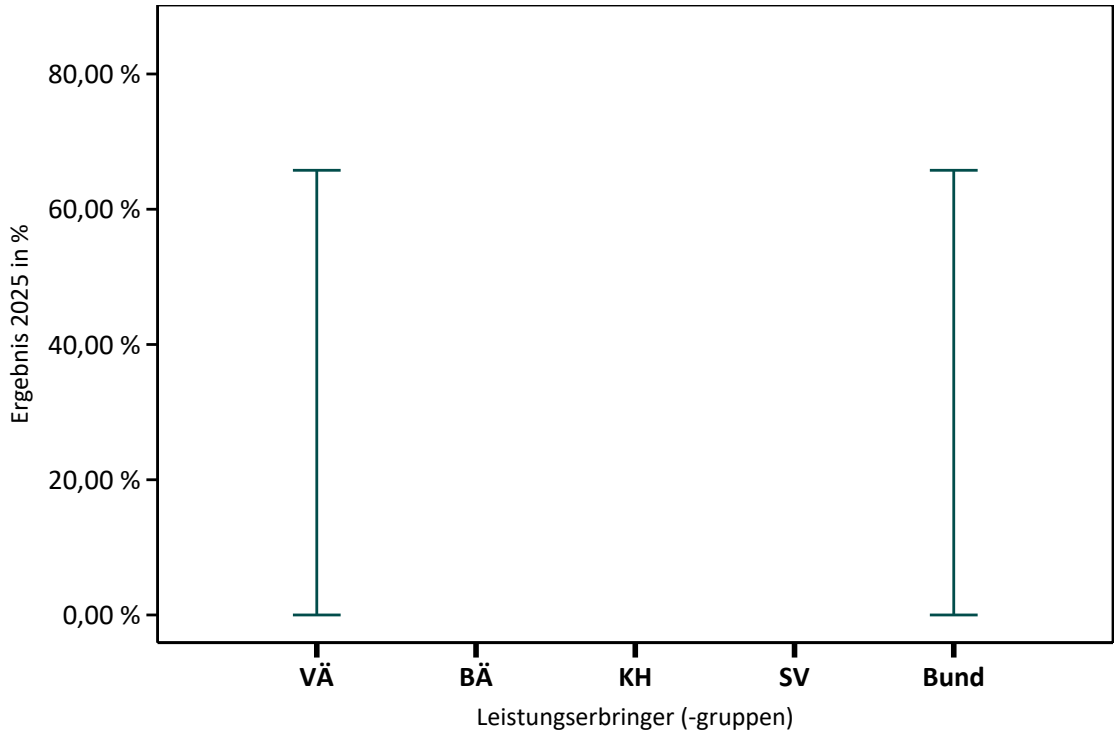
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2023**	≤3 / 5	x	11,76 - 76,93
		2024	≤3 / 6	x	18,76 - 81,24
		2025	≤3	x	0,00 - 65,76
Teilstationär	**BÄ**	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
	KH	**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Selektivvertragliche Leistungen		**2023**	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
		2025	0 / 0	-	-
Bund		**2023**	≤3 / 5	x	11,76 - 76,93
		2024	≤3 / 6	x	18,76 - 81,24
		2025	≤3	x	0,00 - 65,76

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	2	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
10.1.1	ID: O_572010 O/N (observed, beobachtet)	16,26 % 359/2.208
10.1.2	ID: E_572010 E/N (expected, erwartet)	18,15 % 400,75/2.208
10.1.3	**ID: 572010** **O/E**	0,90

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.3	**ID: 572057** **O/E**	x % ≤3

Gruppe: 1-Jahres-Überleben

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben

572011: 1-Jahres-Überleben

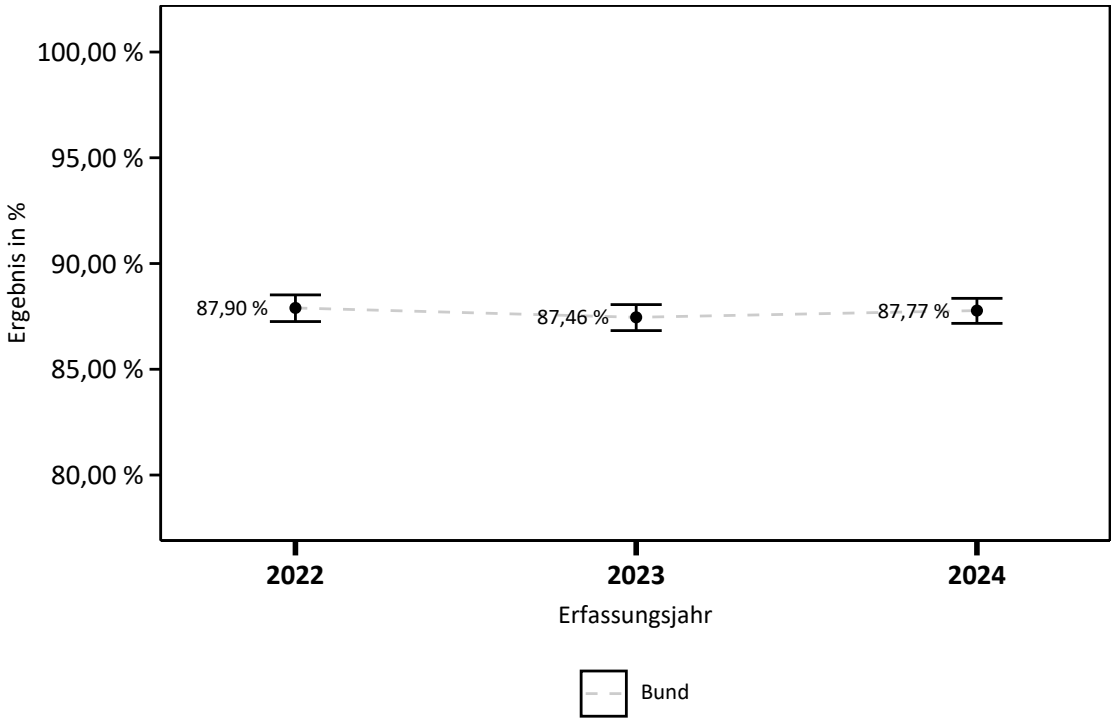
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2023 bis zum 30.09.2024 mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

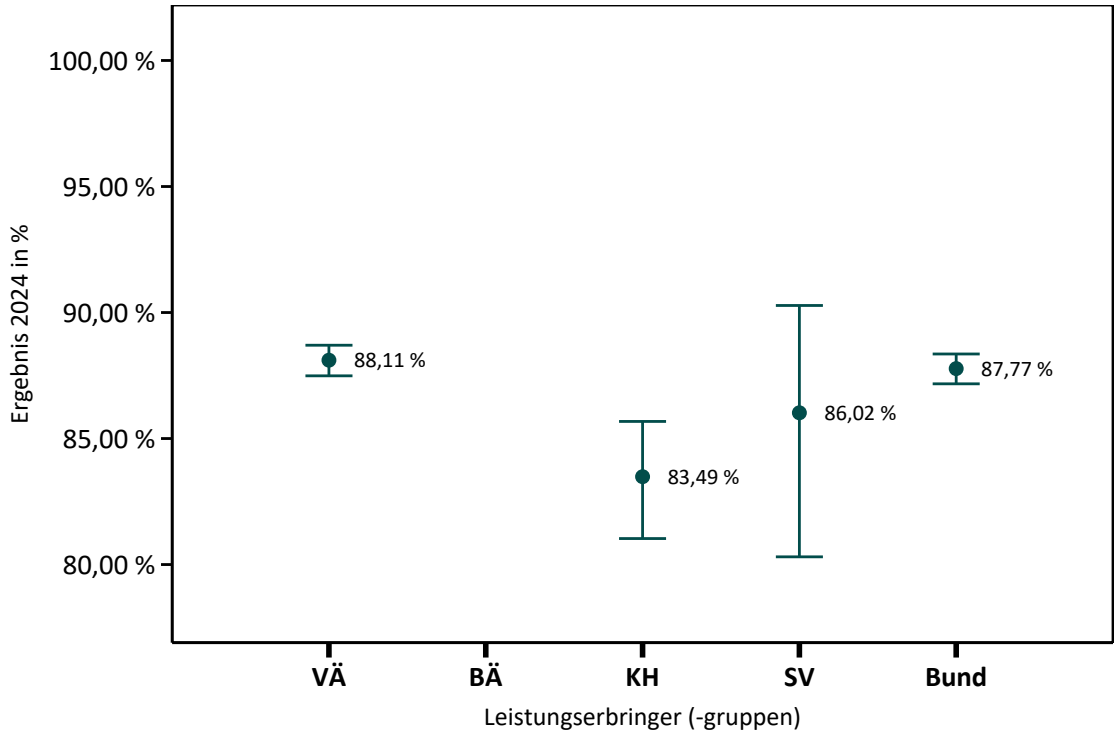
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	8.397 / 9.495	88,44	87,78 - 89,06
		2023	9.102 / 10.353	87,92	87,27 - 88,53
		2024	9.625 / 10.924	88,11	87,49 - 88,70
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	742 / 911	81,45	78,79 - 83,84
		2023	725 / 890	81,46	78,77 - 83,88
		2024	819 / 981	83,49	81,03 - 85,68
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	173 / 195	88,72	83,51 - 92,43
		2023	176 / 194	90,72	85,81 - 94,05
		2024	160 / 186	86,02	80,31 - 90,28
Bund		**2022**	9.059 / 10.306	87,90	87,26 - 88,52
		2023	9.768 / 11.169	87,46	86,83 - 88,06
		2024	10.346 / 11.787	87,77	87,17 - 88,35

Ergebnisse im Zeitverlauf

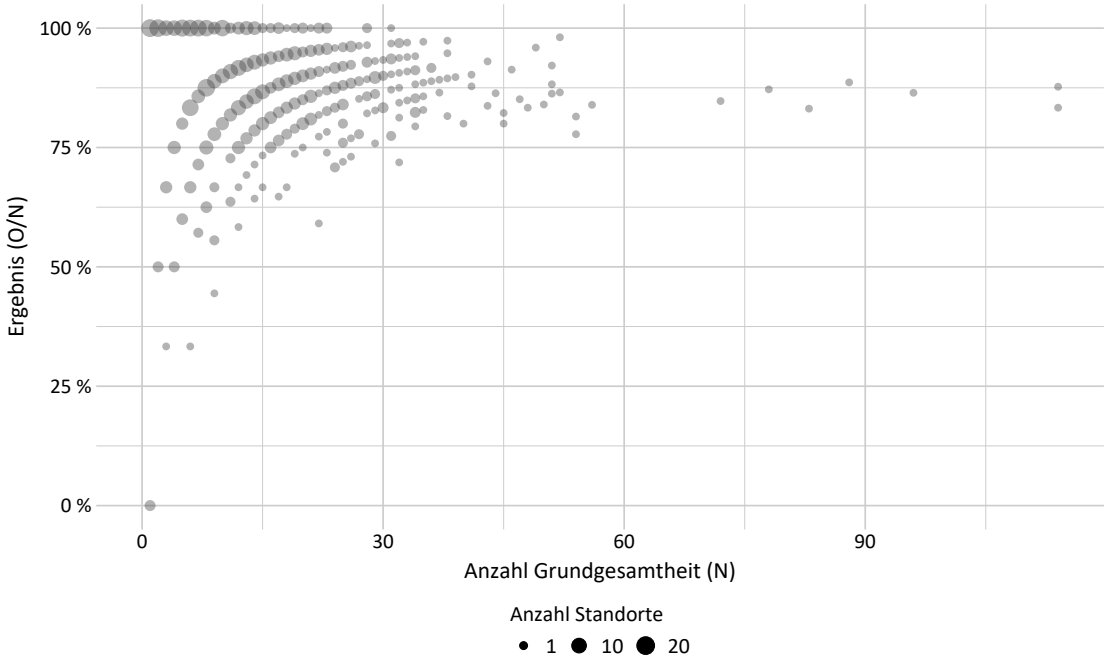
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	793	0	0,00	100,00	89,47

572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

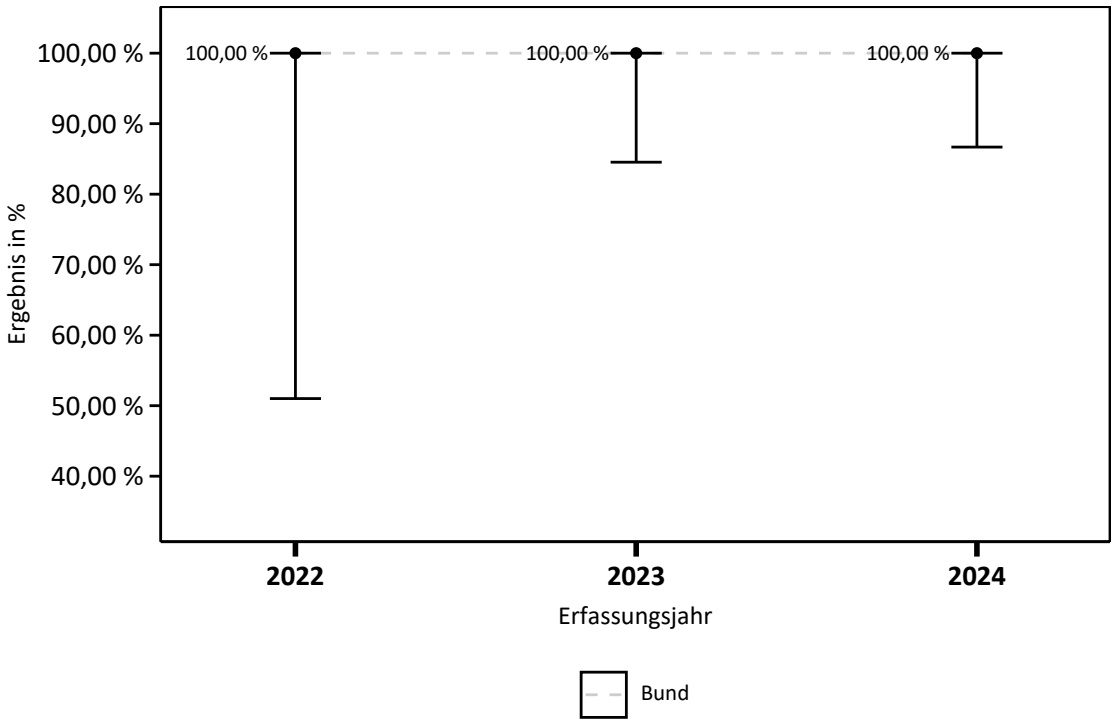
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2023 bis zum 30.09.2024 mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2023 bis Quartal 3/2025
Hinweise	Es ist zu beachten, dass die Auslösung der QS-Dokumentation für Kinder und Jugendliche erst seit dem 01.01.2023 erfolgt. Dies ist bei der Betrachtung der Ergebnisse zum Jahr 2022 zu beachten.

Detailergebnisse

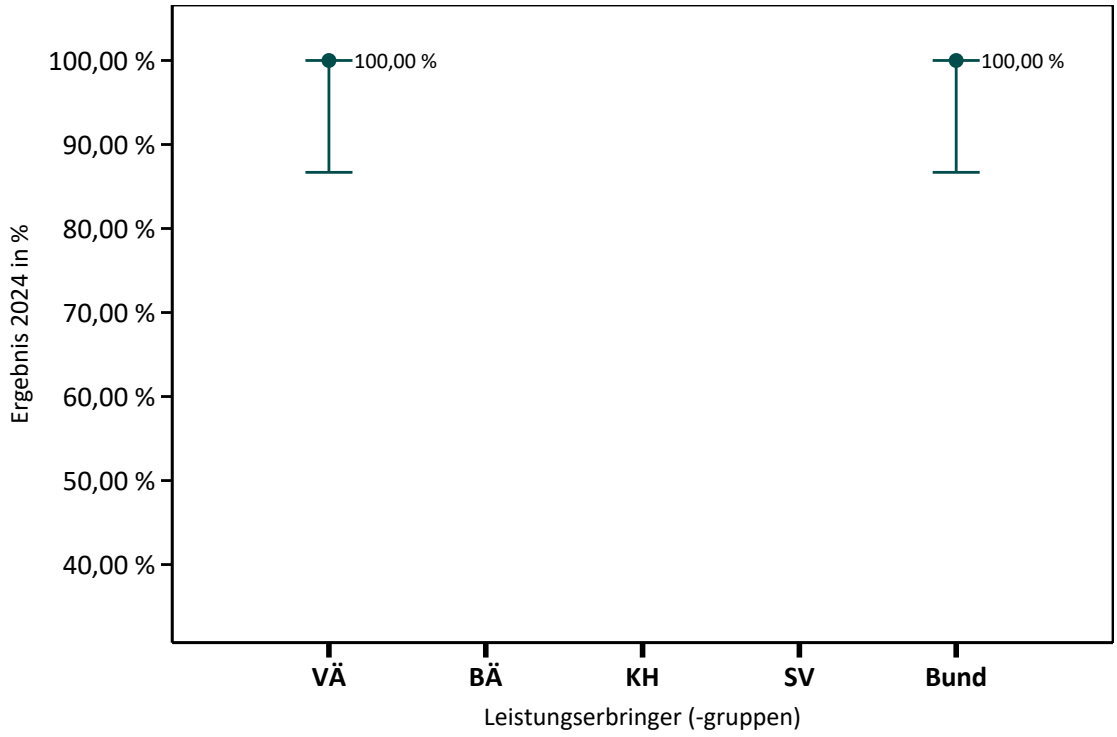
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2022**	≤3	x	34,24 - 100,00
		2023	21 / 21	100,00	84,54 - 100,00
		2024	25 / 25	100,00	86,68 - 100,00
Teilstationär	**BÄ**	**2022**	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
	KH	**2022**	≤3	x	34,24 - 100,00
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Selektivvertragliche Leistungen		**2022**	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
		2024	0 / 0	-	-
Bund		**2022**	4 / 4	100,00	51,01 - 100,00
		2023	21 / 21	100,00	84,54 - 100,00
		2024	25 / 25	100,00	86,68 - 100,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

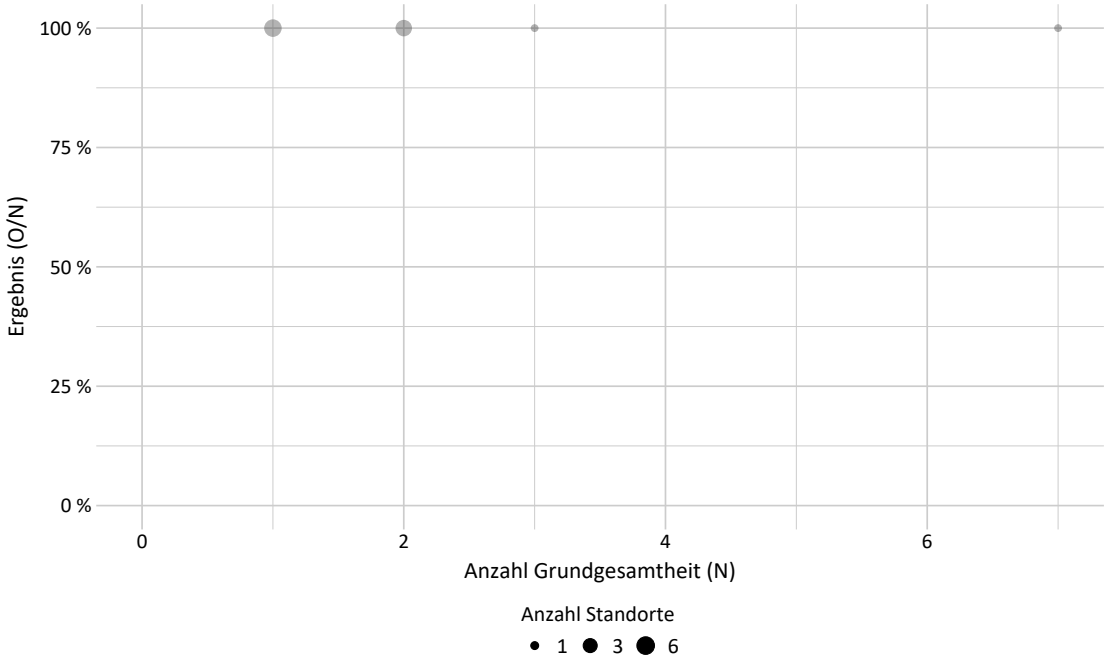
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	13	0	100,00	100,00	100,00

Gruppe: 2-Jahres-Überleben

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben

572012: 2-Jahres-Überleben

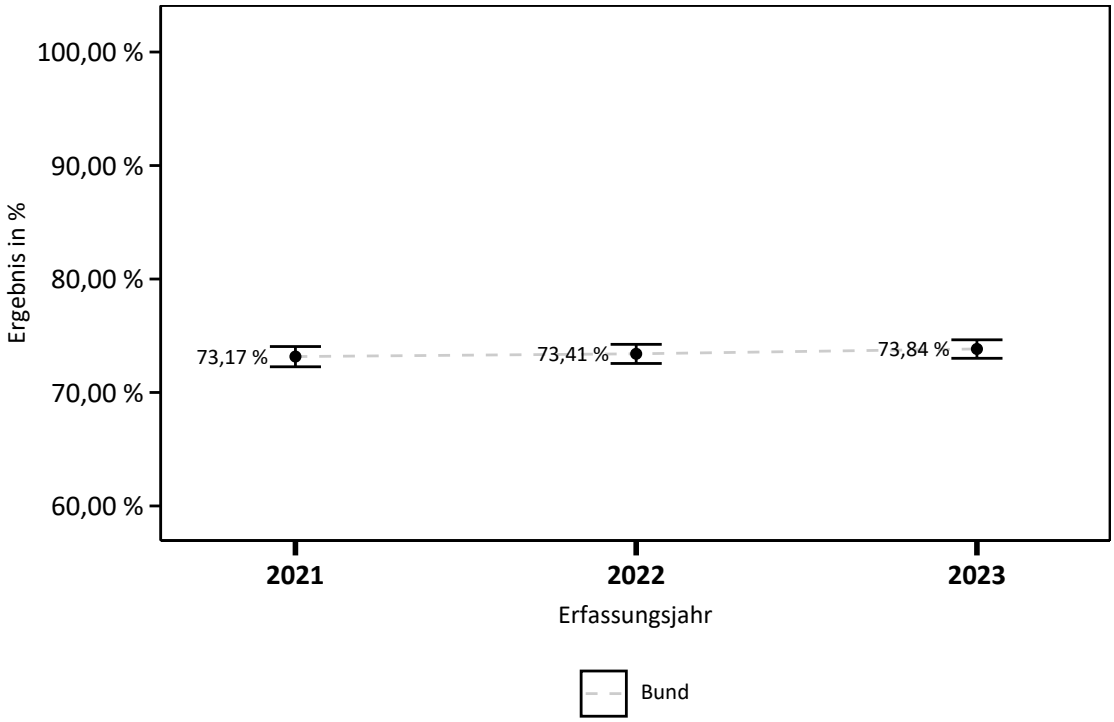
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2022 bis zum 30.09.2023 mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2022 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

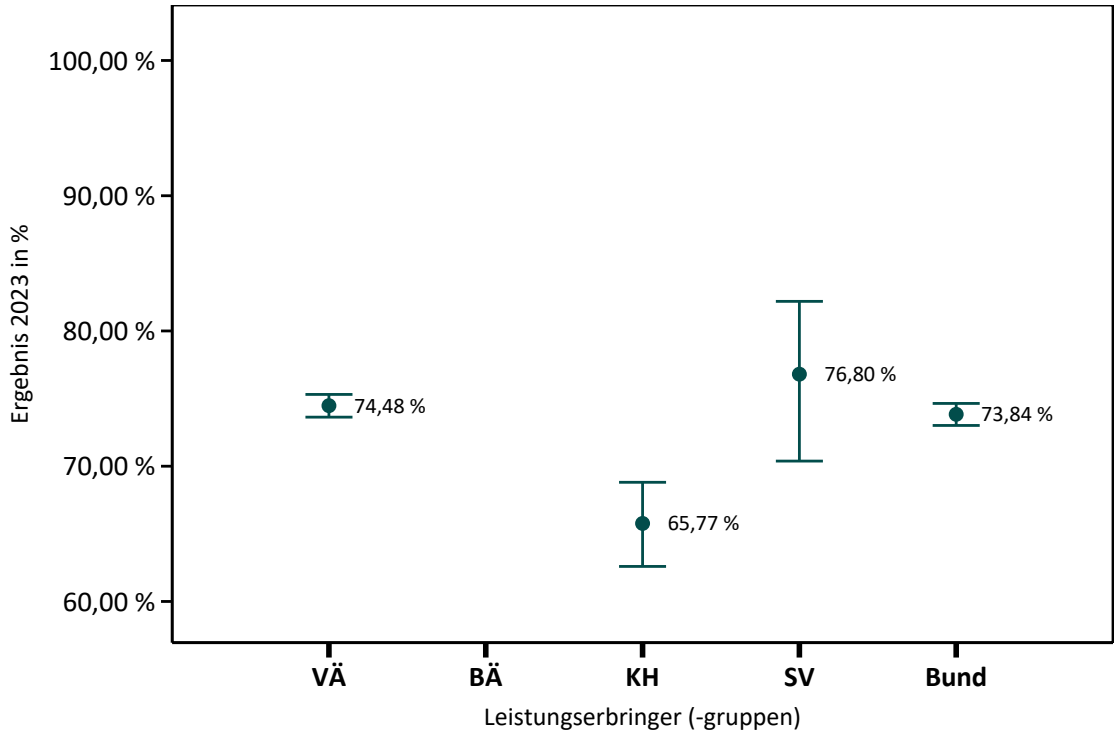
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2021**	6.487 / 8.755	74,09	73,17 - 75,00
		2022	7.226 / 9.759	74,04	73,17 - 74,90
		2023	7.712 / 10.355	74,48	73,63 - 75,31
Teilstationär	**BÄ**	**2021**	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
	KH	**2021**	492 / 786	62,60	59,16 - 65,91
		2022	589 / 911	64,65	61,49 - 67,69
		2023	586 / 891	65,77	62,59 - 68,81
Selektivvertragliche Leistungen		**2021**	99 / 127	77,95	69,98 - 84,28
		2022	147 / 196	75,00	68,50 - 80,54
		2023	149 / 194	76,80	70,38 - 82,19
Bund		**2021**	6.942 / 9.488	73,17	72,27 - 74,05
		2022	7.760 / 10.571	73,41	72,56 - 74,24
		2023	8.249 / 11.172	73,84	73,01 - 74,64

Ergebnisse im Zeitverlauf

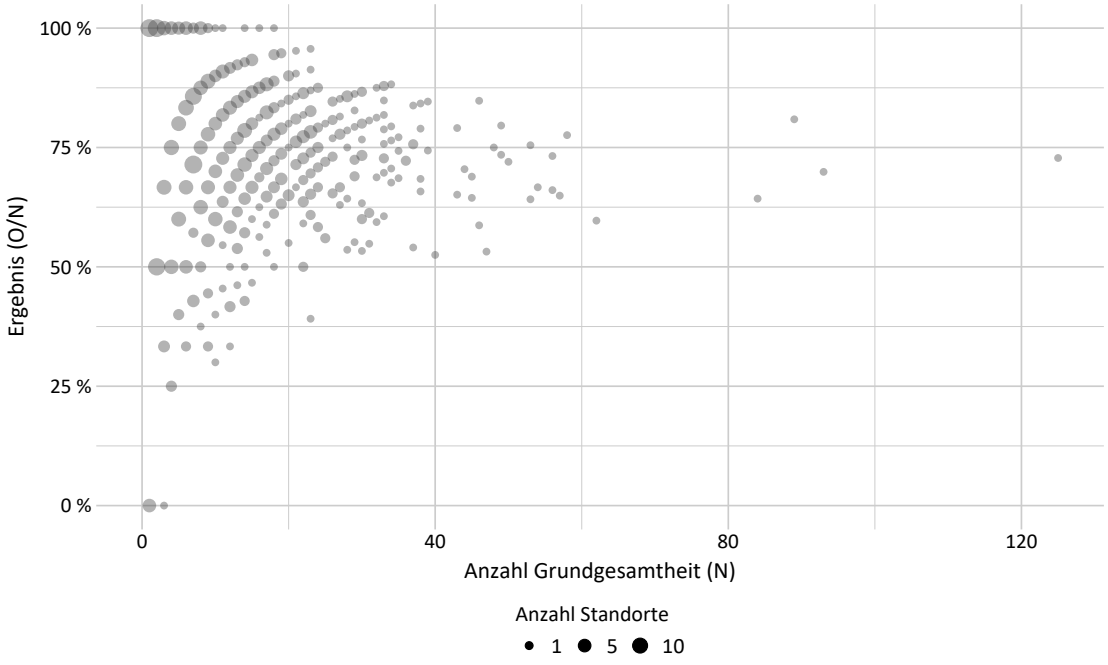
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	792	0	0,00	100,00	75,00

572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

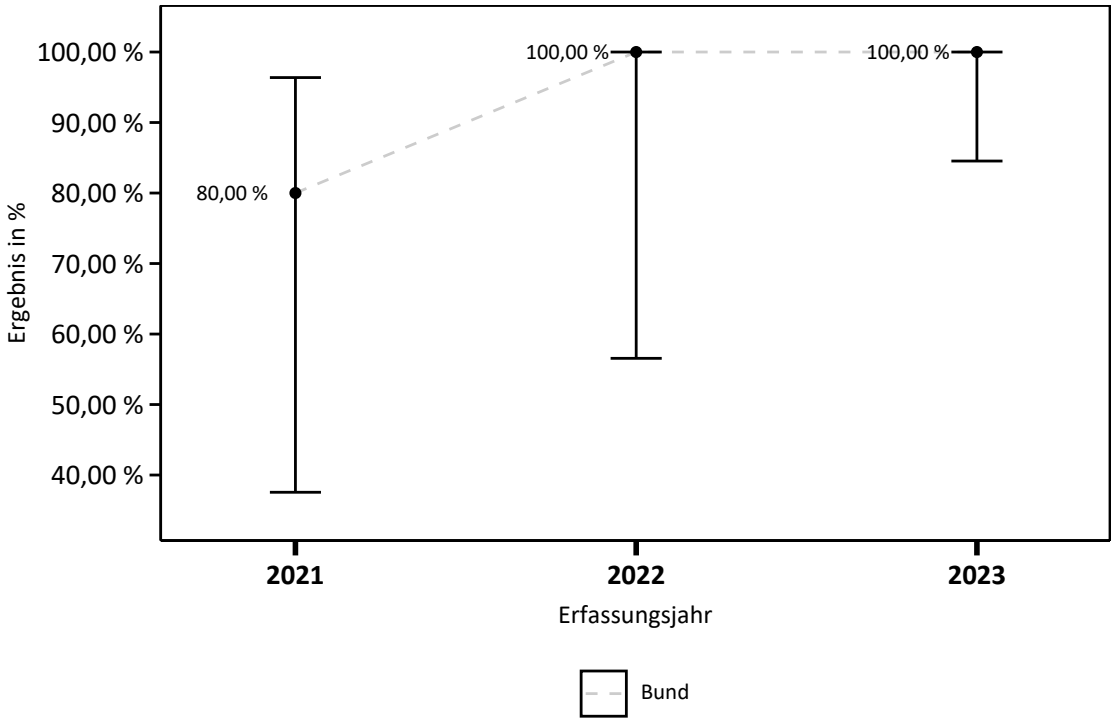
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2022 bis zum 30.09.2023 mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die zwei Jahre nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2022 bis Quartal 3/2025
Hinweise	Es ist zu beachten, dass die Auslösung der QS-Dokumentation für Kinder und Jugendliche erst seit dem 01.01.2023 erfolgt. Dies ist bei der Betrachtung der Ergebnisse zu den Jahren 2021 und 2022 zu beachten.

Detailergebnisse

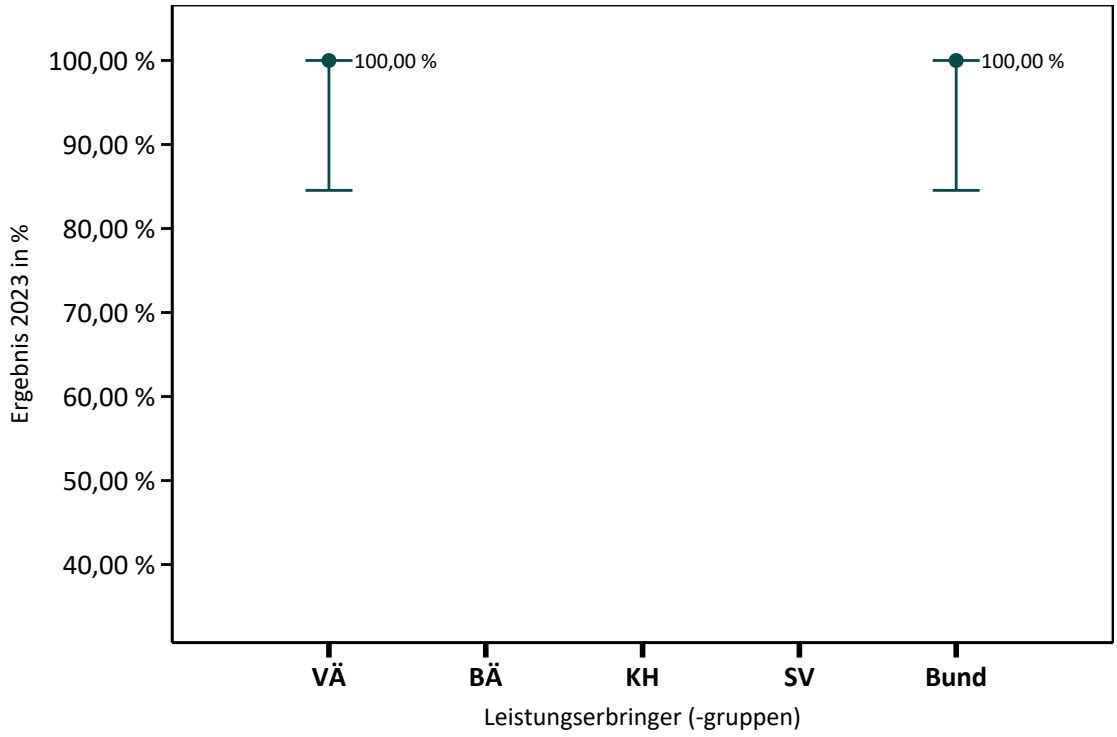
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2021**	4 / 5	80,00	37,55 - 96,38
		2022	≤3	x	43,85 - 100,00
		2023	21 / 21	100,00	84,54 - 100,00
Teilstationär	**BÄ**	**2021**	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
		2023	0 / 0	-	-
	KH	**2021**	0 / 0	-	-
		2022	≤3	x	34,24 - 100,00
		2023	0 / 0	-	-
Selektivvertragliche Leistungen		**2021**	0 / 0	-	-
		2022	0 / 0	-	-
		2023	0 / 0	-	-
Bund		**2021**	4 / 5	80,00	37,55 - 96,38
		2022	5 / 5	100,00	56,55 - 100,00
		2023	21 / 21	100,00	84,54 - 100,00

Ergebnisse im Zeitverlauf

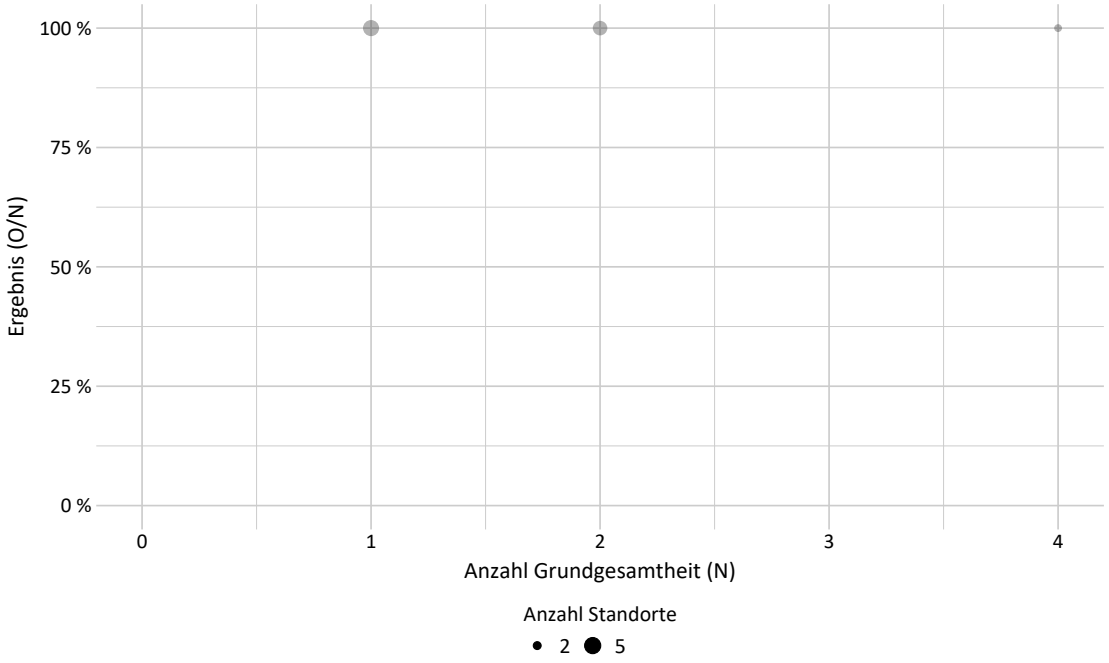
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	11	0	100,00	100,00	100,00

Gruppe: 3-Jahres-Überleben

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben

572013: 3-Jahres-Überleben

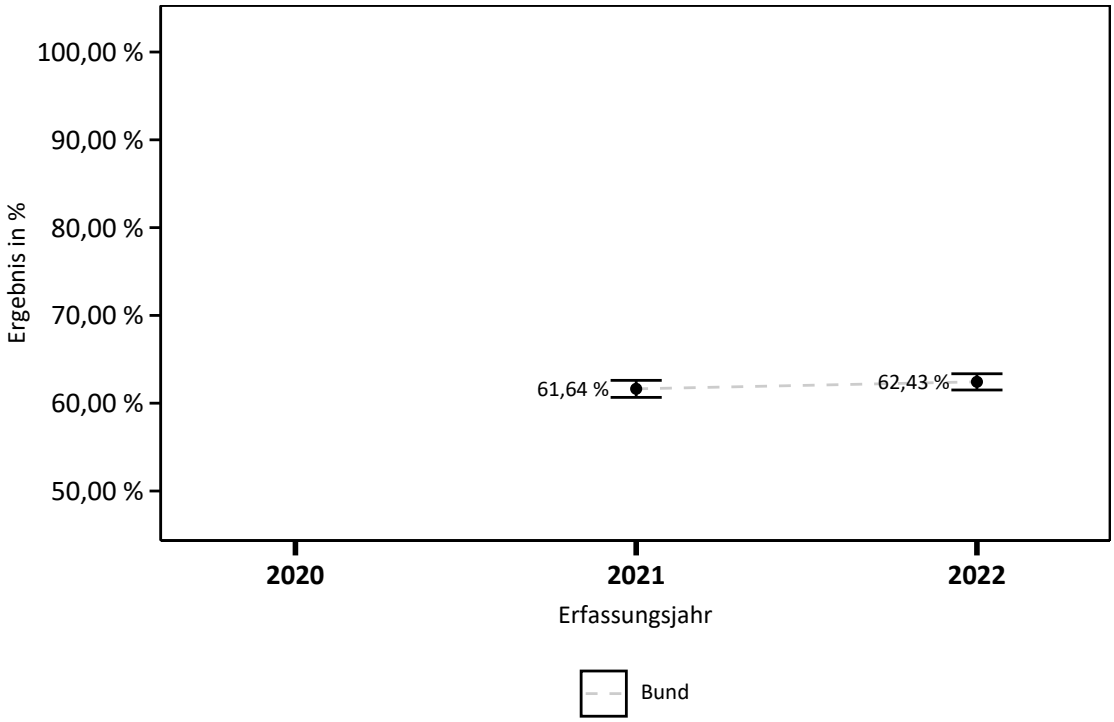
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2021 bis zum 30.09.2022 eine chronische Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2021 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

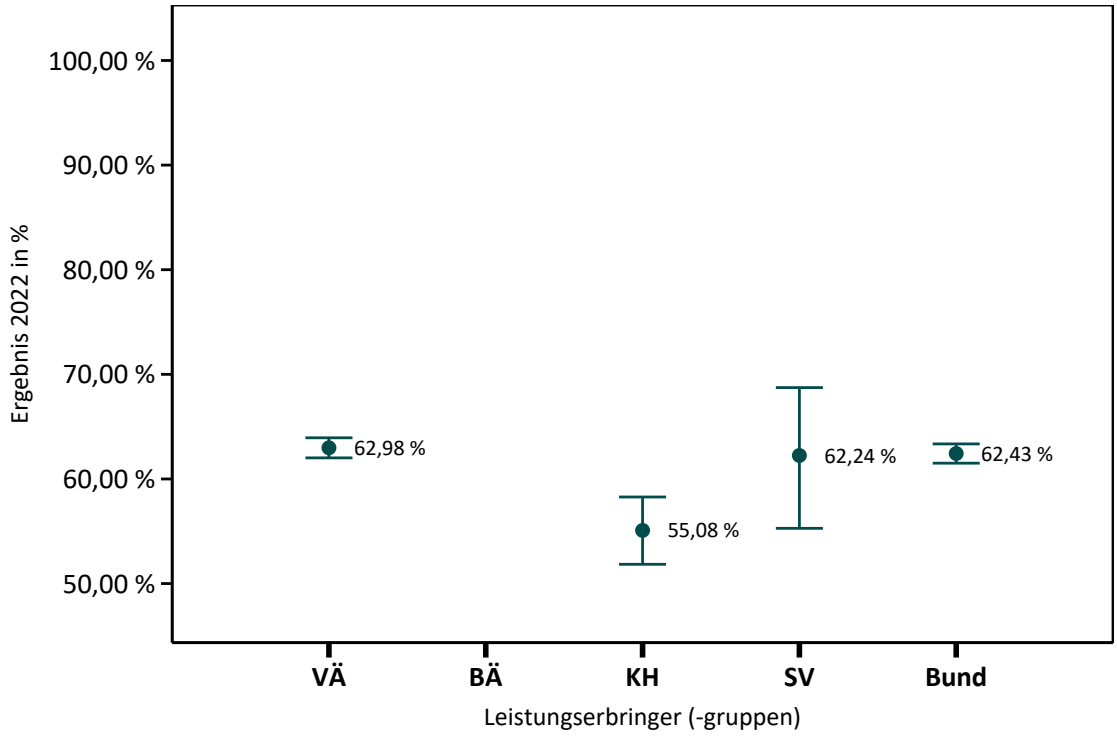
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2020**	- / -	-	-
		2021	5.582 / 8.922	62,56	61,56 - 63,56
		2022	6.147 / 9.760	62,98	62,02 - 63,93
Teilstationär	**BÄ**	**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
	KH	**2020**	- / -	-	-
		2021	400 / 786	50,89	47,40 - 54,37
		2022	504 / 915	55,08	51,84 - 58,28
Selektivvertragliche Leistungen		**2020**	- / -	-	-
		2021	83 / 127	65,35	56,74 - 73,07
		2022	122 / 196	62,24	55,28 - 68,73
Bund		**2020**	- / -	-	-
		2021	5.951 / 9.655	61,64	60,66 - 62,60
		2022	6.603 / 10.576	62,43	61,51 - 63,35

Ergebnisse im Zeitverlauf

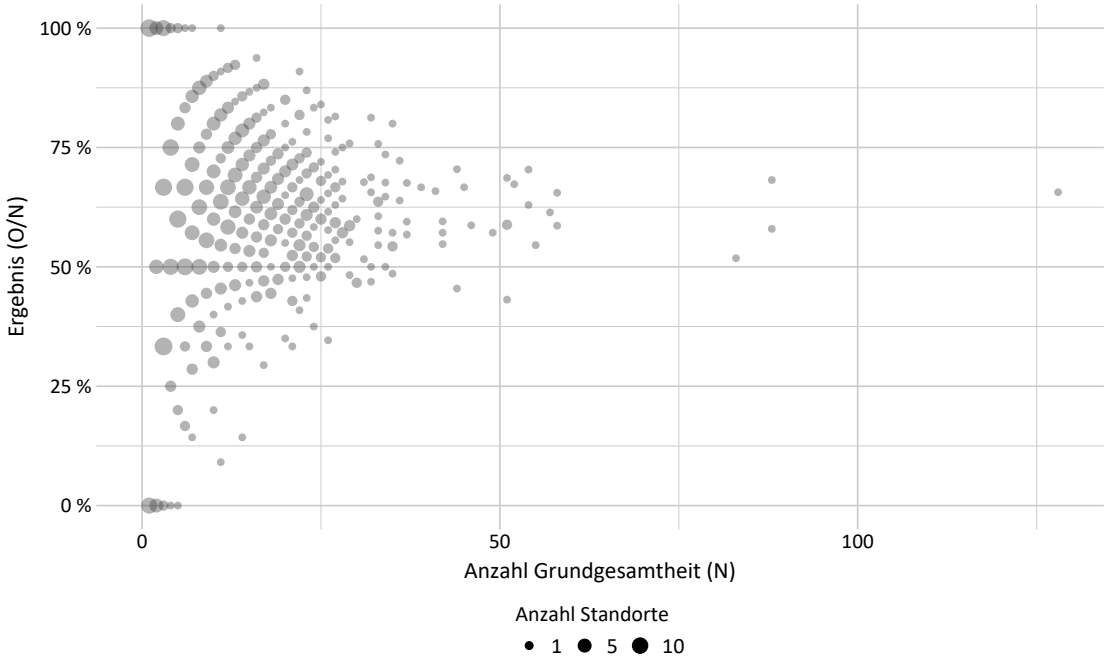
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2022	777	0	0,00	100,00	63,16

572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

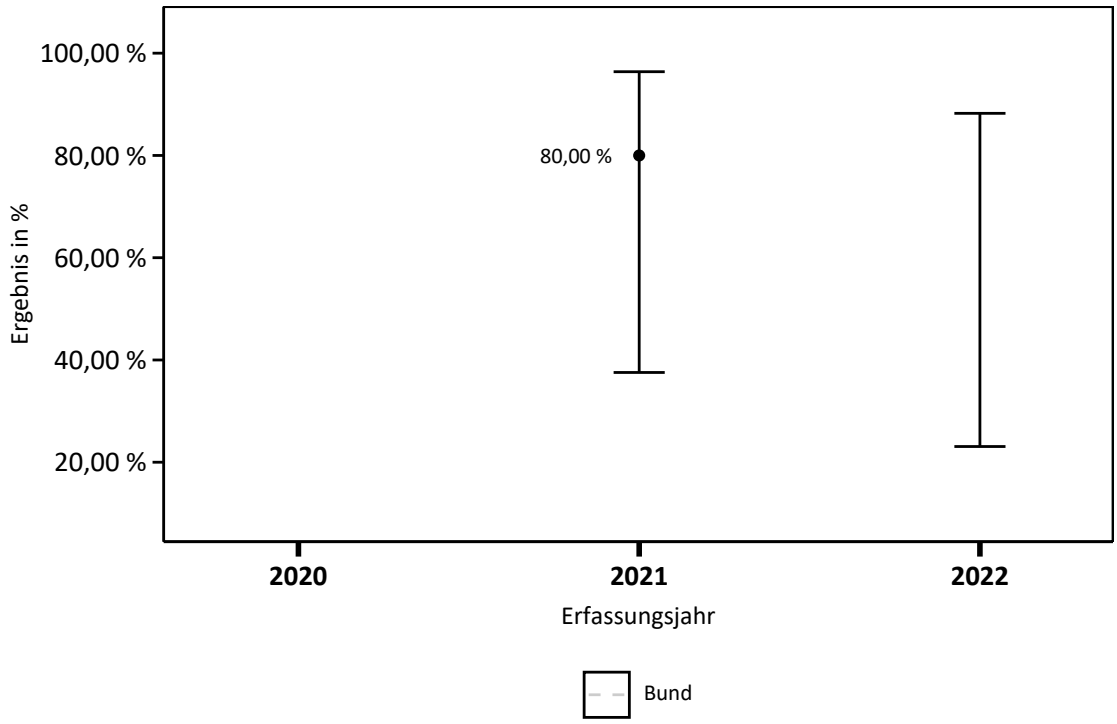
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2021 bis zum 30.09.2022 eine chronische Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die drei Jahre nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2021 bis Quartal 3/2025
Hinweise	Es ist zu beachten, dass die Auslösung der QS-Dokumentation für Kinder und Jugendliche erst seit dem 01.01.2023 erfolgt. Dies ist bei der Betrachtung der Ergebnisse zu dieser Kennzahl zu beachten.

Detailergebnisse

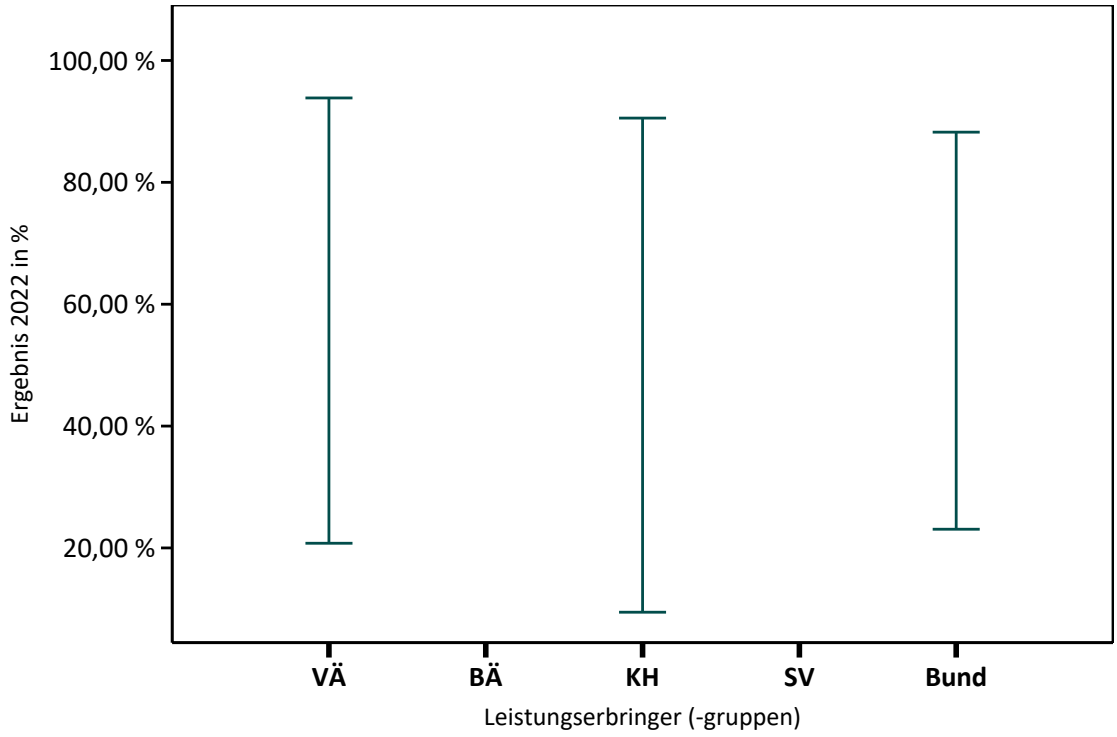
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2020**	- / -	-	-
		2021	4 / 5	80,00	37,55 - 96,38
		2022	≤3	x	20,77 - 93,85
Teilstationär	**BÄ**	**2020**	- / -	-	-
		2021	- / -	-	-
		2022	- / -	-	-
	KH	**2020**	- / -	-	-
		2021	0 / 0	-	-
		2022	≤3	x	9,45 - 90,55
Selektivvertragliche Leistungen		**2020**	- / -	-	-
		2021	0 / 0	-	-
		2022	0 / 0	-	-
Bund		**2020**	- / -	-	-
		2021	4 / 5	80,00	37,55 - 96,38
		2022	≤3 / 5	x	23,07 - 88,24

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2022	5	0	0,00	100,00	100,00

Gruppe: 5-Jahres-Überleben

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben

572014: 5-Jahres-Überleben

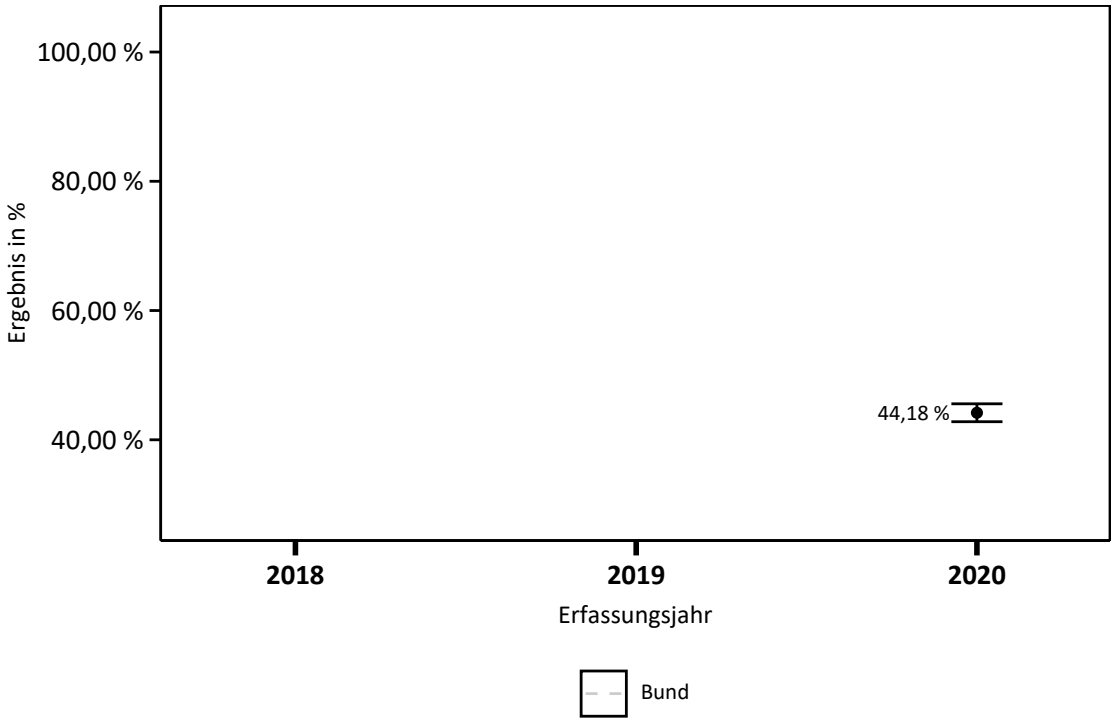
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.01.2020 bis zum 30.09.2020 eine chronische Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2020 bis Quartal 3/2025

Detailergebnisse

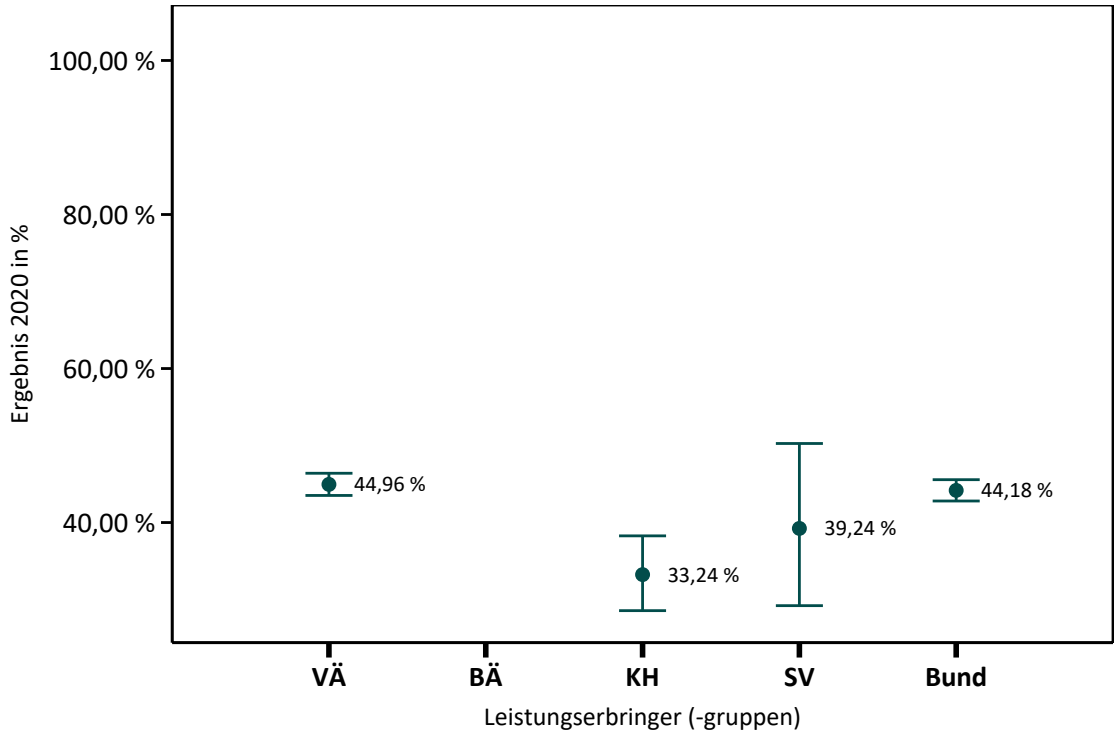
Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2018**	- / -	-	-
		2019	- / -	-	-
		2020	2.055 / 4.571	44,96	43,52 - 46,40
Teilstationär	**BÄ**	**2018**	- / -	-	-
		2019	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
	KH	**2018**	- / -	-	-
		2019	- / -	-	-
		2020	119 / 358	33,24	28,56 - 38,28
Selektivvertragliche Leistungen		**2018**	- / -	-	-
		2019	- / -	-	-
		2020	31 / 79	39,24	29,21 - 50,27
Bund		**2018**	- / -	-	-
		2019	- / -	-	-
		2020	2.182 / 4.939	44,18	42,80 - 45,57

Ergebnisse im Zeitverlauf

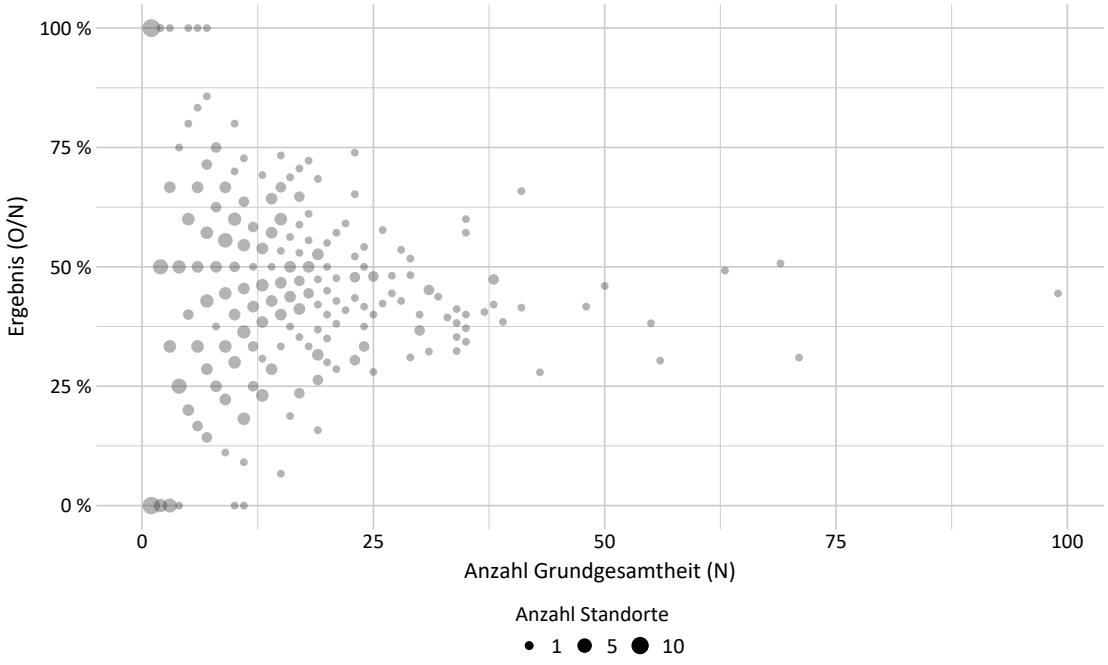
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse nach Vergleichsgruppen



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2020	357	0	0,00	100,00	44,44

572061: 5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.01.2020 bis zum 30.09.2020 eine chronische Dialysebehandlung begonnen haben
Zähler	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2020 bis Quartal 3/2025
Hinweise	Es ist zu beachten, dass die Auslösung der QS-Dokumentation für Kinder und Jugendliche erst seit dem 01.01.2023 erfolgt. Dies ist bei der Betrachtung der Ergebnisse zu dieser Kennzahl zu beachten.

Detailergebnisse

Dimension			Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Ambulant VÄ		**2018**	- / -	-	-
		2019	- / -	-	-
		2020	0 / 0	-	-
Teilstationär	**BÄ**	**2018**	- / -	-	-
		2019	- / -	-	-
		2020	- / -	-	-
	KH	**2018**	- / -	-	-
		2019	- / -	-	-
		2020	0 / 0	-	-
Selektivvertragliche Leistungen		**2018**	- / -	-	-
		2019	- / -	-	-
		2020	0 / 0	-	-
Bund		**2018**	- / -	-	-
		2019	- / -	-	-
		2020	0 / 0	-	-

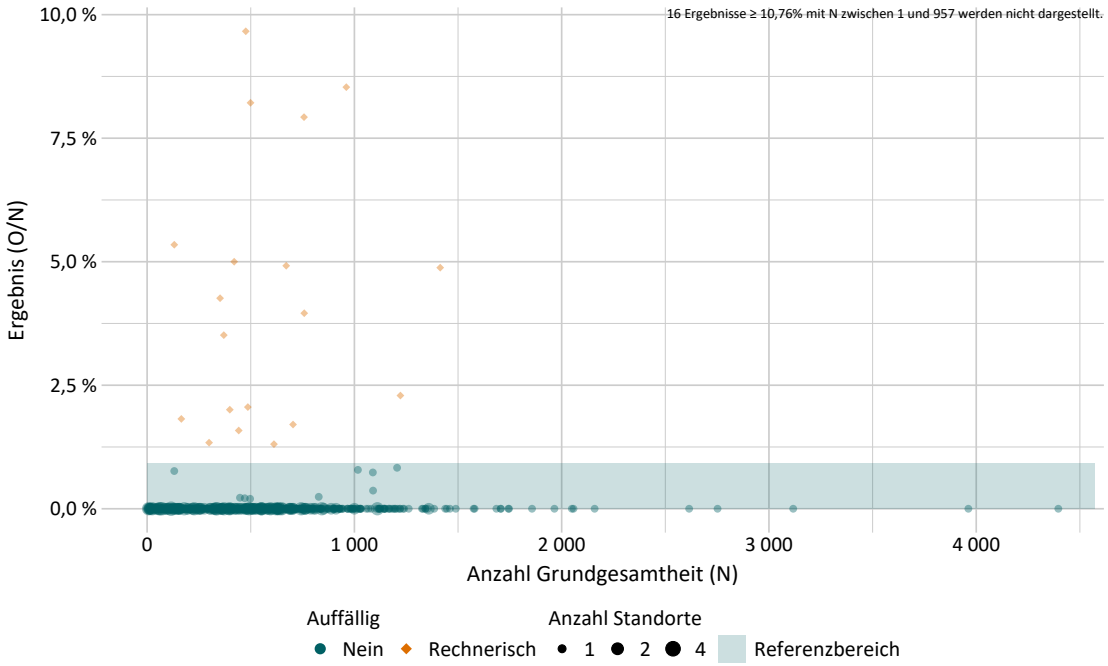
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852305: Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle mit fehlender Referenzdialyse werden aus den Kennzahlen 572007, 572054, 572008 und 572055 ausgeschlossen. Es muss bei ständiger Dialysebehandlung pro Patientin oder Patient und je Quartal eine Referenzdialyse dokumentiert und übermittelt werden. **Hypothese** Unterdokumentation der Referenzdialyse für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation die Referenzdialyse vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572007: Ernährungsstatus 572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren 572008: Anämiemanagement 572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit chronischer Dialysebehandlung und vorhandenen Basisbögen aus mindestens vier Quartalen
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen nur in höchstens drei der Quartale eine Referenzdialyse dokumentiert wurde (Bei denen also in mindestens einem Quartal Angaben zu einer Referenzdialyse fehlen)
Referenzbereich	≤ 0,92 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	694	35	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

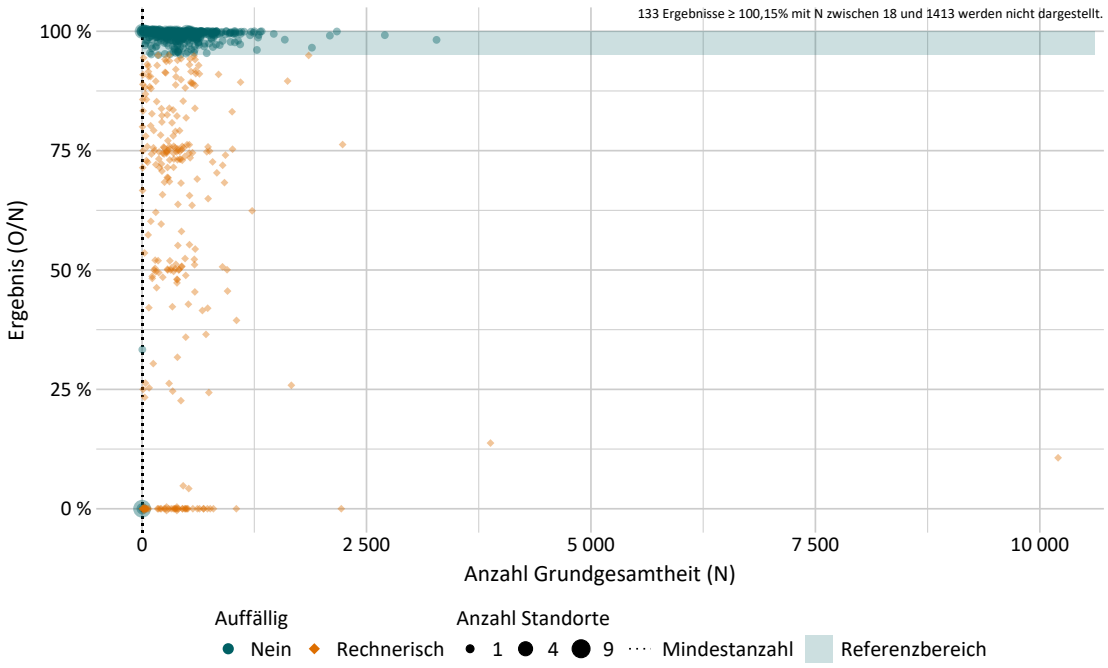
Dimension / Erfassungsjahr 2025		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Ambulant VÄ		3.985 / 346.278	1,15	-
Teilstationär	**BÄ**	0 / 0	-	-
	KH	914 / 18.628	4,91	-
Selektivvertragliche Leistungen		8 / 6.388	0,13	-
Bund		4.907 / 371.295	1,32	5,04 % 35 / 694

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852306: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	887	256	0,00	408,54	99,43

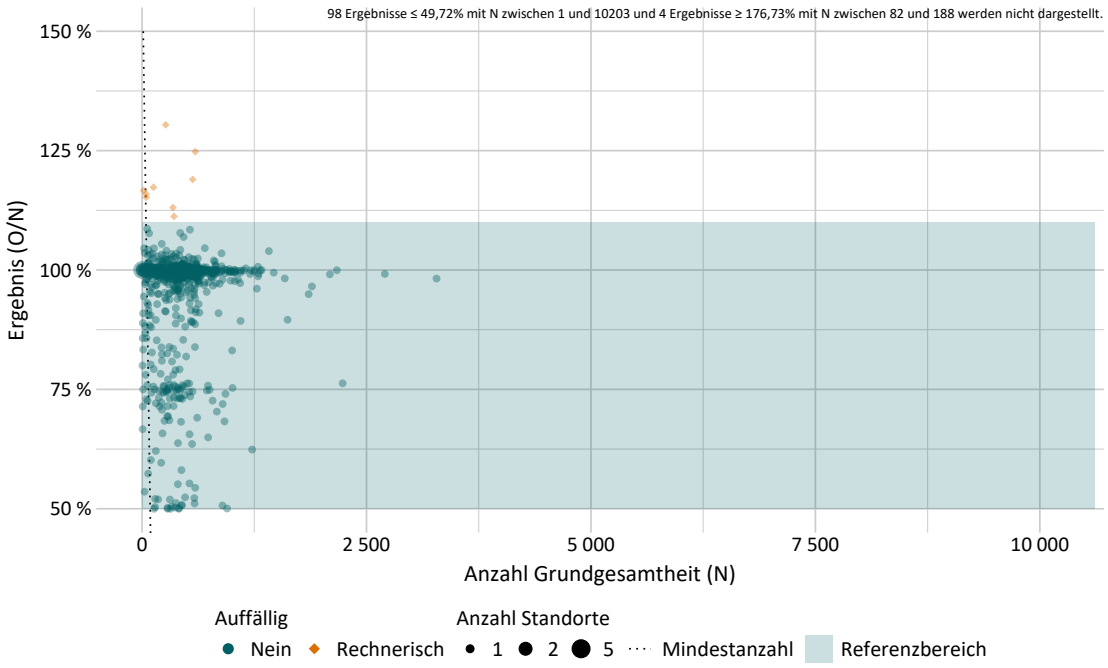
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen	298.943 / 351.845	84,96	-
Krankenhäuser	18.229 / 19.464	93,65	-
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	5.104 / 5.113	99,82	-
Bund	322.276 / 376.422	85,62	28,86 % 256 / 887

852307: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	887	13	0,00	408,54	99,43

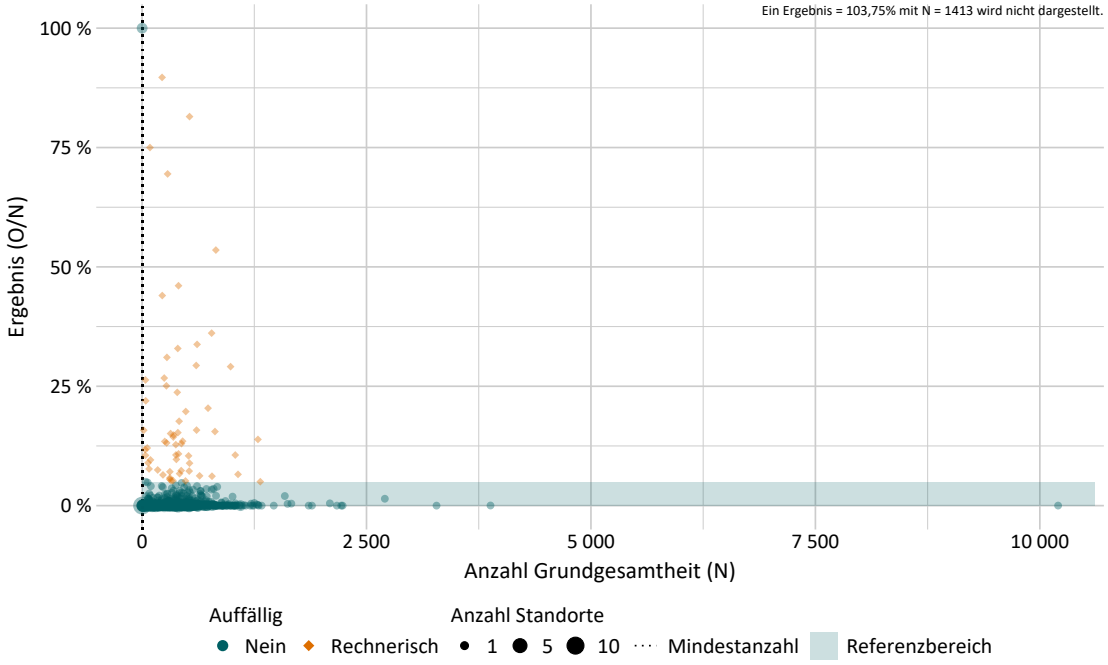
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen	298.943 / 351.845	84,96	-
Krankenhäuser	18.229 / 19.464	93,65	-
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	5.104 / 5.113	99,82	-
Bund	322.276 / 376.422	85,62	1,47 % 13 / 887

852308: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik in dem jeweiligen Modul mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	887	62	0,00	103,75	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte/MVZ/Praxen	7.325 / 351.845	2,08	-
Krankenhäuser	16 / 19.464	0,08	-
Leistungserbringer mit selektivvertraglichen Leistungen	310 / 5.113	6,06	-
Bund	7.651 / 376.422	2,03	6,99 % 62 / 887

Basisauswertung

Die nachfolgenden Auswertungen sind eingeschränkt auf:
- Patientinnen und Patienten bzw. Dialysen bei Patientinnen und Patienten, deren Therapiestatus als ständige Dialysebehandlung dokumentiert wurde. („Ständige Dialysebehandlung“ meint hier, dass die Patientin / der Patient bei dem jeweils dokumentierenden Leistungserbringer ständig in Dialysebehandlung ist und nicht in kurzzeitiger Dialysebehandlung (beispielsweise im Rahmen einer Gast-/Feriendialyse).)
- Patientinnen und Patienten bzw. Dialysen bei Patientinnen und Patienten, die mind. 13 Wochen in Dialysebehandlung sind

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten[1]		
Anzahl Patientinnen und Patienten (gesamt)	78.506	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten Q4/2024	67.417	85,87
Anzahl Patientinnen und Patienten Q1/2025	64.189	81,76
Anzahl Patientinnen und Patienten Q2/2025	65.432	83,35
Anzahl Patientinnen und Patienten Q3/2025	63.706	81,15

[1] Es werden ausschließlich Patientinnen und Patienten mit ständiger Dialysebehandlung gezählt.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Dialysen[2]		
Anzahl Dialysen (gesamt)	9.344.306	100,00
Anzahl Dialysen Q4/2024	2.430.878	26,01
Anzahl Dialysen Q1/2025	2.289.616	24,50
Anzahl Dialysen Q2/2025	2.344.821	25,09
Anzahl Dialysen Q3/2025	2.278.991	24,39

[2] Es werden ausschließlich Dialysen bei Patientinnen und Patienten mit ständiger Dialysebehandlung gezählt.

Status des Leistungserbringers und Art der Leistungserbringung[3]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	(1) Krankenhaus	(2) Vertragsarzt	(3) Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen	Gesamt
Alle Patientinnen und Patienten				
Bund (gesamt)				
(1) ambulant erbrachte Leistung	4 **0,09 %**	73.759 **100,00 %**	1.283 **100,00 %**	74.903 **95,41 %**
(4) teilstationär erbrachte Leistung	4.628 **99,98 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	4.628 **5,90 %**
Gesamt	4.629 **100,00 %**	73.759 **100,00 %**	1.283 **100,00 %**	78.506 **100,00 %**

[3] Mehrfachnennungen (pro Berichtszeitraum) möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 78.506**	
Altersverteilung[4]		
≤ 18 Jahre	121	0,15
19 - 29 Jahre	1.093	1,39
30 - 39 Jahre	3.187	4,06
40 - 49 Jahre	5.515	7,02
50 - 59 Jahre	11.103	14,14
60 - 69 Jahre	17.920	22,83
≥ 70 Jahre	39.568	50,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 78.506**	
Geschlecht[5]		
(1) männlich	48.538	61,83
(2) weiblich	29.950	38,15
(3) divers	18	0,02
(8) unbestimmt	0	0,00
(9) unbekannt	0	0,00

[4] Berücksichtigt werden die Angaben aus dem ersten Bogen des Berichtszeitraumes (01.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres).
Gibt es für eine Patientin / einen Patienten mehrere Bögen mit gleichem Dialysedatum, so werden alle diese Bögen berücksichtigt.

[5] Berücksichtigt werden die Angaben aus dem ersten Bogen des Berichtszeitraumes (01.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres).
Gibt es für eine Patientin / einen Patienten mehrere Bögen mit gleichem Dialysedatum, so werden alle diese Bögen berücksichtigt.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 78.506**	
Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse) bekannt[6]		
ja	78.046	99,41
davon: Dauer der bestehenden Dialysepflichtigkeit[7]		
≤ 1 Jahr	18.834	24,13
2 bis ≤ 5 Jahre	32.227	41,29
6 bis ≤ 10 Jahre	16.789	21,51
> 10 Jahre	10.196	13,06
nein	917	1,17

[6] Es werden ausschließlich Dialysen bei Patientinnen und Patienten mit ständiger Dialysebehandlung gezählt.
Mehrfachnennungen (pro Berichtszeitraum) möglich

[7] Es werden ausschließlich Dialysen bei Patientinnen und Patienten mit ständiger Dialysebehandlung gezählt.
Berücksichtigt werden pro Patientin / pro Patient die Angaben des frühesten Beginns der Nierenersatztherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 78.506**	
renale Grunderkrankung[8]		
(1) glomeruläre Nephropathie (ohne diabetische)	11.595	14,77
(2) vaskuläre/hypertensive Nephropathie	17.953	22,87
(3) diabetische Nephropathie	16.766	21,36
(4) interstitielle Nephropathie	2.692	3,43
(5) Zystennieren	5.247	6,68
(6) Systemerkrankung (ohne Vaskulitiden)	1.966	2,50
(7) Vaskulitis	1.673	2,13
(8) kardiorenales Syndrom	3.733	4,76
(9) Nephropathie bei Harnabflussstörung	1.933	2,46
(88) andere Nierenerkrankung	7.543	9,61
(99) unbekannt	3.254	4,14

[8] Berücksichtigt werden die Angaben aus dem letzten Bogen des Berichtszeitraumes (01.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres).
Gibt es für eine Patientin / einen Patienten mehrere Bögen mit gleichem Dialysedatum, so werden alle diese Bögen berücksichtigt.

Information über Behandlungsmöglichkeiten

Berücksichtigt werden die Angaben aus dem letzten Bogen des Berichtszeitraumes (01.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres). Liegen keine Angaben vor, so werden die Patientinnen und Patienten hier nicht berücksichtigt. Gibt es für eine Patientin / einen Patienten zur letzten Dialyse des Berichtszeitraums mehrere Bögen mit gleichem Dialysedatum, so werden alle diese Bögen berücksichtigt.
In der folgenden Tabelle werden nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die im Berichtszeitraum (1.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres) mit der Dialysebehandlung begonnen haben.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit begonnener Dialysebehandlung im Berichtszeitraum	**N = 9.593**	
Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie		
(0) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit nicht angeboten / durchgeführt	955	9,96
(1) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit durchgeführt	8.085	84,28
(8) Patient bestätigt, dass er zu dieser Behandlungsmöglichkeit bereits von einem anderen Nephrologen informiert wurde	400	4,17
(9) Patient hat Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	53	0,55
Hämodialyse		
(0) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit nicht angeboten / durchgeführt	405	4,22
(1) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit durchgeführt	8.675	90,43
(8) Patient bestätigt, dass er zu dieser Behandlungsmöglichkeit bereits von einem anderen Nephrologen informiert wurde	389	4,06
(9) Patient hat Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	24	0,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit begonnener Dialysebehandlung im Berichtszeitraum	**N = 9.593**	
Peritonealdialyse		
(0) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit nicht angeboten / durchgeführt	1.479	15,42
(1) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit durchgeführt	7.464	77,81
(8) Patient bestätigt, dass er zu dieser Behandlungsmöglichkeit bereits von einem anderen Nephrologen informiert wurde	357	3,72
(9) Patient hat Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	193	2,01
Heimdialyse		
(0) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit nicht angeboten / durchgeführt	2.983	31,10
(1) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit durchgeführt	5.951	62,03
(8) Patient bestätigt, dass er zu dieser Behandlungsmöglichkeit bereits von einem anderen Nephrologen informiert wurde	278	2,90
(9) Patient hat Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	281	2,93
Nierentransplantation		
(0) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit nicht angeboten / durchgeführt	2.407	25,09
(1) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit durchgeführt	6.614	68,95
(8) Patient bestätigt, dass er zu dieser Behandlungsmöglichkeit bereits von einem anderen Nephrologen informiert wurde	273	2,85
(9) Patient hat Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	199	2,07

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit begonnener Dialysebehandlung im Berichtszeitraum	**N = 9.593**	
Lebendorganspende		
(0) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit nicht angeboten / durchgeführt	3.483	36,31
(1) Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit durchgeführt	5.542	57,77
(8) Patient bestätigt, dass er zu dieser Behandlungsmöglichkeit bereits von einem anderen Nephrologen informiert wurde	245	2,55
(9) Patient hat Informationsgespräch zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	223	2,32

Anamnese

Berücksichtigt werden die Angaben aus dem letzten Bogen des Berichtszeitraumes (01.10. des Vorjahres bis 30.09. des Erfassungsjahres). Liegen keine Angaben vor, so werden die Patientinnen und Patienten hier nicht berücksichtigt. Gibt es für eine Patientin / einen Patienten zur letzten Dialyse des Berichtszeitraums mehrere Bögen mit gleichem Dialysedatum, so werden alle diese Bögen berücksichtigt.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 73.363**	
Komorbiditäten		
(0) nein	3.656	4,98
(1) ja	69.707	95,02
davon:[9]		
koronare Herzkrankheit (KHK)	19.477	27,94
Herzinsuffizienz NYHA I (Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit)	3.041	4,36
Herzinsuffizienz NYHA II (Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung)	7.720	11,07
Herzinsuffizienz NYHA III (Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung)	7.977	11,44
Herzinsuffizienz NYHA IV (Beschwerden im Ruhezustand)	2.014	2,89
periphere arterielle Verschlusskrankheit	9.288	13,32
zerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B. TIA, Schlaganfall)	8.435	12,10
arterielle Hypertonie	55.356	79,41
Diabetes mellitus	25.162	36,10
Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt (positiver Befund)	1.211	1,74
Virushepatitis	1.372	1,97
HIV-Infektion	286	0,41
Malignom	8.320	11,94
periphere Polyneuropathie (PNP)	7.825	11,23
Demenz	1.653	2,37
Depression	4.282	6,14
andere Erkrankungen, die die Dialysebehandlung beeinflussen	36.879	52,91
vorangegangene Nierentransplantation		
(0) nein	70.981	96,75
(1) ja	2.382	3,25

[9] Mehrfachnennungen möglich

Behandlungsverlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Dialysen	**N = 9.344.306**	
Dialyseverfahren		
(1) Hämodialyse	6.655.624	71,23
davon: Zugangsart		
(1) Katheter, nicht getunnelt	54.689	0,82
(2) Katheter, getunnelt	1.896.768	28,50
(3) Prothesenshunt	590.879	8,88
(4) Fistel	4.113.288	61,80
(2) Hämodiafiltration	2.370.205	25,37
(3) Hämofiltration	6.756	0,07
(4) kontinuierliche Peritonealdialyse	235.831	2,52
(5) intermittierende Peritonealdialyse	75.890	0,81

	Bund (gesamt)
Dialysedauer pro Behandlung (Minuten) - ambulant	
Anzahl Hämodialysen (ohne Heimdialysen) mit Angabe von Werten bei ambulant erbrachter Leistung	6.447.451
Minimum	1,00
Median	245,00
Mittelwert	251,63
Maximum	4.011,00

	Bund (gesamt)
Dialysedauer pro Behandlung (Minuten) - teilstationär	
Anzahl Hämodialysen (ohne Heimdialysen) mit Angabe von Werten bei teilstationär erbrachter Leistung	203.219
Minimum	1,00
Median	240,00
Mittelwert	246,35
Maximum	3.240,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 78.506**	
Dialysezugangs-assoziierte Komplikationen[10]		
(0) nein	76.690	97,69
(1) ja	9.081	11,57
davon:[11]		
mechanische Komplikation	6.263	68,97
Infektion	1.511	16,64
sonstige Komplikation	2.785	30,67

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 78.506**	
wesentliches Ereignis im Behandlungsfall[12]		
(0) nein	65.975	84,04
(1) ja	53.126	67,67
davon: Art wesentliches Ereignis[13]		
(1) stationärer Krankenhausaufenthalt	27.196	51,19
(2) Auslandsaufenthalt	4.139	7,79
(3) kurzzeitige Dialysebehandlung durch eine andere ambulante Dialyseeinrichtung	6.361	11,97
(4) kurzzeitige Dialysebehandlung durch eine andere teilstationäre Dialyseeinrichtung	270	0,51
(5) Beendigung der Dialysebehandlung	10.956	20,62
davon: Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung[14]		
(1) Patient verstorben	7.518	68,62
(2) Nierentransplantation	552	5,04
(3) Patientenwunsch	351	3,20
(4) dauerhafter Wechsel zu anderer Dialyseeinrichtung	1.428	13,03
(5) Erholung der Nierenfunktion	150	1,37
(9) unbekannt	1.192	10,88
(6) stationärer Krankenhausaufenthalt mit Weiterführung der Dialyseleistungen in eigener Einrichtung	10.335	19,45
(8) sonstiges Ereignis	21.188	39,88

[10] Mehrfachnennungen (pro Berichtszeitraum) möglich

[11] Mehrfachnennungen möglich

[12] Ereignis, das zur Unterbrechung oder Beendigung der Dialysebehandlung geführt hat oder stationärer Aufenthalt des Patienten / der Patientin unter Weiterführung der Dialyseleistung durch die eigene Einrichtung, Mehrfachnennungen (pro Berichtszeitraum) möglich

[13] Mehrfachnennungen möglich

[14] Mehrfachnennungen möglich

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

NET-NTX: Nierentransplantation

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Nierentransplantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 6

Datengrundlagen 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Ergebnisübersicht 9

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 11

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 14

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 15

572016: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation 15

572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 18

Details zu den Ergebnissen 21

572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 22

Details zu den Ergebnissen 25

572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 26

Details zu den Ergebnissen 29

572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 30

Details zu den Ergebnissen 33

302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation 35

572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 37

Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung 40

572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 40

572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 43

Details zu den Ergebnissen 46

Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation 47

572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) 47

572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) 50

572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 53

Details zu den Ergebnissen ... 56
572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation ... 57
Details zu den Ergebnissen ... 60
572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation ... 61
Details zu den Ergebnissen ... 64
572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation ... 65
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen ... 68
572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen ... 68
572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen ... 71
572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation ... 74
Details zu den Ergebnissen ... 77
572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation ... 78
Details zu den Ergebnissen ... 81
572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation ... 83
Details zu den Ergebnissen ... 86
572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation ... 88
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 91
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 91
852210: Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up ... 91
Basisauswertung ... 93
Allgemeine Daten ... 93
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 94
Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger ... 95
Geschlecht ... 95
Patientenalter am Aufnahmetag ... 96
Body Mass Index (BMI) ... 97
Befunde Empfängerinnen und Empfänger ... 98
Basisdaten Spenderinnen und Spender ... 100
Blutgruppen-Kompatibilität ... 102
Transplantation ... 103

Operation (nach OPS) ... 103
Einsatz eines Perfusionssystems ... 104
Kalte Ischämiezeit ... 105
Postoperativer Verlauf ... 106
Entlassung ... 109
Todesursache ... 111

Einleitung

Unter dem QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) werden sowohl die Nierentransplantation, die Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst. Letztere gliedern sich in die Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration und Peritonealdialyse und gehören zu den Blutreinigungsverfahren.

Der Notwendigkeit zur Durchführung eines Nierenersatzverfahrens können unterschiedliche Indikationen zugrunde liegen. Neben dem akuten Nierenversagen kann auch das chronische Nierenversagen zu einem Funktionsverlust der Niere führen. Häufige Ursachen für ein chronisches Nierenersatzversagen sind:

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck (vaskuläre Nephropathie)
- Entzündliche Erkrankungen der Nierenkörperchen (Glomerulonephritiden).

In der Mehrzahl der Fälle beginnt die Ersatztherapie der Nierenfunktion bei den betroffenen Patientinnen und Patienten mit der Peritoneal- oder Hämodialyse. Der Dialysebeginn kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen. Gleichzeitig hat die Prüfung zu der Möglichkeit einer Anmeldung für die Warteliste zur Nierentransplantation bei Eurotransplant zu erfolgen. Im Falle einer erfolgreichen Nierentransplantation findet die nephrologische Nachbehandlung in Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum statt. Nach einer möglichen Abstoßung des Transplantats beginnt für die meisten Patientinnen und Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nierentransplantation unter Dialysebehandlung. Aufgrund der eingeschränkten Organverfügbarkeit und des individuellen Hintergrundes der Patientin bzw. des Patienten (z. B. medizinische Kontraindikationen), bleibt die Dialysebehandlung oftmals jedoch die einzige Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion. Die Überlebenszeit von Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen ist dabei wesentlich von der Qualität der Behandlung abhängig und kann bei der Kombination verschiedener Dialyseverfahren mit der Nierentransplantation mehrere Jahrzehnte erreichen.

Bei gegebener Indikation findet die Nierentransplantation in Kombination mit einer Pankreastransplantation statt. Um auch Patientinnen und Patienten mit einer solchen kombinierten Transplantation zu betrachten, werden diese in dem QS-Verfahren QS NET eingeschlossen. Aus Praktikabilitätsgründen werden auch Pankreastransplantationen ohne simultane Nierentransplantation einbezogen. Diese äußerst seltenen Eingriffe wurden bislang in der Qualitätssicherung gemeinsam mit der deutlich häufigeren kombinierten Nieren- und Pankreastransplantation erfasst.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine

Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Nierentransplantation (NET-NTX) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	2.279 2.278 1	2.279	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	38		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	38	38	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	37	37	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

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

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

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

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	≤ 25,00 %	13,75 % O = 299 N = 2.174
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 5,00 %	0,69 % O = 15 N = 2.174
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 90,00 %	97,50 % O = 1.911 N = 1.960
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 85,00 %	95,10 % O = 1.844 N = 1.939
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 80,00 %	93,89 % O = 1.705 N = 1.816
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation	≤ 1 Fall / Fälle	O = 5 N = 5.523
572021	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 75,09 % (5. Perzentil)	87,16 % O = 1.039 N = 1.192

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung			
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	≥ 60,00 %	79,50 % O = 1.183 N = 1.488
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	≥ 90,00 %	97,76 % O = 656 N = 671
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation			
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	≥ 67,69 % (5. Perzentil)	81,75 % O = 1.021 N = 1.249
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	≥ 83,33 % (5. Perzentil)	94,17 % O = 565 N = 600
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	89,35 % O = 1.627 N = 1.821
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	88,73 % O = 1.536 N = 1.731
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	87,56 % O = 1.379 N = 1.575
572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	83,09 % O = 752 N = 905

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen			
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	Transparenzkennzahl	3,41 % O = 66 N = 1.935
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	Transparenzkennzahl	3,41 % O = 66 N = 1.935
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	≤ 9,81 % (90. Perzentil)	4,10 % O = 79 N = 1.928
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	5,17 % O = 96 N = 1.857
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	5,93 % O = 102 N = 1.719
572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation	Transparenzkennzahl	11,39 % O = 121 N = 1.062

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	≥ 95,00 %	94,92 % 1.943 / 2.047	26,32 % 10 / 38

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

572016: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation

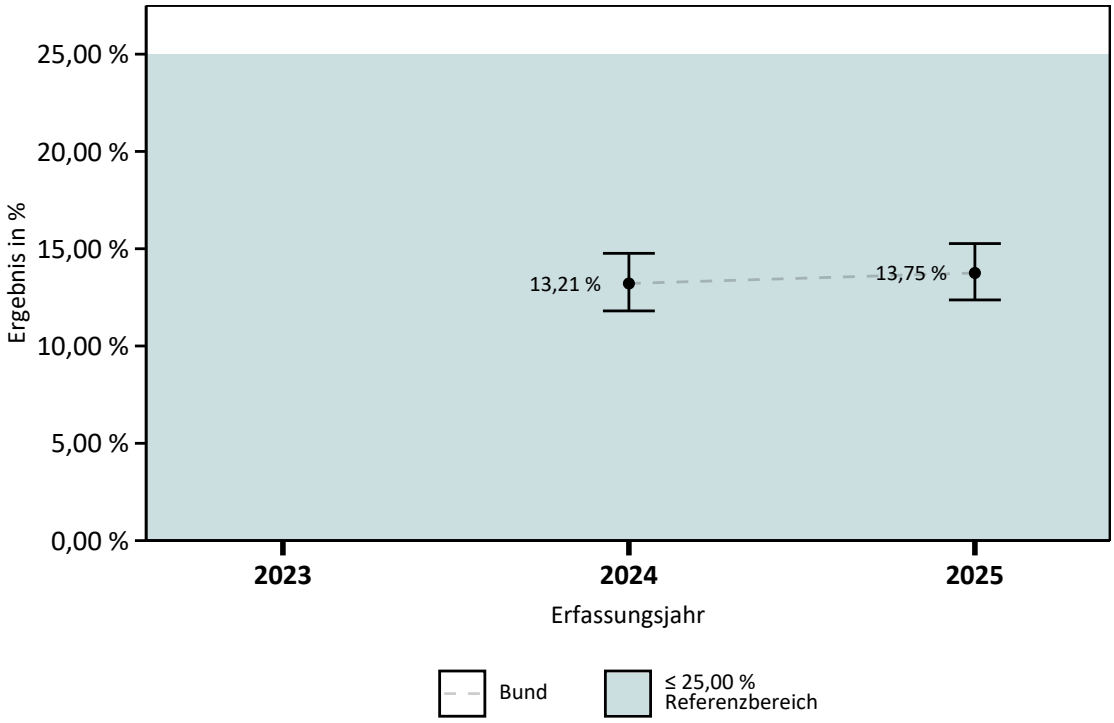
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation und ohne postoperative Dialyse während des stationären Aufenthaltes
Referenzbereich	≤ 25,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

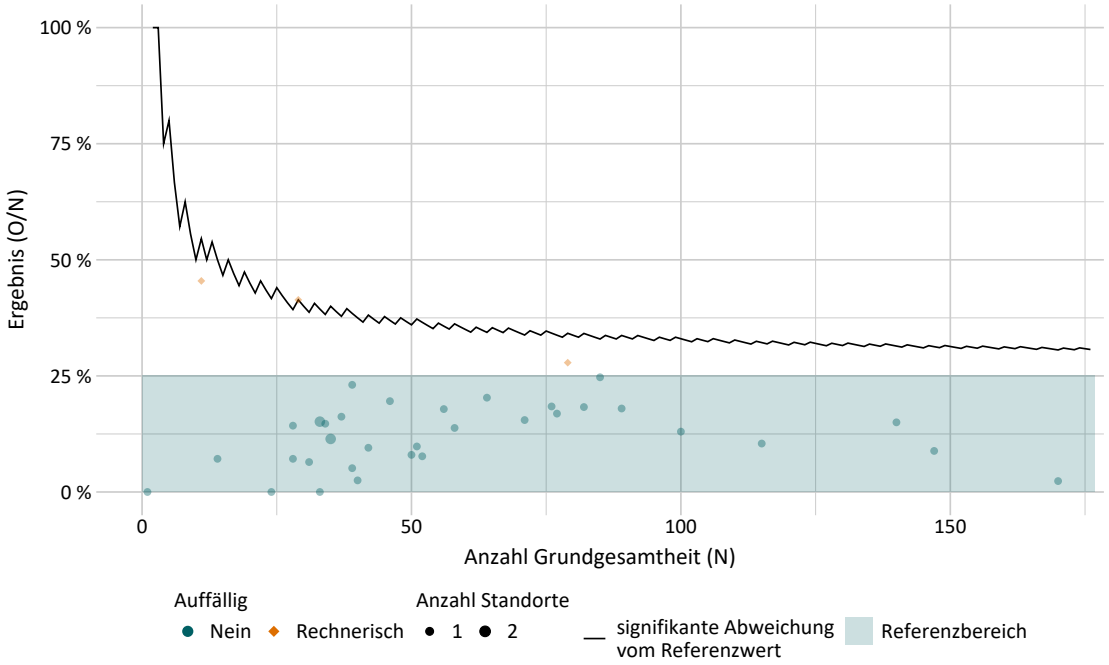
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	266 / 2.013	13,21	11,80 - 14,76
	2025	299 / 2.174	13,75	12,37 - 15,27

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	3	0,00	45,45	14,04

572017: Sterblichkeit im Krankenhaus

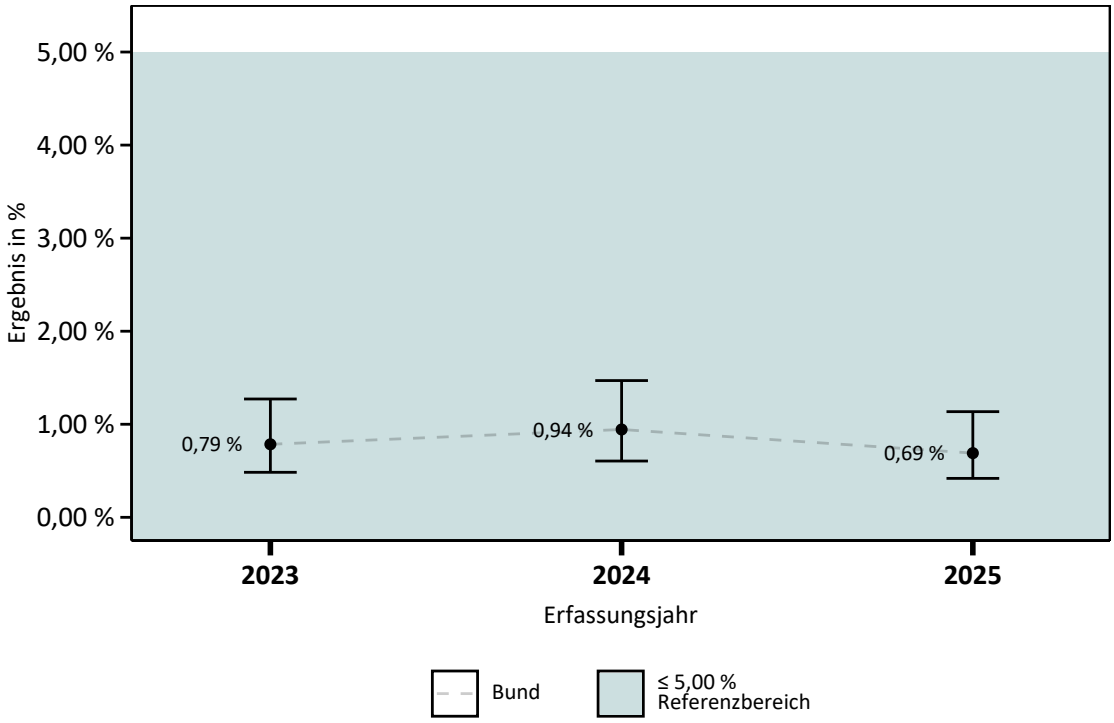
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Nierentransplantationen aller Aufenthalte
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

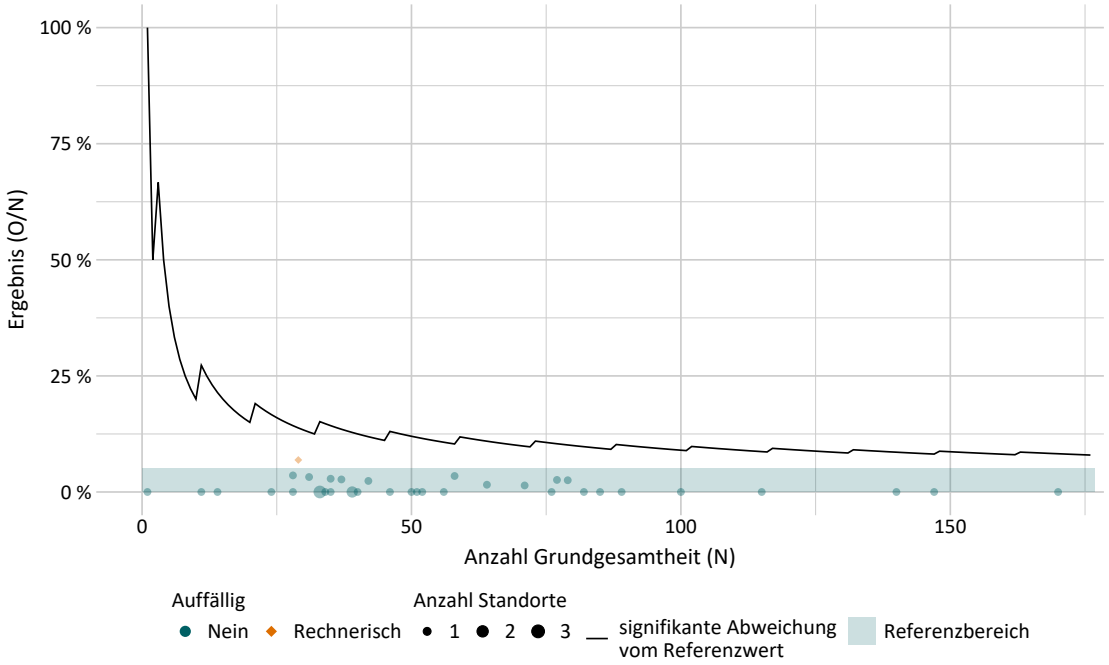
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	16 / 2.038	0,79	0,48 - 1,27
	2024	19 / 2.013	0,94	0,61 - 1,47
	2025	15 / 2.174	0,69	0,42 - 1,14

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	1	0,00	6,90	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 572017** **Sterblichkeit im Krankenhaus**	0,69 % 15/2.174
2.1.1	davon mit Todesursache	
2.1.1.1	ID: 57_22003 Infektion	33,33 % 5/15
2.1.1.2	ID: 57_22004 Kardiovaskulär	53,33 % 8/15
2.1.1.3	ID: 57_22005 Cerebrovaskulär	x % ≤3/15
2.1.1.4	ID: 57_22006 Malignom	0,00 % 0/15
2.1.1.5	ID: 57_22007 andere Todesursache	x % ≤3/15
2.1.1.6	ID: 57_22008 unbekannte Todesursache	0,00 % 0/15

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 57_22009 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit kombinierter Nierentransplantation (kombiniert mit anderen Organen als Pankreas)	x % ≤3/13

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 57_22010 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	0,00 % 0/83

572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

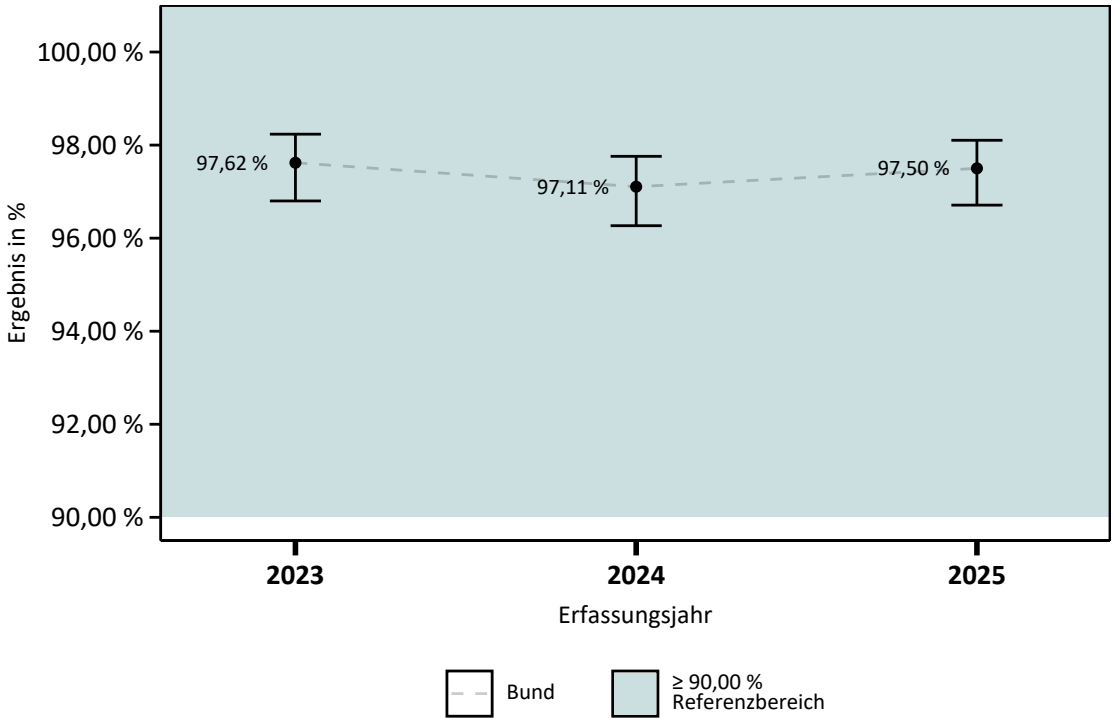
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

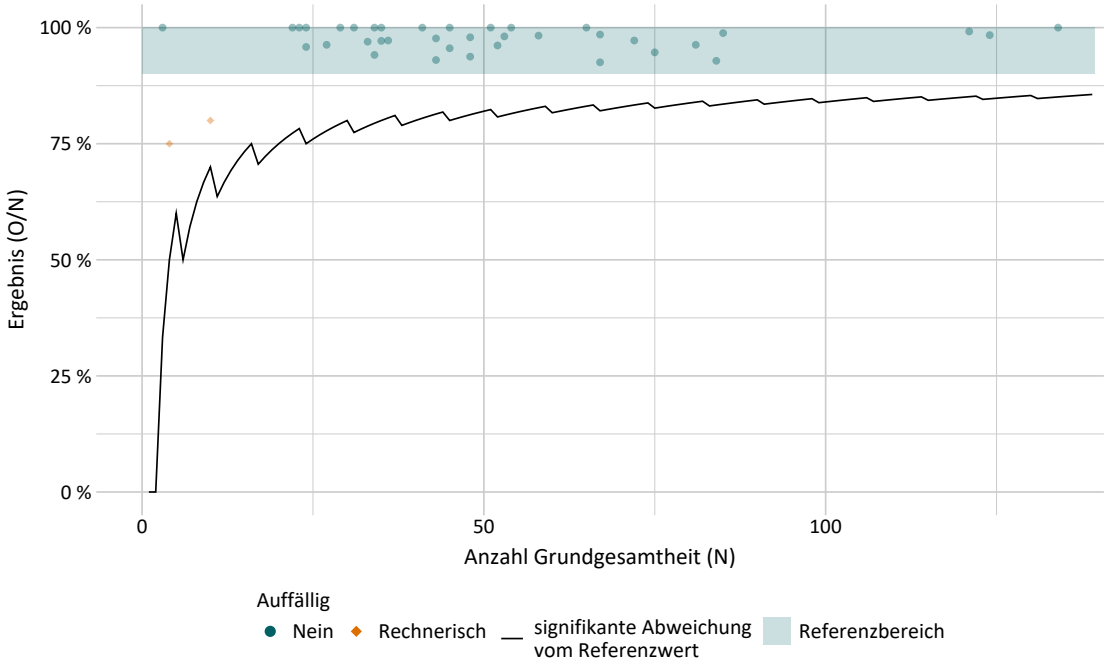
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.723 / 1.765	97,62	96,80 - 98,23
	2024	1.912 / 1.969	97,11	96,27 - 97,76
	2025	1.911 / 1.960	97,50	96,71 - 98,10

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	39	2	75,00	100,00	98,11

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 57_22011 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[1]	99,36 % 2.011/2.024
3.1.1	ID: 57_22012 davon lebend entlassen	99,06 % 1.992/2.011
3.1.1.1	ID: 57_22013 Status bekannt	97,44 % 1.941/1.992
3.1.1.1.1	ID: 57_22014 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	98,45 % 1.911/1.941
3.1.1.1.2	ID: 57_22015 verstorben innerhalb von 1 Jahr	1,55 % 30/1.941
3.1.1.2	ID: 57_22017 Status unbekannt	2,56 % 51/1.992
3.1.1.3	ID: 57_22018 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	95,93 % 1.911/1.992

[1] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 57_22019 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	99,06 % 1.992/2.011
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	**ID: 572018** **1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	97,50 % 1.911/1.960
3.2.2.2	ID: 57_22020 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	97,56 % 1.962/2.011

572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

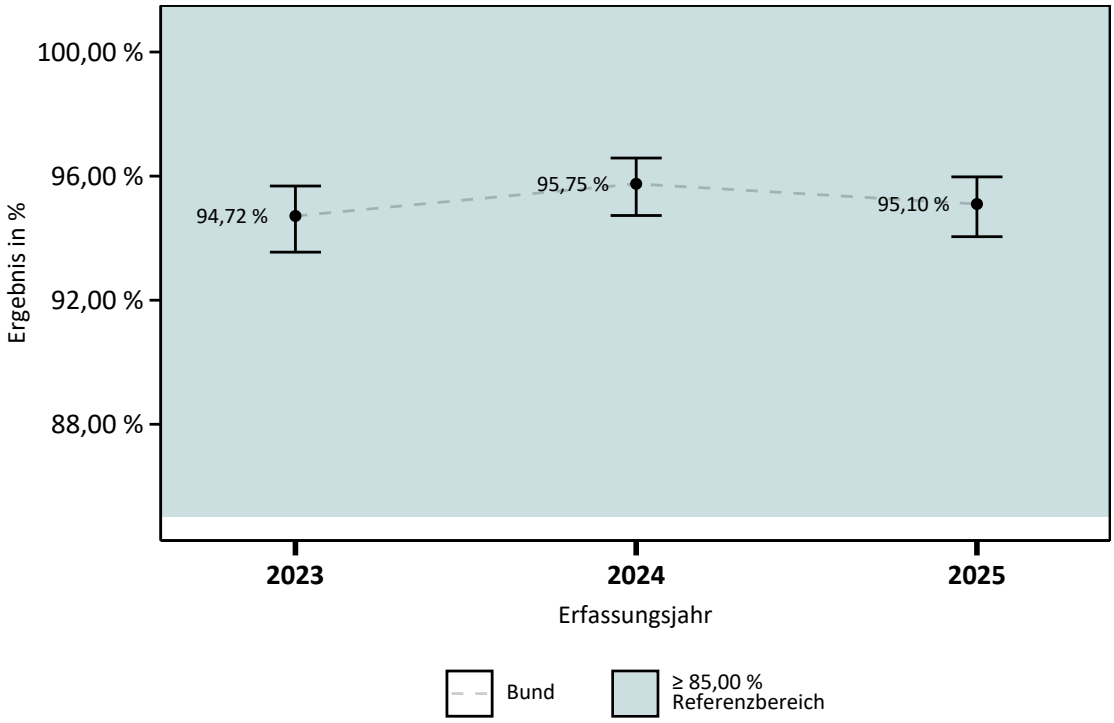
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 85,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

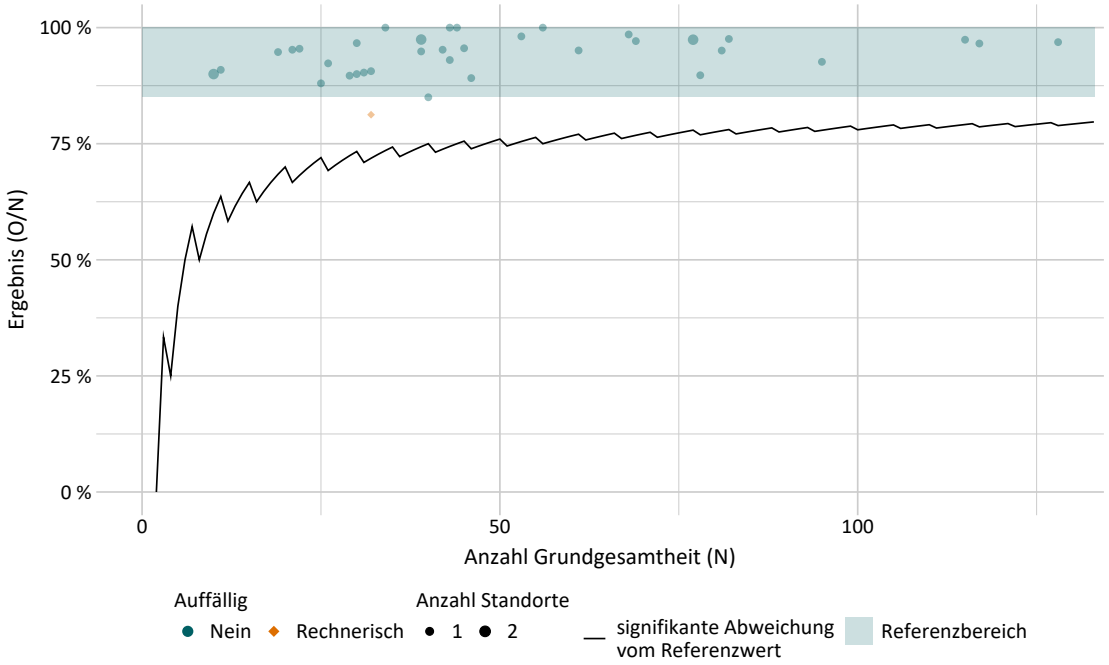
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.613 / 1.703	94,72	93,55 - 95,68
	2024	1.758 / 1.836	95,75	94,73 - 96,58
	2025	1.844 / 1.939	95,10	94,05 - 95,98

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	39	1	81,25	100,00	95,24

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 57_22021 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[2]	99,30 % 1.992/2.006
4.1.1	ID: 57_22022 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	97,09 % 1.934/1.992
4.1.1.1	ID: 57_22023 Status bekannt	97,26 % 1.881/1.934
4.1.1.1.1	ID: 57_22024 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	98,03 % 1.844/1.881
4.1.1.1.2	ID: 57_22025 verstorben innerhalb von 2 Jahren	1,97 % 37/1.881
4.1.1.2	ID: 57_22027 Status unbekannt	2,74 % 53/1.934
4.1.1.3	ID: 57_22028 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	95,35 % 1.844/1.934

[2] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 57_22029 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	99,10 % 1.974/1.992
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 57_22030 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	97,07 % 1.924/1.982
4.2.2.2	ID: 57_22031 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	97,09 % 1.934/1.992
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	**ID: 572019** **2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	95,10 % 1.844/1.939
4.2.3.2	ID: 57_22033 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	95,23 % 1.897/1.992

572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

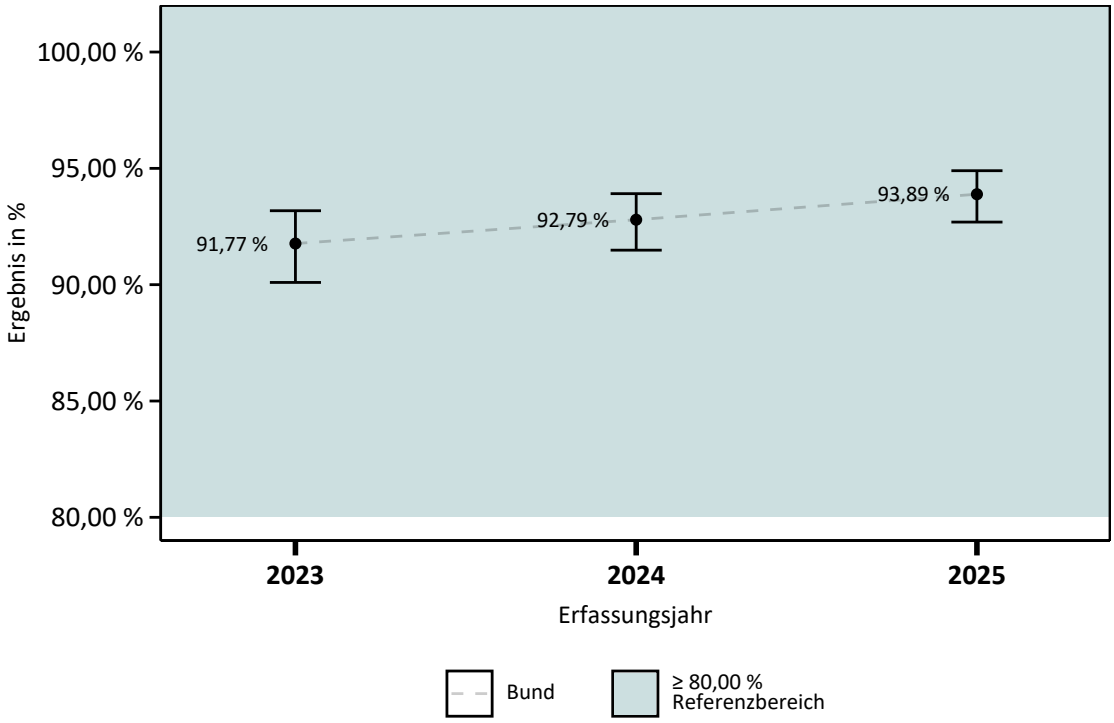
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 80,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

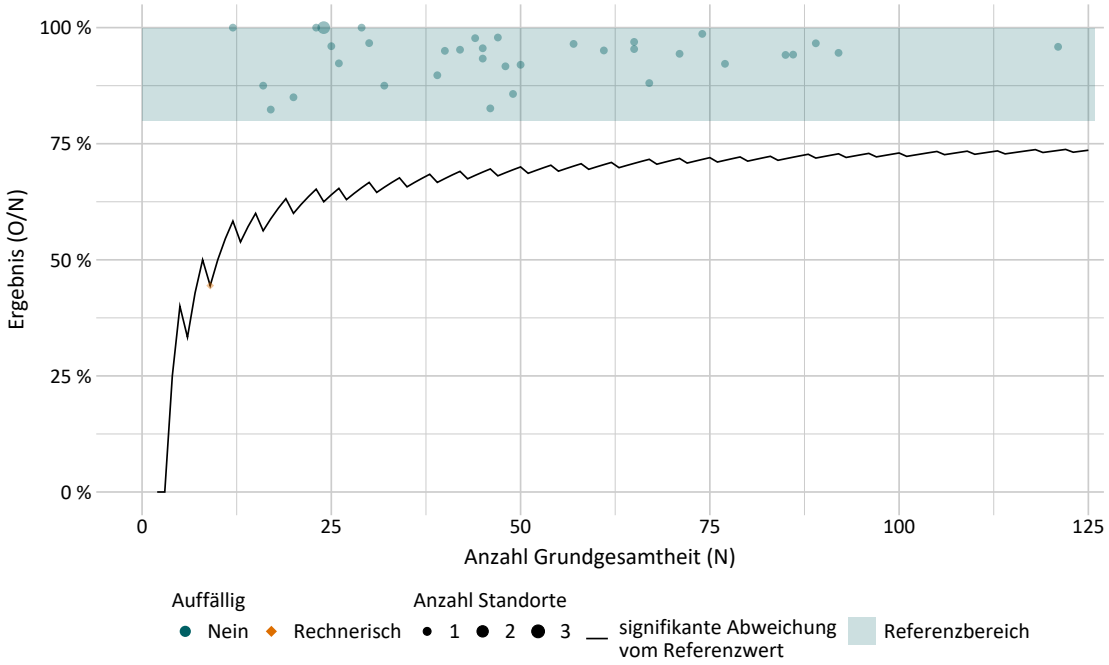
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.126 / 1.227	91,77	90,10 - 93,18
	2024	1.622 / 1.748	92,79	91,48 - 93,91
	2025	1.705 / 1.816	93,89	92,69 - 94,90

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	1	44,44	100,00	95,04

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 57_22034 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[3]	99,25 % 1.864/1.878
5.1.1	ID: 57_22035 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	95,76 % 1.785/1.864
5.1.1.1	ID: 57_22036 Status bekannt	97,31 % 1.737/1.785
5.1.1.1.1	ID: 57_22037 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	98,16 % 1.705/1.737
5.1.1.1.2	ID: 57_22038 verstorben innerhalb von 3 Jahren	1,84 % 32/1.737
5.1.1.2	ID: 57_22040 Status unbekannt	2,69 % 48/1.785
5.1.1.3	ID: 57_22041 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	95,52 % 1.705/1.785

[3] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
5.2.1	ID: 57_22042 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	99,14 % 1.848/1.864
5.2.2	1-Jahres-Überleben	
5.2.2.1	ID: 57_22043 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	97,52 % 1.810/1.856
5.2.2.2	ID: 57_22044 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	97,53 % 1.818/1.864
5.2.3	2-Jahres-Überleben	
5.2.3.1	ID: 57_22046 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	95,73 % 1.771/1.850
5.2.3.2	ID: 57_22047 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	95,76 % 1.785/1.864
5.2.4	3-Jahres-Überleben	
5.2.4.1	**ID: 572020** **3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	93,89 % 1.705/1.816

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.4.2	ID: 57_22049 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	94,05 % 1.753/1.864

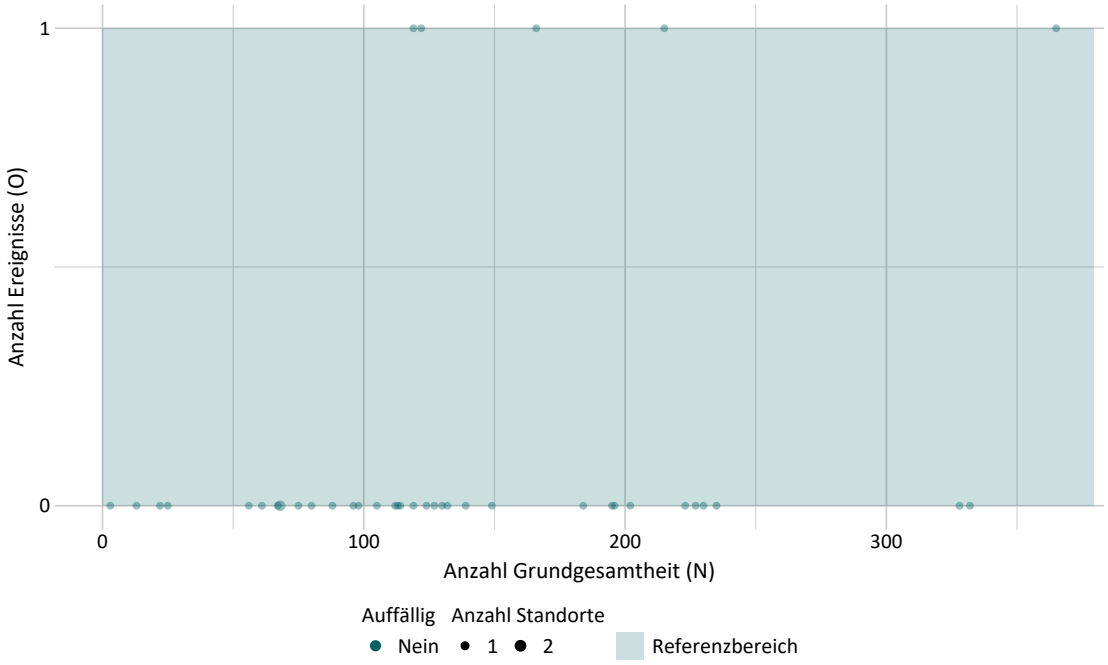
302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Nierentransplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist und zeitgerecht dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 1 Fall / Fälle
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2023**	- / -	-
	2024	10 / 5.341	10
	2025	5 / 5.523	5

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Fall / Fälle	Maximum in Fall / Fälle	Median in Fall / Fälle
2025	40	0	0,00	0,01	0,00

572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

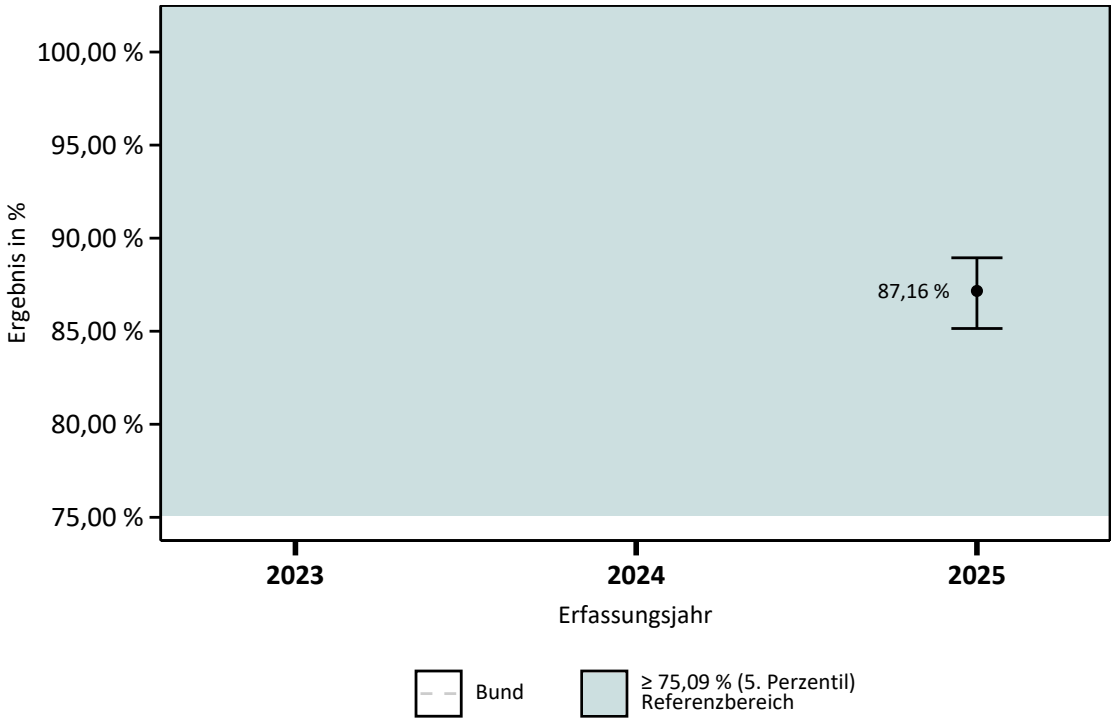
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach der Nierentransplantation leben
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 5-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 5 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 75,09 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2020 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

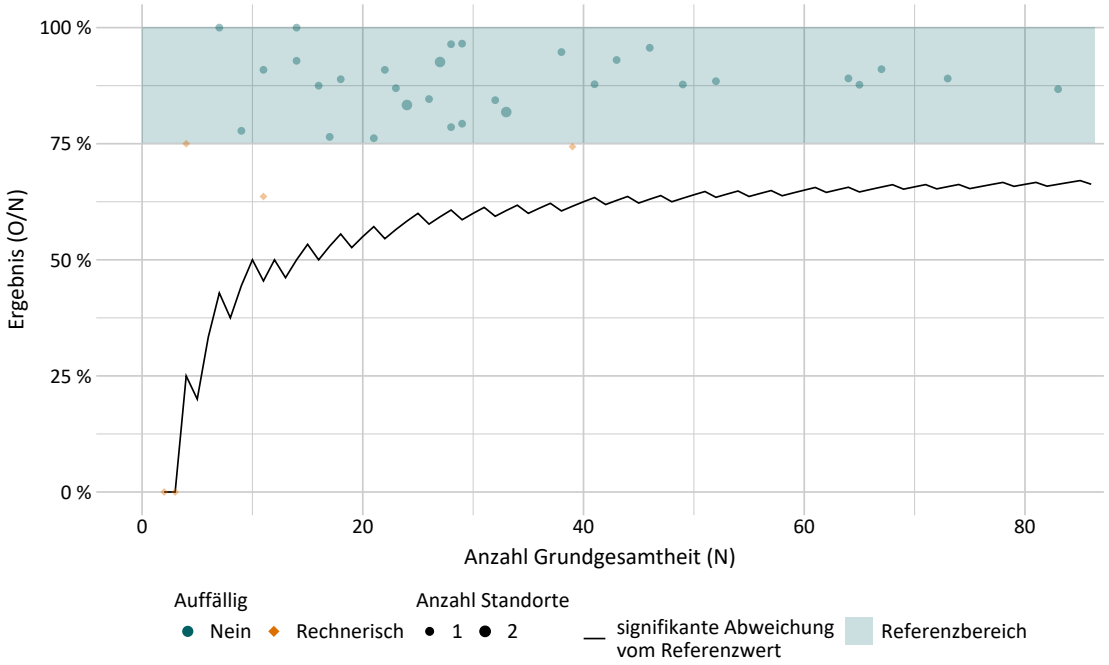
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	- / -	-	-
	2025	1.039 / 1.192	87,16	85,15 - 88,94

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	39	5	0,00	100,00	87,69

Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung

Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme

572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung

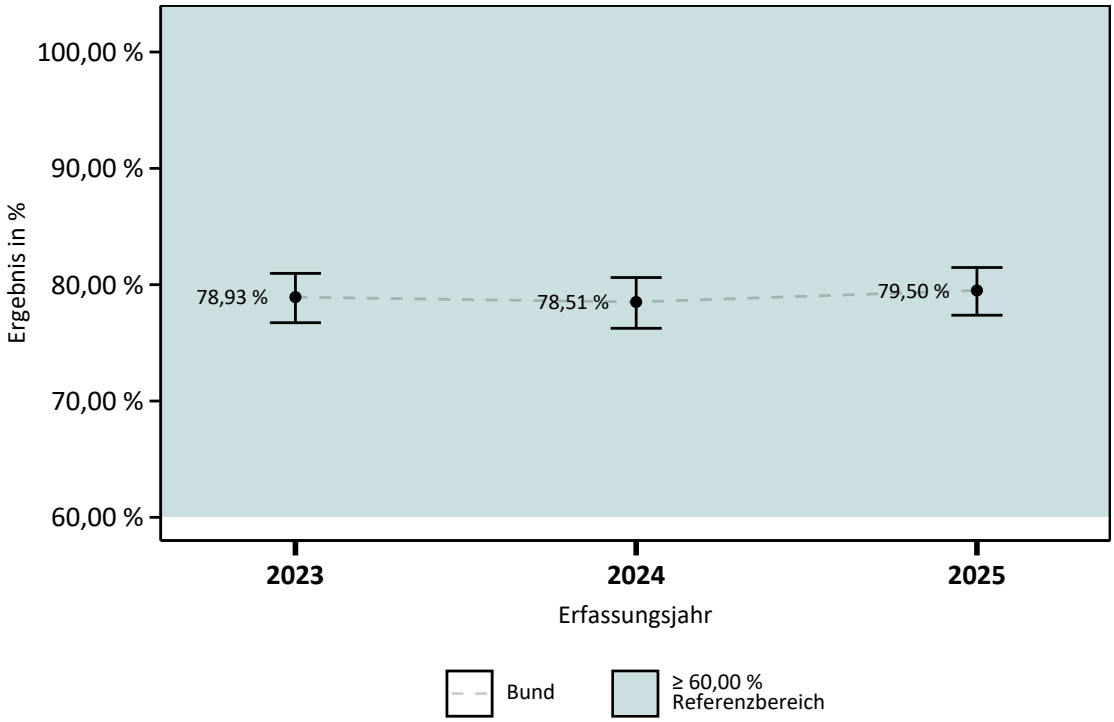
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von bei Entlassung lebenden Patientinnen und Patienten mit isolierten Nierentransplantationen nach postmortaler Spende
Zähler	Aufenthalte mit jeweils sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats (d.h. eine kontinuierliche Dialyse mit einer Dauer von maximal 23 Stunden bis Funktionsaufnahme und maximal eine postoperative intermittierende Dialyse bis Funktionsaufnahme) und ohne intraoperativen Abbruch einer Nierentransplantation
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

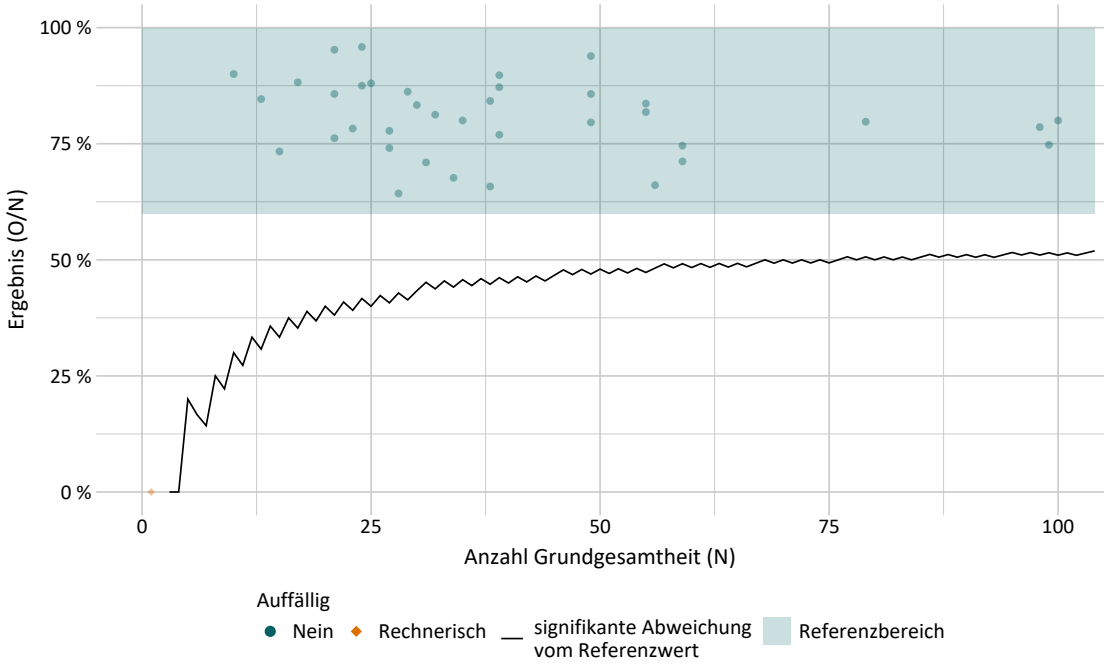
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.120 / 1.419	78,93	76,73 - 80,97
	2024	1.067 / 1.359	78,51	76,25 - 80,62
	2025	1.183 / 1.488	79,50	77,38 - 81,48

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	1	0,00	95,83	80,00

572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung

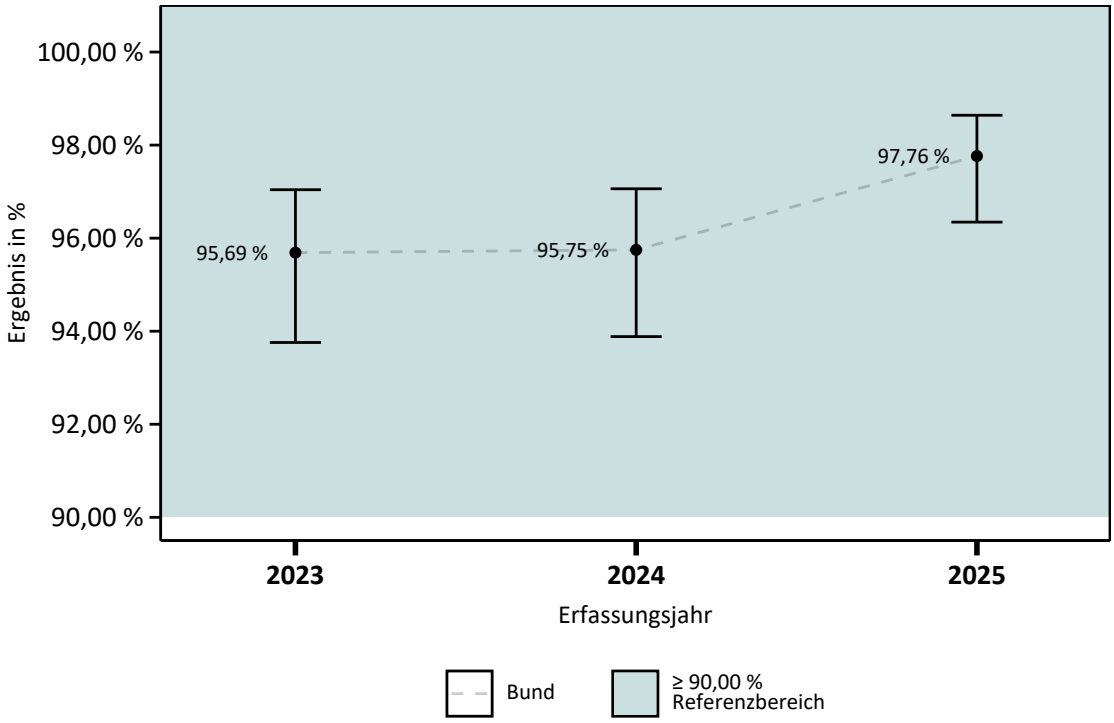
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von bei Entlassung lebenden Patientinnen und Patienten mit isolierten Nierentransplantationen nach Lebendorganspende
Zähler	Aufenthalte mit jeweils sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats (d.h. eine kontinuierliche Dialyse mit einer Dauer von maximal 23 Stunden bis Funktionsaufnahme und maximal eine postoperative intermittierende Dialyse bis Funktionsaufnahme) und ohne intraoperativen Abbruch einer Nierentransplantation
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

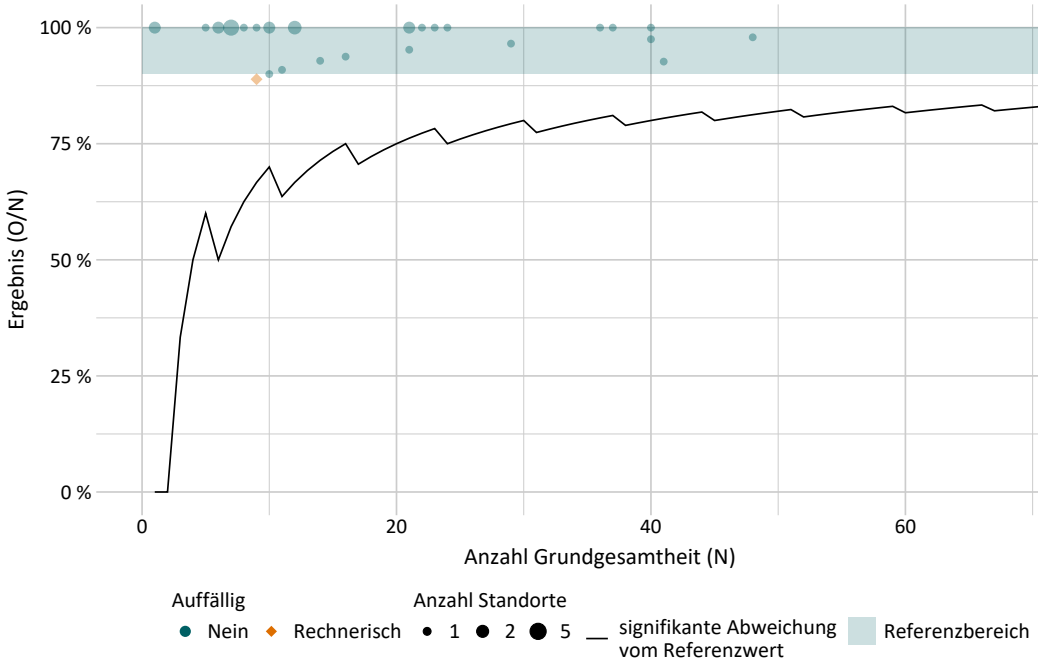
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	577 / 603	95,69	93,76 - 97,04
	2024	608 / 635	95,75	93,88 - 97,06
	2025	656 / 671	97,76	96,34 - 98,64

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	37	2	88,89	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats[4]	
8.1.1	ID: 57_22050 bei allen nierentransplantierten lebenden Patientinnen und Patienten[5]	84,83 % 1.912/2.254
8.1.1.1	ID: 57_22051 < 65 Jahre	85,69 % 1.449/1.691
8.1.1.2	ID: 57_22052 ≥ 65 Jahre	82,24 % 463/563
8.1.2	**ID: 572022** **Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung**	79,50 % 1.183/1.488
8.1.3	**ID: 572023** **Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung**	97,76 % 656/671
8.1.4	ID: 57_22053 bei allen kombiniert nierentransplantierten lebenden Patientinnen und Patienten nach postmortaler Organspende[6]	76,84 % 73/95

[4] d. h. maximal eine postoperative Dialyse bis Funktionsaufnahme

[5] Isolierte Nierentransplantation, simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen als Pankreas.

[6] Simultane Pankreas-Nierentransplantation oder Kombination Niere mit anderen Organen als Pankreas.

Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion

572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)

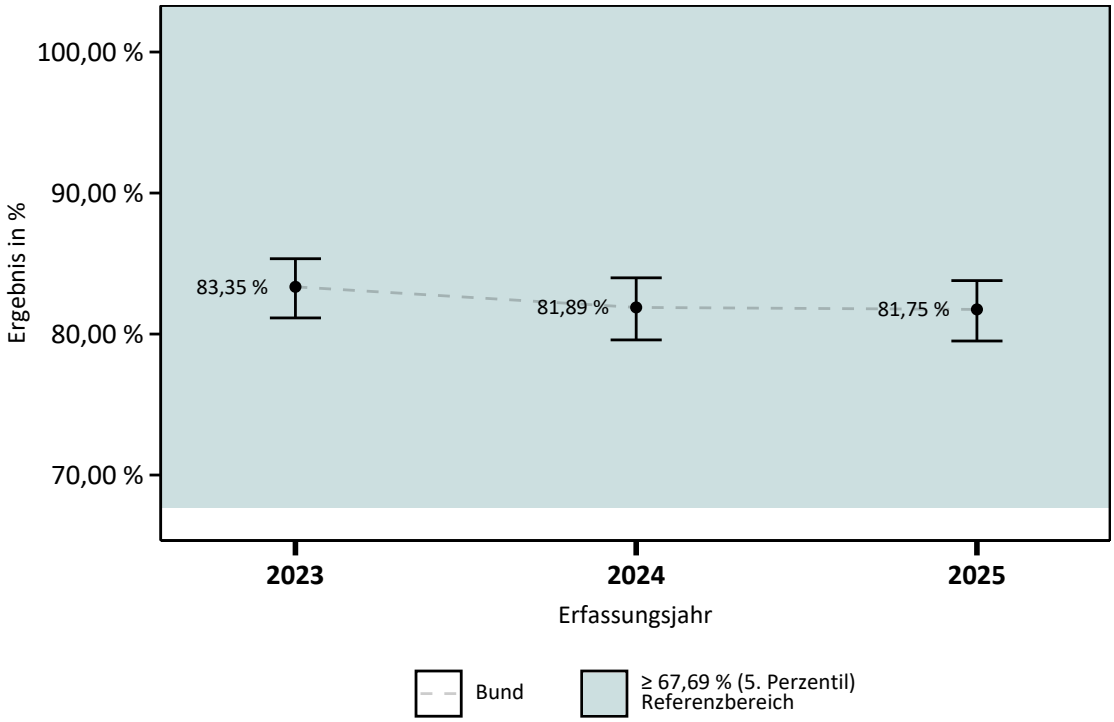
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation aus einer postmortalen Organspende im Zeitraum 01.10.2024 bis zum 30.09.2025 ohne Retransplantation innerhalb von 90 Tagen, mit bekanntem Follow-up-Status ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen und bei denen kein Abbruch der Transplantation erfolgt ist.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Referenzbereich	≥ 67,69 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

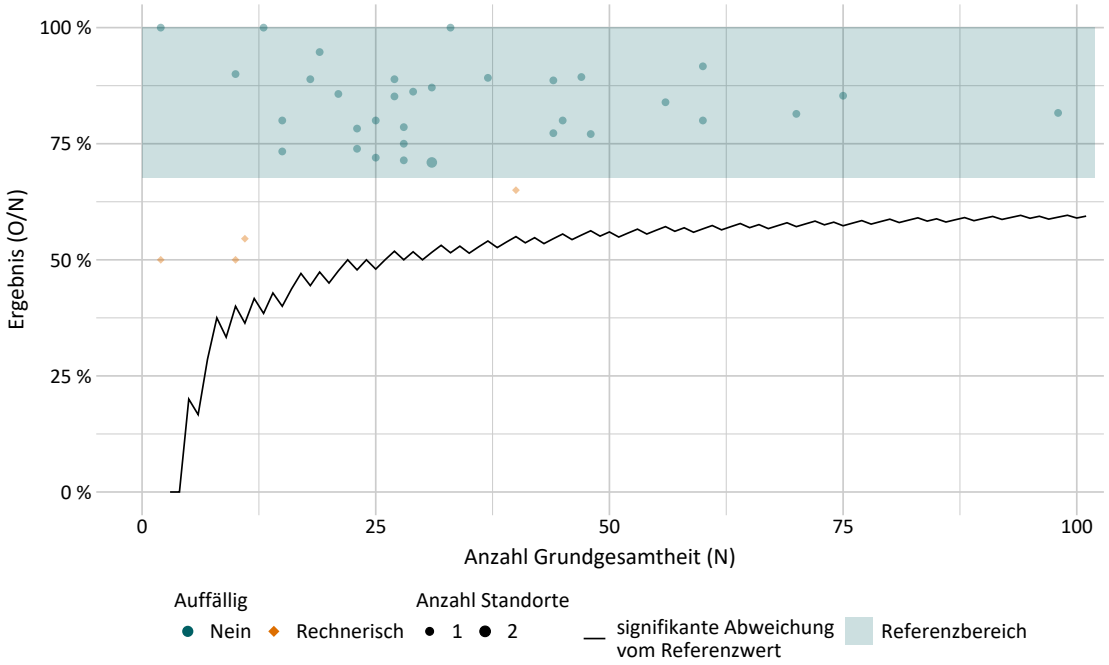
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.006 / 1.207	83,35	81,14 - 85,34
	2024	963 / 1.176	81,89	79,58 - 83,98
	2025	1.021 / 1.249	81,75	79,51 - 83,79

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	4	50,00	100,00	80,71

572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)

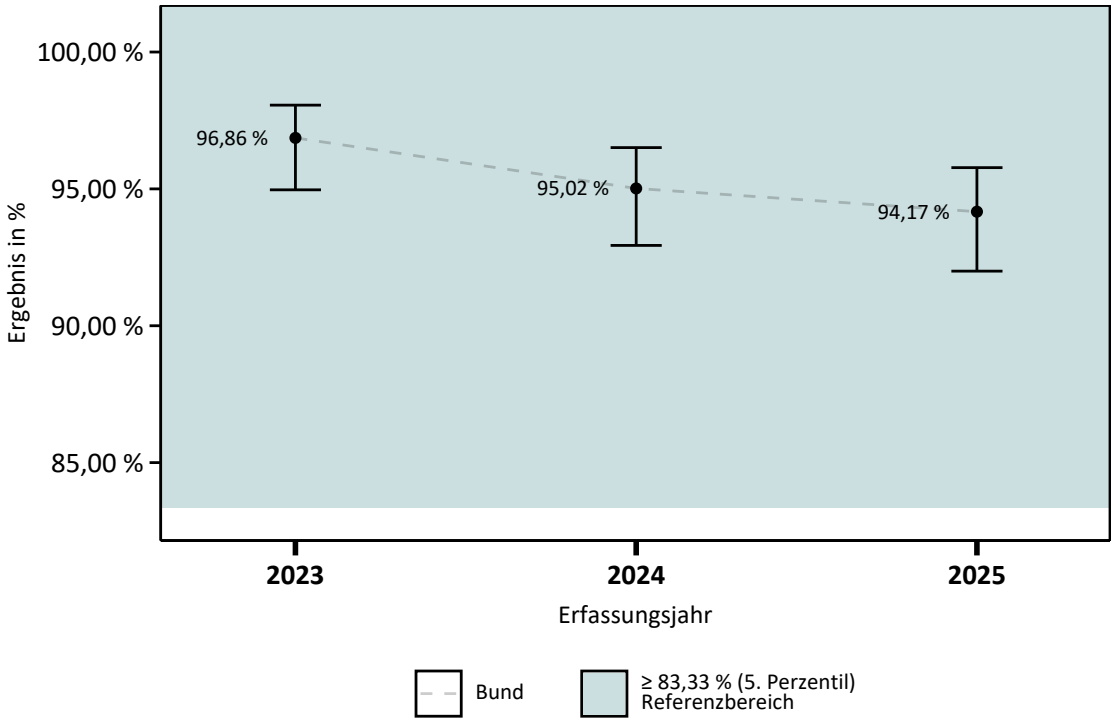
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation aus einer Lebendorganspende im Zeitraum 01.10.2024 bis zum 30.09.2025 ohne Retransplantation innerhalb von 90 Tagen, mit bekanntem Follow-up-Status ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen und bei denen kein Abbruch der Transplantation erfolgt ist.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Referenzbereich	≥ 83,33 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

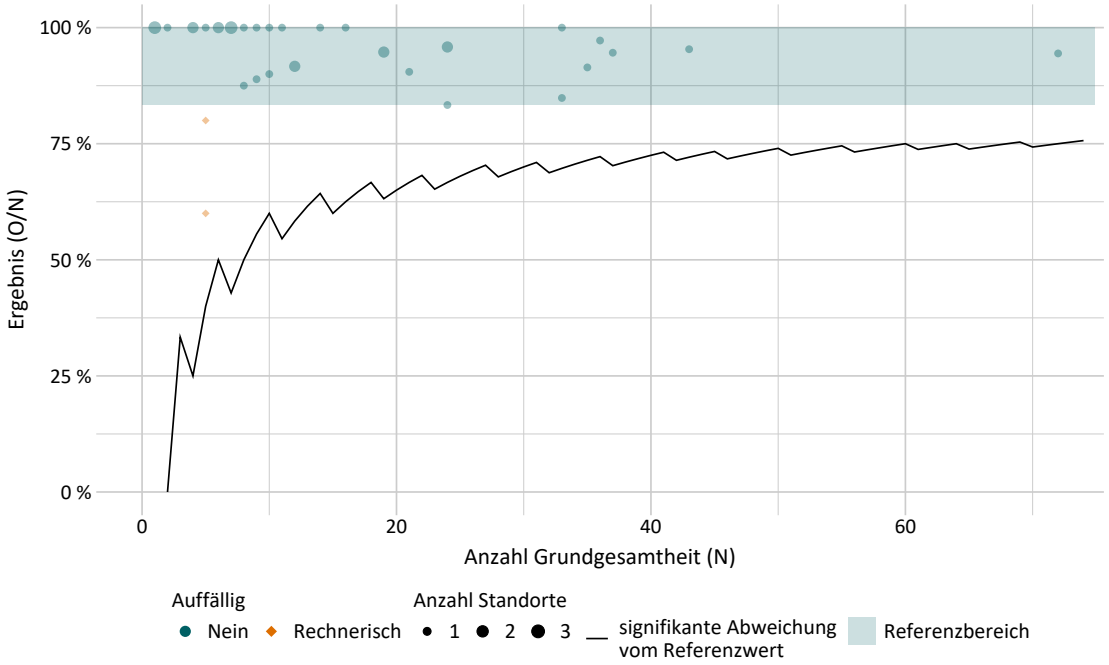
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	494 / 510	96,86	94,96 - 98,06
	2024	553 / 582	95,02	92,94 - 96,51
	2025	565 / 600	94,17	92,00 - 95,78

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	2	60,00	100,00	98,61

572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation

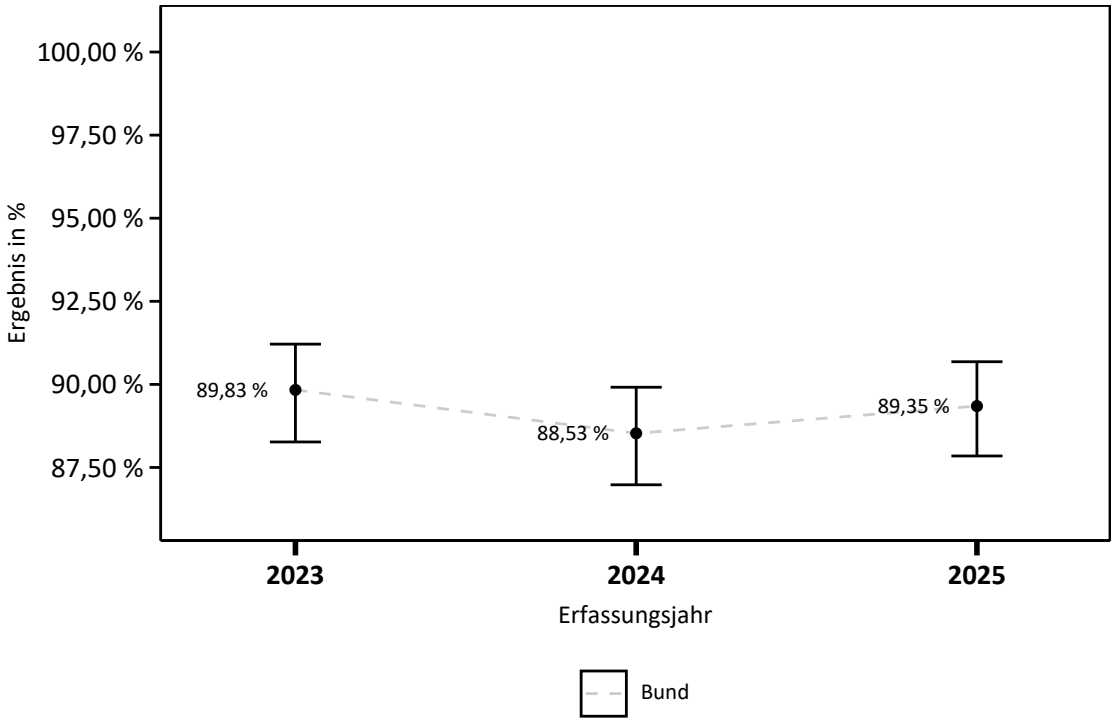
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation verstorben sind, ohne dokumentiertes Transplantatversagen und bei denen kein Abbruch der Transplantation erfolgt ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

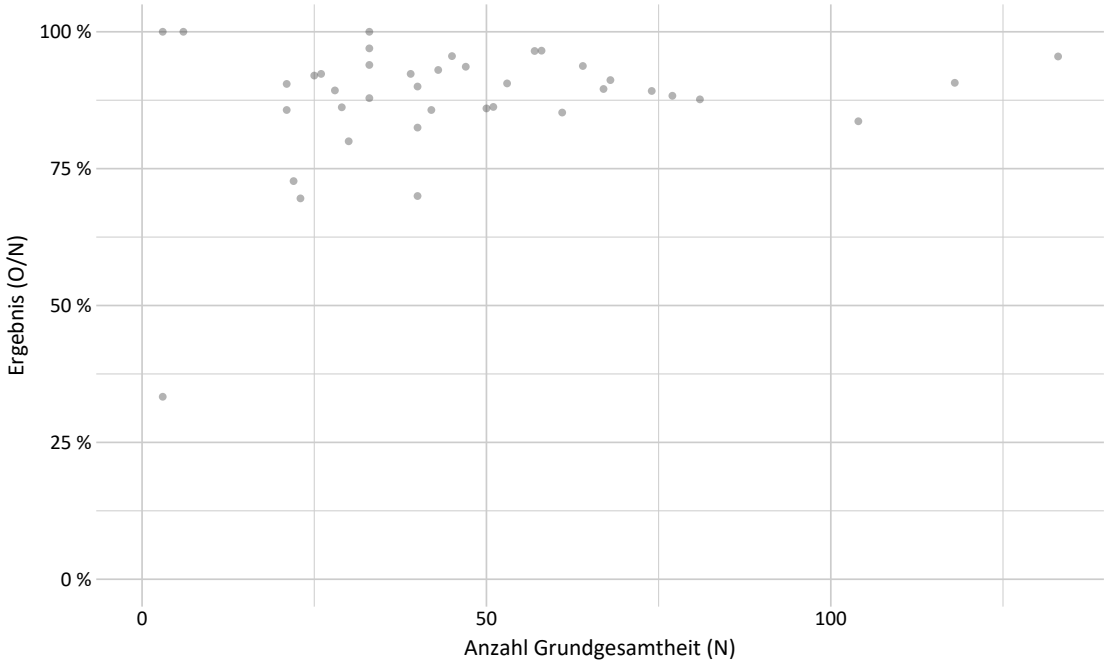
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	1.458 / 1.623	89,83	88,27 - 91,21
	2024	1.605 / 1.813	88,53	86,98 - 89,91
	2025	1.627 / 1.821	89,35	87,85 - 90,68

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	39	0	33,33	100,00	90,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	ID: 57_22054 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2024 ohne Retransplantation in 2025[7]	99,60 % 2.012/2.020
10.1.1	ID: 57_22055 davon mit zeitgerechtem 1-Jahres-Follow-up	96,87 % 1.949/2.012
10.1.1.1	ID: 57_22056 davon mit Follow-up-Angaben zur Transplantatfunktion und ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen	93,43 % 1.821/1.949
10.1.1.1.1	ID: 57_22057 davon mit guter Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation (GFR > 60 ml/min)	35,91 % 654/1.821
10.1.1.1.2	ID: 57_22058 davon mit mäßiger Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation (GFR ≥ 30 und ≤ 60 ml/min)	53,49 % 974/1.821
10.1.1.1.3	**ID: 572026** **Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation**	89,35 % 1.627/1.821

[7] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation

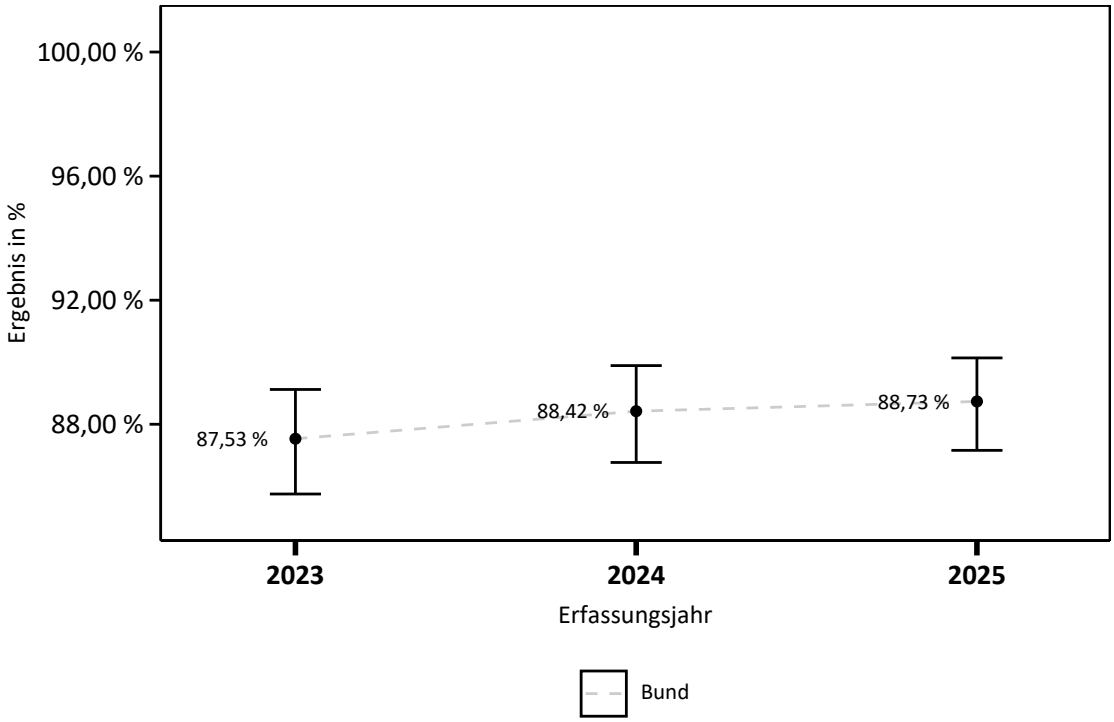
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von zwei Jahren nach der Transplantation verstorben sind, ohne dokumentiertes Transplantatversagen und bei denen kein Abbruch der Transplantation erfolgt ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

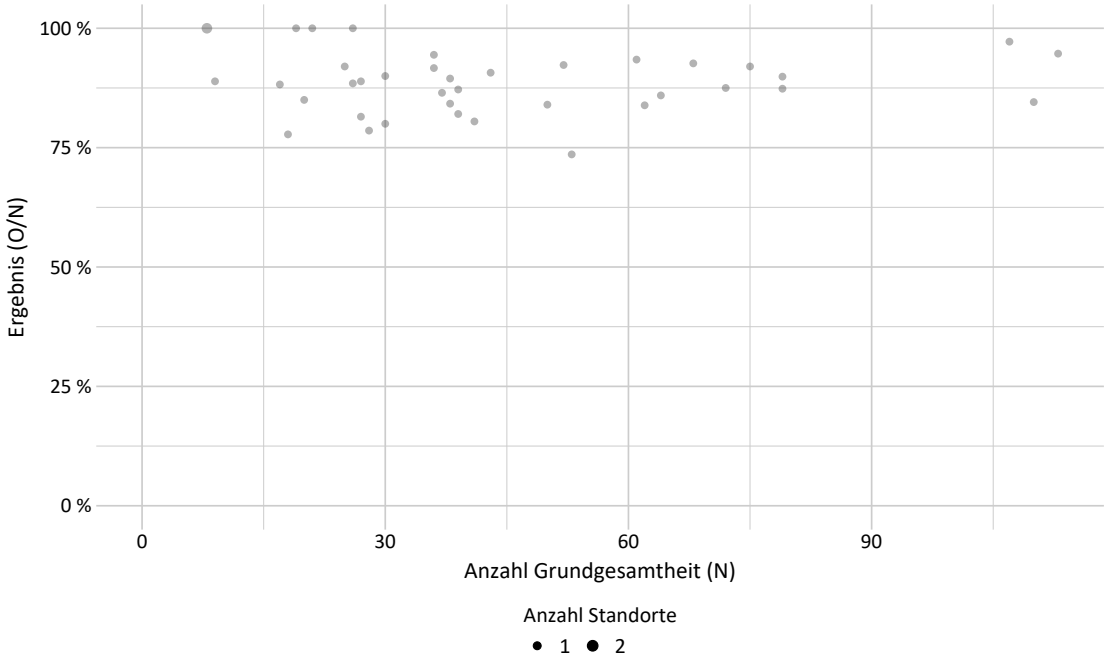
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.292 / 1.476	87,53	85,75 - 89,12
	2024	1.428 / 1.615	88,42	86,77 - 89,89
	2025	1.536 / 1.731	88,73	87,16 - 90,14

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	39	0	73,58	100,00	88,89

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
11.1	ID: 57_22059 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2023 ohne Retransplantation in 2024 und 2025[8]	99,45 % 1.992/2.003
11.1.1	ID: 57_22060 davon mit zeitgerechtem 2-Jahres-Follow-up	96,64 % 1.925/1.992
11.1.1.1	ID: 57_22061 davon mit Follow-up-Angaben zur Transplantatfunktion und ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen	89,92 % 1.731/1.925
11.1.1.1.1	ID: 57_22062 davon mit guter Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation (GFR > 60 ml/min)	38,94 % 674/1.731
11.1.1.1.2	ID: 57_22063 davon mit mäßiger Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation (GFR ≥ 30 und ≤ 60 ml/min)	49,80 % 862/1.731
11.1.1.1.3	**ID: 572027** **Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation**	88,73 % 1.536/1.731

[8] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation

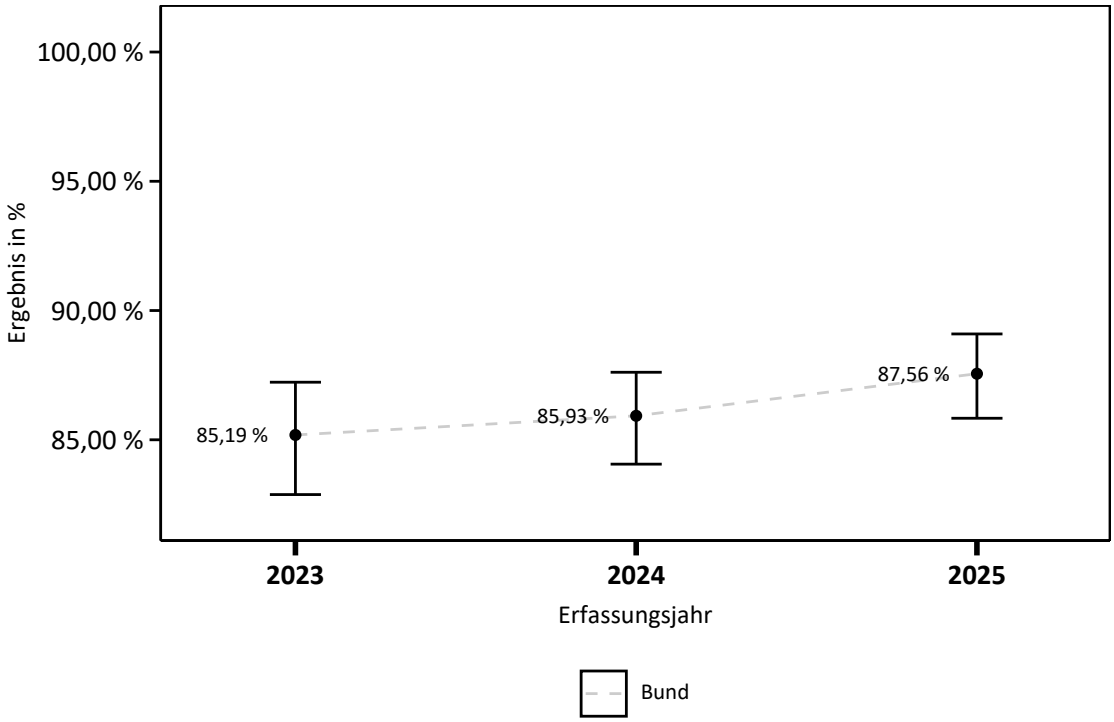
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von drei Jahren nach der Transplantation verstorben sind, ohne dokumentiertes Transplantatversagen und bei denen kein Abbruch der Transplantation erfolgt ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

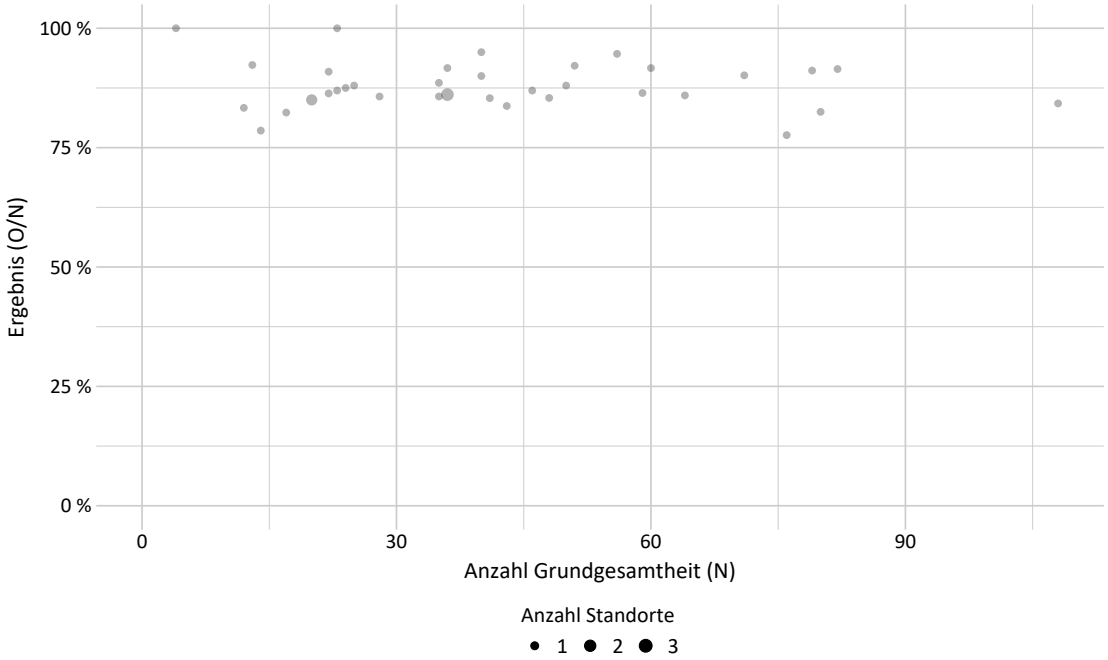
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	874 / 1.026	85,19	82,88 - 87,23
	2024	1.264 / 1.471	85,93	84,06 - 87,61
	2025	1.379 / 1.575	87,56	85,83 - 89,09

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	0	77,63	100,00	86,70

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.1	ID: 57_22064 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2022 ohne Retransplantation in 2023 bis 2025[9]	99,31 % 1.864/1.877
12.1.1	ID: 57_22065 davon mit zeitgerechtem 3-Jahres-Follow-up	96,89 % 1.806/1.864
12.1.1.1	ID: 57_22066 davon mit Follow-up-Angaben zur Transplantatfunktion und ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen	87,21 % 1.575/1.806
12.1.1.1.1	ID: 57_22067 davon mit guter Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation (GFR > 60 ml/min)	35,37 % 557/1.575
12.1.1.1.2	ID: 57_22068 davon mit mäßiger Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation (GFR ≥ 30 und ≤ 60 ml/min)	52,19 % 822/1.575
12.1.1.1.3	**ID: 572028** **Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation**	87,56 % 1.379/1.575

[9] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation

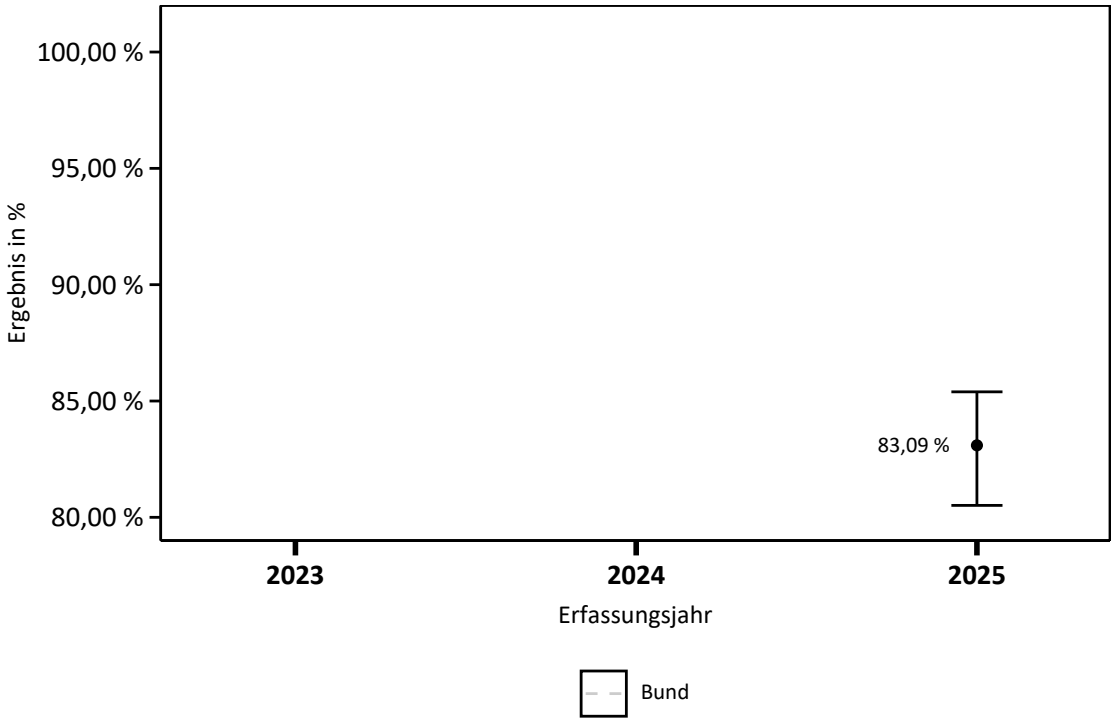
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 5-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von fünf Jahren nach der Transplantation verstorben sind, ohne dokumentiertes Transplantatversagen und bei denen kein Abbruch der Transplantation erfolgt ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2020 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

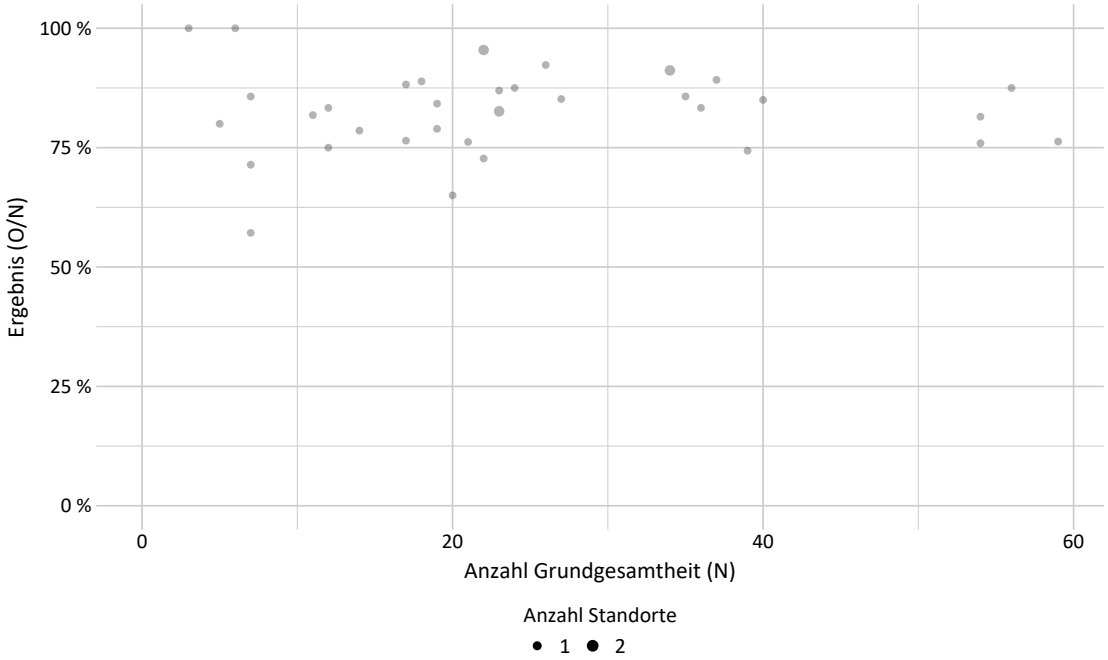
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	- / -	-	-
	2025	752 / 905	83,09	80,51 - 85,39

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	37	0	57,14	100,00	83,33

Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein

572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

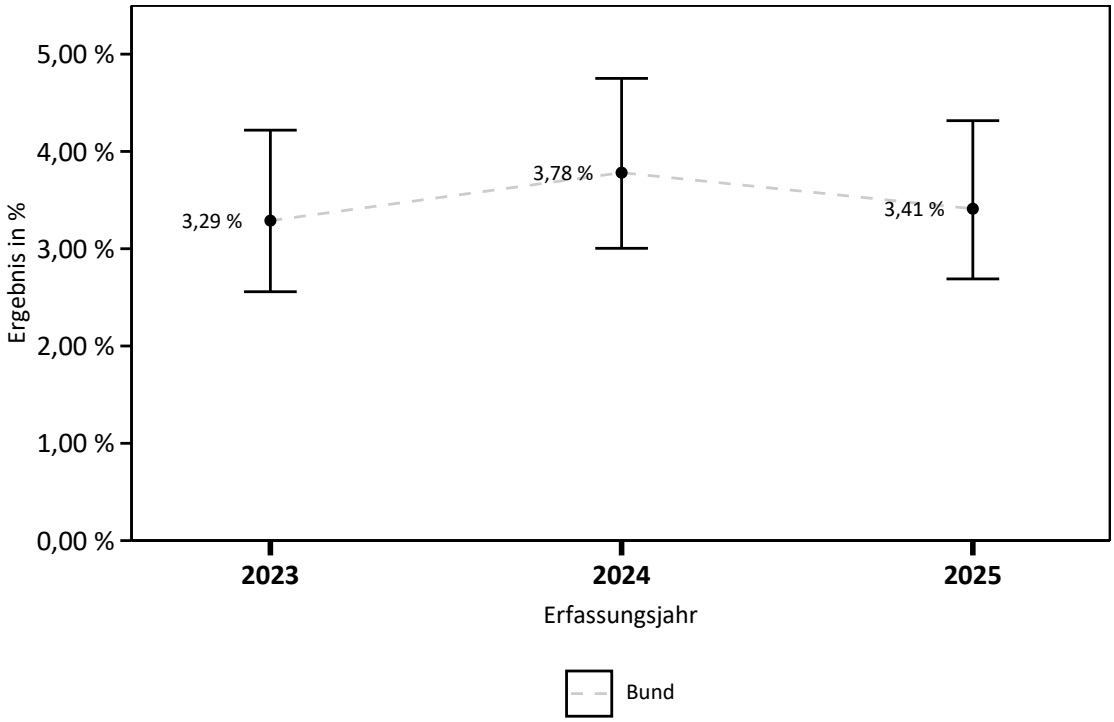
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2024 bis zum 30.09.2025 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und für die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tagen eine Abstoßung dokumentiert wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

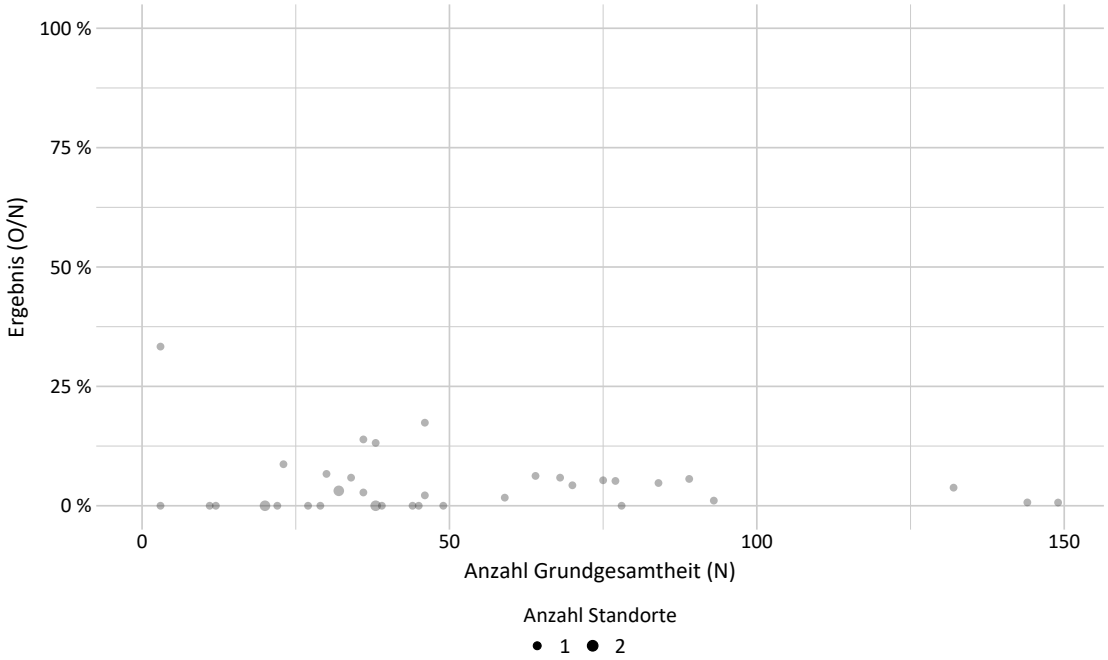
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	59 / 1.794	3,29	2,56 - 4,22
	2024	70 / 1.851	3,78	3,00 - 4,75
	2025	66 / 1.935	3,41	2,69 - 4,32

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	0	0,00	33,33	1,93

572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

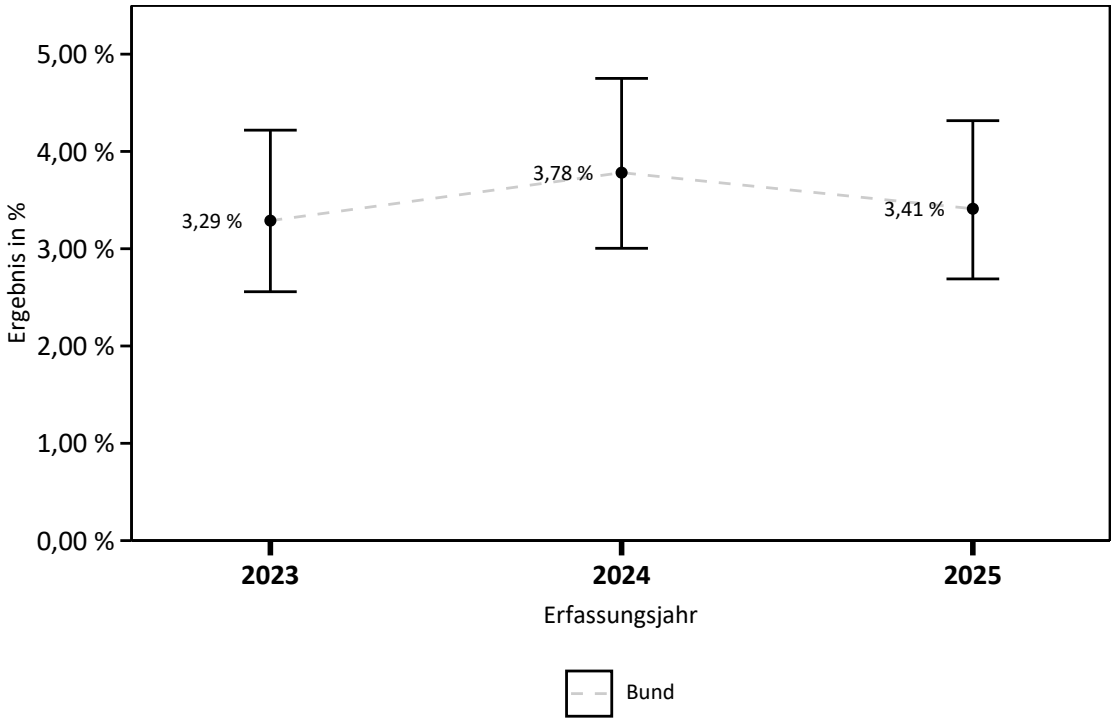
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2024 bis zum 30.09.2025 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und für die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tagen eine Abstoßung dokumentiert wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

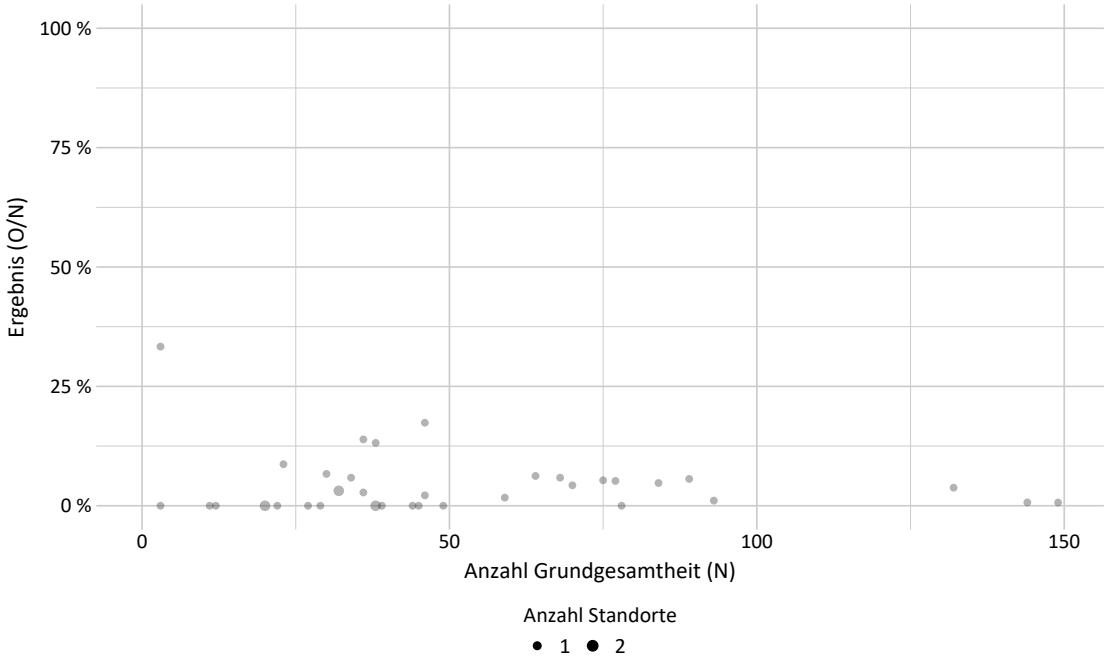
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	59 / 1.794	3,29	2,56 - 4,22
	2024	70 / 1.851	3,78	3,00 - 4,75
	2025	66 / 1.935	3,41	2,69 - 4,32

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	0	0,00	33,33	1,93

572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

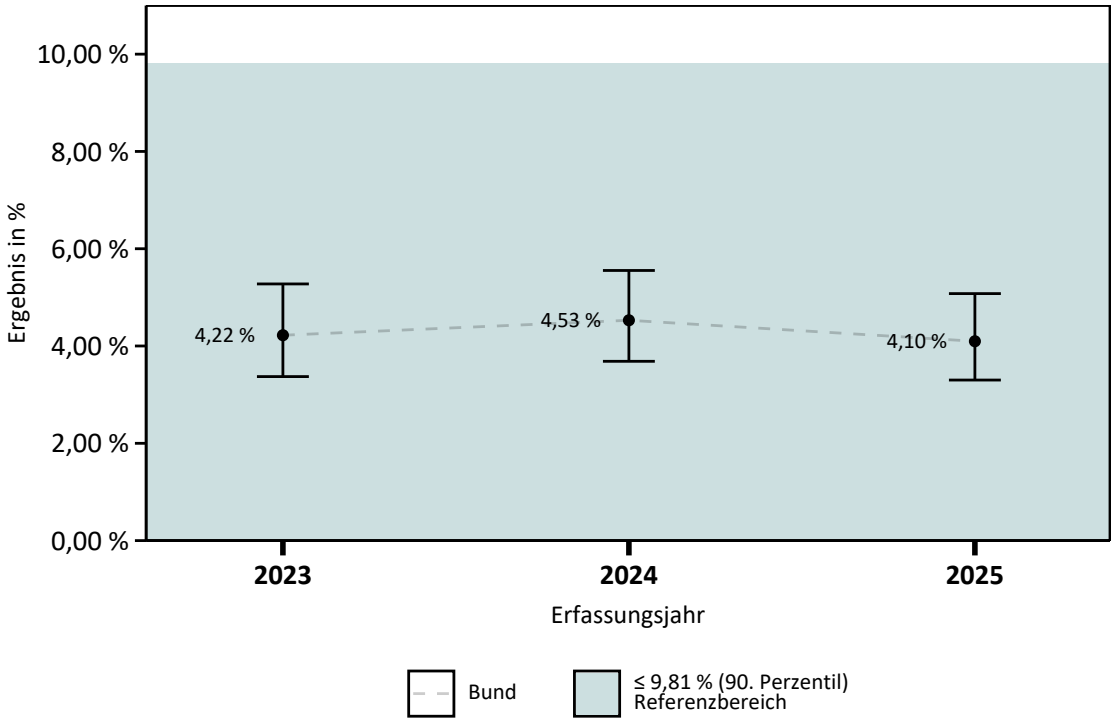
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation verstorben sind und bei denen kein Abbruch der Transplantation erfolgt ist.
Zähler	Transplantationen, bei denen innerhalb des 1. Jahres nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde
Referenzbereich	≤ 9,81 % (90. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

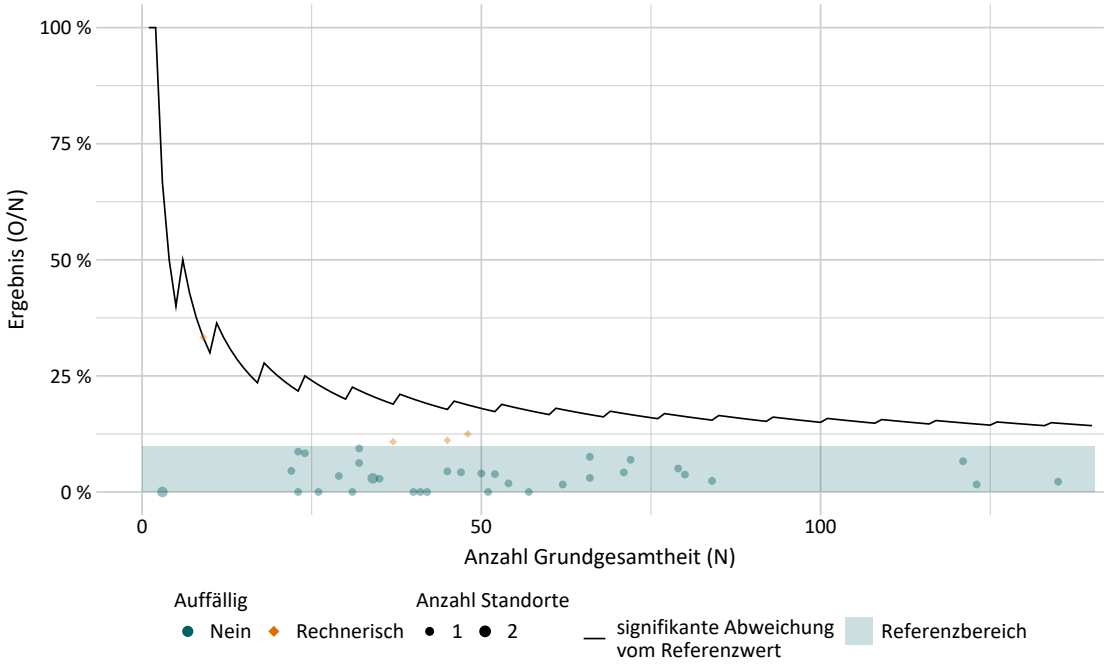
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	73 / 1.729	4,22	3,37 - 5,28
	2024	87 / 1.921	4,53	3,69 - 5,55
	2025	79 / 1.928	4,10	3,30 - 5,08

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	39	4	0,00	33,33	3,45

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
15.1	ID: 57_22078 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2024 ohne Retransplantation in 2025[10]	99,41 % 2.012/2.024
15.1.1	ID: 57_22079 davon lebend entlassen	99,06 % 1.993/2.012
15.1.1.1	ID: 57_22080 Status "Transplantatversagen" nach 1 Jahr bekannt	97,04 % 1.934/1.993
15.1.1.1.1	ID: 57_22081 Patientinnen und Patienten ohne Transplantatversagen	96,28 % 1.862/1.934
15.1.1.1.2	ID: 57_22082 Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen innerhalb von 1 Jahr	3,72 % 72/1.934
15.1.1.2	ID: 57_22084 Status "Transplantatversagen" nach 1 Jahr unbekannt	2,96 % 59/1.993
15.1.2	**ID: 572032** **Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation**	4,10 % 79/1.928

[10] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
15.2	Verlauf kein Transplantatversagen innerhalb von 1 Jahr	
15.2.1	ID: 57_22085 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2024	99,06 % 1.993/2.012
15.2.2	Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen	
15.2.2.1	ID: 57_22086 Innerhalb 1-Jahres: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	96,18 % 1.864/1.938
15.2.2.2	ID: 57_22087 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	96,32 % 1.938/2.012
15.2.2.3	ID: 57_22088 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	92,64 % 1.864/2.012

572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation

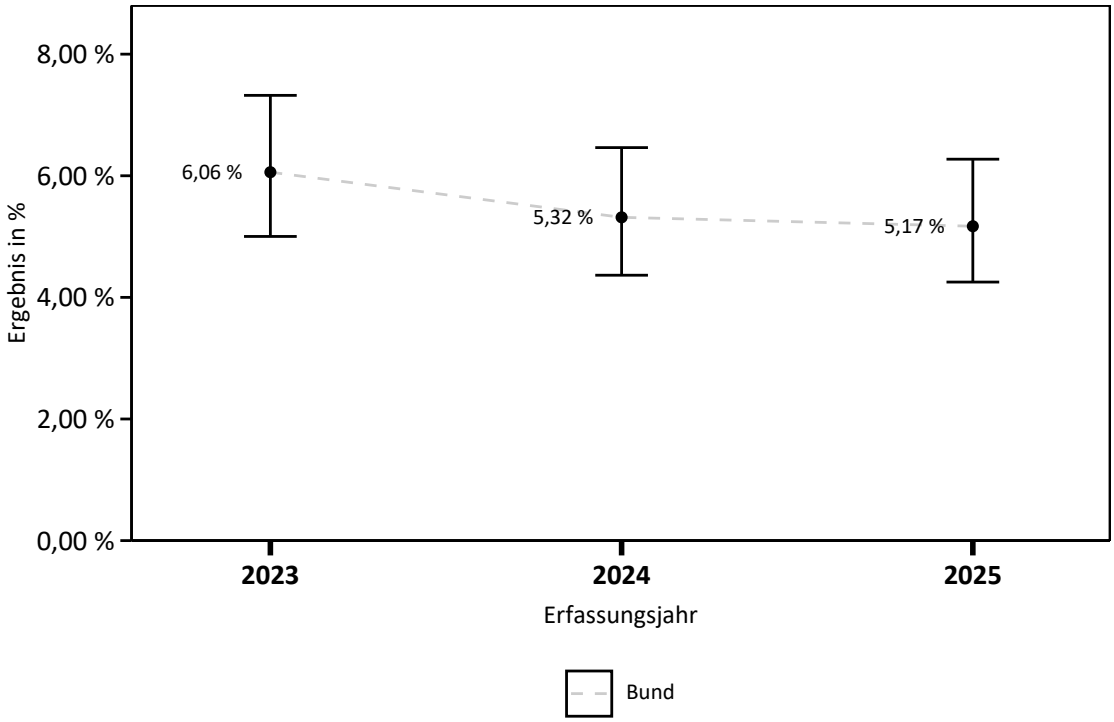
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von zwei Jahren nach der Transplantation verstorben sind und bei denen kein Abbruch der Transplantation erfolgt ist.
Zähler	Transplantationen, bei denen innerhalb von 2 Jahren nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

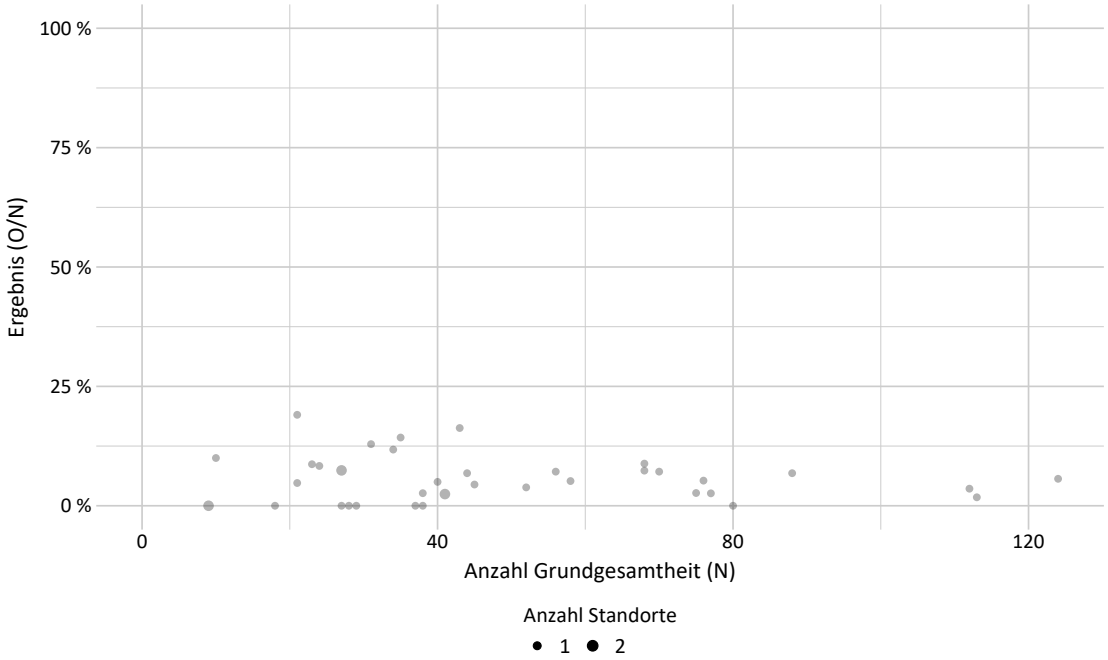
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	99 / 1.634	6,06	5,00 - 7,32
	2024	94 / 1.768	5,32	4,36 - 6,46
	2025	96 / 1.857	5,17	4,25 - 6,27

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	39	0	0,00	19,05	5,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
16.1	ID: 57_22089 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2023 ohne Retransplantation in 2024 und 2025[11]	99,30 % 1.992/2.006
16.1.1	ID: 57_22090 davon ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen innerhalb von 1 Jahr	93,07 % 1.854/1.992
16.1.1.1	ID: 57_22091 Status "Transplantatversagen" nach 2 Jahren bekannt	96,71 % 1.793/1.854
16.1.1.1.1	ID: 57_22092 Patientinnen und Patienten ohne Transplantatversagen	99,33 % 1.781/1.793
16.1.1.1.2	ID: 57_22093 Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren	0,67 % 12/1.793
16.1.1.2	ID: 57_22095 Status "Transplantatversagen" nach 2 Jahren unbekannt	3,29 % 61/1.854
16.1.2	**ID: 572033** **Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation**	5,17 % 96/1.857

[11] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
16.2	Verlauf kein Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren	
16.2.1	ID: 57_22096 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2023	99,10 % 1.974/1.992
16.2.2	Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen	
16.2.2.1	ID: 57_22097 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	95,40 % 1.866/1.956
16.2.2.2	ID: 57_22098 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	95,48 % 1.902/1.992
16.2.2.3	ID: 57_22099 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	93,67 % 1.866/1.992
16.2.3	Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen	
16.2.3.1	ID: 57_22100 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	94,60 % 1.787/1.889

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
16.2.3.2	ID: 57_22101 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	94,88 % 1.890/1.992
16.2.3.3	ID: 57_22102 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	89,71 % 1.787/1.992

572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation

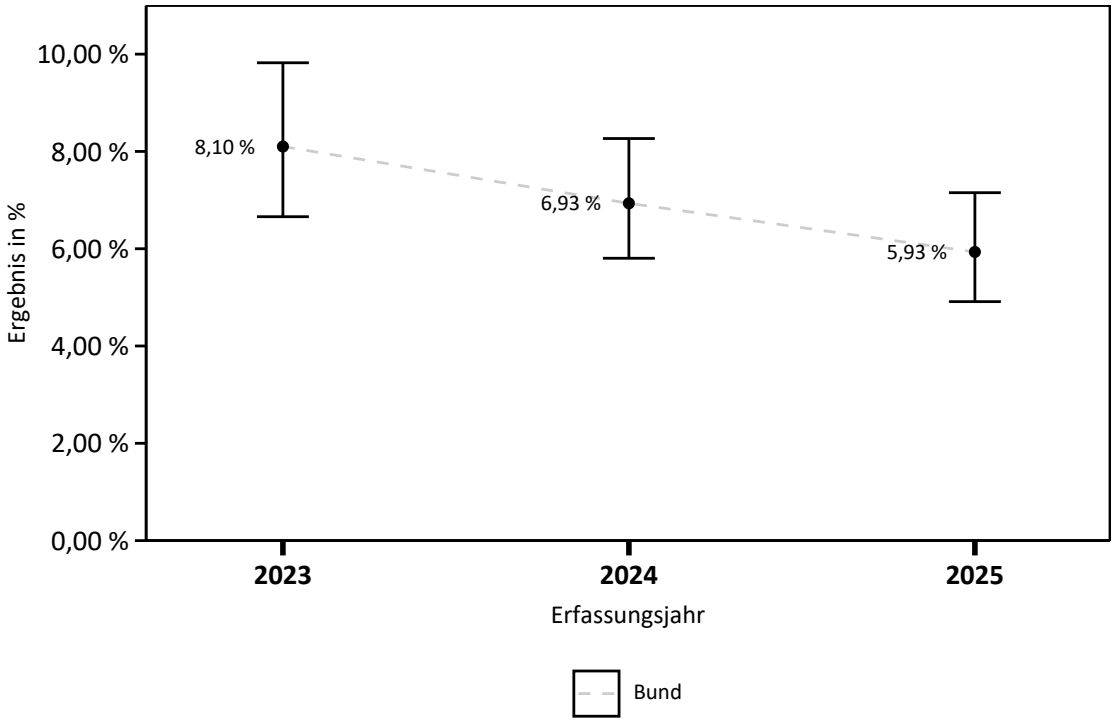
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von drei Jahren nach der Transplantation verstorben sind und bei denen kein Abbruch der Transplantation erfolgt ist.
Zähler	Transplantationen, bei denen innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

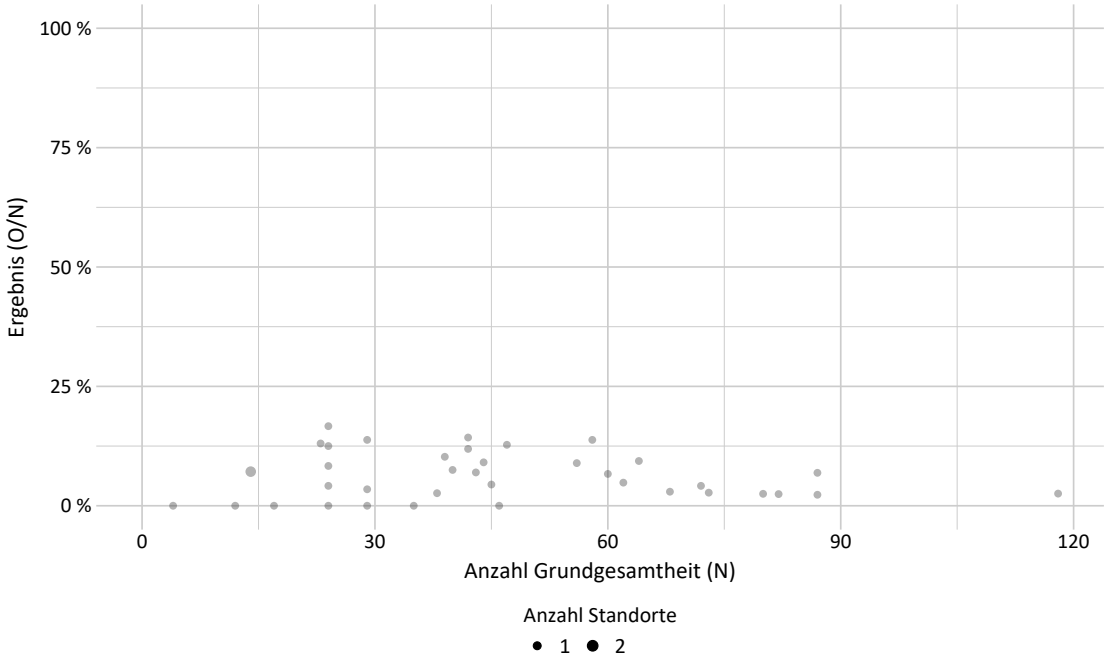
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	93 / 1.148	8,10	6,66 - 9,82
	2024	114 / 1.644	6,93	5,80 - 8,27
	2025	102 / 1.719	5,93	4,91 - 7,15

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	0	0,00	16,67	5,75

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
17.1	ID: 57_22103 Alle isoliert nierentransplantierten Patientinnen und Patienten aus dem Erfassungsjahr 2022 ohne Retransplantation in 2023 bis 2025[12]	99,25 % 1.864/1.878
17.1.1	ID: 57_22104 davon ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren	91,42 % 1.704/1.864
17.1.1.1	ID: 57_22105 Status "Transplantatversagen" nach 3 Jahren bekannt	96,95 % 1.652/1.704
17.1.1.1.1	ID: 57_22106 Patientinnen und Patienten ohne Transplantatversagen	99,03 % 1.636/1.652
17.1.1.1.2	ID: 57_22107 Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren	0,97 % 16/1.652
17.1.1.2	ID: 57_22109 Status "Transplantatversagen" nach 3 Jahren unbekannt	3,05 % 52/1.704
17.1.2	**ID: 572034** **Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation**	5,93 % 102/1.719

[12] Bei mehrfach transplantierten Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
17.2	Verlauf kein Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren	
17.2.1	ID: 57_22110 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2022	99,14 % 1.848/1.864
17.2.2	Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen	
17.2.2.1	ID: 57_22111 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	96,12 % 1.758/1.829
17.2.2.2	ID: 57_22112 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	96,19 % 1.793/1.864
17.2.2.3	ID: 57_22113 Innerhalb 1 Jahres: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	94,31 % 1.758/1.864
17.2.3	Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen	
17.2.3.1	ID: 57_22114 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	94,68 % 1.710/1.806

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
17.2.3.2	ID: 57_22115 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	94,85 % 1.768/1.864
17.2.3.3	ID: 57_22116 Innerhalb 2 Jahre: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	91,74 % 1.710/1.864
17.2.4	Innerhalb 3 Jahre: kein Transplantatversagen	
17.2.4.1	ID: 57_22117 Innerhalb 3 Jahre: kein Transplantatversagen (bei bekanntem Status)	93,60 % 1.637/1.749
17.2.4.2	ID: 57_22118 Innerhalb 3 Jahre: kein Transplantatversagen Best-Case (unbekannter Status als "kein Transplantatversagen" gezählt)	93,99 % 1.752/1.864
17.2.4.3	ID: 57_22119 Innerhalb 3 Jahre: kein Transplantatversagen Worst-Case (unbekannter Status als Transplantatversagen gezählt)	87,82 % 1.637/1.864

572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation

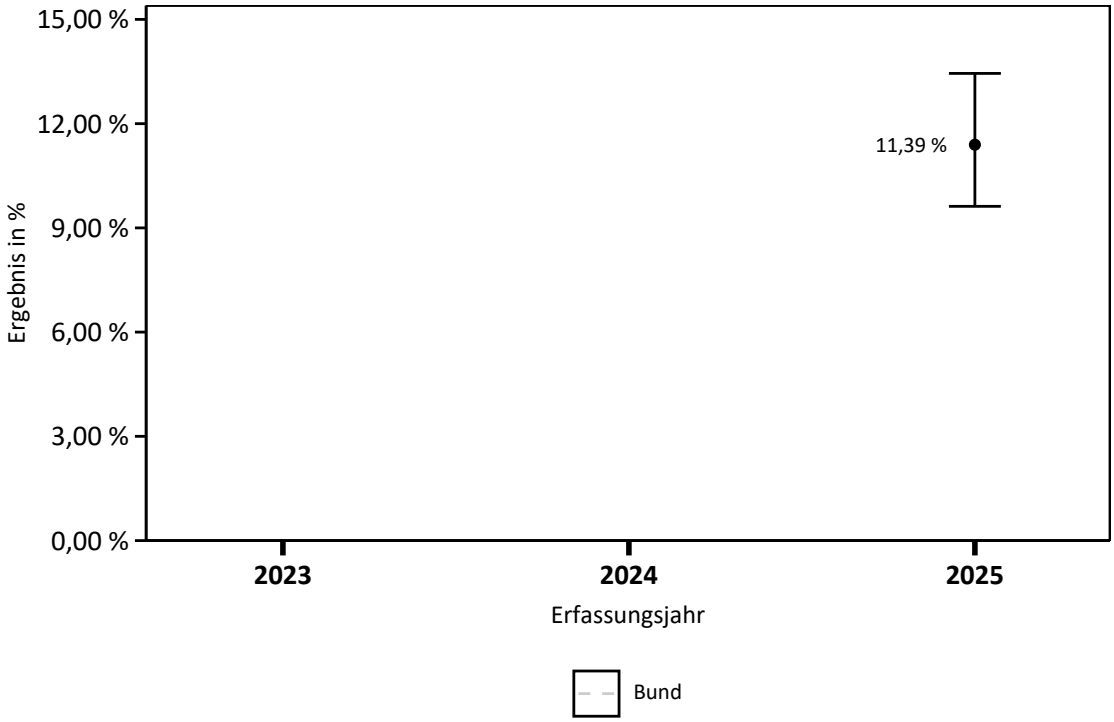
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 5-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von fünf Jahren nach der Transplantation verstorben sind „und bei denen kein Abbruch der Transplantation erfolgt ist.
Zähler	Transplantationen, bei denen innerhalb von 5 Jahren nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2020 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

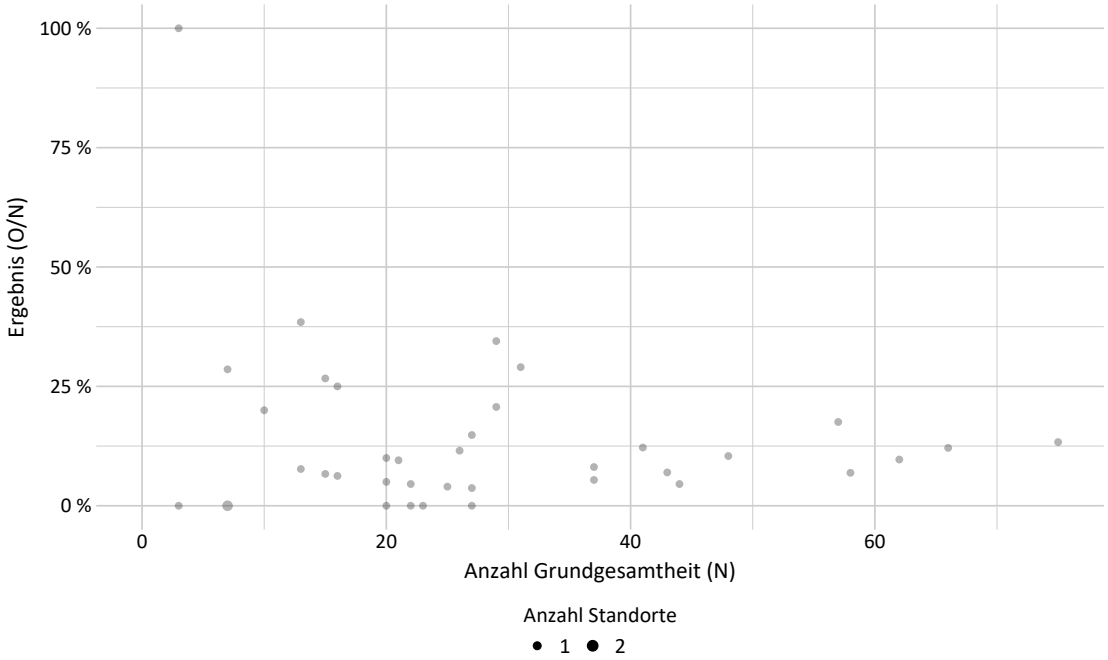
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	- / -	-	-
	2025	121 / 1.062	11,39	9,62 - 13,45

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	0	0,00	100,00	8,82

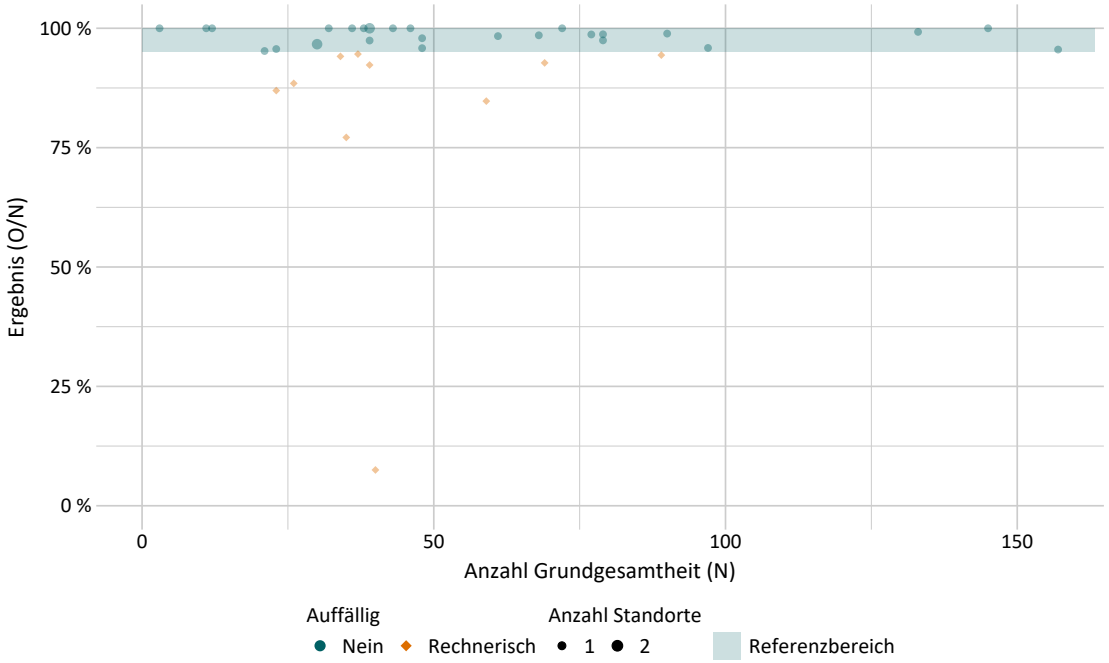
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852210: Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierentransplantation (NET-NTX).
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit einer isolierten Nierentransplantation im Zeitraum 01.10.2024 bis 30.09.2025. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 90-Tages-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	10	7,50	100,00	97,69

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	1.943 / 2.047	94,92	26,32 % 10 / 38

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Alle Nieren-, Pankreas-, oder Pankreas-Nieren-Transplantationen	2.279	100,00
Anzahl isolierter Nierentransplantation, simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK) oder Nierentransplantation in Kombination mit anderen Organen	2.271	99,65

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen	**N = 2.279**	
Durchgeführte Transplantation		
(1) isolierte Nierentransplantation	2.175	95,44
davon:		
1 Organ	2.158	99,22
2 Organe	17	0,78
(2) simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	83	3,64
(3) Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	≤3	x
(4) isolierte Pankreastransplantation	≤3	x
(5) Kombination Niere mit anderen Organen	13	0,57
(6) Kombination Pankreas mit anderen Organen	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.248**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	83	3,69
1. Quartal	565	25,13
2. Quartal	572	25,44
3. Quartal	556	24,73
4. Quartal	472	21,00
Entlassungsquartal		
1. Quartal 2024	496	22,06
2. Quartal 2024	593	26,38
3. Quartal 2024	557	24,78
4. Quartal 2025	602	26,78

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[13]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	2.270
Minimum	0,00
5. Perzentil	8,00
25. Perzentil	12,00
Median	16,00
Mittelwert	19,92
75. Perzentil	23,00
95. Perzentil	43,00
Maximum	224,00

[13] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger

Die Auswertung bezieht sich auf alle (letzte) Transplantationen der Art „Isolierte Nierentransplantation“, SPK und „Kombination Niere mit anderen Organen“.

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.248**	
Geschlecht		
(1) männlich	1.404	62,46
(2) weiblich	844	37,54
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.248**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	≤3	x
1 - 9 Jahre	54	2,40
10 - 19 Jahre	77	3,43
20 - 29 Jahre	101	4,49
30 - 39 Jahre	315	14,01
40 - 49 Jahre	354	15,75
50 - 59 Jahre	511	22,73
60 - 69 Jahre	629	27,98
70 - 79 Jahre	203	9,03
≥ 80 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	2.248
Minimum	0,00
5. Perzentil	17,00
25. Perzentil	40,00
Mittelwert	50,84
Median	54,00
75. Perzentil	64,00
95. Perzentil	72,00
Maximum	83,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 2.246**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	140	6,23
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	937	41,72
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	761	33,88
Adipositas (≥ 30)	408	18,17

Befunde Empfängerinnen und Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.248**	
renale Grunderkrankung		
(1) glomeruläre Nephropathie (ohne diabetische)	632	28,11
(2) vaskuläre/hypertensive Nephropathie	178	7,92
(3) diabetische Nephropathie	182	8,10
(4) interstitielle Nephropathie	94	4,18
(5) Zystennieren	391	17,39
(6) Systemerkrankung (ohne Vaskulitiden)	66	2,94
(7) Vaskulitis	50	2,22
(8) kardiorenales Syndrom	≤3	x
(9) Nephropathie bei Harnabflussstörung	79	3,51
(88) andere Nierenerkrankung	353	15,70
(99) unbekannt	138	6,14
keine Angabe	83	3,69
Diabetes mellitus		
(0) nein	1.947	86,61
(1) ja, diätetisch behandelt	40	1,78
(2) ja, orale Medikation	28	1,25
(3) ja, mit Insulin behandelt	227	10,10
(4) ja, unbehandelt	6	0,27
Dialysetherapie		
(0) nein	253	11,25
(1) ja	1.995	88,75
keine Angabe	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.248**	
Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		
1 = HU (High Urgency)	4	0,18
2 = ACO (Approved Combined Organ)	0	0,00
3 = T (Transplantable)	1.767	78,60
4 = SU (Special Urgency)	0	0,00
5 = I (Immunized)	474	21,09
6 = HI (High Immunized)	≤3	x
Blutgruppe der Empfängerinnen und Empfänger		
(1) A	921	40,97
(2) B	327	14,55
(3) 0	873	38,83
(4) AB	127	5,65

Basisdaten Spenderinnen und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spenderinnen und Spender	**N = 2.271**	
Geschlecht der Spenderin / des Spenders		
männlich	1.062	46,76
weiblich	1.209	53,24
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00

	Bund (gesamt)
Spenderalter (Jahre)	
Anzahl Spenderinnen und Spender mit Angabe von Werten > 0	2.173
5. Perzentil	20,00
Median	56,00
Mittelwert	53,34
95. Perzentil	77,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spenderinnen und Spender	**N = 2.271**	
Spendertyp		
(1) hirntot	1.599	70,41
(2) lebend	672	29,59

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Spenderinnen und Spender mit Angabe von Werten	2.271
Median	0,80
Mittelwert	1,04

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Spenderinnen und Spender mit Angabe von Werten	2.271
Median	70,72
Mittelwert	91,54

Blutgruppen-Kompatibilität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit Lebendorgan	**N = 672**	
Blutgruppen-inkompatible Nierentransplantationen (Lebendorgan)		
AB0-inkompatible Nierentransplantationen	168	25,00
AB0-kompatible Nierentransplantationen	504	75,00

Blutgruppen-Kompatibilität (Lebendorgan)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

Blutgruppen	Spender = 0	Spender = B	Spender = A	Spender = AB	Spender - Gesamt
Bund (gesamt)					
Empfänger - Gesamt	294 **43,75 %**	88 **13,10 %**	257 **38,24 %**	33 **4,91 %**	672 **100,00 %**
Empfänger = AB	6 **15,38 %**	18 **46,15 %**	10 **25,64 %**	5 **12,82 %**	39 **100,00 %**
Empfänger = A	91 **32,97 %**	16 **5,80 %**	151 **54,71 %**	18 **6,52 %**	276 **100,00 %**
Empfänger = B	32 **37,21 %**	26 **30,23 %**	24 **27,91 %**	4 **4,65 %**	86 **100,00 %**
Empfänger = 0	165 **60,89 %**	28 **10,33 %**	72 **26,57 %**	6 **2,21 %**	271 **100,00 %**

Transplantation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 2.271**	
OPS[14]		
(5-528.1) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation eines Pankreassegmentes	0	0,00
(5-528.2) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)	82	3,61
(5-528.4) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-528.5) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.0) Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender	673	29,63
(5-555.1*) Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere	1.587	69,88
(5-555.2) Nierentransplantation: Syngen	≤3	x
(5-555.5) Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat	7	0,31
(5-555.6) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthalts	≤3	x
(5-555.7) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts	≤3	x
(5-555.8) Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.x) Nierentransplantation: Sonstige	≤3	x
(5-555.y) Nierentransplantation: N.n.bez.	0	0,00

[14] Mehrfachnennung möglich

Einsatz eines Perfusionssystems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 2.271**	
Einsatz eines Perfusionssystems		
(0) nein	2.196	96,70
(1) ja, hypotherm	72	3,17
(2) ja, normotherm	≤3	x
(3) ja, hypotherm und normotherm	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 2.271**	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	2.270	99,96
davon: Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
1 = gut	2.091	92,11
2 = mittel	177	7,80
3 = schlecht	≤3	x
(1) ja	≤3	x

Kalte Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Verteilung (Minuten)	
Anzahl Nierentransplantationen mit Angabe von Werten ≥ 30 Minuten bis ≤ 1440 Minuten	2.233
Minimum	30,00
5. Perzentil	130,00
25. Perzentil	212,00
Median	502,00
Mittelwert	520,50
75. Perzentil	728,50
95. Perzentil	1.059,30
Maximum	1.440,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Nicht abgebrochene Transplantationen	**N = 2.270**	
Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	1.578	69,52
(1) Blutungen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad III, IV oder V fallen	58	2,56
(2) Infektionen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad I, III, IV oder V fallen	98	4,32
(3) Grad III nach Clavien-Dindo (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	330	14,54
(4) Grad IV nach Clavien-Dindo und nicht (nur) aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	34	1,50
(5) Grad IV nach Clavien-Dindo ausschließlich aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	44	1,94
(6) Grad V nach Clavien-Dindo (Tod)	13	0,57
(8) sonstige Komplikationen	115	5,07

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen bei Angabe eines Grades nach Clavien-Dindo-Klassifikation	**N = 564**	
Art der behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation(en)[15]		
Blutung	186	32,98
Reoperation erforderlich	273	48,40
sonstige Komplikation	308	54,61

[15] Mehrfachnennung möglich,
Clavien-Dindo-Klassifikation: (1), (2), (3), (4) oder (5)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Nicht abgebrochene Transplantationen	**N = 2.248**	
Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung		
(0) nein	68	3,02
davon: postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats		
(0) nein	54	79,41
(1) ja	14	20,59
(1) ja	2.180	96,98

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen bei Patientinnen und Patienten mit funktionierendem Nierentransplantat bei Entlassung oder mit postoperativer Funktionsaufnahme des Transplantats	**N = 2.194**	
Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme		
ohne postoperative Dialyse	1.759	80,17
mit einer postoperativen Dialyse	163	7,43
mit mehr als einer postoperativen Dialyse	272	12,40

	Bund (gesamt)
Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme (Stunden)	
Anzahl Transplantationen bei Patientinnen und Patienten mit funktionierendem Nierentransplantat bei Entlassung oder mit postoperativer Funktionsaufnahme des Transplantats und mit Angabe von Werten > 0	2.194
Median	0,00
Mittelwert	1,55

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 2.248**	
behandlungsbedürftige Abstoßung		
nein	2.061	91,68
ja, Niere	185	8,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit behandlungsbedürftiger Abstoßung	**N = 185**	
Abstoßung durch Biopsie gesichert		
nein	39	21,08
ja	146	78,92

Entlassung

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung und Angabe von Werten	2.180
Median	1,70
Mittelwert	1,92
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung und Angabe von Werten	2.180
Median	150,28
Mittelwert	169,38

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 2.248**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.548	68,86
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	666	29,63
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	7	0,31
(07) Tod	16	0,71
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[16]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	7	0,31
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[17]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[18]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[19]		
(1) ja	0	0,00

[16] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[17] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[18] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[19] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 16**	
Todesursache		
(1) Infektion	5	31,25
(2) kardiovaskulär	9	56,25
(3) cerebrovaskulär	≤3	x
(4) Malignom	0	0,00
(8) andere	≤3	x
(9) unbekannt	0	0,00

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

NET-PNTX: Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025/24

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025/24 9

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 11

572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 11

Details zu den Ergebnissen 14

572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 15

Details zu den Ergebnissen 18

572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 19

Details zu den Ergebnissen 22

572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 23

Details zu den Ergebnissen 26

312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation 28

572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 30

572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) 33

Details zu den Ergebnissen 36

572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) 37

Details zu den Ergebnissen 40

572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation) 41

Details zu den Ergebnissen 44

572047: Entfernung des Pankreastransplantats 46

Basisauswertung 49

Allgemeine Daten 49

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus 50

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger 51

Geschlecht 51

Patientenalter am Aufnahmetag ... 52
Body Mass Index (BMI) ... 53
Befunde Empfängerinnen und Empfänger ... 54
Basisdaten Spenderinnen und Spender ... 56
Transplantation ... 58
Operation (nach OPS) ... 58
Einsatz eines Perfusionssystems ... 59
Kalte Ischämiezeit ... 60
Postoperativer Verlauf ... 61
Entnahme des Pankreastransplantats ... 62
Entlassung ... 64
Todesursache ... 66

Einleitung

Unter dem Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ werden sowohl die Nierentransplantation, die Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation als auch die unterschiedlichen Dialyseverfahren zusammengefasst. Letztere gliedern sich in die Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration und Peritonealdialyse und gehören zu den Blutreinigungsverfahren.

Bei gegebener Indikation findet die Nierentransplantation in Kombination mit einer Pankreastransplantation statt. Um auch Patientinnen und Patienten mit einer solchen kombinierten Transplantation zu betrachten, werden diese in dem QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) eingeschlossen. Aus Praktikabilitätsgründen werden auch Pankreastransplantationen ohne simultane Nierentransplantation einbezogen. Diese äußerst seltenen Eingriffe wurden bislang in der Qualitätssicherung gemeinsam mit der deutlich häufigeren kombinierten Nieren- und Pankreastransplantation erfasst.

Die Transplantation der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) bzw. die kombinierte Pankreas-Nierentransplantation kommt aktuell nur für Typ-1-Diabetikerinnen und -Diabetiker in Betracht, die nach langem Verlauf ihrer Grunderkrankung Endorganschäden, insbesondere eine weit fortgeschrittene Einschränkung der Nierenfunktion, erlitten haben. Bei dieser Patientengruppe werden Bauchspeicheldrüse und Niere gemeinsam transplantiert. Die Kombinationstransplantation verbessert nicht nur die Lebensqualität: Sie ist auch als lebenserhaltender Eingriff zu bewerten, da eine neuerliche diabetische Nierenschädigung verhindert und das Sterberisiko halbiert wird. Aufgrund der Übertragung der insulinproduzierenden Zellen des Pankreas ist dessen Transplantation eine ursächliche Behandlung des insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Das Ziel der Transplantation ist die Wiederherstellung einer ausreichenden körpereigenen Insulinproduktion bzw. gegebenenfalls der Ersatz der geschädigten Niere.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	2.279 2.278 1	2.279	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	38		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	38	38	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	37	37	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

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

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

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

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS NET und zur zukünftigen Patientenbefragung finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-net/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025/24

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 5,00 %	0,00 % O = 0 N = 162
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 90,00 %	96,67 % O = 116 N = 120
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 80,00 %	94,95 % O = 94 N = 99
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 75,00 %	92,38 % O = 97 N = 105
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation	Sentinel Event	O = 0 N = 160
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	≥ 75,00 %	85,19 % O = 138 N = 162
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	Transparenzkennzahl	83,90 % O = 99 N = 118
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	Transparenzkennzahl	78,57 % O = 77 N = 98

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	Transparenzkennzahl	79,21 % O = 80 N = 101
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	≤ 20,00 %	11,11 % O = 18 N = 162

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

572036: Sterblichkeit im Krankenhaus

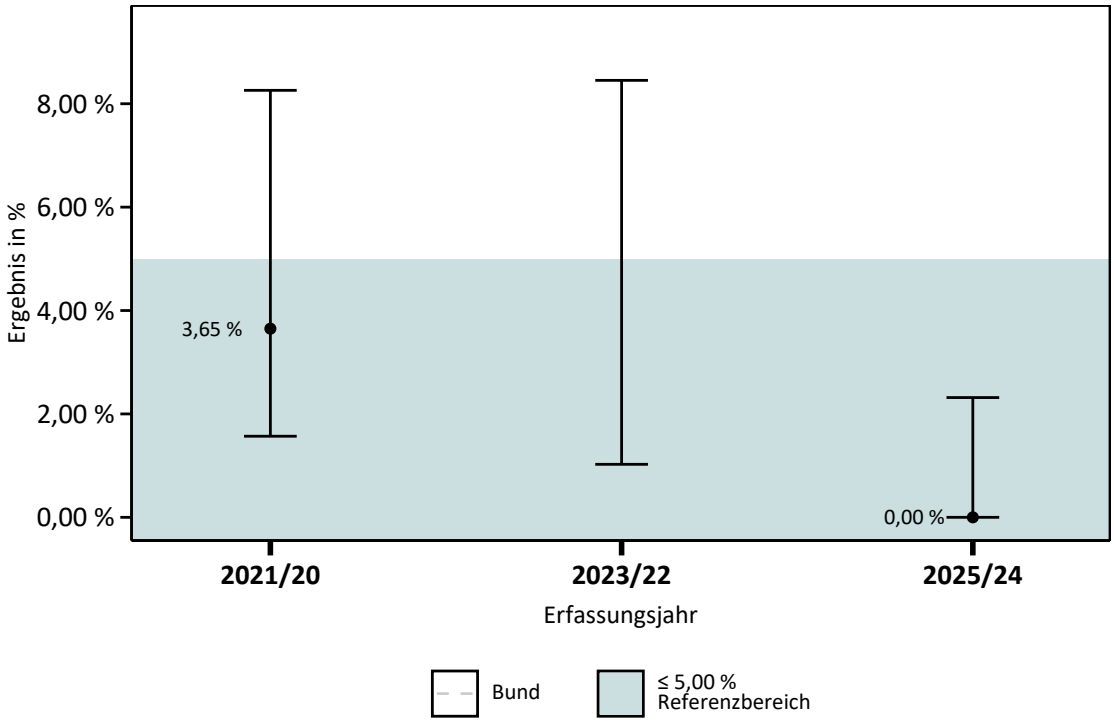
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Transplantationen aller Aufenthalte mit Pankreastransplantationen im Erfassungsjahr 2024 oder 2025
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

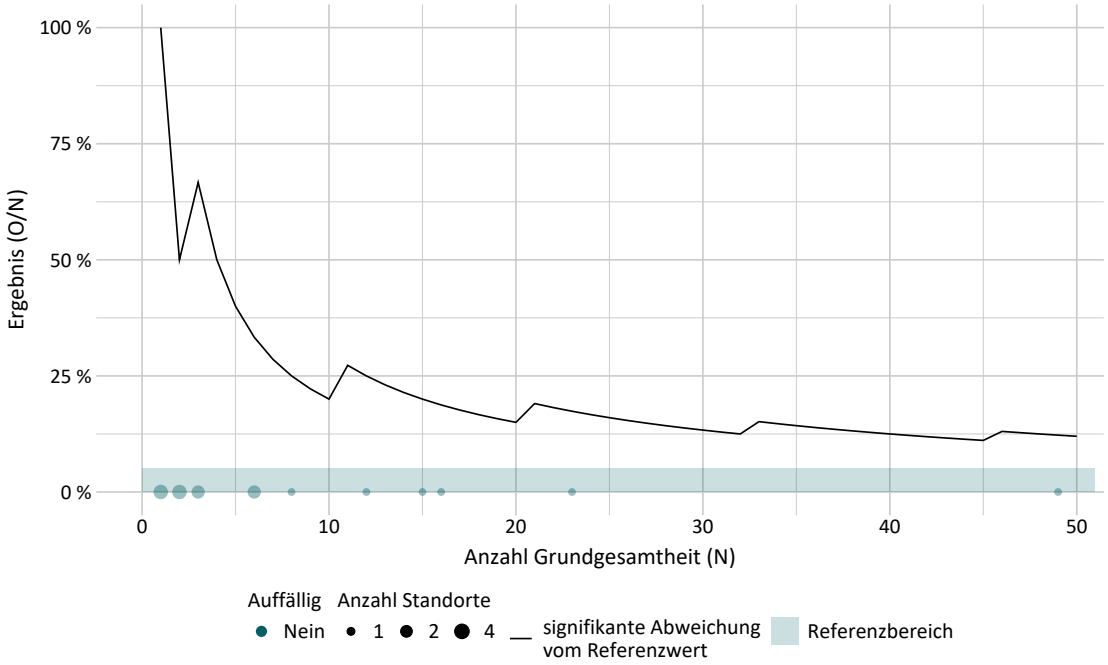
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2021 /20**	5 / 137	3,65	1,57 - 8,26
	2023 /22	≤3 / 100	x	1,03 - 8,45
	2025 /24	0 / 162	0,00	0,00 - 2,32

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	20	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 57_22120 Patientinnen und Patienten mit Entlassung im Erfassungsjahr 2024 oder 2025	100,00 % 162/162
1.1.1	**ID: 572036** **Sterblichkeit im Krankenhaus**	0,00 % 0/162
1.1.1.1	ID: 57_22123 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	0,00 % 0/149
1.1.1.1.1	davon mit Todesursache	
1.1.1.1.1.1	ID: 57_22124 Infektion	0,00 % 0/149
1.1.1.1.1.2	ID: 57_22125 kardiovaskulär	0,00 % 0/149
1.1.1.1.1.3	ID: 57_22126 cerebrovaskulär	0,00 % 0/149
1.1.1.1.1.4	ID: 57_22127 Malignom	0,00 % 0/149
1.1.1.1.1.5	ID: 57_22128 andere Todesursache	0,00 % 0/149
1.1.1.1.1.6	ID: 57_22129 unbekannte Todesursache	0,00 % 0/149
1.1.1.2	ID: 57_22130 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	0,00 % 0/6
1.1.1.3	ID: 57_22131 Verstorbene Patientinnen und Patienten mit isolierter Pankreastransplantation	0,00 % 0/7
1.1.1.4	ID: 57_22132 Sterblichkeit im Krankenhaus nach Pankreastransplantation in Kombination mit anderen Organen	x % ≤3

572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

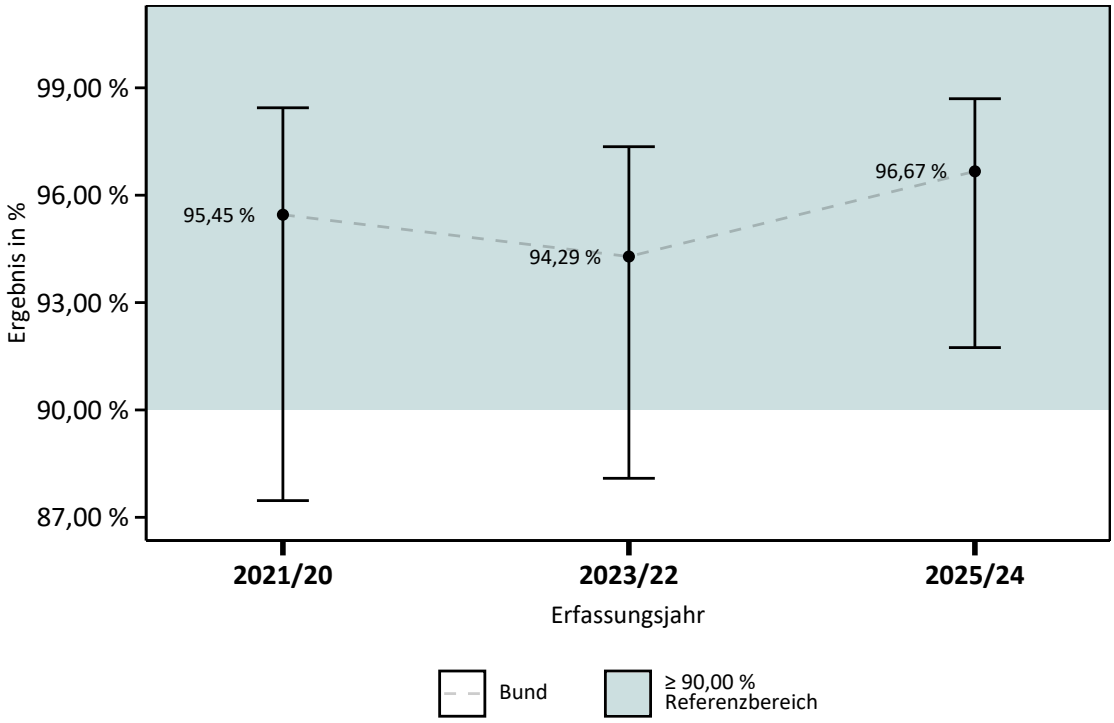
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

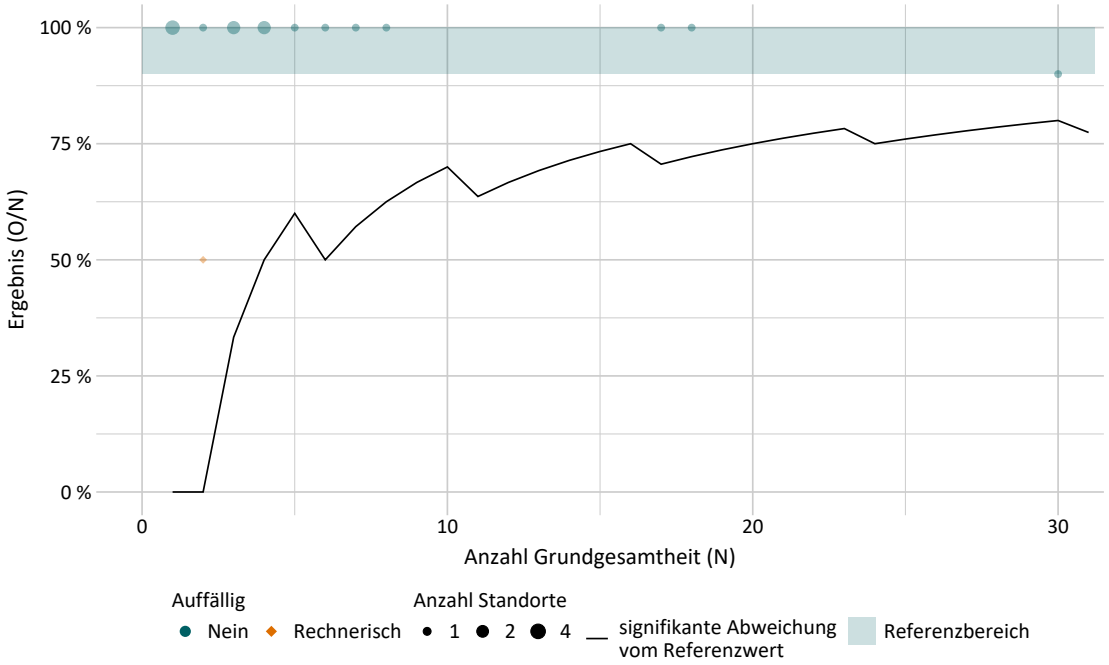
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2021 /20**	63 / 66	95,45	87,47 - 98,44
	2023 /22	99 / 105	94,29	88,09 - 97,36
	2025 /24	116 / 120	96,67	91,74 - 98,70

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	19	1	50,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 57_22133 Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig wurde	99,17 % 120/121
2.1.1	ID: 57_22134 davon lebend entlassen	98,33 % 118/120
2.1.1.1	ID: 57_22135 Status bekannt	100,00 % 118/118
2.1.1.1.1	ID: 57_22136 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	98,31 % 116/118
2.1.1.1.2	ID: 57_22137 verstorben innerhalb von 1 Jahr	x % ≤3/118
2.1.1.2	ID: 57_22139 Status unbekannt	0,00 % 0/118
2.1.1.3	ID: 57_22140 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	98,31 % 116/118

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
2.2.1	ID: 57_22141 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig wurde	98,33 % 118/120
2.2.2	1-Jahres-Überleben	
2.2.2.1	**ID: 572037** **1-Jahres Überleben bei bekanntem Status**	96,67 % 116/120
2.2.2.2	ID: 57_22142 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	96,67 % 116/120

572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

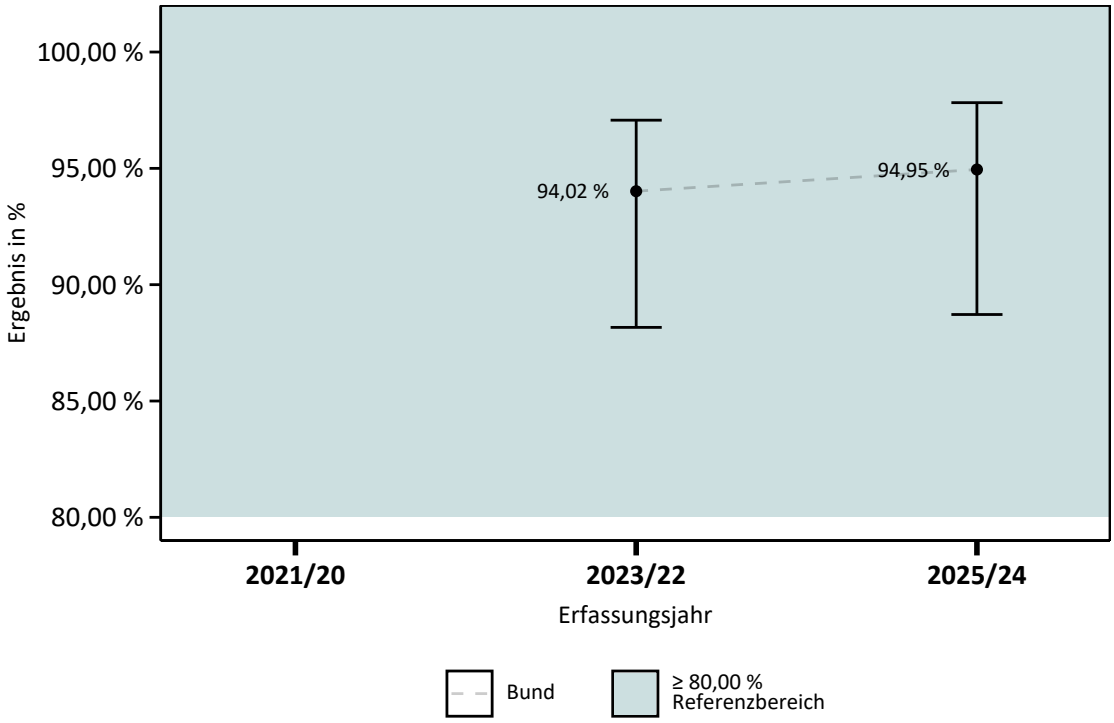
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 80,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

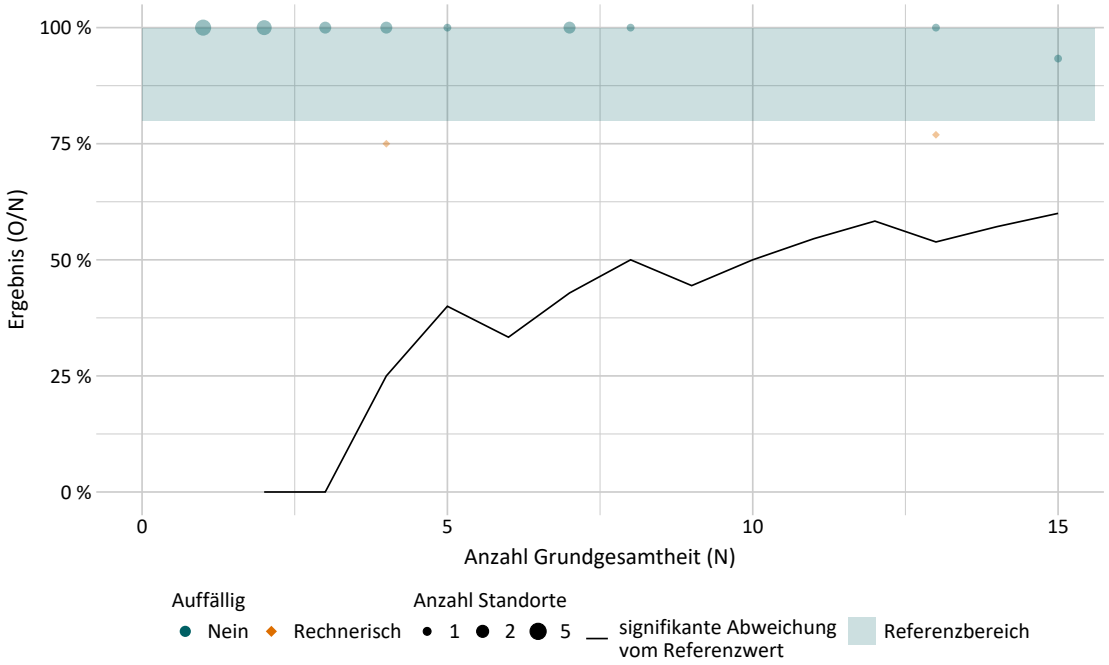
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2021 /20**	0 / 0	-	-
	2023 /22	110 / 117	94,02	88,16 - 97,07
	2025 /24	94 / 99	94,95	88,72 - 97,82

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	21	2	75,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 57_22143 Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig wurde	100,00 % 101/101
3.1.1	ID: 57_22144 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	96,04 % 97/101
3.1.1.1	ID: 57_22145 Status bekannt	97,94 % 95/97
3.1.1.1.1	ID: 57_22146 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	98,95 % 94/95
3.1.1.1.2	ID: 57_22147 verstorben innerhalb von 2 Jahren	x % ≤3/95
3.1.1.2	ID: 57_22149 Status unbekannt	x % ≤3/97
3.1.1.3	ID: 57_22150 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	96,91 % 94/97

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 57_22151 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig wurde	97,03 % 98/101
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	ID: 57_22152 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	96,04 % 97/101
3.2.2.2	ID: 57_22153 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	96,04 % 97/101
3.2.3	2-Jahres-Überleben	
3.2.3.1	**ID: 572039** **2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	94,95 % 94/99
3.2.3.2	ID: 57_22155 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	95,05 % 96/101

572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

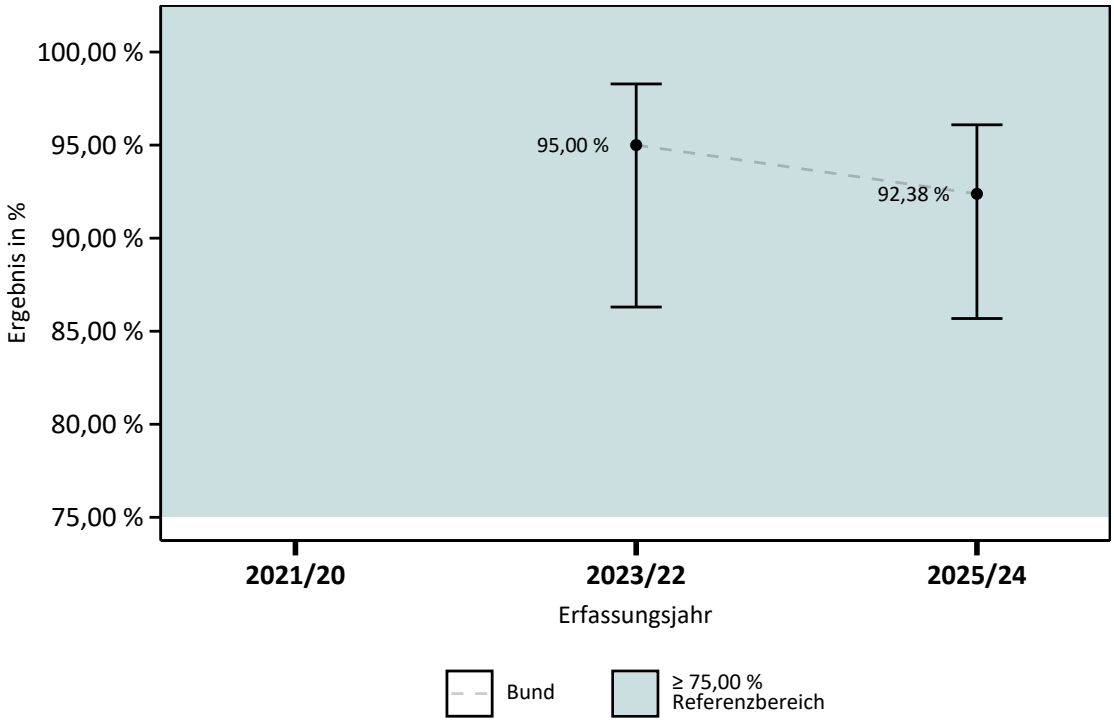
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 75,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

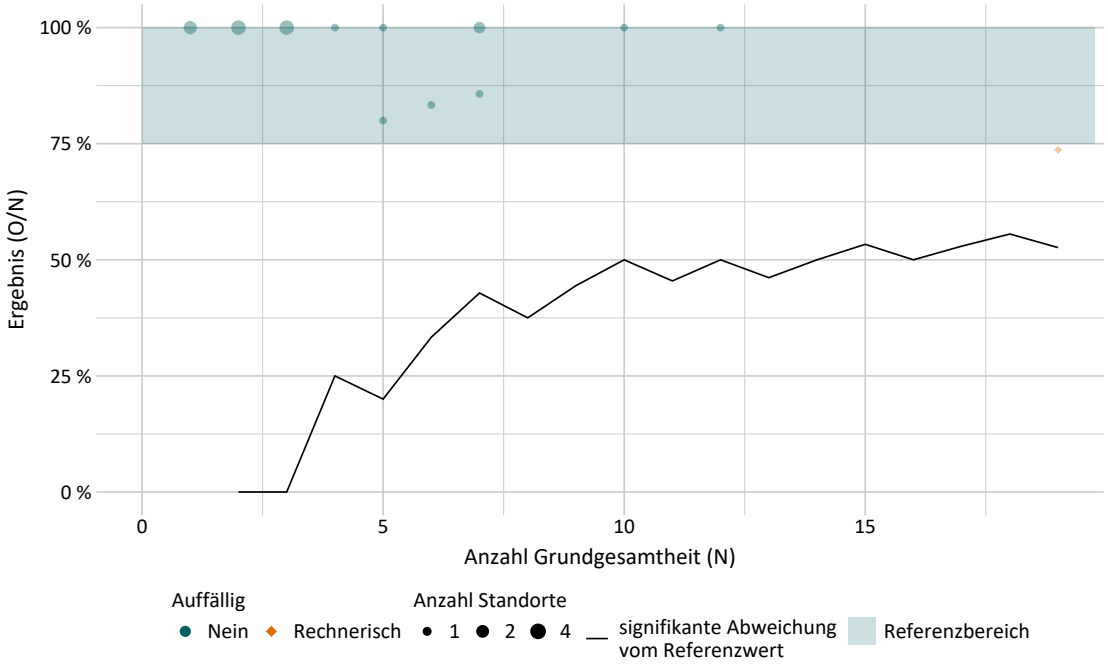
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2021 /20**	0 / 0	-	-
	2023 /22	57 / 60	95,00	86,30 - 98,29
	2025 /24	97 / 105	92,38	85,68 - 96,09

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	21	1	73,68	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 57_22156 Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig wurde	99,07 % 107/108
4.1.1	ID: 57_22157 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	93,46 % 100/107
4.1.1.1	ID: 57_22158 Status bekannt	98,00 % 98/100
4.1.1.1.1	ID: 57_22159 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	98,98 % 97/98
4.1.1.1.2	ID: 57_22160 verstorben innerhalb von 3 Jahren	x % ≤3/98
4.1.1.2	ID: 57_22162 Status unbekannt	x % ≤3/100
4.1.1.3	ID: 57_22163 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	97,00 % 97/100

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 57_22164 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig wurde	95,33 % 102/107
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 57_22165 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	94,34 % 100/106
4.2.2.2	ID: 57_22166 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	94,39 % 101/107
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	ID: 57_22168 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	93,33 % 98/105
4.2.3.2	ID: 57_22169 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	93,46 % 100/107
4.2.4	3-Jahres-Überleben	
4.2.4.1	**ID: 572041** **3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	92,38 % 97/105

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.4.2	ID: 57_22171 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	92,52 % 99/107

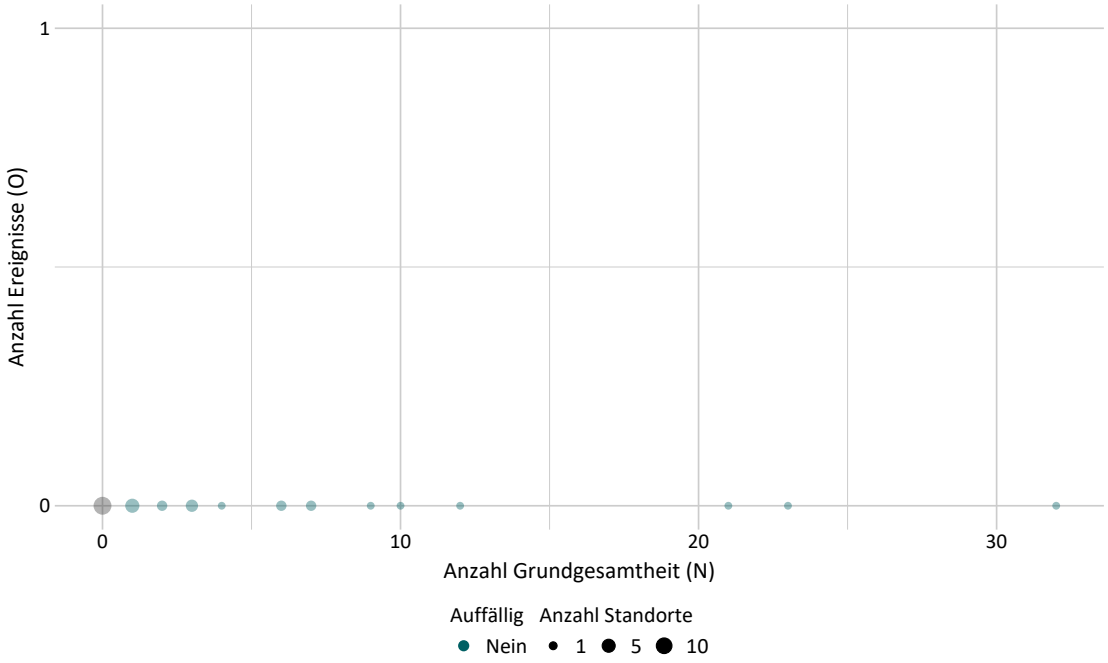
312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist und zeitgerecht dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2021 /20**	- / -	-
	2023 /22	0 / 153	0
	2025 /24	0 / 160	0

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Fall / Fälle	Maximum in Fall / Fälle	Median in Fall / Fälle
2025	24	0	0,00	0,00	0,00

572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

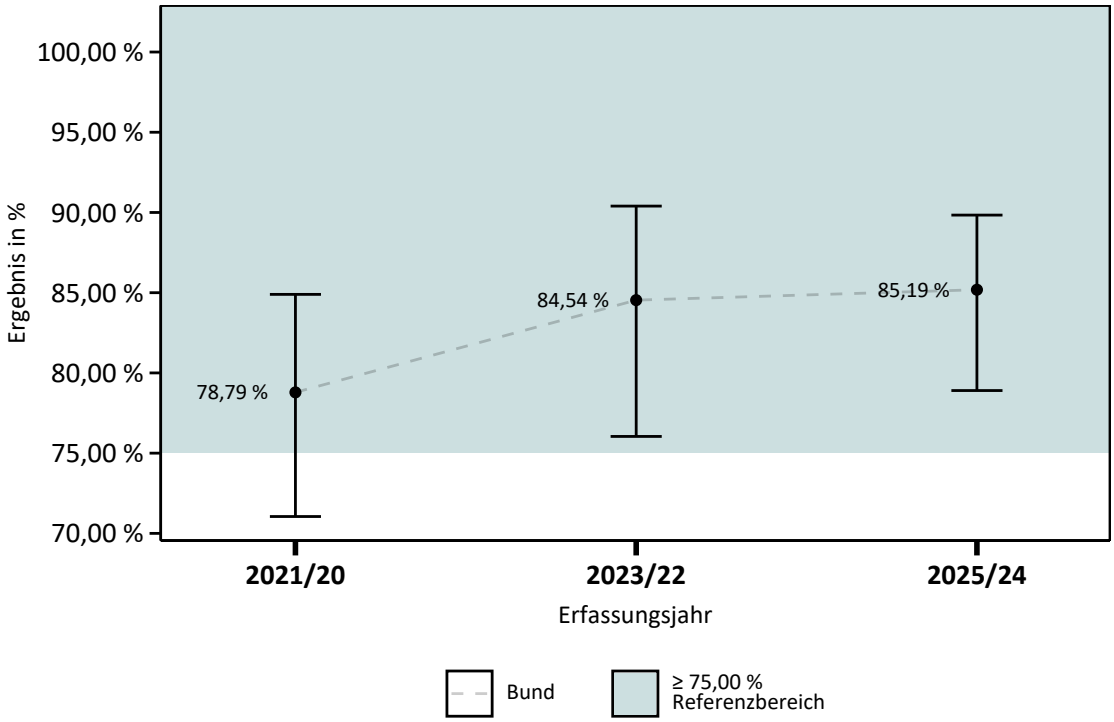
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 und lebend entlassen
Zähler	Aufenthalte von Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung insulinfrei sind
Referenzbereich	≥ 75,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

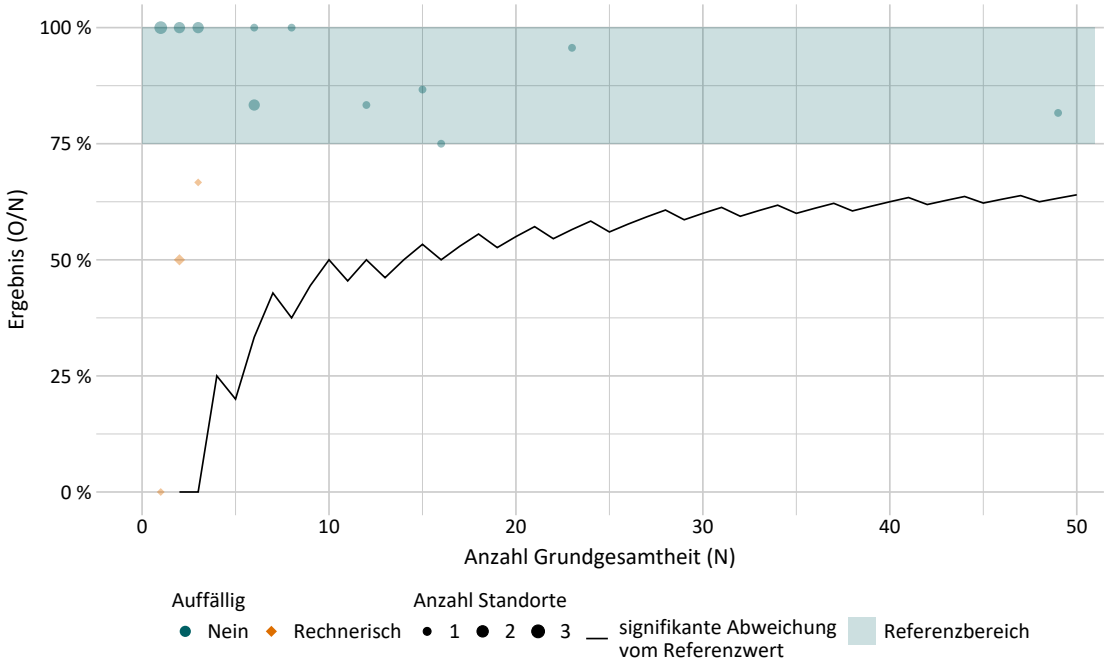
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2021 /20**	104 / 132	78,79	71,05 - 84,90
	2023 /22	82 / 97	84,54	76,04 - 90,40
	2025 /24	138 / 162	85,19	78,90 - 89,84

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	20	4	0,00	100,00	91,16

572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)

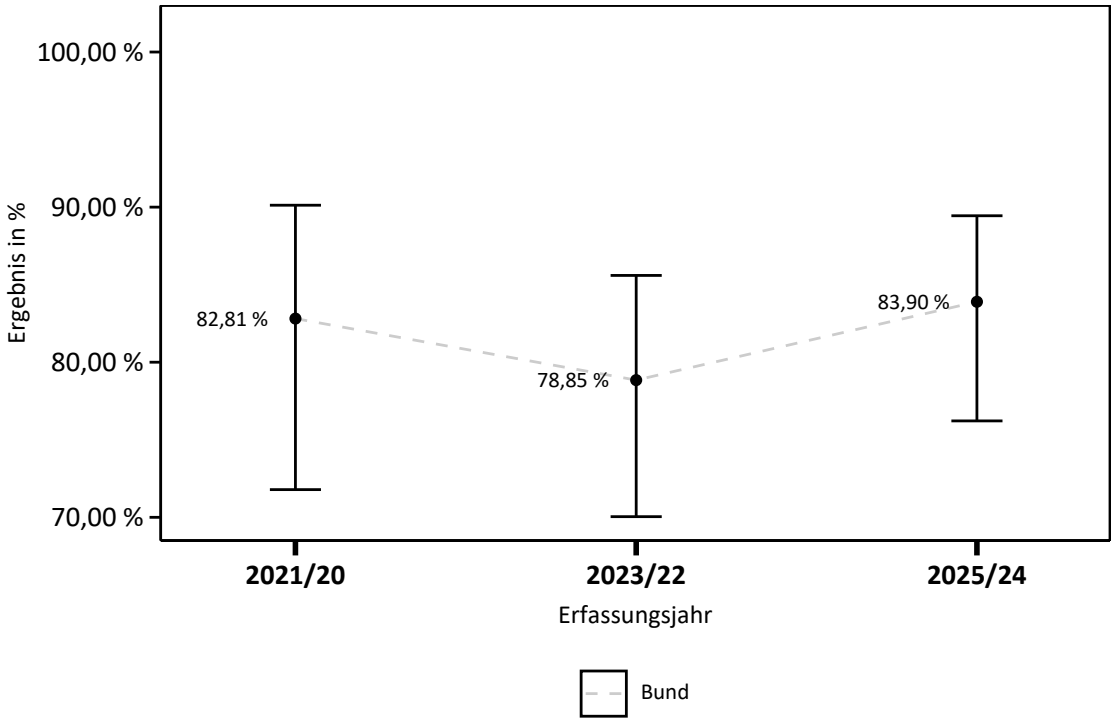
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb des ersten Jahres nach Pankreastransplantation erforderlich
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und ohne Abbruch der Transplantation
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient 1 Jahr nach der Transplantation insulinfrei ist und bis dahin keine Retransplantation erhalten hat
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

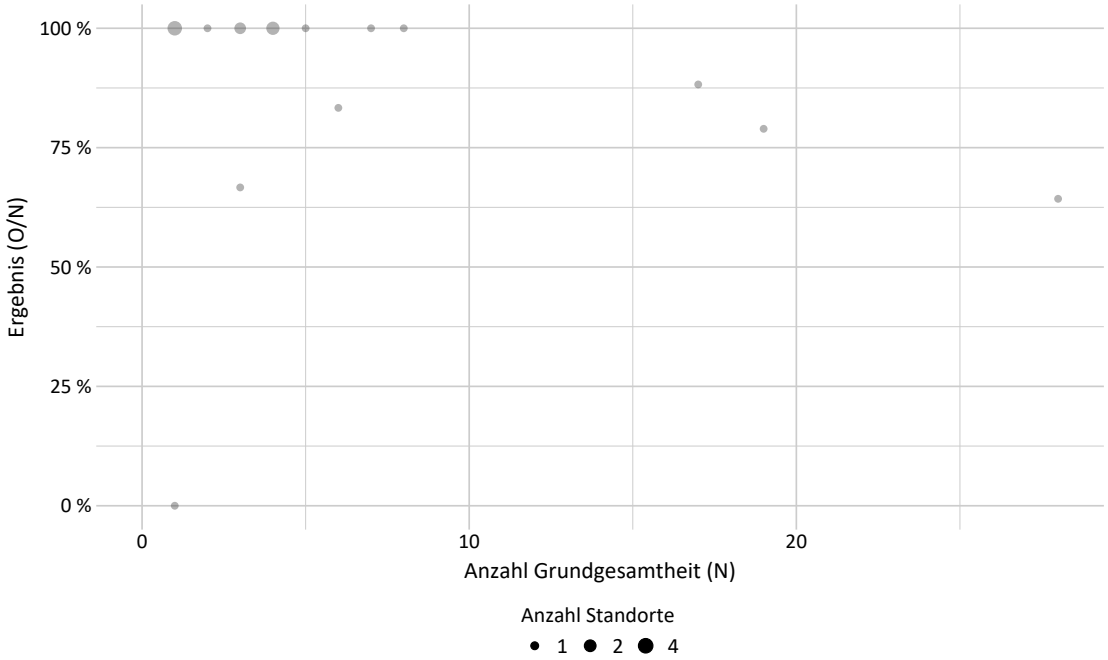
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2021/20**	53 / 64	82,81	71,79 - 90,12
	2023/22	82 / 104	78,85	70,04 - 85,59
	2025/24	99 / 118	83,90	76,22 - 89,44

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	19	0	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 57_22172 Patientinnen und Patienten mit Transplantation im Erfassungsjahr 2023 oder 2024 ohne Retransplantation bis 2025	99,17 % 120/121
7.1.1	ID: 57_22173 davon lebend entlassen	98,33 % 118/120
7.1.1.1	ID: 57_22174 davon Insulin-Status nach 1 Jahr bekannt	99,15 % 117/118
7.1.1.1.1	ID: 57_22175 insulinfreie Patientinnen und Patienten	83,76 % 98/117
7.1.1.1.2	ID: 57_22176 Patientinnen und Patienten mit Insulintherapie innerhalb von 1 Jahr	16,24 % 19/117
7.1.1.2	ID: 57_22178 unbekannter Insulin-Status nach 1 Jahr	x % ≤3/118
7.1.2	**ID: 572044** **Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)**	83,90 % 99/118
7.1.3	Verlauf insulinfrei innerhalb 1-Jahres	
7.1.3.1	ID: 57_22179 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2023 oder 2024	98,33 % 118/120
7.1.3.1.1	Status "insulinfrei" nach 1 Jahr	
7.1.3.1.1.1	ID: 57_22180 insulinfrei (bei bekanntem Status)	83,76 % 98/117
7.1.3.1.1.2	ID: 57_22181 insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als insulinfrei gezählt)	83,90 % 99/118
7.1.3.1.1.3	ID: 57_22182 insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	83,05 % 98/118

572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)

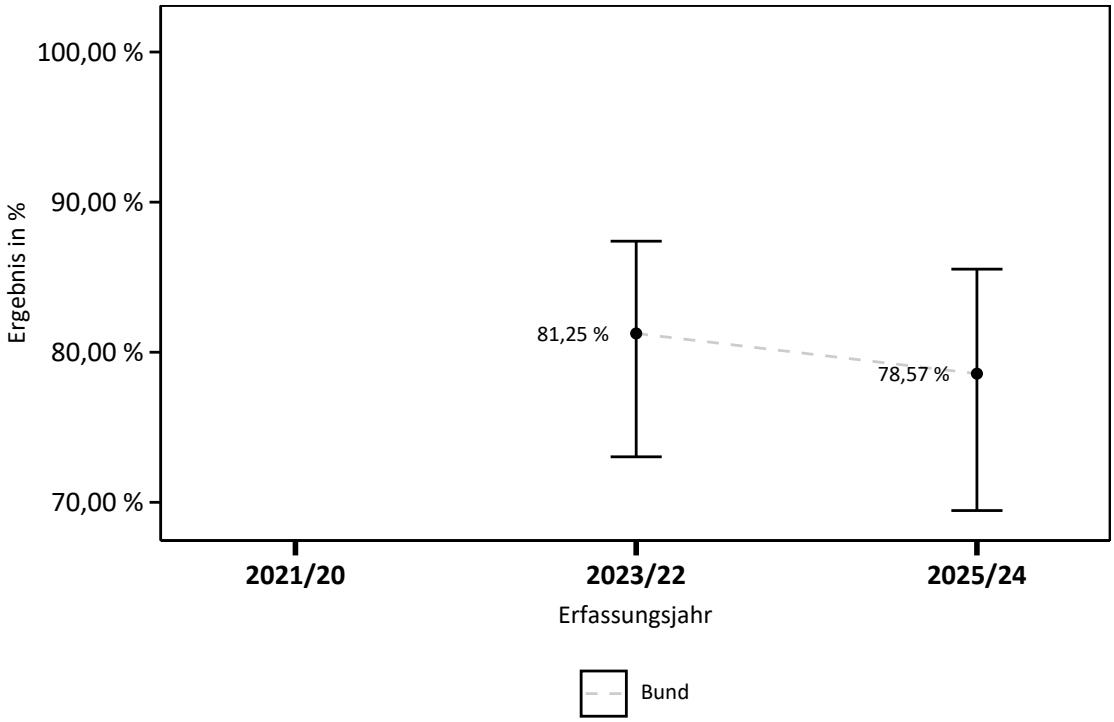
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten zwei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und ohne Abbruch der Transplantation
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient 2 Jahre nach der Transplantation insulinfrei ist und bis dahin keine Retransplantation erhalten hat
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

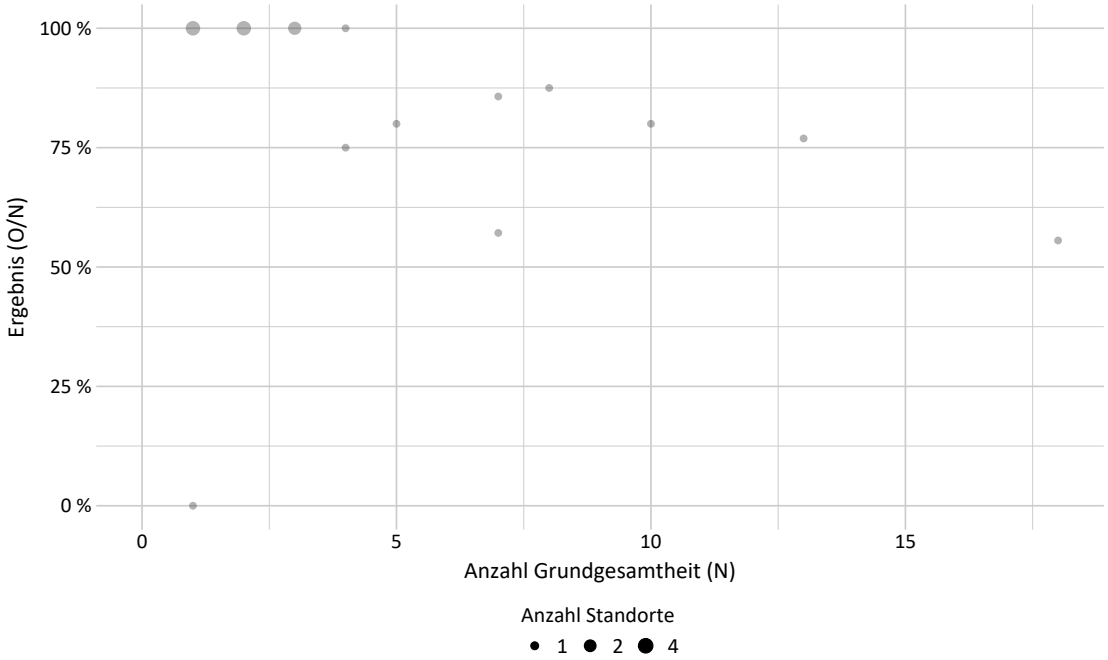
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2021/20**	0 / 0	-	-
	2023/22	91 / 112	81,25	73,03 - 87,40
	2025/24	77 / 98	78,57	69,45 - 85,54

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	21	0	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 57_22183 Patientinnen und Patienten mit Transplantation im Erfassungsjahr 2022 oder 2023 ohne Retransplantation bis 2025	100,00 % 101/101
8.1.1	ID: 57_22184 davon ohne dokumentierten Tod oder Insulintherapie innerhalb von 1 Jahr	80,20 % 81/101
8.1.1.1	ID: 57_22185 davon Insulin-Status nach 2 Jahren bekannt	96,30 % 78/81
8.1.1.1.1	ID: 57_22186 insulinfreie Patientinnen und Patienten	97,44 % 76/78
8.1.1.1.2	ID: 57_22187 Patientinnen und Patienten mit Insulintherapie innerhalb von 2 Jahren	x % ≤3/78
8.1.1.2	ID: 57_22189 unbekannter Insulin-Status nach 2 Jahren	x % ≤3/81
8.1.2	**ID: 572045** **Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)**	78,57 % 77/98
8.1.3	Verlauf Insulinfrei innerhalb 2 Jahre	
8.1.3.1	ID: 57_22190 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2022 oder 2023	97,03 % 98/101
8.1.3.1.1	Status "insulinfrei" nach 1 Jahr	
8.1.3.1.1.1	ID: 57_22191 Insulinfrei (bei bekanntem Status)	83,51 % 81/97
8.1.3.1.1.2	ID: 57_22192 Insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als insulinfrei gezählt)	83,67 % 82/98
8.1.3.1.1.3	ID: 57_22193 Insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	82,65 % 81/98
8.1.3.1.2	Status "insulinfrei" nach 2 Jahren	
8.1.3.1.2.1	ID: 57_22194 Insulinfrei (bei bekanntem Status)	80,85 % 76/94
8.1.3.1.2.2	ID: 57_22195 Insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als Insulinfrei gezählt)	81,63 % 80/98
8.1.3.1.2.3	ID: 57_22196 Insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	77,55 % 76/98

572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)

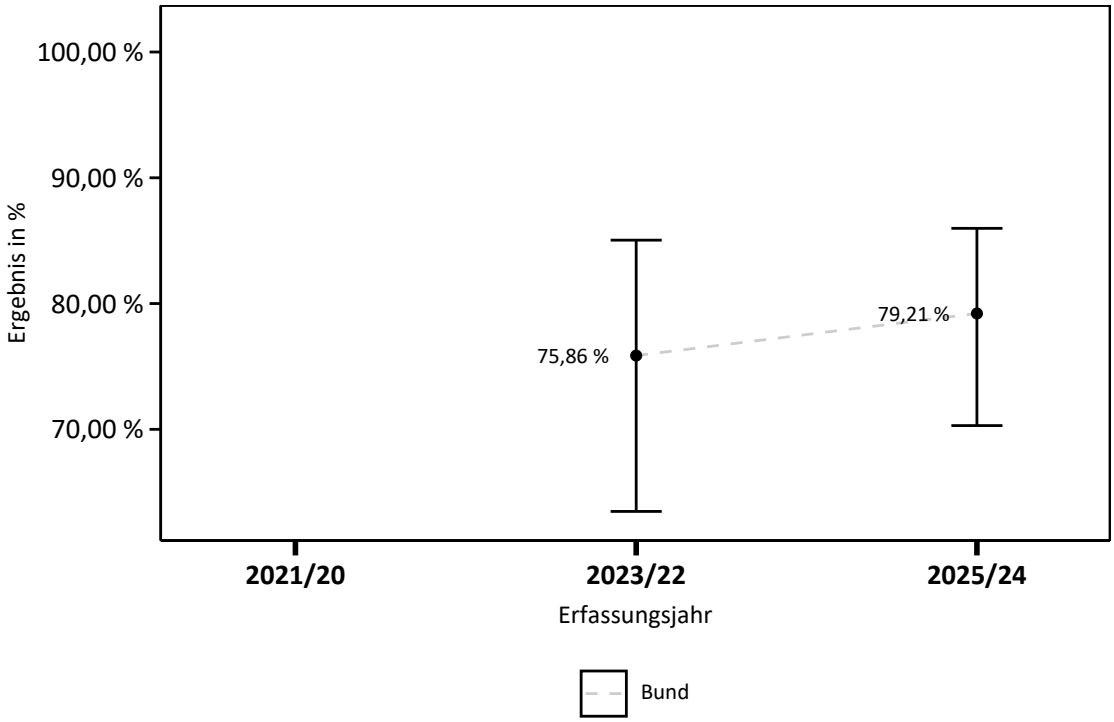
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten drei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2024 oder 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und ohne Abbruch der Transplantation
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient 3 Jahre nach der Transplantation insulinfrei ist und bis dahin keine Retransplantation erhalten hat
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

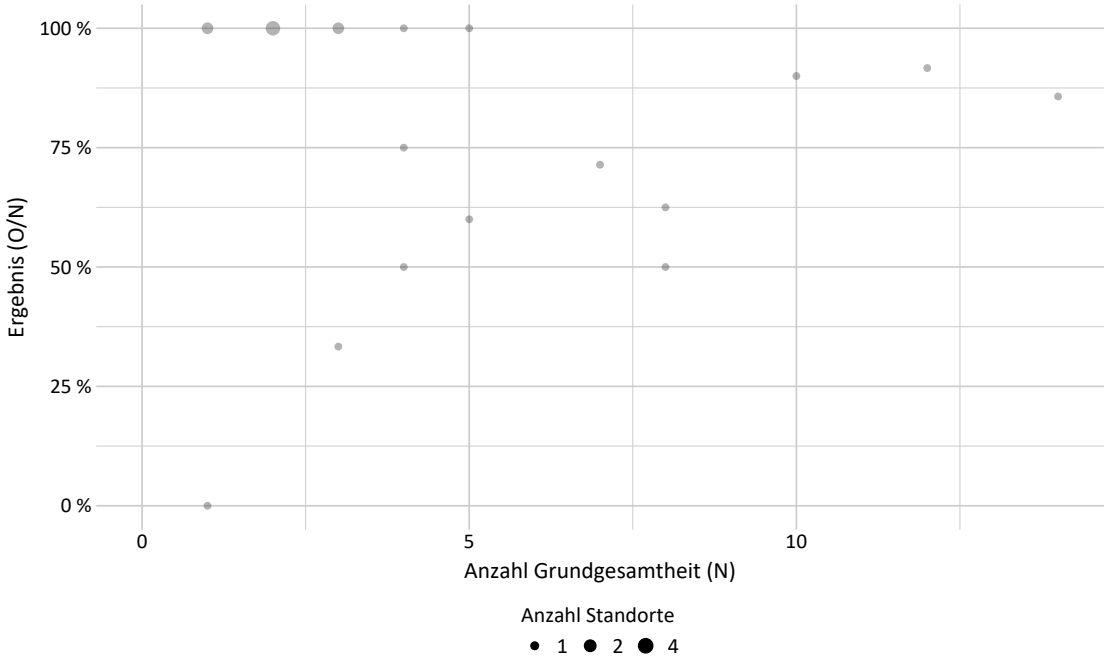
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2021/20**	0 / 0	-	-
	2023/22	44 / 58	75,86	63,47 - 85,04
	2025/24	80 / 101	79,21	70,30 - 85,98

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	21	0	0,00	100,00	91,67

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 57_22197 Patientinnen und Patienten mit Transplantation im Erfassungsjahr 2021 oder 2022 ohne Retransplantation bis 2025	100,00 % 108/108
9.1.1	ID: 57_22198 davon ohne dokumentierten Tod oder Insulintherapie innerhalb von 2 Jahren	75,93 % 82/108
9.1.1.1	ID: 57_22199 davon Insulin-Status nach 3 Jahren bekannt	97,56 % 80/82
9.1.1.1.1	ID: 57_22200 insulinfreie Patientinnen und Patienten	100,00 % 80/80
9.1.1.1.2	ID: 57_22201 Patientinnen und Patienten mit Insulintherapie innerhalb von 3 Jahren	0,00 % 0/80
9.1.1.2	ID: 57_22203 unbekannter Insulin-Status nach 3 Jahren	x % ≤3/82
9.1.2	**ID: 572046** **Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)**	79,21 % 80/101
9.1.3	Verlauf Insulinfrei innerhalb 3 Jahre	
9.1.3.1	ID: 57_22204 Lebend entlassen nach Transplantation im Jahr 2021 oder 2022	95,37 % 103/108
9.1.3.1	Status "insulinfrei" nach 1 Jahr	
9.1.3.1.1	ID: 57_22205 Insulinfrei (bei bekanntem Status)	80,39 % 82/102
9.1.3.1.2	ID: 57_22206 Insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als Insulinfrei gezählt)	81,48 % 88/108
9.1.3.1.3	ID: 57_22207 Insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	75,93 % 82/108
9.1.3.2	Status "insulinfrei" nach 2 Jahren	
9.1.3.2.1	ID: 57_22208 Insulinfrei (bei bekanntem Status)	80,00 % 80/100
9.1.3.2.2	ID: 57_22209 Insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als Insulinfrei gezählt)	81,48 % 88/108
9.1.3.2.3	ID: 57_22210 Insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	74,07 % 80/108

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1.3.3	Status "insulinfrei" nach 3 Jahren	
9.1.3.3.1	ID: 57_22211 Insulinfrei (bei bekanntem Status)	80,00 % 80/100
9.1.3.3.2	ID: 57_22212 Insulinfrei Best-Case (unbekannter Status als Insulinfrei gezählt)	81,48 % 88/108
9.1.3.3.3	ID: 57_22213 Insulinfrei Worst-Case (unbekannter Status als Insulintherapie gezählt)	74,07 % 80/108

572047: Entfernung des Pankreastransplantats

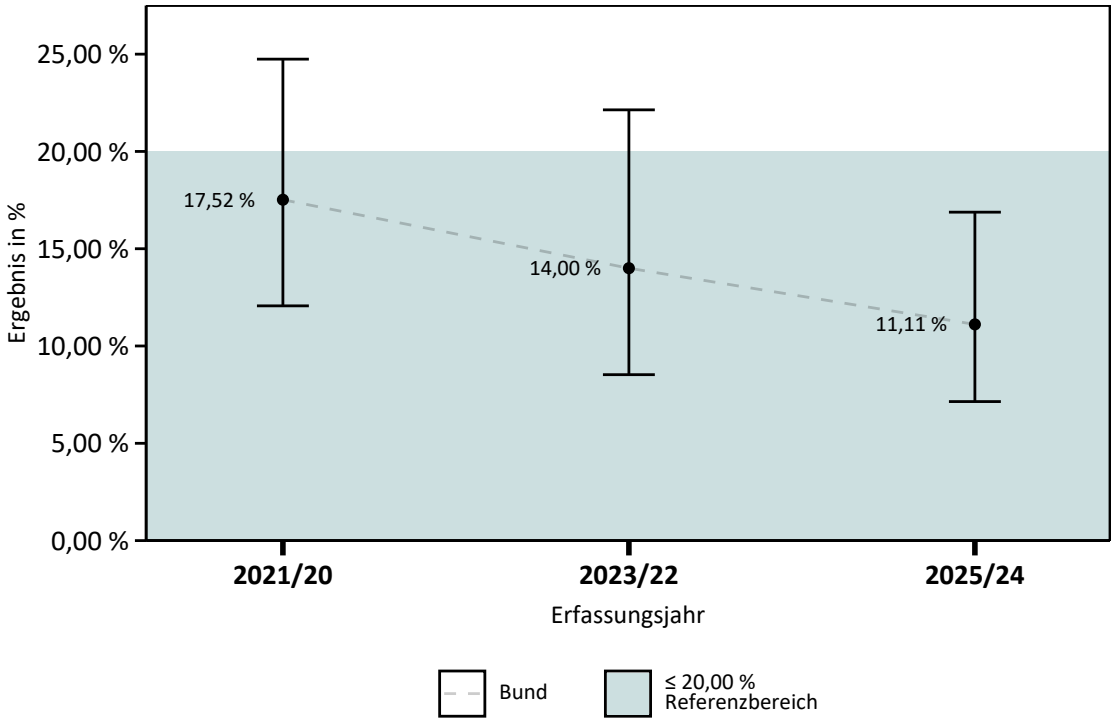
Qualitätsziel	Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2024 oder 2025
Zähler	Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit erfolgter Entfernung des Pankreastransplantats
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

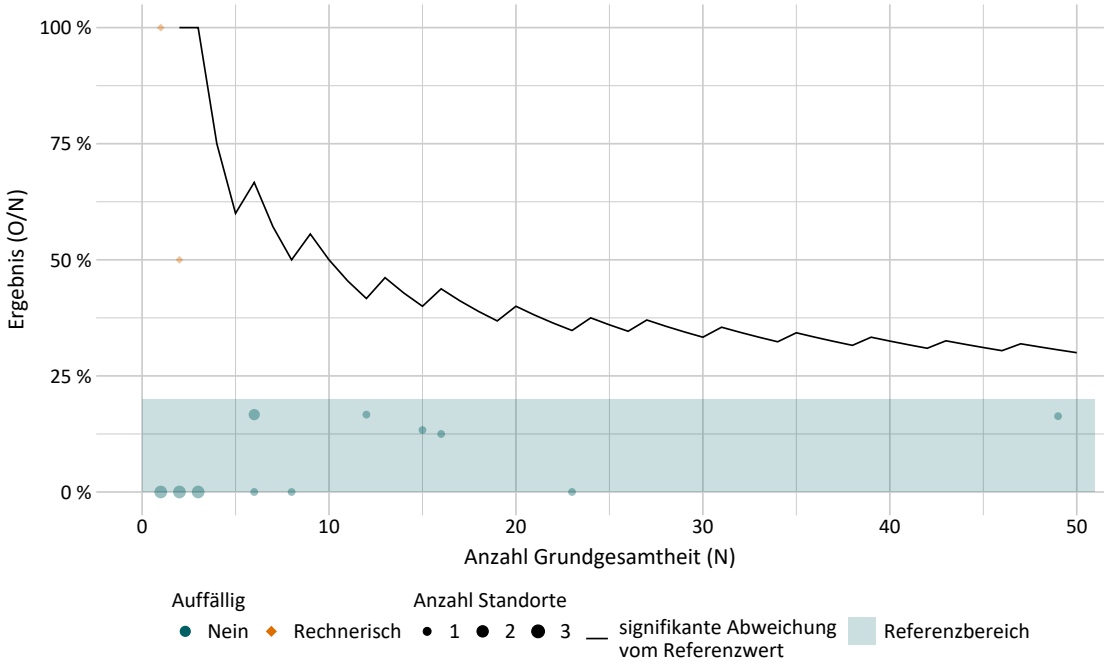
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2021/20**	24 / 137	17,52	12,06 - 24,74
	2023/22	14 / 100	14,00	8,53 - 22,14
	2025/24	18 / 162	11,11	7,14 - 16,88

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	20	2	0,00	100,00	0,00

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Alle Nieren-, Pankreas-, oder Pankreas-Nieren-Transplantationen	4.382	100,00
Anzahl simultaner Pankreas-Nierentransplantation (SPK), Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK), isolierter Pankreastransplantation oder Pankreastransplantation in Kombination mit anderen Organen	165	3,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen	**N = 4.382**	
Durchgeführte Transplantation		
(1) isolierte Nierentransplantation	4.189	95,60
davon:		
1 Organ	4.153	99,14
2 Organe	36	0,86
(2) simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	149	3,40
(3) Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	6	0,14
(4) isolierte Pankreastransplantation	7	0,16
(5) Kombination Niere mit anderen Organen	28	0,64
(6) Kombination Pankreas mit anderen Organen	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 157**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	76	48,41
1. Quartal	26	16,56
2. Quartal	13	8,28
3. Quartal	24	15,29
4. Quartal	18	11,46
Entlassungsquartal		
1. Quartal 2024	44	28,03
2. Quartal 2024	33	21,02
3. Quartal 2024	42	26,75
4. Quartal 2025	39	24,84

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[1]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	162
Minimum	9,00
5. Perzentil	10,00
25. Perzentil	15,00
Median	22,00
Mittelwert	31,03
75. Perzentil	36,25
95. Perzentil	79,85
Maximum	224,00

[1] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger

Die Auswertung bezieht sich auf alle (letzte) Transplantationen der Art SPK, PAK und „Isolierte Pankreastransplantation“.

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 157**	
Geschlecht		
(1) männlich	78	49,68
(2) weiblich	79	50,32
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 157**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	0	0,00
1 - 9 Jahre	0	0,00
10 - 19 Jahre	≤3	x
20 - 29 Jahre	6	3,82
30 - 39 Jahre	48	30,57
40 - 49 Jahre	66	42,04
50 - 59 Jahre	33	21,02
60 - 69 Jahre	≤3	x
70 - 79 Jahre	0	0,00
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	157
Minimum	19,00
5. Perzentil	29,90
25. Perzentil	37,50
Mittelwert	42,97
Median	42,00
75. Perzentil	48,50
95. Perzentil	58,00
Maximum	66,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 157**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	6	3,82
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	101	64,33
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	37	23,57
Adipositas (≥ 30)	13	8,28

Befunde Empfängerinnen und Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 157**	
renale Grunderkrankung		
(1) glomeruläre Nephropathie (ohne diabetische)	0	0,00
(2) vaskuläre/hypertensive Nephropathie	0	0,00
(3) diabetische Nephropathie	79	50,32
(4) interstitielle Nephropathie	0	0,00
(5) Zystennieren	0	0,00
(6) Systemerkrankung (ohne Vaskulitiden)	0	0,00
(7) Vaskulitis	0	0,00
(8) kardiorenales Syndrom	0	0,00
(9) Nephropathie bei Harnabflussstörung	0	0,00
(88) andere Nierenerkrankung	≤3	x
(99) unbekannt	0	0,00
keine Angabe	77	49,04
Diabetes mellitus		
(0) nein	0	0,00
(1) ja, diätetisch behandelt	≤3	x
(2) ja, orale Medikation	0	0,00
(3) ja, mit Insulin behandelt	156	99,36
(4) ja, unbehandelt	0	0,00
Dialysetherapie		
(0) nein	29	18,47
(1) ja	127	80,89
keine Angabe	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 157**	
Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		
1 = HU (High Urgency)	0	0,00
2 = ACO (Approved Combined Organ)	0	0,00
3 = T (Transplantable)	129	82,17
4 = SU (Special Urgency)	5	3,18
5 = I (Immunized)	23	14,65
6 = HI (High Immunized)	0	0,00
Blutgruppe der Empfängerinnen und Empfänger		
(1) A	62	39,49
(2) B	28	17,83
(3) 0	54	34,39
(4) AB	13	8,28

Basisdaten Spenderinnen und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spenderinnen und Spender	**N = 162**	
Geschlecht der Spenderinnen und Spender		
männlich	92	56,79
weiblich	70	43,21
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00

	Bund (gesamt)
Spenderalter (Jahre)	
Anzahl Spenderinnen und Spender mit Angabe von Werten > 0	156
5. Perzentil	11,00
Median	33,00
Mittelwert	31,08
95. Perzentil	48,15

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Spenderinnen und Spender	**N = 162**	
Spendertyp		
(1) hirntot	162	100,00
davon: Todesursache[2]		
(216) T_CAPI: Trauma: Schädel	33	20,37
(217) T_OTH: Trauma: Nicht anderweitig klassifizierbar	≤3	x
(218) CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar	11	6,79
(220) RESP: Atmung, nicht anderweitig klassifizierbar	≤3	x
(229) CBL: Intrazerebrale Blutung	23	14,20
(230) CID: Ischämischer Insult	9	5,56
(234) SAB: Subarachnoidalblutung	41	25,31
(2) lebend	0	0,00

[2] Schlüssel 2, ausgewählte Schlüssel

Transplantation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 162**	
OPS[3]		
(5-528.1) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation eines Pankreassegmentes	0	0,00
(5-528.2) Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)	161	99,38
(5-528.4) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-528.5) Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.0) Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender	≤3	x
(5-555.1*) Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere	146	90,12
(5-555.2) Nierentransplantation: Syngen	0	0,00
(5-555.5) Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat	≤3	x
(5-555.6) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.7) Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.8) Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-555.x) Nierentransplantation: Sonstige	0	0,00
(5-555.y) Nierentransplantation: N.n.bez.	0	0,00

[3] Mehrfachnennung möglich

Einsatz eines Perfusionssystems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 162**	
Einsatz eines Perfusionssystems[4]		
(0) nein	129	79,63
(1) ja, hypotherm	27	16,67
(2) ja, normotherm	0	0,00
(3) ja, hypotherm und normotherm	0	0,00

[4] Aufgrund der Änderung von Schlüsselwerten zwischen der Spezifikation des Erfassungsjahre 2023 und 2024 fehlt die Angabe zum Einsatz eines Perfusionssystems bei Patientinnen und Patienten, die im Erfassungsjahr 2023 aufgenommen und im Erfassungsjahr 2024 entlassen wurden (Überlieger). Aus diesem Grund summieren sich die Schlüsselwerte für das Auswertungsjahr 2026 evtl. nicht auf 100%.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 162**	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	161	99,38
davon: Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
1 = gut	157	97,52
2 = mittel	4	2,48
3 = schlecht	0	0,00
(1) ja	≤3	x

Kalte Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Verteilung (Minuten)	
Anzahl Pankreastransplantationen mit Angabe von Werten ≥ 30 Minuten bis ≤ 720 Minuten	144
Minimum	302,00
5. Perzentil	393,25
25. Perzentil	476,00
Median	545,50
Mittelwert	542,00
75. Perzentil	611,00
95. Perzentil	693,75
Maximum	720,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Nicht abgebrochene Transplantationen	**N = 161**	
Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation[5]		
(0) nein	60	37,27
(1) Blutungen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad III, IV oder V fallen	5	3,11
(2) Infektionen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad I, III, IV oder V fallen	11	6,83
(3) Grad III nach Clavien-Dindo (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	59	36,65
(4) Grad IV nach Clavien-Dindo und nicht (nur) aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	14	8,70
(5) Grad IV nach Clavien-Dindo ausschließlich aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	≤3	x
(6) Grad V nach Clavien-Dindo (Tod)	0	0,00
(8) sonstige Komplikationen	4	2,48

[5] Aufgrund der Änderung von Schlüsselwerten zwischen der Spezifikation des Erfassungsjahre 2023 und 2024 fehlt die Angabe zum Datenfeld „Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation“ bei Patientinnen und Patienten, die im Erfassungsjahr 2023 aufgenommen und im Erfassungsjahr 2024 entlassen wurden (Überlieger). Aus diesem Grund summieren sich die Schlüsselwerte für das Auswertungsjahr 2026 evtl. nicht auf 100%.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen bei Angabe eines Grades nach Clavien-Dindo-Klassifikation	**N = 91**	
Art der behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation(en)[6]		
Blutung	35	38,46
Reoperation erforderlich	57	62,64
sonstige Komplikation	52	57,14

[6] Mehrfachnennung möglich,
Clavien-Dindo-Klassifikation: (1), (2), (3), (4) oder (5)

Entnahme des Pankreastransplantats

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 162**	
Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich		
(0) nein	144	88,89
(1) ja	18	11,11
davon: Ursache für die Entnahme		
(1) arterielle Thrombose	0	0,00
(2) venöse Thrombose	5	27,78
(3) Blutung	≤3	x
(4) Peritonitis/Abzess	≤3	x
(5) Nahtinsuffizienz	≤3	x
(6) Pankreatitis	4	22,22
(7) Rejektion	0	0,00
(9) andere	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 162**	
behandlungsbedürftige Abstoßung		
nein	143	88,27
ja, Pankreas	5	3,09
ja, Niere und Pankreas	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Transplantationen mit behandlungsbedürftiger Abstoßung	**N = 5**	
Abstoßung durch Biopsie gesichert		
nein	≤3	x
ja	≤3	x

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 157**	
Patientin oder Patient bei Entlassung insulinfrei?		
(0) nein	22	14,01
(1) ja	135	85,99

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 157**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	93	59,24
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	61	38,85
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	0	0,00
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[7]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[8]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[9]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[10]		
(1) ja	0	0,00

[7] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[8] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[9] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[10] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 0**	
Todesursache		
(1) Infektion	0	-
(2) kardiovaskulär	0	-
(3) cerebrovaskulär	0	-
(4) Malignom	0	-
(8) andere	0	-
(9) unbekannt	0	-

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

NET-PNTX-D: Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, Nierentransplantation

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, Nierentransplantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

Ergebnisübersicht 5

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 5

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 7

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 7

852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen 7

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 9

850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 9

850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 11

850278: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 13

850279: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 15

850280: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 17

Einleitung

Für das QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) werden die QS-Dokumentationsdaten jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt.

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen können (siehe auch: Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien).

In dieser Bundesauswertung werden die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das gemeinsame Erfassungsmodul Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation (PNTX) für die Auswertungsmodule Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX) und Nierentransplantation (NET-NTX) dargestellt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Ergebnisübersicht

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	= 0	0,00 0 / 2.278	0,00 % 0 / 38

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,00 % 2.279 / 2.279	0,00 % 0 / 38
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,00 % 2.279 / 2.279	0,00 % 0 / 38
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	96,96 % 2.008 / 2.071	12,82 % 5 / 39
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	96,55 % 1.931 / 2.000	17,95 % 7 / 39
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	96,74 % 1.781 / 1.841	20,51 % 8 / 39

© IQTIG 2026

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

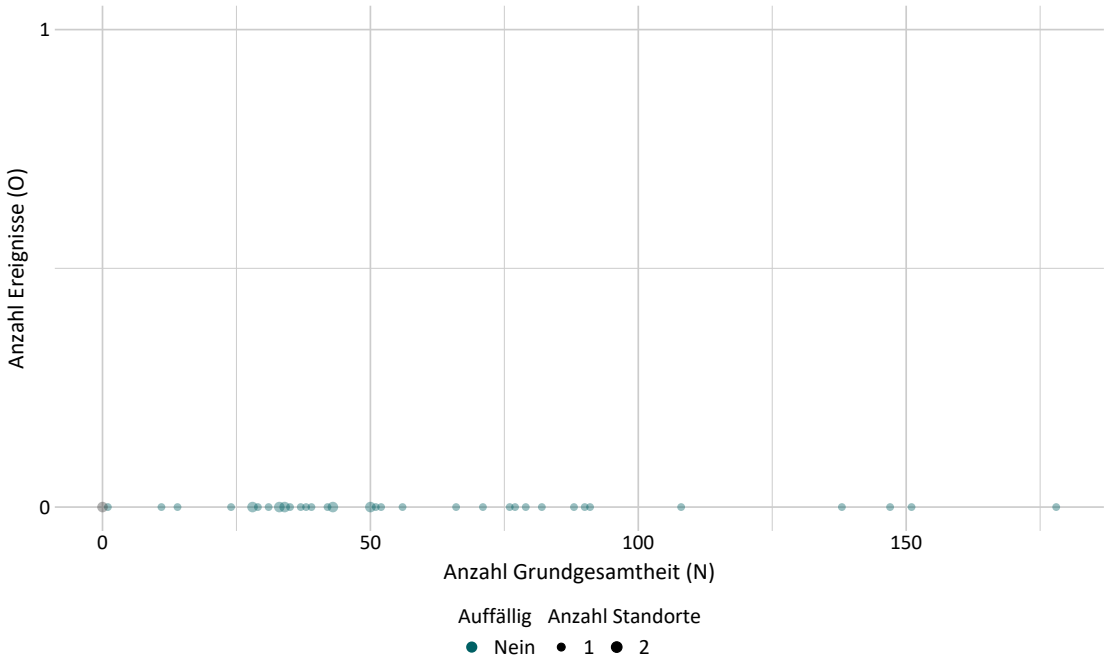
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-) Sterblichkeits-QIs und -Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) 572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation 572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation 572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)

Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Nieren-, Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2025 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

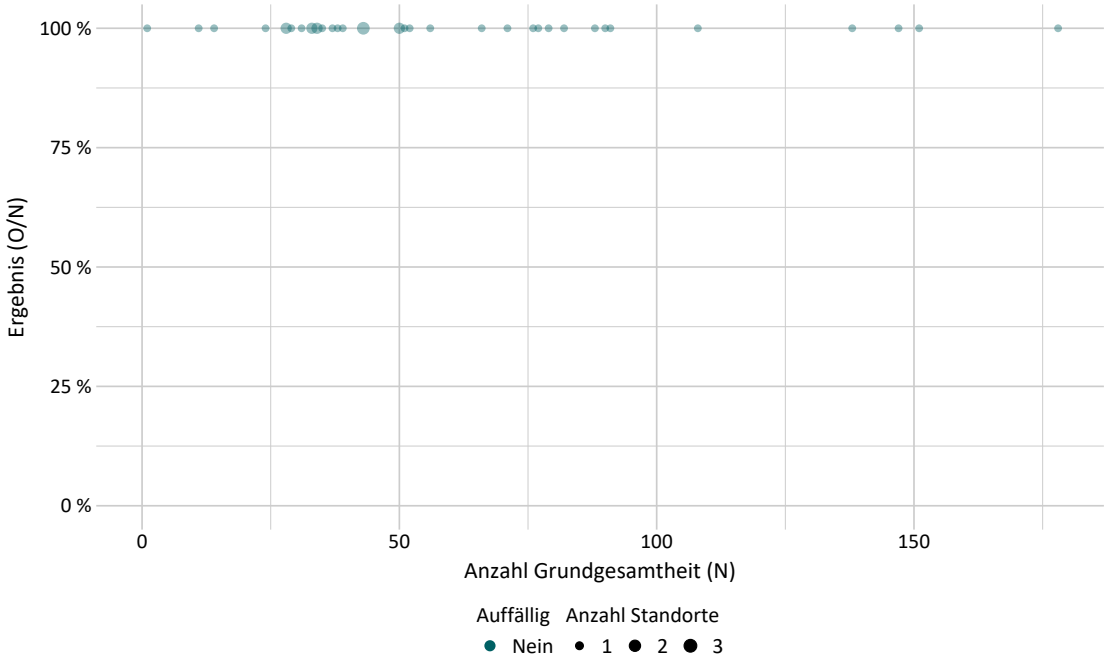
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 2.278	0,00	0,00 % 0 / 38

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850255: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	0	100,00	100,00	100,00

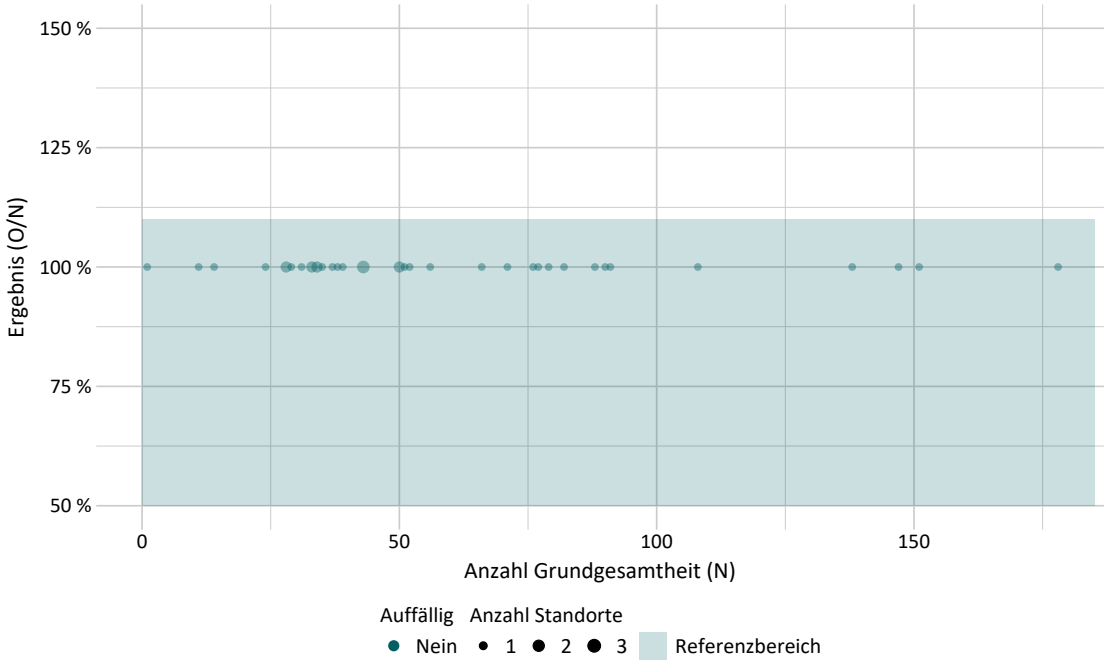
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.279 / 2.279	100,00	0,00 % 0 / 38

850256: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572016: Intra- oder postoperative Komplikationen 572017: Sterblichkeit im Krankenhaus 572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung 572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung 572036: Sterblichkeit im Krankenhaus 572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 572047: Entfernung des Pankreastransplantats
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	0	100,00	100,00	100,00

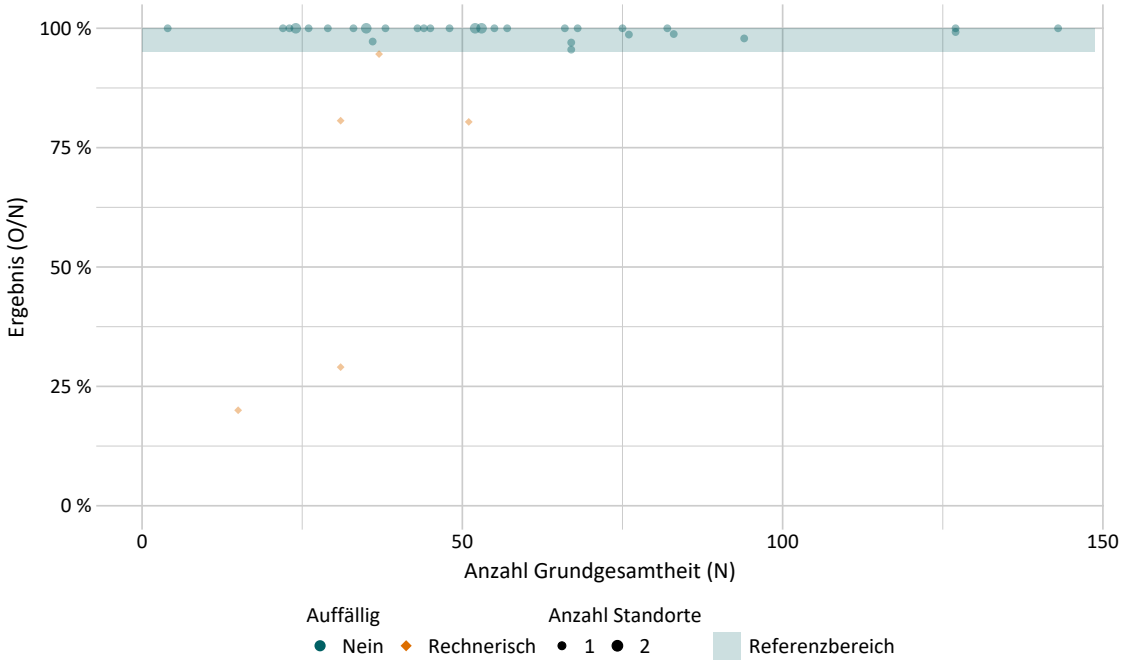
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.279 / 2.279	100,00	0,00 % 0 / 38

850278: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation 572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation 572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Nieren-, Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	39	5	20,00	100,00	100,00

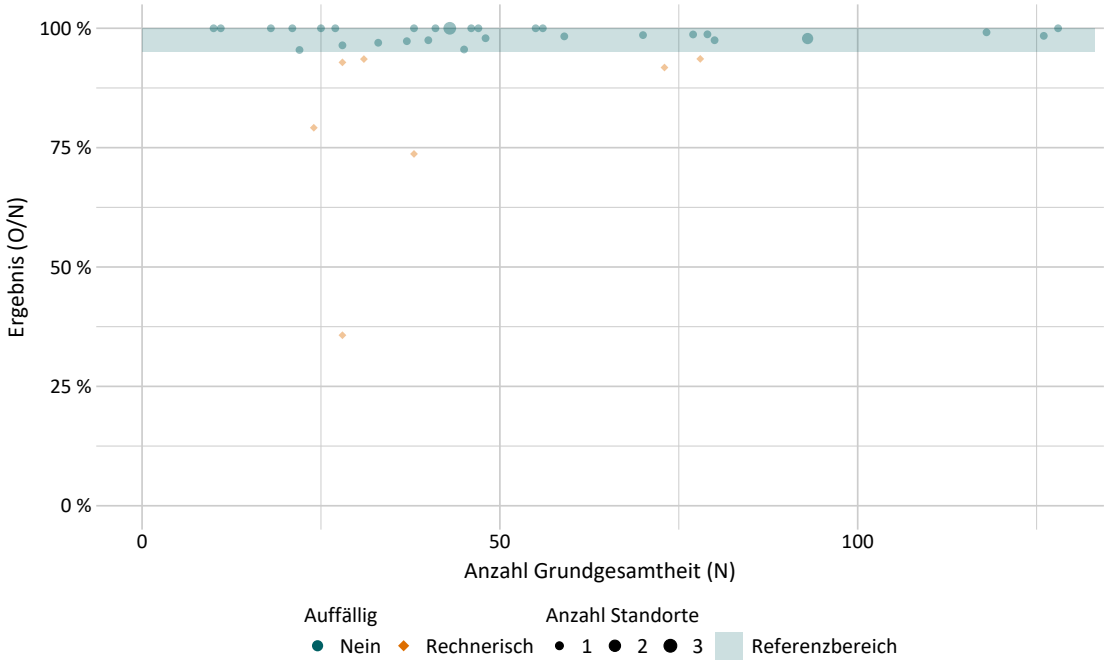
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.008 / 2.071	96,96	12,82 % 5 / 39

850279: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation 572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Nieren-, Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	39	7	35,71	100,00	98,57

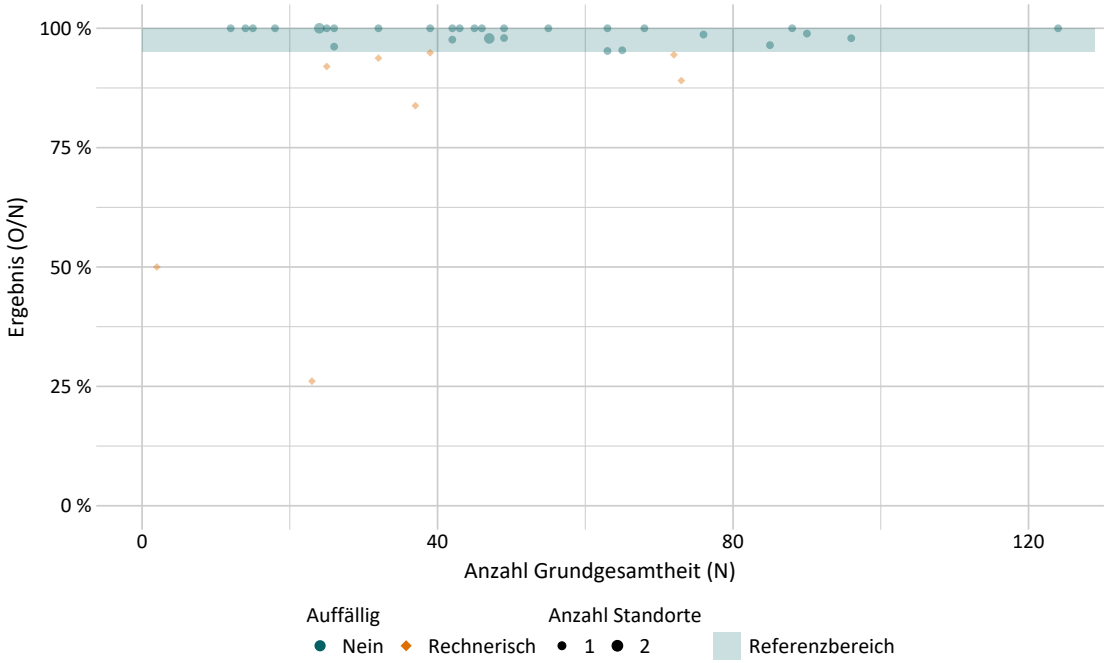
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	1.931 / 2.000	96,55	17,95 % 7 / 39

850280: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation 572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation 572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation 572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Nieren-, Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	39	8	26,09	100,00	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	1.781 / 1.841	96,74	20,51 % 8 / 39

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Transplantationsmedizin

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Transplantationsmedizin*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 7
Abkürzungsverzeichnis 12
1 Hintergrund 14
Herztransplantationen 28
2 Einordnung der Ergebnisse 29
2.1 Datengrundlage 29
2.1.1 Überblick 29
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 29
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren 30
2.2.1 Überblick 30
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 31
2.2.3 Detailergebnisse 33
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 38
2.3.1 Überblick 38
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 38
2.3.3 Detailergebnisse 41
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 45
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 45
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 47
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen 49
2 Einordnung der Ergebnisse 50
2.1 Datengrundlage 50
2.1.1 Überblick 50
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 50
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 51
2.2.1 Überblick 51
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 52
2.2.3 Detailergebnisse 55
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 65

2.3.1 Überblick ... 65
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse ... 65
2.3.3 Detailergebnisse ... 67
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen ... 70
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren ... 70
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) ... 73
Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen ... 75
2 Einordnung der Ergebnisse ... 76
2.1 Datengrundlage ... 76
2.1.1 Überblick ... 76
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten ... 76
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren ... 77
2.2.1 Überblick ... 77
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse ... 78
2.2.3 Detailergebnisse ... 80
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens ... 83
2.3.1 Überblick ... 83
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse ... 83
2.3.3 Detailergebnisse ... 87
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen ... 91
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren ... 91
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) ... 93
Lebertransplantationen ... 95
2 Einordnung der Ergebnisse ... 96
2.1 Datengrundlage ... 96
2.1.1 Überblick ... 96
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten ... 96
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren ... 97
2.2.1 Überblick ... 97
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse ... 98

2.2.3 Detailergebnisse 101
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 108
2.3.1 Überblick 108
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 108
2.3.3 Detailergebnisse 112
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 116
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 116
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 118
Leberlebendspenden 120
2 Einordnung der Ergebnisse 121
2.1 Datengrundlage 121
2.1.1 Überblick 121
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 121
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren 122
2.2.1 Überblick 122
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 123
2.2.3 Detailergebnisse 127
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 134
2.3.1 Überblick 134
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 135
2.3.3 Detailergebnisse 139
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 143
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 143
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 145
Nierenlebendspenden 147
2 Einordnung der Ergebnisse 148
2.1 Datengrundlage 148
2.1.1 Überblick 148
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 148

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren 149
2.2.1 Überblick 149
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 150
2.2.3 Detailergebnisse 154
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 162
2.3.1 Überblick 162
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 162
2.3.3 Detailergebnisse 166
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 171
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 171
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 173
4 Evaluation 175
5 Ausblick 177

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – TX-HTX 19
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – TX-LUTX 19
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – TX-LTX 19
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – TX-MKU 20
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – TX-LLS 22
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – TX-NLS 23
Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-HTX 25
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-LUTX 25
Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-LTX 25
Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-LLS 26
Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-NLS 26
Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-MKU 27
Tabelle 13: Zählleistungsbereich Herztransplantation (AJ 2026, EJ 2025) - TX-HTX 29
Tabelle 14: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - TX-HTX 31
Tabelle 15: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-HTX 32
Tabelle 16: QI 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus 33
Tabelle 17: QI 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 34
Tabelle 18: QI 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 34
Tabelle 19: QI 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 35
Tabelle 20: QI 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation 36
Tabelle 21: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-HTX 38
Tabelle 22: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-HTX 39
Tabelle 23: AK 850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation) 41
Tabelle 24: AK 850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation) 41
Tabelle 25: AK 850257: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 42
Tabelle 26: AK 850258: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 42
Tabelle 27: AK 850259: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 43
Tabelle 28: AK 852310: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen 44
Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-HTX 45
Tabelle 30: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-HTX 47
Tabelle 31: Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen (AJ 2026, EJ 2025) - TX-MKU 50

Tabelle 32: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - TX-MKU 52
Tabelle 33: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-MKU 54
Tabelle 34: QI 251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems 55
Tabelle 35: QI 251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens 58
Tabelle 36: QI 52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD 58
Tabelle 37: TKez 52386: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD 59
Tabelle 38: TKez 52387: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH 59
Tabelle 39: QI 52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD 61
Tabelle 40: TKez 52389: Sepsis bei Implantation eines BiVAD 61
Tabelle 41: TKez 52390: Sepsis bei Implantation eines TAH 62
Tabelle 42: QI 52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD 63
Tabelle 43: TKez 52392: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD 64
Tabelle 44: TKez 52393: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH 64
Tabelle 45: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-MKU 65
Tabelle 46: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-MKU 66
Tabelle 47: AK 850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) 67
Tabelle 48: AK 850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) 67
Tabelle 49: AK 851807: Angabe von VA-ECMO bei Systemart 68
Tabelle 50: AK 852311: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen 69
Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-MKU 70
Tabelle 52: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-MKU 73
Tabelle 53: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - TX-LUTX 76
Tabelle 54: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - TX-LUTX 78
Tabelle 55: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-LUTX 79
Tabelle 56: QI 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus 80
Tabelle 57: QI 12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 80
Tabelle 58: QI 12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 81
Tabelle 59: QI 12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 81
Tabelle 60: QI 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation 82
Tabelle 61: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-LUTX 83

Tabelle 62: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-LUTX 85
Tabelle 63: AK 850245: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 87
Tabelle 64: AK 850246: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 87
Tabelle 65: AK 850266: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 88
Tabelle 66: AK 850267: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 88
Tabelle 67: AK 850268: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 88
Tabelle 68: AK 852314: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen 90
Tabelle 69: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LUTX 91
Tabelle 70: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LUTX 93
Tabelle 71: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - TX-LTX 96
Tabelle 72: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - TX-LTX 98
Tabelle 73: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-LTX 99
Tabelle 74: QI 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 101
Tabelle 75: QI 2097: Tod durch operative Komplikationen 102
Tabelle 76: QI 2133: Postoperative Verweildauer 102
Tabelle 77: QI 272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation 104
Tabelle 78: QI 12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 104
Tabelle 79: QI 12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 105
Tabelle 80: QI 12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 105
Tabelle 81: QI 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation 107
Tabelle 82: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-LTX 108
Tabelle 83: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-LTX 110
Tabelle 84; AK 850243: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 112
Tabelle 85: AK 850244: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 112
Tabelle 86: AK 850263: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 113
Tabelle 87: AK 850264: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 113
Tabelle 88: AK 850265: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 113
Tabelle 89: AK 852313: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen 114
Tabelle 90: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LTX 116
Tabelle 91: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LTX 118
Tabelle 92: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - TX-LLS 121
Tabelle 93: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - TX-LLS 123

Tabelle 94: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-LLS 125
Tabelle 95: QI 2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 127
Tabelle 96: QI 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende 127
Tabelle 97: QI 12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 128
Tabelle 98: QI 12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 128
Tabelle 99: QI 12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 129
Tabelle 100: QI 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 130
Tabelle 101: QI 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 130
Tabelle 102: QI 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 131
Tabelle 103: QI 12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 131
Tabelle 104: QI 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) 132
Tabelle 105: QI 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) 132
Tabelle 106: QI 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende) 133
Tabelle 107: QI 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 133
Tabelle 108: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-LLS 135
Tabelle 109: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-LLS 136
Tabelle 110: AK 850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 139
Tabelle 111: AK 850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 139
Tabelle 112: AK 850260: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 140
Tabelle 113: AK 850261: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 140
Tabelle 114: AK 850262: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 140
Tabelle 115: AK 852312: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden 141
Tabelle 116: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LLS 143
Tabelle 117: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LLS 145
Tabelle 118: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - TX-NLS 148
Tabelle 119: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - TX-NLS 150

Tabelle 120: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-NLS 152
Tabelle 121: QI 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 154
Tabelle 122: QI 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende 154
Tabelle 123: QI 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich 155
Tabelle 124: QI 12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 155
Tabelle 125: QI 12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 156
Tabelle 126:QI 12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 156
Tabelle 127: QI 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 157
Tabelle 128: QI 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 157
Tabelle 129: QI 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) 158
Tabelle 130: QI 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 158
Tabelle 131: QI 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 159
Tabelle 132: QI 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 159
Tabelle 133: QI 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 160
Tabelle 134: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-NLS 162
Tabelle 135: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-NLS 163
Tabelle 136: AK 850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 166
Tabelle 137: AK 850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 166
Tabelle 138: AK 850269: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 167
Tabelle 139: AK 850270: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 167
Tabelle 140: AK 850271: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 167
Tabelle 141: AK 852315: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden 169
Tabelle 142: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-NLS 171
Tabelle 143: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-NLS 173

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BiVAD	biventrikuläres Herzunterstützungssystem (*biventricular assist device*)
BQB	Bundesqualitätsbericht
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
E	erwartete Anzahl an Ereignissen (*expected*)
ECLS	extrakorporale Lebenserhaltung (*extracorporeal life support*)
ECMO	extrakorporale Membranoxygenierung (*extracorporeal membrane oxygenation*)
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EJ	Erfassungsjahr
ET-Nummer	Eurotransplant-Nummer
FU	Follow-up
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LVAD	linksventrikuläres Herzunterstützungssystem (*left ventricular assist device*)
M&M-Konferenz	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz
MDS	Minimaldatensatz
N	Grundgesamtheit
n. a.	nicht anwendbar
O	Anzahl der beobachteten Zählerereignisse (*observed*)
OP	Operation
QI	Qualitätsindikator
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QS NET	Qualitätssicherungsverfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*
QS TX	Qualitätssicherungsverfahren *Transplantationsmedizin*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht

Abkürzung	Bedeutung
RVAD	rechtsventrikuläres Herzunterstützungssystem (*right ventricle assist device*)
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SOP	Standardvorgehensweise (*Standard Operating Procedure*)
STNV	Stellungnahmeverfahren
TAH	Kunstherz (*total artificial heart*)
TKez	Transparenzkennzahl
TX-HTX	Auswertungsmodul *Herztransplantationen*
TX-LLS	Auswertungsmodul *Leberlebendspenden*
TX-LTX	Auswertungsmodul *Lebertransplantationen*
TX-LUTX	Auswertungsmodul *Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen*
TX-MKU	Auswertungsmodul *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen*
TX-NLS	Auswertungsmodul *Nierenlebendspenden*
VAD	Herzunterstützungssystem (*ventricular assist device*)
VA-ECMO	veno-arterielle extrakorporale Membranoxygenierung (*extracorporal membrane oxygenation*)

1 Hintergrund

Das QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* (*QS TX*) zielt auf die Verbesserung von transplantationsmedizinischen Eingriffen und das Erreichen von Behandlungszielen. Darüber hinaus sollen Komplikationen während und nach den Eingriffen reduziert, Folgeerkrankungen vermieden und die Indikationsstellung bei der Implantation von Herzunterstützungssystemen verbessert werden. Das Verfahren *QS TX* in seiner derzeitigen Form startete am 1. Januar 2020 im Rahmen der DeQS-RL. Zuvor waren die einzelnen Auswertungsmodule als separate QS-Verfahren nach der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) geregelt. Das Verfahren *QS TX* setzt sich aus den Auswertungsmodulen

- *Herztransplantationen* (*TX-HTX*)
- *Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen* (*TX-MKU*)
- *Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen* (*TX-LUTX*)
- *Lebertransplantationen* (*TX-LTX*)
- *Leberlebendspenden* (*TX-LLS*) und
- *Nierenlebendspenden* (*TX-NLS*)

zusammen.

Im Vergleich zu anderen QS-Verfahren umfasst die Transplantationsmedizin nur wenige Fälle pro Jahr und Leistungserbringer. Eingriffe bei Patientinnen und Patienten auf der Warteliste müssen aufgrund der Abhängigkeit von Organangeboten mit kurzem Vorlauf durchgeführt werden. Die DeQS-RL legt aufgrund der Seltenheit und Unvorhersehbarkeit der Eingriffe sowie des Ortes dieser Ereignisse eine Vollerhebung fest. Diese schließt auch Minderjährige und privat versicherte Patientinnen und Patienten ein.

Herztransplantationen (*TX-HTX*)

Das Auswertungsmodul *TX-HTX* bezieht sich auf Patientinnen und Patienten, bei denen eine Herztransplantation durchgeführt wurde. Diese stellt eine Möglichkeit zur Therapie bei vorliegender fortgeschrittener Herzinsuffizienz dar, nachdem andere medikamentöse und operative Therapien einer sehr eingeschränkten Pumpfunktion des Herzens ausgeschöpft wurden.

Herztransplantationen sind häufig die letzte Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit einer Herzinsuffizienz. Ohne diese hätten die Patientinnen und Patienten per se nur noch eine geringe Überlebenszeit. Bei einer Herztransplantation handelt es sich um ein etabliertes Behandlungsverfahren, das jedoch sehr komplex und mit vielen Risiken verbunden ist – insbesondere mit dem Risiko des Versterbens der Patientinnen und Patienten oder einer Organabstoßung. Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können diese Risiken zwar nicht gänzlich verhindert, aber zumindest erheblich reduziert werden. Für Patientinnen und Patienten hat die Qualität im Versorgungsprozess somit einen unmittelbaren Einfluss auf ihr Überleben. Aus diesem Grund fokussiert das QS-Verfahren im Bereich der Herztransplantationen in erster Linie auf das Überleben der Patientinnen und Patienten. Mit Indikatoren zur Sterblichkeit

im Krankenhaus, zum Überleben und zum Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation werden somit zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen. Bei der Betrachtung der Gesamtqualität ist zudem die Qualität und die Auswahl der Voruntersuchungen sowie die Einordnung dieser Ergebnisse für die Indikationsstellung bei Empfängerpatientinnen und -patienten (Evaluationsqualität) entscheidend.

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (*TX-MKU*)

Das Auswertungsmodul *TX-MKU* bezieht sich auf Patientinnen und Patienten, bei denen ein permanentes Herzunterstützungssystem bzw. Kunstherz implantiert wurde. Diese dienen der Unterstützung des Herzens bei einer verminderten Pumpfunktion. Sie stellen dabei eine Möglichkeit zur Therapie bei vorliegender fortgeschrittener Herzinsuffizienz dar, nachdem andere medikamentöse und operative Therapien ausgeschöpft wurden. Permanente Herzunterstützungssysteme waren ursprünglich zur Überbrückung der mehr oder weniger langen Wartezeit bis zu einer Herztransplantation entwickelt worden („bridging"). Sie gewinnen nun aber immer mehr an Bedeutung, da sie sowohl als vorübergehende Unterstützung dienen als auch die endgültige Therapieoption („destination therapy") darstellen, wenn eine Transplantation medizinisch nicht oder nicht mehr möglich ist. Inzwischen werden diese Systeme frühzeitiger eingesetzt, um irreversiblen Schäden an anderen Organen (z. B. Nieren, Leber) als Folge der Herzinsuffizienz vorzubeugen. Unterschieden wird zwischen folgenden Systemen:

- linksventrikuläres Herzunterstützungssystem (*left ventricular assist device*, LVAD): unterstützt die Funktion der linken Herzkammer und pumpt das Blut von der linken Herzkammer in die Aorta, es ist das am häufigsten implantierte System
- rechtsventrikuläres Herzunterstützungssystem (*right ventricular assist device*, RVAD): unterstützt die Funktion der rechten Herzkammer und pumpt das Blut von der rechten Herzkammer in die Lungenarterie
- biventrikuläres Herzunterstützungssystem (*biventricular assist device*, BiVAD): unterstützt die Funktion beider Herzkammern
- Kunstherz (*total artificial heart*, TAH): vollständiger künstlicher Ersatz des Herzens

Die Entscheidung, ob und unter welchen Bedingungen Patientinnen und Patienten von einem Herzunterstützungssystem profitieren, ist in der Praxis oftmals schwierig und nicht zuletzt auch unter Expertinnen und Experten Gegenstand von Diskussionen. Zielgenaue Kriterien hierfür und ob die damit verbundenen Risiken einem adäquaten Nutzen für die Patientinnen und Patienten gegenüberstehen, lassen sich nur schwer identifizieren. Daher ist für jede Patientin und jeden Patienten das individuelle Risiko, nach dem Eingriff zu versterben bzw. schwerste Komplikationen zu entwickeln, bei der Entscheidung für oder gegen das Einsetzen eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens ausreichend zu berücksichtigen. Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können diese Risiken zwar nicht verhindert, aber doch zumindest reduziert werden.

Das Indikatorenset des Auswertungsmoduls *TX-MKU* fokussiert auf die Sterblichkeit im Krankenhaus, auf das Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens sowie auf Komplikationen (neurologische Komplikationen, Sepsis und Fehlfunktion des Systems) bei der Implantation. Damit werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Indikationsstellung, die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe, die Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen, die Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen sowie die Verringerung von Folgeerkrankungen.

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

Eine Transplantation (von Teilen) der Lunge bzw. der Lunge in Kombination mit einer Transplantation des Herzens, wie im Auswertungsmodul *TX-LUTX*, kommt aufgrund der Schwere des Eingriffs nur dann infrage, wenn es keine anderen Therapieoptionen für die bestehenden Erkrankungen gibt und die Patientin bzw. der Patient ohne diese Transplantation eine nur noch geringe Lebenserwartung hätte. Insbesondere die Durchführung einer kombinierten Herz-Lungen-Transplantation stellt aufgrund ihrer Komplexität durch die Wechselwirkung der beiden abhängigen Organsysteme sowie deren Konditionierung ein besonders seltenes Ereignis dar.

Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können Risiken des postoperativen Versterbens und von Komplikationen zwar nicht verhindert, aber doch zumindest reduziert werden. Für Patientinnen und Patienten hat die Qualität im Versorgungsprozess somit einen unmittelbaren Einfluss auf ihr Überleben. Bösartige Erkrankungen sowie das Vorliegen weiterer, schwerer Erkrankungen anderer Organe sprechen gegen einen solchen Eingriff.

Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, zum Überleben und zum Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen. Bei der Betrachtung der Gesamtqualität ist zudem die Qualität und die Auswahl der Voruntersuchungen, sowie die Einordnung dieser Ergebnisse für die Indikationsstellung bei Empfängerpatientinnen und -patienten (Evaluationsqualität) entscheidend.

Lebertransplantationen (*TX-LTX*)

Im Auswertungsmodul *TX-LTX* werden sowohl Transplantationen der gesamten Leber als auch Transplantationen betrachtet, bei denen nur ein Teil des Organs transplantiert wird. Letzteres ist immer dann der Fall, wenn es sich um das Organ einer Lebendspenderin bzw. eines Lebendspenders handelt, kann aber auch dann erfolgen, wenn die Leber eines verstorbenen Menschen geteilt und zur Versorgung von zwei Patientinnen und Patienten verwendet wird (Split-Lebertransplantation). Das hier besprochene Auswertungsmodul bezieht sich ausschließlich auf die Organempfängerinnen und -empfänger – im Gegensatz zum Auswertungsmodul *TX-LLS*, das den lebenden Organspenderinnen und Organspendern gilt.

Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, dem Tod durch operative Komplikationen, der postoperativen Verweildauer, intra- und postoperativen Komplikationen, dem Überleben sowie

dem Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe und das Erreichen von Behandlungszielen, die Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen, die Verringerung von Folgeerkrankungen und dem Tod durch operative Komplikationen sowie der postoperativen Verweildauer.

Leberlebendspenden (*TX-LLS*)

Im Auswertungsmodul *TX-LLS* werden Patientinnen und Patienten betrachtet, denen ein Teil der Leber für eine Leberlebendspende entnommen wird. Möglich ist dies zum einen dadurch, dass etwa ein Drittel der Leber bei gesunden Menschen ausreicht, um alle notwendigen Funktionen zu erfüllen. Für die Spendenden besteht daher auch nach der Entnahme in der Regel kein dauerhafter gesundheitlicher Nachteil. Zum anderen besitzt die Leber erstaunliche regenerative Fähigkeiten, die nach der Entnahme dafür sorgen, dass die Leber wieder auf etwa die ursprüngliche Größe anwächst.

Die Indikation für eine Leberlebendspende ergibt sich daraus, dass eine nahestehende Person der möglichen Lebendspenderin / des möglichen Lebendspenders eine neue Leber benötigt, jedoch kein passendes, postmortal gespendetes Organ rechtzeitig oder zeitnah zur Verfügung steht. In diesen Fällen bietet die Lebendspende eine Therapiemöglichkeit.

Die Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-LLS* beziehen sich ausschließlich auf die Lebendspenderinnen und Lebendspender. Bei der Lebendspende soll durch sorgfältige Evaluation der spendenden Person vor dem Eingriff und durch bestmögliche Qualität der medizinischen Versorgung während und nach der Lebendspende ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden. Es gilt, jede Komplikation für die Lebendspenderinnen und Lebendspender zu vermeiden.

Mit Indikatoren zum Überleben, der Leberfunktion und der Notwendigkeit einer Lebertransplantation während des Krankenhausaufenthalts oder in den Jahren nach der Leberlebendspende (Follow-up) sowie zu behandlungsbedürftigen Komplikationen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen. Im Bereich der Lebendspenden sind evtl. eintretende Ereignisse jedoch äußerst selten und bereits im Einzelfall höchstkritisch zu betrachten. Der Fokus liegt daher darauf, solche Ereignisse zu vermeiden und bei Eintreten im Stellungnahmeverfahren schnell aufzugreifen.

Nierenlebendspende (*TX-NLS*)

Im Auswertungsmodul *TX-NLS* werden Patientinnen und Patienten betrachtet, denen eine Niere zum Zweck der Nierenlebendspende entnommen wird. Dies ist möglich, da die zweite verbleibende Niere die Funktion bei gesunden Menschen in ausreichendem Maß übernehmen kann. Mit der „Einnierigkeit" des Spenders sind allerdings potenzielle Risiken für die Spenderin bzw. den Spender verbunden (Bluthochdruck, Proteinurie, Nierenfunktionseinschränkung durch andere Komorbiditäten), weswegen die Spenderin bzw. der Spender zu einer Nachsorge verpflichtet ist.

Die Indikation für eine Nierenlebendspende ergibt sich daraus, dass eine nahestehende Person der möglichen Lebendspenderin / des möglichen Lebendspenders eine neue Niere benötigt, jedoch kein passendes, postmortal gespendetes Organ rechtzeitig oder zeitnah zur Verfügung steht. In diesen Fällen bietet die Lebendspende eine Therapiemöglichkeit.

Die Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-NLS* beziehen sich ausschließlich auf die Lebendspenderinnen und Lebendspender. Bei der Lebendspende soll durch sorgfältige Evaluation der spendenden Person vor dem Eingriff und durch bestmögliche Qualität der medizinischen Versorgung während und nach der Lebendspende ein Höchstmaß an Sicherheit für die Lebendspenderinnen und Lebendspender erreicht werden. Es gilt, jede Komplikation und nachteilige Folge für die Lebendspenderinnen und Lebendspender zu vermeiden.

Mit Indikatoren zum Überleben, der Nierenfunktion und der Notwendigkeit einer Dialysetherapie während des Krankenhausaufenthalts oder in den Jahren nach der Nierenlebendspende (Follow-up) sowie zu Komplikationen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen. Im Bereich der Lebendspenden sind evtl. eintretende Ereignisse jedoch äußerst selten und bereits im Einzelfall höchstkritisch zu betrachten. Der Fokus liegt daher darauf, solche Ereignisse zu vermeiden und bei Eintreten im Stellungnahmeverfahren schnell aufzugreifen.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Herztransplantationen (TX-HTX), Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX) und Lebertransplantationen (TX-LTX)

Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID *TX-HTX* 2157, *TX-LUTX* 2155 und *TX-LTX* 2096) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Krankenhaus während der Operation oder des sich anschließenden stationären Aufenthalts versterben. Da auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, mit der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen kann, wird das Überleben auch in den drei Jahren nach der Operation betrachtet (IDs *TX-HTX* 12253, 12269 und 12289; *TX-LUTX* 12397, 12413 und 12433; *TX-LTX* 12349, 12365 und 12385). Die Qualität der Nachsorgestruktur und die Durchführung der Nachsorge werden im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID *TX-HTX* 252300, *TX-LUTX* 282300; *TX-LTX* 272400) abgebildet. Zum Auswertungsjahr 2026 erfolgte eine Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator. Bisher wurden Fälle, zu denen keine Follow-up-Dokumentation übermittelt wurde, sowohl in diesem Indikator als auch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-Follow-up einbezogen (IDs *TX-HTX* 850239, 850240 und 850257; *TX-LUTX* 850266, 850267 und 850268; *TX-LTX* 850263, 850264 und 850265). Dies führte dazu, dass diese Fälle das Ergebnis beider Kennzahltypen beeinflussten und im Stellungnahmeverfahren gegebenenfalls doppelt adressiert wurden. Durch die Anpassung der Rechenregel werden diese Fälle zukünftig nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den Auffälligkeitskriterien.

Im Auswertungsmodul *TX-LTX* werden zusätzlich Todesfälle betrachtet, bei denen die Organempfängerin oder der Organempfänger am Tag oder am Folgetag des Eingriffs verstirbt. In der Regel sind in diesen Fällen operative Komplikationen die Ursache des Versterbens (ID *TX-LTX* 2097). Als Surrogat für das Auftreten von postoperativen Komplikationen wird der Indikator „Postoperative Verweildauer" (ID *TX-LTX* 2133) ausgewertet. Es wird davon ausgegangen, dass bei Patientinnen und Patienten mit langer postoperativer Verweildauer kein normaler postoperativer Verlauf vorliegt. Ausgenommen sind in diesem Indikator Kinder unter 7 Jahren, da bei diesen eine lange postoperative Verweildauer auch bei normalem Verlauf indiziert sein kann.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – TX-HTX

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation	QS-Dokumentation	2025

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – TX-LUTX

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	QS-Dokumentation	2025

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – TX-LTX

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2097	Tod durch operative Komplikationen	QS-Dokumentation	2025
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungs-jahr
272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation	QS-Dokumentation	2025
2133	Postoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2025
272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	QS-Dokumentation	2025

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU)

Der Qualitätsindikator „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (ID 251801) soll prüfen, wie hoch die Sterbewahrscheinlichkeit nach einer solchen Implantation innerhalb eines Krankenhauses im Durchschnitt ist. Die im Indikator berücksichtigte Sterbewahrscheinlichkeit wird hierbei fallweise geschätzt. Dies geschieht auf Basis von bestimmten Risikofaktoren, die bei den Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses vorliegen und im Rahmen der QS-Dokumentation erfasst werden (z. B. das Alter der Patientinnen und Patienten sowie die Art des eingesetzten Systems). Zusätzlich wird auch die Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 251800) betrachtet. Um diesbezüglich einen fairen Vergleich zwischen einzelnen Krankenhäusern zu ermöglichen, wird der Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 251800) risikoadjustiert ausgewertet. Die Indikatoren und Kennzahlen zu neurologischen Komplikationen (IDs 52385, 52386 und 52387), zu Sepsis (IDs 52388, 52389 und 52390) sowie zur Fehlfunktion des Systems (IDs 52391, 52392 und 52393) erfassen das Auftreten von Komplikationen bei bzw. nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens. Dabei ist jeweils für die Indikatoren, die Patientinnen und Patienten mit Implantation eines LVAD betrachten, ein Referenzbereich festgelegt. Für die Kennzahlen, die Patientinnen und Patienten mit Implantation eines BiVAD oder eines TAH betrachten, ist hingegen derzeit aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen und daher schwieriger statistischer Einordnung kein Referenzbereich festgelegt.

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – TX-MKU

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QS-Dokumentation	2025
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QS-Dokumentation	2025
52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD*	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QS-Dokumentation	2025
52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD*	QS-Dokumentation	2025
52390	Sepsis bei Implantation eines TAH*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QS-Dokumentation	2025
52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD*	QS-Dokumentation	2025
52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH*	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Leberlebendspenden (TX-LLS) und Nierenlebendspenden (TX-NLS)

Die Indikatoren in den Auswertungsmodulen *TX-LLS* und *TX-NLS* beziehen sich sowohl auf auftretende intra- und postoperative (behandlungsbedürftige) Komplikationen (ID *TX-LLS* 2128, *TX-NLS* 51567) als auch auf die Erfassung der Sterblichkeit im Krankenhaus (ID *TX-LLS* 2125, *TX-NLS* 2137) bzw. die Überlebensraten der Lebendspenderinnen und Lebendspender im Langzeitverlauf (IDs *TX-LLS* 12296 und 12308, *TX-NLS* 12440 und 12452). Kommt es im Anschluss an eine Organspendeoperation tatsächlich zum Versterben einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders, soll dies unmittelbar dem IQTIG zur Überprüfung gemeldet werden, um eine sorgfältige Ursachenanalyse durchführen zu können.

Aufgrund der bestehenden besonderen Pflicht der transplantierenden Einrichtung zur Nachsorge der Lebendspenderinnen und Lebendspender wird die Qualität der Nachsorgestruktur und deren Durchführung im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" (ID *TX-LLS* 262300, *TX-NLS* 292300) ausgewertet, in dem der unbekannte Überlebensstatus der Lebendspenderinnen und Lebendspender innerhalb von drei Jahren nach Lebendspende erfasst wird. Zum Auswertungsjahr 2026 erfolgte eine Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator. Bisher wurden Fälle, zu denen keine Follow-up-Dokumentation übermittelt wurde, sowohl in diesem Indikator als auch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-Follow-ups einbezogen (IDs *TX-LLS* 850260, 850261 und 850262; *TX-NLS* 850257, 850258 und 850259). Dies führte dazu, dass diese Fälle das Ergebnis beider Kennzahltypen beeinflussten und im Stellungnahmeverfahren gegebenenfalls doppelt adressiert wurden. Durch die Anpassung der Rechenregel werden diese Fälle ab diesem Auswertungsjahr nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den Auffälligkeitskriterien.

Darüber hinaus wird im Modul *TX-LLS* betrachtet, ob in den drei Jahren nach der Transplantation (inklusive des stationären Aufenthalts) eine Lebertransplantation bei der Lebendspenderin oder dem Lebendspender erforderlich ist (IDs 2127, 12549, 12561 und 12577) oder ob die Funktion der Leber der spendenden Person in den drei Jahren nach der Transplantation beeinträchtigt ist (IDs 12609 und 12613). Äquivalent wird im Modul *TX-NLS* die Nierenfunktion der spendenden Person im Anschluss an den Eingriff betrachtet. So überprüft der Indikator „Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich" (ID 2138), ob die Lebendspenderin oder der Lebendspender zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus dialysepflichtig ist. Des Weiteren wird im Verlauf der drei Jahre nach der Transplantation im Rahmen eines Follow-up geprüft, ob eine eingeschränkte Nierenfunktion besteht (IDs 12636 und 12640) bzw. ob eine sogenannte Albuminurie auftritt, bei der bestimmte Proteine im Urin ausgeschieden werden (IDs 51997 und 51998). Eine Albuminurie ist ein indirekter Parameter, der als Hinweis auf eine mögliche Einschränkung der Funktion der verbliebenen Niere der spendenden Person dienen kann. Allerdings kann eine Albuminurie auch Ausdruck z. B. eines neu aufgetretenen Bluthochdrucks sein, der nicht im Kontext oder der Folge der Lebendspende stehen muss und vom Krankenhaus zumindest initial nicht beeinflussbar ist. Da der Gesundheitszustand der Lebendspenderinnen und Lebendspender oberste Priorität haben muss, sind alle Qualitätsindikatoren als sogenannte Sentinel-Event-Indikatoren definiert. Das bedeutet, dass jedes aufgetretene Ereignis im Stellungnahmeverfahren hinsichtlich qualitativer Mängel überprüft wird.

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – TX-LLS

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	QS-Dokumentation	2025
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QS-Dokumentation	2025
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QS-Dokumentation	2025
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QS-Dokumentation	2025
262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QS-Dokumentation	2025
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QS-Dokumentation	2025
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungs-jahr
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QS-Dokumentation	2025
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QS-Dokumentation	2025
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	QS-Dokumentation	2025
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	QS-Dokumentation	2025
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	QS-Dokumentation	2025

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – TX-NLS

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungs-jahr
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2025
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2025
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2025
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2025
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2025
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QS-Dokumentation	2025
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	QS-Dokumentation	2025
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	QS-Dokumentation	2025
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	QS-Dokumentation	2025
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungs-jahr
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2025
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QS-Dokumentation	2025

Auffälligkeitskriterien

Herztransplantationen (TX-HTX), Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX), Lebertransplantationen (TX-LTX), Leberlebendspenden (TX-LLS) und Nierenlebendspenden (TX-NLS)

In den Auswertungsmodulen *TX-HTX*, *TX-LUTX*, *TX-LTX*, *TX-LLS* und *TX-NLS* gibt es jeweils ein Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit und fünf zur Vollzähligkeit.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes" (IDs *TX-HTX* 8502310; *TX-LUTX* 852314; *TX-LTX* 852313; *TX-LLS* 852312; *TX-NLS* 852315) der Kategorie „Plausibilität und Vollständigkeit" betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund" dokumentiert wurde. Die Berechnungsergebnisse des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID *TX-HTX* 2157; *TX-LUTX* 2155; *TX-LTX* 2096; *TX-LLS* 2125; *TX-NLS* 2137), Tod durch operative Komplikationen (ID *TX-LTX* 2097), der Follow-up-Indikatoren zur Sterblichkeit (IDs *TX-HTX* 12253; 12269; 12289; *TX-LUTX* 12397; 12413; 12433; *TX-LTX* 12349; 12365; 12385; *TX-LLS* 12296; 12308; 12324; *TX-NLS* 12440; 12452; 12468) sowie des Indikators zum Follow-up-Status (IDs *TX-HTX* 252300; *TX-LUTX* 282300; *TX-LTX* 272300, *TX-LLS* 262300; *TX-NLS* 292300) beruhen auf der Angabe des Todes als Entlassungsgrund. Dieses Auffälligkeitskriterium wurde eingeführt, da das Ergebnis dieser Indikatoren – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl – verfälscht würde, wenn ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation (IDs *TX-HTX* 850239; *TX-LUTX* 850245; *TX-LTX* 850243, *TX-LLS* 850241; *TX-NLS* 850247) und Überdokumentation (IDs *TX-HTX* 850240; *TX-LUTX* 850246; *TX-LTX* 850244, *TX-LLS* 850242; *TX-NLS* 850248) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die Anzahl an Datensätzen übermitteln, die ihrer Sollstatistik entspricht. Mit dem Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up (IDs *TX-HTX* 850257, 850258 und 850259; *TX-LUTX* 85026, 850267 und 850268; *TX-LTX* 850263, 850264 und 850265, *TX-LLS* 850260, 850261 und 850262; *TX-NLS* 850269, 850270 und 850271) wird darüber hinaus geprüft, ob die Follow-ups in den zielführenden Zeiträumen erhoben werden.

Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-HTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852310	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-LUTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852314	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850266	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850267	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850268	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-LTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852313	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850263	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850264	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850265	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-LLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852312	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebendlebendspenden	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850260	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850261	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850262	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-NLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852315	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850270	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation
850271	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	QS-Dokumentation

Herzunterstützungssystemen/ Kunstherzen (TX-MKU)

Im Auswertungsmodul *TX-MKU* gibt es zwei Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und zwei zur Vollzähligkeit.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen“ (ID 852311) der Kategorie „Plausibilität und Vollständigkeit“ betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Entlassungsgrund „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ dokumentiert wurde. Die Berechnungsergebnisse der Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800) und „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (ID 251801) beruhen auf der Angabe des Todes als Entlassungsgrund. Das Auffälligkeitskriterium wurde eingeführt, da das Ergebnis dieser Indikatoren – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Auswertungsmodul und vergleichsweise niedriger Leistungserbringeranzahl – verfälscht würde, wenn ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist.

VA-ECMO-Implantationen werden im Modul *TX-MKU* eigentlich nicht betrachtet. Wird die Implantation einer VA-ECMO jedoch als Implantation eines Herzunterstützungssystems kodiert, kann eine Dokumentationspflicht ausgelöst werden. Da es sich hierbei u. U. um eine Fehlkodierung und somit um einen Dokumentationsfehler handelt, wird dies im Auffälligkeitskriterium zur Angabe von VA-ECMO bei Systemart (ID 851807) betrachtet. Die konsequente Kodierung von VA-ECMO-Systemen mit thorakalem Zugang betrifft jedoch gleichbleibend über mehrere Jahre nur wenige Leistungserbringer.

Die Vollzähligkeitsauffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850249) und Überdokumentation (ID 850250) ermöglichen eine Überprüfung, ob Leistungserbringer die Anzahl an Datensätzen übermitteln, die ihrer Sollstatistik entspricht.

Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – TX-MKU

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart	QS-Dokumentation
852311	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Herztransplantationen

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-HTX* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Herztransplantationen um 29 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Sowohl die übermittelte Anzahl an Datensätzen als auch die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, entsprachen der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-HTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 13: Zählleistungsbereich Herztransplantation (AJ 2026, EJ 2025) - TX-HTX

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	370 369 1	370	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	18		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	18	18	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	18	18	100,00

Für das Modul *TX-HTX* wurden genauso viele Datensätze übermittelt wie erwartet wurden. Die Vollzähligkeit liegt damit bei 100 %. Im Vorjahr lag mit einer Vollzähligkeit von 100,29 % eine leichte Überdokumentation vor. Trotz einer gestiegenen Gesamtzahl übermittelter Datensätze (AJ 2026: 370; AJ 2025: 341) blieb die Anzahl der Leistungserbringer mit mindestens einem übermittelten Datensatz (entlassende Standorte) konstant bei 18. Die Bundesfachkommission bewertete die Zunahme der Anzahl der Datensätze aufgrund steigender Fallzahlen als plausibel.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-HTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-HTX*. Besonders für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2157) wird eine Verbesserung des Bundesergebnisses und somit ein weiterhin positiver Trend im Jahresverlauf verzeichnet. Durch eine Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegt im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation“ (ID 252300) kein Fall mehr vor. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850257, 850258 und 850259).

Der Qualitätsindikator zum 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12253) ist der einzige Qualitätsindikator mit einer Zunahme von rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr. Dabei weist er mit 6 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen die höchste Anzahl und den höchsten Anteil (AJ 2026: 35,29 %) im Auswertungsmodul auf.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 14: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - TX-HTX

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	10,26 % O = 35 N = 341	8,94 % O = 33 N = 369 (≤ 20,00 %)	vergleichbar
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	83,33 % O = 260 N = 312	84,80 % O = 290 N = 342 (≥ 75,00 %)	vergleichbar
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	81,73 % O = 255 N = 312	79,32 % O = 257 N = 324 (≥ 70,00 %)	vergleichbar
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	78,47 % O = 226 N = 288	80,06 % O = 257 N = 321 (≥ 65,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation	O = ≤ 3 N = 766	O = 0 N = 828 (≤ 1,00 Fall / Fälle)	eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 15: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-HTX

ID	Qualitätsindikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	4 / 17	23,53	3
		2025	2 / 18	11,11	1
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	4 / 19	21,05	0
		2025	6 / 17	35,29	3
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	4 / 19	21,05	0
		2025	4 / 19	21,05	1
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	4 / 20	20,00	1
		2025	3 / 19	15,79	0
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation	2024	7 / 21	33,33	5
		2025	0 / 20	0,00	-

2.2.3 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 2157)

Tabelle 16: QI 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	10,54 % O = 33 N = 313	10,26 % O = 35 N = 341	**8,94 %** **O = 33** **N = 369**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 19 31,58 %	4 / 17 23,53 %	**2 / 18** **11,11 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 6 33,33 %	**4 / 4** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 19 10,53 %	**4 / 17** **23,53 %**	n. a.

Das Bundesergebnis des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 2157) hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert und führt den positiven Trend der letzten Jahre fort.

Bei vier Leistungserbringern wurde das Indikatorergebnis mit „qualitativ auffällig" bewertet. Gründe waren u. a. unzureichende Aufarbeitungen der Fälle für die fachliche Analyse im Rahmen der Qualitätssicherung. Das Behandlungsmanagement, Therapieentscheidungen und ursachenbezogenes Handeln waren nicht nachvollziehbar. Außerdem wurden Verbesserungspotenziale im Monitoring der Patientinnen/Patienten auf der Warteliste sowie im postoperativen Prozess auf Intensivstation festgestellt. Weitere Auffälligkeiten bestanden bei der Indikationsstellung, dem ECMO-Management, dem operativ-technischen Vorgehen und dem immunsuppressiven Management. Das Komplikationsmanagement, beispielsweise bei Gerinnungs- und Blutungskomplikationen oder infektiösen Verläufen musste teilweise als inadäquat im diagnostischen oder interventionellen Vorgehen eingeschätzt werden. Zum Teil wurden klinische Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Komplikationen nicht ausreichend erkannt bzw. im Kontext der eingegangenen klinischen Risiken gesehen. In der Nachsorge musste die Kommunikationsstruktur mit Rehabilitationseinrichtungen kritisch hinterfragt werden. In einigen Fällen fehlten SOPs zu relevanten Prozessen des Herztransplantationsprogramms. Ausreichende interdisziplinäre Strukturen sowohl im Behandlungsprozess als auch bei M&M-Konferenzen standen ebenfalls im Fokus des Stellungnahmeverfahrens. Fachlich ableitbare Verbesserungsmaßnahmen aus M&M-Konferenzen wurden außerdem nicht immer fachlich ausreichend oder sogar gar nicht erkannt.

Bei 3 der 4 auffälligen Leistungserbringer im AJ 2025 wurden im AJ 2024 bereits qualitative Probleme festgestellt (in zwei Fällen nach letztjähriger Berichterstellung) und u. a. auch kollegiale Gespräche geführt. Nach einem kollegialen Gespräch zum AJ 2024 wurden mit einem Leistungserbringer Verbesserungsmaßnahmen vereinbart. Bei den anderen beiden erneut qualitativ auffäl-

ligen Leistungserbringern wurden zum AJ 2025 Maßnahmen initiiert. Beide Leistungserbringer teilten nach Bewertung mit, dass das Herztransplantationsprogramm eingestellt worden sei, sodass keine weiteren Maßnahmen erfolgten. Bei einem weiteren im AJ 2025 auffälligen Leistungserbringer trat zuletzt zum AJ 2023 eine qualitative Auffälligkeit auf. Es wurde zum damaligen Zeitpunkt bereits eine Begehung durchgeführt. Auf den Abschluss einer Zielvereinbarung wurde verzichtet, da damals das Verbesserungspotenzial seitens des Leistungserbringers gut adressiert schien.

Zu zwei weiteren zum AJ 2024 noch nicht berichteten Bewertungen zur „Sterblichkeit im Krankenhaus“ wurden ebenfalls kollegiale Gespräche geführt mit abschließender qualitativer Auffälligkeit. Mit einem Leistungserbringer wurde zudem eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

1-, 2- und 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (IDs 12253, 12269 und 12289)

Tabelle 17: QI 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	82,89 % O = 252 N = 304	83,33 % O = 260 N = 312	**84,80 %** **O = 290** **N = 342**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 17 23,53 %	4 / 19 21,05 %	**6 / 17** **35,29 %** **(Refbereich: ≥ 75,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 0,00 %	**1 / 4** **25,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 17 0,00 %	**1 / 19** **5,26 %**	n. a.

Tabelle 18: QI 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	80,56 % O = 232 N = 288	81,73 % O = 255 N = 312	**79,32 %** **O = 257** **N = 324**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 20 25,00 %	4 / 19 21,05 %	**4 / 19** **21,05 %** **(Refbereich: ≥ 70,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 5 40,00 %	**0 / 4** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 20 10,00 %	**0 / 19** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 19: QI 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	77,04 % O = 151 N = 196	78,47 % O = 226 N = 288	**80,06 %** **O = 257** **N = 321**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 19 26,32 %	4 / 20 20,00 %	**3 / 19** **15,79 %** **(Refbereich: ≥ 65,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 5 0,00 %	**1 / 4** **25,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 19 0,00 %	**1 / 20** **5,00 %**	n. a.

Die Follow-up-Indikatoren zum Überleben bei bekanntem Status messen die Rate an Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus dem transplantierenden Leistungserbringer bekannt ist und die zum Zeitpunkt des jeweils durchgeführten Follow-up leben. Die Bundesergebnisse der Indikatoren zum 1-Jahres-Überleben und zum 3-Jahres-Überleben haben sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert. Das Ergebnis des Indikators zum 2-Jahres-Überleben hat sich im Vergleich zum Vorjahr jedoch leicht verschlechtert.

Bei den rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen handelt es sich in der überwiegenden Anzahl (8 von 12) um Vorgänge, die bereits in den Stellungnahmeverfahren des Vorjahres bzw. der Vorjahre ausgewertet und evaluiert wurden. Vereinzelt neu hinzugekommene Vorgänge rechtfertigten in diesen Fällen kein qualitativ auffälliges Ergebnis. Deshalb erfolgte eine Bewertung mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ mit einem entsprechenden öffentlichen Kommentar.

Bei zwei Leistungserbringern wurde das Indikatorergebnis „qualitativ auffällig“ bewertet. In einem Fall (1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status, ID 12253) verwies der Leistungserbringer auf die Stellungnahme des Vorjahres, da es sich um denselben Fall handelte. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren wurde die Stellungnahme des Leistungserbringers aufgrund eines nicht korrigierten Anonymisierungsverstoßes allerdings gelöscht und dies dem Leistungserbringer mitgeteilt. Die nun folgerichtige Bewertung ist daher „A72 - Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“. Es ist nicht nachvollziehbar, ob die Rückmeldung des IQTIG zum letztjährigen Stellungnahmeverfahren vom Leistungserbringer wahrgenommen und verarbeitet wurde. In dem anderen Fall (3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status, ID 12289) werden durch einen im Vergleich zu den Vorjahren neu hinzugekommenen Fall Struktur- und Prozessmängel festgestellt, weshalb eine entsprechende Bewertung mit „A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ resultierte.

In der Analyse von zwei rechnerisch auffälligen Ergebnissen in zwei Qualitätsindikatoren erfolgte im Fall des 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12269) eine Bewertung mit „D80 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation“, die zu einer Verzerrung des rechnerischen Indikatorergebnisses führte. Dem Leistungserbringer wurde dennoch eine fachlich relevante Rückmel-

dung gegeben. Im zweiten Fall (3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status, ID 12289) konnte das Ergebnis mit „U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ als qualitativ unauffällig bewertet werden, da keine Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel erkannt werden konnten. Dem Krankenhaus wurden allerdings Hinweise zum Verbesserungspotenzial hinsichtlich der QM/QS-Compliance mitgeteilt.

Zum vorherigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) wurden nach letztjähriger Berichterstellung zwei Bewertungen finalisiert. Ein Ergebnis (1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status, ID 12253) wurde nach kollegialem Gespräch mit „A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ bewertet und eine Zielvereinbarung abgeschlossen. Das andere Ergebnis (2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status, ID 12269) wurde ebenfalls qualitativ auffällig mit „A99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ bewertet. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung wurden mit dem Leistungserbringer allerdings bereits zuvor vereinbart, deren Wirkung noch anstand. Zusätzlich hat der Leistungserbringer weitere Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation (ID 252300)

Tabelle 20: QI 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	O = 0 N = 662	O = ≤ 3 N = 766	**O = 0** **N = 828**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 21 28,57 %	7 / 21 33,33 %	**0 / 20** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 1,00 Fall / Fälle)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 6 16,67 %	**2 / 7** **28,57 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 21 4,76 %	**2 / 21** **9,52 %**	n. a.

Der Indikator wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Patientinnen und Patienten betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus in keinem Fall und damit seltener unbekannt, was auch vor dem Hintergrund der steigenden Grundgesamtheit eine positive Entwicklung ist. Im Auswertungsjahr 2025 schien die Rate unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation höher zu sein als in diesem Jahr. Dies liegt in einer Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator begründet. Diese Anpassung führt dazu, dass Fälle mit einer nicht übermittelten bzw. nicht verknüpfbaren Follow-up-Dokumentation nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt werden. Solche Fälle werden ab diesem Auswertungsjahr nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten

Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-Follow-up (IDs 850239, 850240 und 850257) einbezogen. Diese Differenzierung verhindert eine doppelte Bewertung desselben Sachverhalts im Stellungnahmeverfahren. Die Ergebnisse in diesem Indikator werden zudem noch erheblich durch die Verknüpfungsproblematik nach Umstellung auf die DeQS-RL und die damit entstandenen Dokumentationsprobleme beeinflusst.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens erfolgte bei drei Leistungserbringern eine Bewertung mit „D80 – Unvollzählige oder falsche Dokumentation" und bei einem Leistungserbringer eine Bewertung mit „D99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)". Probleme waren eine fehlende Dokumentation der Zustimmung von Patientinnen und Patienten zur Übermittlung personenbezogener QS-Daten an die Bundesauswertungsstelle, Fehler beim Führen einer internen Follow-up-Liste, Dokumentations-/Exportprobleme und damit ein ausbleibender Versand der Follow-up-Bögen, eine fehlende oder abweichende eGK-Versichertennummer im Follow-up-Bogen, ein fehlender automatischer Übertrag der eGK-Versichertennummer in den Dokumentationsbogen oder eine tatsächliche Nicht-Zustimmung von Patientinnen und Patienten zur Übermittlung personenbezogener QS-Daten an die Bundesauswertungsstelle. Bei letzterer Konstellation erfolgte ein öffentlicher Hinweis. In einem Einzelfall bestand zum Zeitpunkt des Follow-up zwischenzeitlich kein Kontakt zur Person (*lost to follow-up*).

In zwei Fällen wurde das Indikatorergebnis mit „A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel" bewertet, da strukturelle und prozessuale Mängel im Qualitätsmanagement und der externen Qualitätssicherung zu fehlender oder zu später Übermittlung von QS-Informationen (u. a. dem Versterben der Patientin oder des Patienten) und -Datensätzen führten.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei einem rechnerisch auffälligen Ergebnis lag zu diesem Zeitpunkt noch keine finale qualitative Bewertung vor. Daher konnte dieses für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Zum vorherigen Stellungnahmeverfahren (zum AJ 2024) lag eine Bewertung bei der letztjährigen Berichterstellung noch nicht vor. Aufgrund einer Mischkonstellation an unterschiedlichen Dokumentationsproblemen erfolgte eine Bewertung mit „D99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)" und entsprechendem Hinweis. Zudem hatten zwei privatversicherte Patientinnen oder Patienten der externen Qualitätssicherung laut Krankenhaus nicht zugestimmt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-HTX* zeigen sich bei den Auffälligkeitskriterien im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibend gute bzw. weiter verbesserte Ergebnisse. Besonders das Bundesergebnis der zeitgerechten Durchführung des 1-Jahres-Follow-up (ID 850257) hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 21: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-HTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852310	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen	0,00 0/369 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)	100,00 % 370/370 (≥ 100,00 %)
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)	100,00 % 370/370 (≤ 110,00 %)
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	98,06 % 304/310 (≥ 95,00 %)
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	95,65 % 264/276 (≥ 95,00 %)
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	96,65 % 260/269 (≥ 95,00 %)

Tabelle 22: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-HTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852310	Angabe eines nicht spezifizierten Entlas-sungsgrundes bei Herztransplantationen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	0 / 18	0,00	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumenta-tion (Herztransplantation)	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	2025	0 / 18	0,00	-
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumenta-tion (Herztransplantation)	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	2025	0 / 18	0,00	-

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	4 / 16	25,00	2
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	5 / 19	26,32	5
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	4 / 19	21,05	2

© IQTIG 2026

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation (Herztransplantation) und Überdokumentation (Herztransplantation) (IDs 850239 und 850240)

Tabelle 23: AK 850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,64 % O = 313 N = 311	100,29 % O = 341 N = 340	**100,00 %** **O = 370** **N = 370**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 20 0,00 %	0 / 18 0,00 %	**0 / 18** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 20 0,00 %	**0 / 18** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 24: AK 850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,64 % O = 313 N = 311	100,29 % O = 341 N = 340	**100,00 %** **O = 370** **N = 370**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 20 0,00 %	0 / 18 0,00 %	**0 / 18** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 20 0,00 %	**0 / 18** **0,00 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850239) bzw. Überdokumentation (ID 850240) prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS) als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2026 zeigen sich erneut sehr gute Ergebnisse. Bei einer Vollständigkeit von 100 % liegt weder eine Unterdokumentation noch eine Überdokumentation vor. Somit zeigt sich für keinen Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Minimaldatensätze sind in den Verfahren der Transplantationsmedizin nur nach vorheriger Rücksprache mit dem IQTIG anzulegen, da bei sehr kleinen Fallzahlen in den Verfahren nahezu jeder Fall rechnerisch hochrelevant ist und ein tatsächliches Dokumentationshemmnis konsequent nachverfolgt werden kann.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up (IDs 850257, 850258 und 850259)

Tabelle 25: AK 850257: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	92,39 % O = 267 N = 289	94,46 % O = 273 N = 289	**98,06 %** **O = 304** **N = 310**
rechnerische Auffälligkeiten	7 / 19 36,84 %	5 / 19 26,32 %	**4 / 16** **25,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 7 28,57 %	**2 / 5** **40,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 19 10,53 %	**2 / 19** **10,53 %**	n. a.

Tabelle 26: AK 850258: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	93,36 % O = 239 N = 256	95,26 % O = 261 N = 274	**95,65 %** **O = 264** **N = 276**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 19 26,32 %	6 / 19 31,58 %	**5 / 19** **26,32 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 20,00 %	**2 / 6** **33,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 19 5,26 %	**2 / 19** **10,53 %**	n. a.

Tabelle 27: AK 850259: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	90,70 % O = 156 N = 172	93,93 % O = 232 N = 247	**96,65 %** **O = 260** **N = 269**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 18 27,78 %	5 / 19 26,32 %	**4 / 19** **21,05 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 20,00 %	**2 / 5** **40,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 18 5,56 %	**2 / 19** **10,53 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1 Jahr (ID 850257), 2 Jahre (ID 850258) bzw. 3 Jahre (ID 850259) nach dem Transplantationsdatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Transplantation und 60 Tagen (ID 850257) bzw. 90 Tagen (ID 850258 und 850259) nach dem Jahrestag der Transplantation zulässig. Diese Zeiträume sollen sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten zuverlässig und rechtzeitig mindestens jährlich im Follow-up seitens der Leistungserbringer gemonitort werden. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Ergebnisse auf Bundesebene für das Auswertungsjahr 2026 weiter verbessert. Die Ergebnisse auf Bundesebene liegen für alle drei Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up innerhalb des definierten Referenzbereichs.

In der überwiegenden Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (9 von 16) handelte es sich vollständig um Fälle, die ebenfalls im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation“ auffällig wurden. Um eine mehrfache qualitativ auffällige Bewertung von in der Gesamtheit denselben Vorgängen, die hier das Ziel des Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen, zu vermeiden, erfolgte eine Bewertung mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und entsprechender Kommentierung. Aufgrund der Aussagen in den Stellungnahmen kann bei 7 der 9 Auffälligkeiten vermutet werden, dass bei allen Fällen das jeweilige Follow-up zeitgerecht stattfand.

Drei Ergebnisse mussten mit „A70 – Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)“ bewertet werden. Gründe waren ein Dokumentationsproblem, die fehlende Übermittlung des Follow-up-Datensatzes und systemtechnische Probleme bei Zusammenlegung von Krankenhausstandorten.

Drei weitere Ergebnisse eines Leistungserbringers wurden mit „A72 - Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet, da die Anforderungen des IQTIG zur individuellen Fallüberprüfung weder in der initialen Stellungnahme noch in der Präzisie-

rung erfüllt wurden bzw. die Stellungnahme zu den Vorgängen inkonsistent und nicht plausibel war.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen (ID 852310)

Tabelle 28: AK 852310: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 O = 0 N = 313	0,00 O = 0 N = 341	**0,00** **O = 0** **N = 369**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 19 0,00 %	0 / 17 0,00 %	**0 / 18** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 19 0,00 %	**0 / 17** **0,00 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen“ (ID 852310) betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Würde ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, verringert dies die Grundgesamtheit. Dies könnte die Berechnungsergebnisse sämtlicher Indikatoren des Moduls *TX-HTX* erheblich beeinflussen. Dieser Effekt kann insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise wenigen Leistungserbringer relativ groß ausfallen. Im Auswertungsjahr 2026 wurde, wie bereits im Vorjahr, in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert. Um sicherzustellen, dass sich hinter einem solchen Dokumentationsereignis nicht ein Sterbefall verbirgt, wird bei Beobachtung eines entsprechenden Falles eine solche Dokumentation im Einzelfall geprüft.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-HTX

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	96	-	96	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	96	100,00	96	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	26	27,08	23	23,96
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	26	100,00	23	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	26	100,00	23	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	26	100,00	23	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	26	100,00	23	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	7	26,92	1	4,35
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	1	4,35
Bewertung als qualitativ auffällig	5	19,23	8	34,78
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	5	19,23	5	21,74
Sonstiges	9	34,62	8	34,78

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 96 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 23 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 14 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei 26 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen von 15 Leistungserbringern im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024), ist ein leichter Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

8 der 23 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden qualitativ auffällig bewertet. Strukturelle und prozessuale Mängel wurden insbesondere im Qualitäts- und im grundsätzlichen Behandlungsmanagement festgestellt. Unzureichende epikritische Aufarbeitungen in den Stellungnahmen führen teilweise dazu, dass u. a. Therapieentscheidungen und ursachenbezogenes Handeln nicht nachvollzogen werden können. Das Management bzw. das Monitoring im perioperativen Prozess sowie die Evaluation von Patientinnen und Patienten auf der Warteliste wurde in einigen Fällen kritisch gesehen. Zudem erschienen Indikationsstellungen, das operativ-technische Vorgehen, das ECMO-Management sowie das immunsuppressive Management verbesserungswürdig. Es fehlten teilweise ein angemessenes diagnostisches Vorgehen bzw. Reaktionen beim Management von multifaktoriellen Komplikationen. In der Kommunikation mit Rehabilitationseinrichtungen scheint es weiterhin Verbesserungspotenzial zu geben. Wie in jedem Stellungnahmeverfahren zeigten sich einige Male mangelnde interdisziplinäre Strukturen, was das Erkennen von klinischen Zusammenhängen im Behandlungsfall erschwert.

In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer konkrete fachliche Rückmeldungen zu den aufgefallenen Qualitätsproblemen sowie Hinweise zu Verbesserungspotenzialen. Auf die Relevanz und den Nutzen von interdisziplinären SOPs und M&M-Konferenzen wurde erneut in einigen Fällen hingewiesen. Die Konzeption von M&M-Konferenzen nach Leitfaden der Bundesärztekammer sowie eine Nachhaltung durch entsprechend gelenkte Protokollierungen wurde empfohlen.

Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie – wo erforderlich - der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen führen zu gezielten Anpassungen und Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Behandlungsmanagement und im internen klinisch orientierten Qualitätsmanagement, nicht zuletzt, um das eigene Verbesserungspotenzial erkennen zu können.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei einem der 23 rechnerisch auffälligen Ergebnisse lag zu diesem Zeitpunkt aufgrund von ausstehendem Klärungsbedarf

noch keine finale qualitative Bewertung vor. Daher konnte dieses für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 30: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-HTX

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	115	100,00	110	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	17	14,78	16	14,55
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	17	100,00	16	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	17	100,00	16	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	17	100,00	16	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	1	6,25
Bewertung als qualitativ auffällig	4	23,53	6	37,50
Sonstiges	13	76,47	9	56,25

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 110 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul resultierten 16 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 8 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) gab es insgesamt 115 Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien, von denen 17 rechnerisch auffällig waren.

6 der 16 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Gründe dafür waren Dokumentationsprobleme, die fehlende Übermittlung von Follow-up-Datensätzen und technische Probleme. Bewertungen mit „A72 - Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ erfolgten bei unzureichender Fallaufarbeitung sowohl in der initialen Stellungnahme als auch nach Präzisierung bzw. bei inkonsistenter und implausibler Stellungnahme.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups berücksichtigt. Somit wurden bei 9 von 16 rechnerischen Auffälligkeiten mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und entsprechender Kommentierung bewertet, da die Fälle vollständig auch im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 252300) abgebildet wurden. Ein Ergebnis wurde nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens als qualitativ unauffällig bewertet.

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-MKU* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Eingriffe um 33 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Während bei der Anzahl an übermittelten Datensätzen eine leichte Unterdokumentation vorlag, entsprach die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-MKU* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 31: Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen (AJ 2026, EJ 2025) - TX-MKU

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	891 891 0	895	99,55
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	57		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	58	58	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	56	56	100,00

Für das Modul *TX-MKU* wurden vier Datensätze weniger übermittelt als erwartet. Daraus resultiert eine Vollzähligkeit von 99,55 %, welche leicht unter der letztjährigen Vollzähligkeit liegt (AJ 2025: 100,23 %). Festzustellen ist eine deutliche Zunahme bei der Anzahl der gelieferten Datensätze von 858 im Auswertungsjahr 2025 auf 891 im Auswertungsjahr 2026. Die Bundesfachkommission bewertete diese Zunahme aufgrund steigender Fallzahlen als plausibel. Die Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens einen Datensatz übermittelt haben (entlassende Standorte), sank um vier Standorte.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-MKU* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-MKU*. Besonders für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800) lässt sich ein gutes, stabiles Ergebnis verzeichnen. Nachdem im letzten Auswertungsjahr keine Fälle in der Kennzahl neurologische Komplikationen verzeichnet wurden, traten bei Implantation eines BiVAD (ID 52386) im Auswertungsjahr 2026 fünf Fälle mit neurologischen Komplikationen auf. Das Expertengremium empfiehlt, die Kennzahlen zu neurologischen Komplikationen zukünftig in den Indikator zu integrieren, um auch solche Fälle im Stellungnahmeverfahren adressieren zu können. Das gleiche Vorgehen wird für die Kennzahlgruppen zur Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems und zur Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems empfohlen.

Der Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800) hat trotz eines rechnerisch auffälligen Leistungserbringers weniger im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2026: 20, AJ 2025: 21) weiterhin auch den höchsten Anteil an rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen (AJ 2026: 35,71 %).

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 32: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - TX-MKU

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungs-systems	1,00 O/E = 150 / 150,00 19,26 % O/N = 150 / 779	0,98 O/E = 148 / 150,78 18,29 % O/N = 148 / 809 (≤ 1,36)	eingeschränkt vergleichbar
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	19,41 % E = 139,75 N = 720	19,12 % E = 134,04 N = 701 (≤ 35,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems				
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	6,94 % O = 52 N = 749	7,97 % O = 62 N = 778 (≤ 20,00 %)	vergleichbar
52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD*	0,00 % O = 0 N = 25	16,67 % O = 5 N = 30	vergleichbar
52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH*	x O = ≤ 3 N = 17	0,00 % O = 0 N = 12	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems				
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	8,41 % O = 63 N = 749	8,87 % O = 69 N = 778 (≤ 24,24 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD*	16,00 % O = 4 N = 25	13,33 % O = 4 N = 30	vergleichbar
52390	Sepsis bei Implantation eines TAH*	x O = ≤ 3 N = 17	x O = ≤ 3 N = 12	vergleichbar
Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems				
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	x O = ≤ 3 N = 749	x O = ≤ 3 N = 778 (≤ 5,00 %)	vergleichbar
52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD*	x O = ≤ 3 N = 25	x O = ≤ 3 N = 30	vergleichbar
52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH*	0,00 % O = 0 N = 17	x O = ≤ 3 N = 12	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

© IQTIG 2026

Tabelle 33: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-MKU

ID	Qualitätsindikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	2024	21 / 58	36,21	9
		2025	20 / 56	35,71	9
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	2024	1 / 48	2,08	0
		2025	0 / 40	0,00	-
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	2024	5 / 58	8,62	1
		2025	5 / 56	8,93	1
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	2024	10 / 58	17,24	0
		2025	6 / 56	10,71	4
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	2024	1 / 58	1,72	0
		2025	0 / 56	0,00	-

2.2.3 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems (ID 251800)

Tabelle 34: QI 251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,04 O/E = 132 / 127,10 18,97 % O/N = 132 / 696	1,00 O/E = 150 / 150,00 19,26 % O/N = 150 / 779	**0,98** **O/E = 148 / 150,78** **18,29 %** **O/N = 148 / 809**
rechnerische Auffälligkeiten	18 / 58 31,03 %	21 / 58 36,21 %	**20 / 56** **35,71 %** **(Refbereich: ≤ 1,36)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 18 61,11 %	**20 / 21** **95,24 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 58 18,97 %	**20 / 58** **34,48 %**	n. a.

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800) betrachtet den Anteil der Operationen zur Implantation eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens, nach denen eine Patientin bzw. ein Patient verstarb. Für eine adäquate Bewertung hinsichtlich des heterogenen Sterberisikos nach Implantationen der verschiedenen Systemarten (LVAD, RVAD, BiVAD und TAH) wird für diesen Indikator eine Risikoadjustierung mittels eines logistischen Regressionsmodells verwendet. Dieses Regressionsmodell wird jährlich geprüft und berücksichtigt aktuell die folgenden Risikofaktoren:

- Patientenalter
- Intermacs-Level der Patientin / des Patienten unmittelbar vor dem Eingriff
- implantierte Systemart
- Lage des Unterstützungssystems
- Thorakale Voroperationen.

Auf Bundesebene zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026 ein verbessertes Ergebnis mit ca. 2 % weniger eingetreten Ereignissen als erwartet wurde. Allerdings stieg der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 erneut um etwa 5 Prozentpunkte auf 36,21 % an.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 zeigte sich ebenso eine nahezu Verdopplung des Anteils qualitativ auffälliger Leistungserbringer (AJ 2024: 18,97 %, AJ 2025: 34,48 %).

Bei sechs Indikatorergebnissen waren kollegiale Gespräche und bei zwei Indikatorergebnissen Begehungen als qualitätsverbessernde Maßnahme geplant. Durchgeführt wurden bis zum Stichtag der Datenübermittlung am 15. März 2026 bereits zwei kollegiale Gespräche und eine Begehung. Zu allen drei Maßnahmen soll eine Zielvereinbarung zur Qualitätsförderung resultieren. Über die Konsequenzen aus den nach dem 15. März 2026 durchgeführten kollegialen Gesprächen und der Begehung wird im nächstjährigen BQB berichtet.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens erfolgte bei 20 der 21 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse eine Bewertung mit qualitativ auffällig. Davon erhielten sechs Leistungserbringer eine Bewertung mit „A72 - Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt". Gründe waren in vier Fällen für eine qualitätsorientierte Fallaufbereitung fehlende Informationen wie Parameter zu Evaluationsergebnissen- und befunden, präoperativen Risikofaktoren, zur Indikationsstellung und dem intraoperativen Management sowie fachliche Begründungen zur jeweiligen Behandlungsentscheidung. Die fachliche Plausibilisierung des Indikatorergebnisses war daher unzureichend. Dennoch war es möglich anhand mancher dieser Stellungnahmen Defizite zu erkennen und eingeschränkt ein Verbesserungspotenzial zu kommunizieren.

Bei fünf der anderen qualitativ auffälligen Bewertungen erfolgte eine Bewertung mit „A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel" und bei 9 anderen mit „A99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)". Hierbei wurden eine Unterschätzung von Risikokonstellationen (infektiologisch) oder des grundsätzlichen Patientenrisikos in Hinblick auf den postoperativen Verlauf und dessen Management offensichtlich. Evaluationsuntersuchungen vor Implantationen wurden teilweise nicht im eigenen Zentrum durchgeführt oder re-evaluiert, was insb. bei hochkomplexen und multimorbiden Patienten problematisch ist. In einem Fall wurde eine nicht nachvollziehbare Abweichung von der eigenen SOP ohne weitere Erläuterung bei der Evaluation zur Indikationsstellung im Rahmen einer qualitativen Auffälligkeit bemerkt. Ein häufiges Problem stellte grundsätzlich eine unzureichende präoperative Evaluation bzw. adäquate Einschätzung der Rechtsherzfunktion und folglich fehlendem Einsatz temporärer RVAD-Systeme bei geplanter Implantation eines LVAD dar. Dies führte zu entsprechenden intra- und postoperativen Komplikationen und nicht selten zu einem fatalen Verlauf. Der Einsatz von temporären Herzunterstützungssystemen (links- und rechtsseitig) zur organischen Stabilisierung der Patientin bzw. des Patienten und als, als Überbrückungsmethode um eine Entscheidung zur Weiterführung einer Therapie bzw. für welche Therapie (*bridge-to-decision-therapy*), spielen eine erhebliche Rolle vor der Implantation von permanenten Herzunterstützungssystemen. Diese können somit die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolges maßgeblich erhöhen. Weitere strukturelle und prozessuale Defizite zeigten sich in einem wenig oder fehlerhaft reagierendem Komplikationsmanagement. In einigen Fällen blieb eine Ursachenanalyse aus. Auch die Zielführung der Indikationsstellung musste mitunter hinterfragt werden, da Angaben oder Evaluationen bzgl. der neurologischen, kardialen oder organischen Situation fehlten. Verbesserungspotenziale wurden zudem im intensivmedizinischen Management und Monitoring, im Gerinnungsmanagement sowie dem grundlegenden Hygienemanagement gesehen. Das chirurgische Management wurde in einigen Zentren ebenfalls kritisch

bewertet (bspw. bei iatrogener Coecum-Perforation durch die Driveline). Ebenso ergaben sich Hinweise auf eine mangelnde Erfahrung im Device-Management.

Auf die Notwendigkeit von strukturellen Anpassungen an die eigenen Versorgungskapazitäten bzw. an den Komplexitätsgrad des zu versorgenden Patientenkollektivs musste in einigen Fällen hingewiesen werden, mitunter auch in den geführten kollegialen Gesprächen und Begehungen. Strukturelle Merkmale wie das Vorhandensein einer Herzinsuffizienzambulanz, eines interdisziplinären Heart-Failure-Teams, einer VAD-Koordination und interdisziplinär erstellter SOPs zu den wesentlichen Behandlungsschritten werden als qualitative Voraussetzung für ein VAD-Programm angesehen und mussten in nicht wenigen Fällen bei den Leistungserbringern kritisiert werden. Auch ausreichend interdisziplinäre und strukturierte M&M-Konferenzen für eine umfassende Aufarbeitung und nachhaltige Verbesserungsmöglichkeiten werden als Grundvoraussetzung gesehen, die allerdings in einigen Fällen offenbar fehlte. Auch aus Einzelfällen erkennbare und sinnvoll ableitbare Maßnahmen für zukünftige Behandlungsfälle konnten mehrfach aufgrund mangelnder Problemerkennung nicht festgestellt werden.

Bei mehreren Leistungserbringern schienen die QS-Dokumentationen implausibel, insbesondere bei den Angaben zu INTERMACS oder der ASA-Klassifikation. Entsprechende Hinweise und eine Bitte zur Überprüfung der QS-Dokumentation wurden mitgeteilt.

Von zwei Leistungserbringern wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt bzw. der Verstoß nicht korrigiert. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme wird dem Leistungserbringer jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt und er erhält Unterstützung durch das IQTIG.

Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis wurde mit „U63 - Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)“ bewertet, da es sich um eine Fehlkodierung eines Einzelfalles handelte.

Zum vorherigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) lagen fünf Bewertungen zum Sterblichkeitsindikator bei der letztjährigen Berichterstellung noch nicht vor. In vier Fällen wurden kollegiale Gespräche mit abschließender qualitativ auffälliger Bewertung geführt und für drei von ihnen eine Zielvereinbarung vorgesehen. Das Indikatorergebnis aller vier Leistungserbringer wurde auch im Stellungnahmeverfahren 2025 erneut mit qualitativ auffällig bewertet. Auch das weitere Indikatorergebnis wurde nach abschließender Beratung mit der Bundesfachkommission mit qualitativ auffällig bewertet.

Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens (ID 251801)

Tabelle 35: QI 251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	18,59 % E = 118,20 N = 636	19,41 % E = 139,75 N = 720	**19,12 %** **E = 134,04** **N = 701**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 44 4,55 %	1 / 48 2,08 %	**0 / 40** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 35,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 2 100,00 %	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 44 4,55 %	**1 / 48** **2,08 %**	n. a.

Der Indikator „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens" (ID 251801) betrachtet das durchschnittliche Risiko der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zu versterben. Ein hohes durchschnittliches Risiko deutet darauf hin, dass für die bei dem entsprechenden Leistungserbringer behandelten Patientengruppen ein Versterben im Krankenhausaufenthalt laut Risikomodell vergleichsweise häufiger erwartet wird. Auf Bundesebene wurden im Auswertungsjahr 2026 ca. 134 Todesfälle bei insgesamt 701 Implantationen von Herzunterstützungssystemen erwartet.

Für das einzige rechnerisch auffällige Indikatorergebnis erfolgte nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens eine Bewertung mit „A99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)". Dem zum Auswertungsjahr 2023 geführten kollegialen Gespräch folgte der Abschluss einer Zielvereinbarung, die auch Auswirkungen auf dieses Indikatorergebnis entfalten soll. Ein fortwährendes Monitoring findet im Stellungnahmeverfahren statt.

Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems (IDs 52385, 52386 und 52387)

Tabelle 36: QI 52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	7,08 % O = 48 N = 678	6,94 % O = 52 N = 749	**7,97 %** **O = 62** **N = 778**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 58 10,34 %	5 / 58 8,62 %	**5 / 56** **8,93 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 6 50,00 %	**3 / 5** **60,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 58 5,17 %	**3 / 58** **5,17 %**	n. a.

Tabelle 37: TKez 52386: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x O = ≤ 3 N = 20	0,00 % O = 0 N = 25	**16,67 %** **O = 5** **N = 30**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 38: TKez 52387: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x O = 0 N = ≤ 3	x O = ≤ 3 N = 17	**0,00 %** **O = 0** **N = 12**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der Indikator und die beiden Transparenzkennzahlen der Gruppe „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems“ messen die Rate an Operationen zur Implantation eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens, nach denen eine relevante neurologische Komplikation bzw. ein relevantes zerebrovaskuläres Ereignis auftrat. Für das Auswertungsjahr 2026 liegt das Ergebnis des Indikators zur Verwendung eines LVAD deutlich innerhalb der Grenzen des Referenzbereichs, hat sich jedoch im Vergleich zum Vorjahr leicht verschlechtert. Auch das Ergebnis der Kennzahl zur Verwendung eines BiVAD hat sich leicht verschlechtert. Das Ergebnis der Kennzahl zur Verwendung eines TAH hat sich jedoch wieder verbessert.

Nachdem im letzten Auswertungsjahr keine Fälle verzeichnet wurden, traten in der Kennzahl zur Verwendung eines BiVAD im Auswertungsjahr 2026 wieder fünf Fälle mit neurologischen Komplikationen auf. Das Expertengremium auf Bundesebene empfahl in der Herbstsitzung 2025, den

Indikator und die beiden Kennzahlen zu neurologischen Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens zu einem Indikator zusammenzufassen. Eine Differenzierung nach den verschiedenen Systemarten sei demnach inhaltlich nicht mehr nötig, da der Einsatz von BiVAD und TAH stetig zunehme. Die Zusammenführung zu einem Indikator würde die Thematisierung dieser Systeme im Stellungnahmeverfahren entsprechend ihrer zunehmenden Bedeutung ermöglichen.

Bei drei Leistungserbringern wurde das Indikatorergebnis mit qualitativ auffällig bewertet. Unter anderem wurden die zur neurologischen Komplikation führenden Ursachen nicht kritisch reflektiert oder überhaupt durch eine unzureichende Darlegung des Behandlungsverlauf erkennbar. Die präoperative neurologische Evaluation, das Gerinnungsmanagement und verzögerte Therapieentscheidungen mit Bezug auf das neurologische Outcome blieben unerklärt. Es wurden Hinweise zu einer Überprüfung des Gerinnungsmanagements und der Indikationsstellung einer LVAD-Implantation in ein beginnendes und fortbestehendes Multiorganversagen hineingegeben. Zusätzlich wurde der potenzielle Einsatz eines temporären Rechtsherzunterstützungssystems auch in Hinblick auf dieses Indikatorziel als relevant angesehen. Die Ableitung von zielführenden Verbesserungsmaßnahmen eines Leistungserbringers wurde entsprechend kommentiert.

Von einem Leistungserbringer wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt bzw. der Verstoß nicht korrigiert. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme wird dem Leistungserbringer jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt und er erhält Unterstützung durch das IQTIG.

Bei 2 der 3 qualitativ auffälligen Indikatorergebnisse wurden kollegiale Gespräche als qualitätsverbessernde Maßnahme geplant. Durchgeführt wurde vor dem Stichtag der Datenübermittlung am 15. März 2026 bereits ein kollegiales Gespräch. Im Anschluss ist eine Zielvereinbarung vorgesehen. Über die Konsequenzen aus dem nach dem 15. März 2026 durchgeführten kollegialen Gespräch wird im nächstjährigen BQB berichtet.

Ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis konnte bei Fehlkodierung mit „U63 – Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)“ bewertet werden. Es wurde in diesem Fall keine Implantation eines permanenten Herzunterstützungssystems durchgeführt.

Ein weiteres Indikatorergebnis wurde mit „D99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ bewertet, da es sich um eine fehlerhafte Angabe einer nicht relevanten und vorübergehenden neurologischen Dysfunktion in der QS-Dokumentation handelte. Dem Leistungserbringer wurden dennoch fachliche Hinweise außerhalb dieses Indikatorziels mitgeteilt.

Im Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2024 lagen bei der letztjährigen Berichterstellung bei zwei Indikatorergebnissen noch keine qualitative Bewertung vor. Nach einem kollegialen Gespräch sowie weiterer Beratung mit der Bundesfachkommission wurden beide Ergebnisse als qualitativ auffällig (einmal „A99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)", einmal „A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel") abgeschlossen. Auf den Abschluss einer Zielvereinbarung wurde nach kollegialem Gespräch verzichtet, da der Leistungserbringer selbst Optimierungspotenziale festgestellt hat und bereits entsprechende Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgten. Dem Leistungserbringer wurden dennoch umfangreiche Erläuterungen zur Bewertungsbegründung und fachliche Hinweise mitgeteilt.

Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems (IDs 52388, 52389 und 52390)

Tabelle 39: QI 52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	6,34 % O = 43 N = 678	8,41 % O = 63 N = 749	**8,87 %** **O = 69** **N = 778**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 58 5,17 %	10 / 58 17,24 %	**6 / 56** **10,71 %** **(Refbereich: ≤ 24,24 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 33,33 %	**7 / 10** **70,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 58 1,72 %	**7 / 58** **12,07 %**	n. a.

Tabelle 40: TKez 52389: Sepsis bei Implantation eines BiVAD

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x O = ≤ 3 N = 20	16,00 % O = 4 N = 25	**13,33 %** **O = 4** **N = 30**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 41: TKez 52390: Sepsis bei Implantation eines TAH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x O = 0 N = ≤ 3	x O = ≤ 3 N = 17	**x** **O = ≤ 3** **N = 12**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der Indikator und die Transparenzkennzahlen dieser Gruppe messen die Rate an Patientinnen und Patienten mit einer Sepsis im postoperativen Verlauf einer Implantation eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens. Für das Auswertungsjahr 2026 liegt das Ergebnis des Indikators zur Verwendung eines LVAD deutlich innerhalb der Grenzen des Referenzbereichs, hat sich jedoch im Vergleich zum Vorjahr leicht verschlechtert. Die Ergebnisse der Kennzahlen zur Verwendung eines BiVAD bzw. eines TAH haben sich jedoch wieder leicht verbessert.

Das Expertengremium auf Bundesebene bekräftigte in der Frühjahrssitzung 2026 seine Empfehlung, den Indikator und die beiden Kennzahlen zu Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens zu einem Indikator zusammenzufassen. Dies empfahl das Expertengremium erstmal während der zurückliegenden Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung. Eine Differenzierung nach den verschiedenen Systemarten sei demnach inhaltlich nicht mehr nötig, da der Einsatz von BiVAD und TAH stetig zunehme. Die Zusammenführung zu einem Indikator würde die Thematisierung dieser Systeme im Stellungnahmeverfahren entsprechend ihrer zunehmenden Bedeutung ermöglichen.

Bei 7 Leistungserbringern wurde das Indikatorergebnis mit qualitativ auffällig bewertet. Gründe waren u. a. verzögertes Device- und Volumenmanagement bei unterschätzter RV-Funktion, die einen septischen Verlauf nach sich zogen. Eine organische Stabilität ohne oder nicht ausreichende Präkonditionierung begünstigte dabei den septischen Verlauf. So waren zu kurze Therapien mittels temporären Herzunterstützungssystemen (rechts sowie links) vor Implantation permanenter Systeme nicht ausreichend, um bspw. die klinische Gesamtsituation vollständig zu beurteilen bzw. die diagnostischen Fenster zu schließen. Teilweise musste auch die organische Evaluation mittels Laborparametern oder auch apparativer Diagnostik zur Einschätzung der klinischen Situation und damit auch für das Risiko einer Sepsisentwicklung kritisiert werden. Fraglich sind zudem einige Therapieentscheidungen, die in einem Fall im präoperativen medikamentösen Setting nicht leitliniengestützt und daher fachlich nicht nachvollziehbar erfolgen. Die Implantation von permanenten Herzunterstützungssystemen in ein akutes Schockgeschehen hinein, wie in einem Fall geschehen, wird zudem als kontraindiziert angesehen. In einigen Fällen wurde der septische Verlauf als Endstrecke schwerer Komplikationen und eines vorhergehenden Multiorganversagens gesehen. Sehr hohe präoperative Risikofaktoren wie ausgeprägte Vor-

erkrankungen, eine hohe Frailty und weitere Risikofaktoren wie eine vorbestehende und zudem nicht leitliniengerechte immunsuppressive Therapie wurden als nicht ausreichend abgewogen zurückgemeldet. Auch in diesem Indikator wurde auf die Notwendigkeit zeitnaher interdisziplinärer M&M-Konferenzen hingewiesen.

Mit vier Leistungserbringern wurden mit dem Ziel einer Qualitätsförderung kollegiale Gespräche und eine Begehung geplant. Durchgeführt wurde bis zum Stichpunkt der Datenübermittlung am 15. März 2026 bereits die Begehung mit in der Folge geplanter Zielvereinbarung. Über die Konsequenzen aus den nach dem 15. März 2026 durchgeführten kollegialen Gesprächen wird im nächstjährigen BQB berichtet.

Die übrigen drei rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden mit „qualitativ unauffällig" bewertet. In einem Fall handelte es sich um eine Fehlkodierung eines Einzelfalles. In den beiden anderen Fällen erfolgten Hinweise zum diagnostischen Timing bei pulmonaler Keimbesiedlung bzw. zu periprothetischen Infektionen.

Zum vorherigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) lag bei der letztjährigen Berichterstellung bei einem Indikatorergebnis noch keine qualitative Bewertung vor. Nach kollegialem Gespräch wurde das Ergebnis mit „A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel" abgeschlossen und der Abschluss einer Zielvereinbarung geplant.

Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems (IDs 52391, 52392 und 52393)

Tabelle 42: QI 52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,59 % O = 4 N = 678	x O = ≤ 3 N = 749	**x** **O = ≤ 3** **N = 778**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 58 5,17 %	1 / 58 1,72 %	**0 / 56** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 3 0,00 %	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 58 0,00 %	**1 / 58** **1,72 %**	n. a.

Tabelle 43: TKez 52392: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 20	x O = ≤ 3 N = 25	**x** **O = ≤ 3** **N = 30**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 44: TKez 52393: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	x O = 0 N = ≤ 3	0,00 % O = 0 N = 17	**x** **O = ≤ 3** **N = 12**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der Indikator und die Transparenzkennzahlen dieser Gruppe messen die Rate an Patientinnen und Patienten mit einer Fehlfunktion des implantierten Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens. Für das Auswertungsjahr 2026 liegt das Ergebnis des Indikators zur Verwendung eines LVAD deutlich innerhalb der Grenzen des Referenzbereichs und ist vergleichbar mit dem Vorjahresergebnis. Die Ergebnisse der Kennzahlen zur Verwendung eines BiVAD bzw. eines TAH haben sich jedoch verschlechtert.

Die Anzahl der Fälle in dem Indikator und den Kennzahlen zur Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens war mit maximal vier Fällen im aktuellen Auswertungsjahr und den beiden Vorjahren eher gering. Daraus ergab sich in der zurückliegenden Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung ein geringes Potenzial zur Verbesserung und resultierend eine Empfehlung zur Streichung. In der Frühjahrsitzung 2026 des Expertengremiums auf Bundesebene berichteten Expertinnen und Experten jedoch von voranschreitenden technischen Entwicklungen im Bereich der Herzunterstützungssysteme bzw. Kunstherzen. Es sei demnach damit zu rechnen, dass in den kommenden Jahren neue Systeme auf dem deutschen Markt zugelassen werden. Deren korrektes Management sei ein wichtiges Merkmal für eine qualitativ hochwertige Versorgung bei Implantation eines Herzunterstützungssystems bzw. Kunstherzens. Das Expertengremium empfahl demzufolge, Kennzahlen zur Fehlfunktion des Systems beizubehalten. Darüber hinaus empfahl das Expertengremium die zukünfti-

ge Zusammenführung des Indikators und der beiden Kennzahlen. Eine Differenzierung nach den verschiedenen Systemarten sei demnach inhaltlich nicht mehr nötig, da der Einsatz von BiVAD und TAH stetig zunehme. Die Zusammenführung zu einem Indikator würde die Thematisierung dieser Systeme im Stellungnahmeverfahren entsprechend ihrer zunehmenden Bedeutung ermöglichen.

Das einzige rechnerisch auffällige Indikatorergebnis wurde mit „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet, da die Fehlfunktion des LVAD-Systems in der Stellungnahme des Leistungserbringers nicht erläutert wurde und fachlich nicht erkennbar war. Beim Krankenhaus war eine Begehung als qualitätsverbessernde Maßnahme geplant, die nach dem Stichpunkt der Datenübermittlung am 15. März 2026 durchgeführt wurde. Über die Konsequenzen aus der Begehung wird im nächstjährigen BQB berichtet.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-MKU* zeigen sich für drei der vier Auffälligkeitskriterien im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibend gute Ergebnisse. Das Bundesergebnis der Angabe von VA-ECMO bei Systemart (ID 851807) hat sich jedoch im Vergleich zum Vorjahr leicht verschlechtert.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 45: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-MKU

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart	0,04 38/923 (= 0)
852311	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen	0,00 0/891 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	99,55 % 891/895 (≥ 100,00 %)
850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	99,55 % 891/895 (≤ 110,00 %)

Tabelle 46: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-MKU

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	6 / 57	10,53	2
852311	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen	251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems 251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	2025	0 / 57	0,00	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	4 / 58	6,90	0
850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	1 / 58	1,72	0

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) und Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) (IDs 850249 und 850250)

Tabelle 47: AK 850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,53 % O = 753 N = 749	100,23 % O = 858 N = 856	**99,55 %** **O = 891** **N = 895**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 59 3,39 %	1 / 64 1,56 %	**4 / 58** **6,90 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 59 1,69 %	**1 / 64** **1,56 %**	n. a.

Tabelle 48: AK 850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,53 % O = 753 N = 749	100,23 % O = 858 N = 856	**99,55 %** **O = 891** **N = 895**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 59 1,69 %	0 / 64 0,00 %	**1 / 58** **1,72 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 100,00 %	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 59 1,69 %	**0 / 64** **0,00 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850249) bzw. Überdokumentation (ID 850250) prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS) als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2026 können sehr gute Ergebnisse mit einer leichten Unterdokumentation festgestellt werden. Rechnerisch auffällige Ergebnisse zeigen sich jeweils für vier bzw. nur einen Leistungserbringer.

Bei der qualitativen Auffälligkeit zum Auffälligkeitskriterium zur „Unterdokumentation" im Auswertungsjahr 2025 handelte es sich um eine klassische Fehldokumentation, die zu einer Unterdokumentation führte, weshalb eine Bewertung mit „A70 - Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)" resultierte.

Minimaldatensätze sind in den Verfahren der Transplantationsmedizin nur nach vorheriger Rücksprache mit dem IQTIG anzulegen, da bei sehr kleinen Fallzahlen in den Verfahren nahezu jeder Fall rechnerisch hochrelevant ist und ein tatsächliches Dokumentationshemmnis sehr konsequent nachverfolgt werden kann.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe von VA-ECMO bei Systemart (ID 851807)

Tabelle 49: AK 851807: Angabe von VA-ECMO bei Systemart

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,05 O = 38 N = 773	0,03 O = 29 N = 876	**0,04** **O = 38** **N = 923**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 60 10,00 %	4 / 61 6,56 %	**6 / 57** **10,53 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 6 50,00 %	**2 / 4** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 60 5,00 %	**2 / 61** **3,28 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe von VA-ECMO bei Systemart" (ID 851807) misst die Rate an Eingriffen, bei denen eine VA-ECMO implantiert wird. VA-ECMO-Implantationen werden in den Indikatoren des Moduls *TX-MKU* nicht betrachtet. Es kann jedoch zur Auslösung einer Dokumentationspflicht kommen, wenn die Implantation einer VA-ECMO als Implantation eines Herzunterstützungssystems kodiert wird. Da es sich hierbei u. U. um eine Fehlkodierung und somit um einen Dokumentationsfehler handelt, wird dies in einem Auffälligkeitskriterium betrachtet. VA-ECMOs werden daher aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen.

Für das Auswertungsjahr 2026 hat sich das Bundesergebnis im Vergleich zu den letzten Jahren leicht verschlechtert. Es befindet sich aber noch auf einem ähnlichen Niveau.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 erfolgten 2 Bewertungen mit „A70 – Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)" aufgrund einer Fehldokumentation eines ECMO-/ECLS-Systems als permanentes Herzunterstützungssystem. Die anderen beiden Bewertungen mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)" beruhen auf einem ungelösten Kodierproblem. Diese Leistungserbringer sehen die Kodierung eines Herzunterstützungssystems durch Modifikation einer VA-ECMO als gerechtfertigt an, da der Aufwand hieraus und die Art des thorakalen Zugangs dem eines Herzunterstützungssystems gleichen würde. Eine entsprechende

Kodierungsprüfung beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) führte bisher zu keinen Änderungen.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen (ID 852311)

Tabelle 50: AK 852311: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 O = 0 N = 753	0,00 O = 0 N = 857	**0,00** **O = 0** **N = 891**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 60 0,00 %	0 / 61 0,00 %	**0 / 57** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 60 0,00 %	**0 / 61** **0,00 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen“ (ID 852311) betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Würde ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, verringert dies die Grundgesamtheit. Dies könnte die Berechnungsergebnisse der Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800) sowie „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (ID 251801) erheblich beeinflussen. Dieser Effekt kann insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise wenigen Leistungserbringer relativ groß ausfallen. Im Auswertungsjahr 2026 wurde, wie bereits im Vorjahr, in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert. Um sicherzustellen, dass sich hinter einem solchen Dokumentationsereignis nicht ein Sterbefall verbirgt, wird bei Beobachtung eines entsprechenden Falles eine solche Dokumentation im Einzelfall geprüft.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-MKU

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	276	-	280	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	276	100,00	280	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	32	11,59	38	13,57
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	32	100,00	38	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	32	100,00	38	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	32	100,00	38	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	32	100,00	38	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	8	25,00	3	7,89
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	2	5,26
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	8	25,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	6	18,75	5	13,16
Bewertung als qualitativ auffällig	17	53,12	32	84,21
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	3,12	1	2,63
Sonstiges	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 280 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 38 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 26 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei 32 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen von 24 Leistungserbringern im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) ist eine Zunahme der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

32 der 38 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden als „qualitativ auffällig" bewertet. Gründe waren u. a. fehlende Informationen in der epikritischen Darstellung der Fälle (bspw. Evaluationsergebnisse oder nicht ausreichend reflektierte, präoperative Risikofaktoren und Vorerkrankungen, Begründungen der Indikationsstellungen etc.), die eine fachliche Plausibilisierung kaum oder gar nicht zuließ. Eine qualitative Aufarbeitung der Fälle durch Leistungserbringer war nicht (ausreichend) erkennbar. Die Bewertung erfolgte in solchen Fällen mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt".

Weitere Gründe für eine qualitativ auffällige Bewertung waren die Unter- bzw. Fehleinschätzung des Patientenrisikos, eine nicht ausreichende Evaluation bzw. Fehleinschätzung der Rechtsherzfunktion vor Implantation eines LVAD, eine nicht ausreichende Präkonditionierung oder eine nicht den Risikofaktoren angepasste Diagnostik vor Implantation. Die Indikationsstellung musste in einigen Fällen kritisch hinterfragt werden, u. a. auch aufgrund fehlender Einordnungen der Befundergebnisse (neurologische, kardiale oder organische Situation). In der Folge kam es dabei auch zu einem mangelnden Einsatz von temporären Systemen (links- und rechtsseitig). Das Komplikationsmanagement, insbesondere in der diagnostischen Absicherung und der interventionellen Eskalation war in einigen Fällen nicht angemessen. Verbesserungspotenziale wurden auch im Gerinnungs- und Hygienemanagement, bei der Deviceeinstellung sowie im chirurgischen Management gesehen.

Auf die Notwendigkeit von strukturellen Anpassungen an die eigenen Versorgungskapazitäten bzw. an den Komplexitätsgrad des zu versorgenden Patientenkollektivs musste in einigen Fällen hingewiesen werden, mitunter auch in den geführten kollegialen Gesprächen und Begehungen. Strukturelle Merkmale wie das Vorhandensein einer Herzinsuffizienzambulanz, eines interdisziplinären Heart-Failure-Teams, einer VAD-Koordination und interdisziplinär erstellter SOPs zu den wesentlichen Behandlungsschritten werden als qualitative Voraussetzung für ein VAD-Programm angesehen. Diese mussten in einigen Fällen bei den Leistungserbringern kritisiert werden. Dass das Erkennen klinischer Zusammenhänge im bzw. für den Behandlungsprozess durch

mangelnde interdisziplinäre Strukturen inkl. einer ausreichend interdisziplinären M&M-Konferenz erschwert wird, hat das IQTIG bereits mehrfach zurückgemeldet.

Auch aus Einzelfällen erkennbare und sinnvoll ableitbare Maßnahmen für zukünftige Behandlungsfälle konnten mehrfach aufgrund mangelnder Problemerkennung nicht festgestellt werden.

Von zwei Leistungserbringern wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt bzw. der Verstoß nicht korrigiert. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme wird dem Leistungserbringer jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt und er erhält Unterstützung durch das IQTIG.

Mit acht Leistungserbringern sollten zu 15 Qualitätsindikatoren zu Qualitätsförderungszwecken 6 kollegiale Gespräche und 2 Begehungen erfolgen. Kriterium hierfür waren wiederholte qualitative Probleme in einem Indikator in aufeinander folgenden Auswertungsjahren oder eine übergreifende qualitative Problematik in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren innerhalb eines Auswertungsjahres. In all diesen Gesprächen und Begehungen wird der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems" (ID 251800) adressiert. 2-Mal wurde zusätzlich der Indikator „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD" (ID 52385) und 4-mal zusätzlich der Indikator „Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems" (ID 52388) adressiert. In einer Begehung wurde zusätzlich auch der Indikator „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD" (ID 52391) adressiert. Bei den zwei zum Stichtag der Datenübermittlung am 15. März 2026 bereits durchgeführten kollegialen Gesprächen und einer Begehung sind Zielvereinbarungen vorgesehen.

Als „qualitativ unauffällig" wurden 5 von 38 Indikatorergebnissen bewertet, in drei Fällen aufgrund einer Fehlkodierung eines Einzelfalls. In zwei Fällen wurden dem Leistungserbringer jeweils Hinweise zur möglichen Qualitätsverbesserung zum diagnostischen Timing und ggf. Therapieanpassung bzgl. spezieller klinischer Risiken mitgeteilt.

Ein weiteres Qualitätsindikatorergebnis wurde mit „D99" bewertet, da es sich in diesem Fall um eine Fehldokumentation in einem Einzelfall zur neurologischen Dysfunktion handelte. Dem Leistungserbringer wurden dennoch fachliche Hinweise außerhalb dieses Indikatorziels mitgeteilt.

Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie – wo erforderlich - der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen führen zu gezielten Anpassungen und Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Behandlungsmanagement und im internen klinisch orientierten Qualitätsmanagement, nicht zuletzt, um das eigene Verbesserungspotenzial erkennen zu können.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 52: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-MKU

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	240	100,00	250	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	9	3,75	5	2,00
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	9	100,00	5	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	9	100,00	5	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	100,00	5	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	11,11	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	5	55,56	3	60,00
Sonstiges	3	33,33	2	40,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 250 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul resultierten 5 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 5 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) gab es insgesamt 240 Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien, von denen 9 rechnerisch auffällig waren.

3 der 5 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. In einem Fall handelte es sich um einen Dokumentationsfehler.

Zwei Bewertungen mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ beruhen auf einem ungelösten Kodierproblem. Diese Leistungserbringer sehen die Kodierung eines Herzunterstützungssystems als gerechtfertigt an, da der Aufwand durch die Modifikation des VA-ECMO-Systems und der Art des thorakalen Zugangs dem eines Herzunterstützungssystems gleicht. Eine entsprechende Kodierungsprüfung beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) führte bisher zu keinen Änderungen.

Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-LUTX* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen um 23 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Sowohl die übermittelte Anzahl an Datensätzen als auch die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, entsprachen der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LUTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 53: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - TX-LUTX

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	328 328 0	328	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	12		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	12	12	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	12	12	100,00

Für das Modul *TX-LUTX* entspricht sowohl die Anzahl der übermittelten Datensätze als auch die Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens einen Datensatz übermittelt haben, der erwarteten Anzahl. Festzustellen ist eine deutliche Zunahme bei der Anzahl der gelieferten Datensätze von 305 im Auswertungsjahr 2025 auf 328 im Auswertungsjahr 2026. Die Bundesfachkommission bewertete diese Zunahme aufgrund steigender Fallzahlen als plausibel.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LUTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-LUTX*. Vor dem Hintergrund ähnlicher bis verbesserter Bundesergebnisse aller Qualitätsindikatoren ist besonders für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2155) eine Verbesserung des Bundesergebnisses und somit ein weiterhin positiver Trend im Jahresverlauf zu verzeichnen. Insgesamt sind in den Qualitätsindikatoren auch nur wenige Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig geworden. Der Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12433) hat dabei bei nur zwei rechnerisch auffälligen Leistungserbringergebnissen den höchsten Anteil an diesen. Im Zusammenhang mit der Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegt im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation“ (ID 282300) kein Fall mehr vor. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850266, 850267 und 850268).

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 54: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - TX-LUTX

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	5,90 % O = 18 N = 305	4,57 % O = 15 N = 328 (≤ 20,00 %)	vergleichbar
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	87,50 % O = 210 N = 240	87,41 % O = 250 N = 286 (≥ 70,00 %)	vergleichbar
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	80,99 % O = 196 N = 242	81,48 % O = 198 N = 243 (≥ 65,00 %)	vergleichbar
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	74,46 % O = 207 N = 278	78,19 % O = 190 N = 243 (≥ 60,00 %)	vergleichbar
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	O = 0 N = 651	O = 0 N = 675 (≤ 1,00 Fall / Fälle)	eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 55: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-LUTX

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	2 / 12	16,67	0
		2025	1 / 12	8,33	1
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	0 / 10	0,00	-
		2025	0 / 12	0,00	-
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	1 / 10	10,00	1
		2025	0 / 10	0,00	-
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	2 / 10	20,00	0
		2025	1 / 10	10,00	1
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	2024	1 / 11	9,09	1
		2025	0 / 12	0,00	-

2.2.3 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 2155)

Tabelle 56: QI 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	7,49 % O = 20 N = 267	5,90 % O = 18 N = 305	**4,57 %** **O = 15** **N = 328**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 10 10,00 %	2 / 12 16,67 %	**1 / 12** **8,33 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 100,00 %	**2 / 2** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 10 10,00 %	**2 / 12** **16,67 %**	n. a.

Das Ergebnis des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 2155) verbesserte sich im Vergleich zum Vorjahr um ca. 1,3 Prozentpunkte und setzt damit einen positiven Trend fort.

Bei zwei Leistungserbringern wurde das Indikatorergebnis mit qualitativ auffällig bewertet. Über ausführliche Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsdefiziten hinaus (u. a. zum intraoperativen Management einer iatrogen verursachten Komplikation, der notwendigen kritischen Überprüfung des operativen Vorgehens oder Defiziten beim Monitoring der aktiv gelisteten Patientinnen/Patienten) haben die beiden Leistungserbringer zusätzlich Hinweise zu Verbesserungspotenzialen erhalten (beispielsweise zur ausreichenden Beachtung von Anamnese und Diagnostik des Spenders oder einer frühzeitigeren breiten antibiotischen und antimykotischen Abdeckung vor Lungentransplantation). Teilweise wurde das Verbesserungspotenzial vom Leistungserbringer selbst erkannt.

1-, 2- und 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (IDs 12397, 12413 und 12433)

Tabelle 57: QI 12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	88,52 % O = 216 N = 244	87,50 % O = 210 N = 240	**87,41 %** **O = 250** **N = 286**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 10 10,00 %	0 / 10 0,00 %	**0 / 12** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 70,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 100,00 %	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 10 10,00 %	**0 / 10** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 58: QI 12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	79,23 % O = 225 N = 284	80,99 % O = 196 N = 242	**81,48 %** **O = 198** **N = 243**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 10 30,00 %	1 / 10 10,00 %	**0 / 10** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 65,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 3 100,00 %	**0 / 1** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 10 30,00 %	**0 / 10** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 59: QI 12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	76,02 % O = 187 N = 246	74,46 % O = 207 N = 278	**78,19 %** **O = 190** **N = 243**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 11 9,09 %	2 / 10 20,00 %	**1 / 10** **10,00 %** **(Refbereich: ≥ 60,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**1 / 2** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 11 0,00 %	**1 / 10** **10,00 %**	n. a.

Die Follow-up-Indikatoren zum Überleben bei bekanntem Status messen die Rate an Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus dem transplantierenden Leistungserbringer bekannt ist und die zum Zeitpunkt des jeweils durchgeführten Follow-up leben. Zum Auswertungsjahr 2026 blieb das Ergebnis des Indikators „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12397) ähnlich wie im Vorjahr. Die Ergebnisse der Indikatoren zum 2- und 3-Jahres-Überleben (IDs 12413 und 12433) verbesserten sich im Vergleich zum Vorjahr.

Bei den rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen des AJ 2025 handelt es sich in der überwiegenden Anzahl (2 von 3) um Vorgänge, die bereits vollständig in den Stellungnahmeverfahren des Vorjahres ausgewertet und evaluiert wurden. Beide Indikatorergebnisse stammten von demselben Leistungserbringer. Es erfolgte wie üblich in diesen Konstellationen eine Bewertung mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)" mit einem entsprechenden öffentlichen Kommentar.

Ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis wurde allerdings als qualitativ auffällig bewertet. Der Leistungserbringer hat Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet. Zusätzlich wurden weitere Hinweise zur QS-Compliance mitgeteilt.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation (ID 282300)

Tabelle 60: QI 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	O = ≤ 3 N = 670	O = 0 N = 651	**O = 0** **N = 675**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 12 33,33 %	1 / 11 9,09 %	**0 / 12** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 1,00 Fall / Fälle)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 25,00 %	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 12 8,33 %	**1 / 11** **9,09 %**	n. a.

Der Indikator wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Patientinnen und Patienten betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig war. Wie bereits im Vorjahr war der Überlebensstatus im Auswertungsjahr 2026 in keinem Fall unbekannt. Im letzten Jahr schien die Rate unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation höher zu sein als in diesem Jahr. Dies liegt in einer Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator begründet. Diese Anpassung führt dazu, dass Fälle mit einer nicht übermittelten bzw. nicht verknüpfbaren Follow-up-Dokumentation nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt werden. Solche Fälle werden ab diesem Auswertungsjahr nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-Follow-up (IDs 850266, 850267 und 850268) einbezogen. Diese Differenzierung verhindert eine doppelte Bewertung desselben Sachverhalts im Stellungnahmeverfahren. Die Ergebnisse in diesem Indikator werden zudem noch erheblich durch die Verknüpfungsproblematik nach Umstellung auf die DeQS-RL und die damit entstandenen Dokumentationsprobleme beeinflusst.

Bei einem Leistungserbringer wurde das Indikatorergebnis mit „qualitativ auffällig“ bewertet, da strukturelle und prozessuale Mängel im Qualitätsmanagement und der externen Qualitätssicherung festgestellt wurden. Diese bezogen sich auf abweichende QS-Informationen bzw. fehlende oder zu späte Übermittlungen von QS-Datensätzen.

Zum vorherigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) lag eine Bewertung bei der letztjährigen Berichterstellung noch nicht vor. Es wurden dem Krankenhaus Hinweise zum möglichen Verbesserungspotenzial bei Zentrumswechsel in der Nachsorge gegeben. Eine Bewertung mit „U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ erfolgte.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-LUTX* zeigen sich bei den Auffälligkeitskriterien im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibend gute bzw. weiter verbesserte Ergebnisse. Besonders die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung nach 1-, 2- und 3-Jahren des Follow-up (IDs 850266, 850267 und 850268) weisen sehr gute Ergebnisse auf.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 61: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-LUTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852314	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	0,00 0/328 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,00 % 328/328 (≥ 100,00 %)
850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,00 % 328/328 (≤ 110,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
850266	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	98,89 % 268/271 (≥ 95,00 %)
850267	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	97,22 % 210/216 (≥ 95,00 %)
850268	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	100,00 % 197/197 (≥ 95,00 %)

Tabelle 62: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-LUTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852314	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus 12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	2025	0 / 12	0,00	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	2025	0 / 12	0,00	-
850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	2025	0 / 12	0,00	-

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850266	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	1 / 12	8,33	-
850267	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	2 / 10	20,00	1
850268	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	0 / 10	0,00	-

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation (IDs 850245 und 850246)

Tabelle 63: AK 850245: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,00 % O = 267 N = 267	100,00 % O = 305 N = 305	**100,00 %** **O = 328** **N = 328**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 10 0,00 %	0 / 13 0,00 %	**0 / 12** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 10 0,00 %	**0 / 13** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 64: AK 850246: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,00 % O = 267 N = 267	100,00 % O = 305 N = 305	**100,00 %** **O = 328** **N = 328**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 10 0,00 %	0 / 13 0,00 %	**0 / 12** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 10 0,00 %	**0 / 13** **0,00 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850245) bzw. Überdokumentation (ID 850246) prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2026 können hier sehr gute Ergebnisse festgestellt werden; es zeigt sich weder eine Unter- noch eine Überdokumentation.

Minimaldatensätze sind in den Verfahren der Transplantationsmedizin nur nach vorheriger Rücksprache mit dem IQTIG anzulegen, da bei sehr kleinen Fallzahlen in den Verfahren nahezu jeder Fall rechnerisch hochrelevant ist und ein tatsächliches Dokumentationshemmnis sehr konsequent nachverfolgt werden kann.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up (IDs 850266, 850267 und 850268)

Tabelle 65: AK 850266: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	99,57 % O = 230 N = 231	97,38 % O = 223 N = 229	**98,89 %** **O = 268** **N = 271**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 10 10,00 %	2 / 10 20,00 %	**1 / 12** **8,33 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 100,00 %	**1 / 2** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 10 10,00 %	**1 / 10** **10,00 %**	n. a.

Tabelle 66: AK 850267: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	95,97 % O = 238 N = 248	99,53 % O = 210 N = 211	**97,22 %** **O = 210** **N = 216**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 11 45,45 %	1 / 10 10,00 %	**2 / 10** **20,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 20,00 %	**0 / 1** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 11 9,09 %	**0 / 10** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 67: AK 850268: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	98,52 % O = 200 N = 203	95,61 % O = 218 N = 228	**100,00 %** **O = 197** **N = 197**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 11 18,18 %	5 / 11 45,45 %	**0 / 10** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**4 / 5** **80,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 11 9,09 %	**4 / 11** **36,36 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1 Jahr (ID 850266), 2 Jahre (ID 850267) bzw. 3 Jahre (ID 850268) nach dem Transplantationsdatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Transplantation und 60 Tagen (ID 850233) bzw. 90 Tagen (ID 850267 und 850268) nach dem Jahrestag der Transplantation zulässig. Diese Zeiträume sollen sicherstellen, dass Patientinnen/Patienten zuverlässig und rechtzeitig mindestens jährlich im Follow-up seitens der Leistungserbringer gemonitort werden. Für das Auswertungsjahr 2026 liegen die Ergebnisse auf Bundesebene jeweils innerhalb des definierten Referenzbereichs und werden als gut bewertet.

Bei 3 von 8 rechnerischen Auffälligkeiten handelte es sich um Fälle, die ebenfalls im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 282300) auffällig wurden. Diese Ergebnisse betreffen denselben Leistungserbringer. Um eine mehrfache qualitativ auffällige Bewertung von denselben Vorgängen, die hier das Ziel des Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen, zu vermeiden, erfolgte eine Bewertung mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und entsprechender Kommentierung. Aufgrund der Aussagen in den Stellungnahmen kann bei den Auffälligkeiten vermutet werden, dass bei allen Fällen das jeweilige Follow-up zeitgerecht stattfand.

Bei den anderen fünf Leistungserbringern wurden fünf Ergebnisse mit „A70 - Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)“ bewertet. Gründe waren zum einen Fehldokumentationen des OP-Datums, der IKNR der Krankenkasse oder bezüglich der Zustimmung von privatversicherten Patientinnen oder Patienten zur Teilnahme an der Qualitätssicherung. Zum anderen kam es zu abweichenden Angaben im Versichertenstatus zwischen Index- und Follow-up-Bogen ohne Erläuterung des Leistungserbringers. In einem Fall wurde die Prüfung der vom IQTIG zur Verfügung gestellten Verknüpfungskonstellationen nicht ausreichend durchgeführt, sodass ein Verknüpfungsproblems nicht nachvollziehbar war.

Zum vorherigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) lag eine Bewertung bei der letztjährigen Berichterstellung noch nicht vor. Aufgrund von geltend gemachten Softwareproblemen erfolgte eine Bewertung mit „A99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und entsprechendem Hinweis.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (ID 852314)

Tabelle 68: AK 852314: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 O = 0 N = 267	0,00 O = 0 N = 305	**0,00** **O = 0** **N = 328**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 10 0,00 %	0 / 12 0,00 %	**0 / 12** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 10 0,00 %	**0 / 12** **0,00 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen“ (ID 852314) betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Würde ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, verringert dies die Grundgesamtheit. Dies könnte die Berechnungsergebnisse sämtlicher Indikatoren des Moduls *TX-LUTX* erheblich beeinflussen. Dieser Effekt kann insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise wenigen Leistungserbringer relativ groß ausfallen. Im Auswertungsjahr 2026 wurde, wie bereits im Vorjahr, in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert. Um sicherzustellen, dass sich hinter einem solchen Dokumentationsereignis nicht ein Sterbefall verbirgt, wird bei Beobachtung eines entsprechenden Falles eine solche Dokumentation im Einzelfall geprüft.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 69: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LUTX

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	53	-	53	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	53	100,00	53	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	10	18,87	6	11,32
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	10	100,00	6	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	10	100,00	6	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	100,00	6	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	10	100,00	6	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	20,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	10,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	6	60,00	4	66,67
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	2	20,00	0	0,00
Sonstiges	1	10,00	2	33,33

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 53 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 6 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 5 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei 10 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen von 8 Leistungserbringern im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) ist ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

4 der 6 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden qualitativ auffällig bewertet. Gründe waren Defizite im prä-, intra- und postoperativen Management, beispielsweise bei Evaluation der Patientinnen und Patienten inklusive Risikoabschätzung für den postoperativen Verlauf, im operativen Vorgehen oder dem Komplikationsmanagement. Zudem sorgten strukturelle und prozessuale Mängel im Qualitätsmanagement und der externen Qualitätssicherung für eine entsprechende Bewertung.

In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer konkrete fachliche Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsproblemen sowie Hinweise zu Verbesserungspotenzialen, u. a. zur ausreichenden Sicherstellung bzw. Beachtung anamnestischer Parameter und Diagnostik der Spenderin bzw. des Spenders oder einer frühzeitigeren breiten antibiotischen und antimykotischen Abdeckung vor Lungentransplantation. Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen führen zu gezielten Anpassungen und Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Behandlungsmanagement und im internen klinisch orientierten Qualitätsmanagement, nicht zuletzt, um das eigene Verbesserungspotenzial erkennen zu können.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 70: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LUTX

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	62	100,00	69	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	8	12,90	8	11,59
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	8	100,00	8	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	8	100,00	8	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	8	100,00	8	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	12,50	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	3	37,50	5	62,50
Sonstiges	4	50,00	3	37,50
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 69 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul resultierten 8 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 6 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) gab es insgesamt 62 Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien, von denen ebenfalls 8 rechnerisch auffällig waren.

5 der 8 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Gründe dafür waren in 3 Fällen Fehldokumentationen, in einem Fall abweichende Angaben im Versichertenstatus zwischen Index- und Follow-up-Bogen ohne weitere Erläuterung des Leistungserbringers und in einem weiteren Fall die nicht ausreichende Prüfung möglicher Verknüpfungsproblematiken.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups berücksichtigt. 3 von 8 rechnerischen Auffälligkeiten wurden daher mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und entsprechender Kommentierung bewertet, da die Fälle vollständig auch im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 282300) abgebildet wurden.

Lebertransplantationen

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-LTX* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Lebertransplantationen um 87 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Während bei der Anzahl an übermittelten Datensätzen eine leichte Unterdokumentation vorlag, entsprach die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 71: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - TX-LTX

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	936 936 0	937	99,89
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	19		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	20	20	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	19	19	100,00

Für das Modul *TX-LTX* wurde ein Datensatz weniger übermittelt als erwartet wurde. Die Vollzähligkeit liegt damit bei 99,89 %. Im Vorjahr lag mit einer Vollzähligkeit von 100,12 % eine leichte Überdokumentation vor. Trotz einer gestiegenen Gesamtzahl übermittelter Datensätze (AJ 2026: 936; AJ 2025: 849) sank die Anzahl der Leistungserbringer mit mindestens einem übermittelten Datensatz (entlassende Standorte) von 21 im Auswertungsjahr 2025 auf 20 im Auswertungsjahr 2026.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-LTX*. Während sich das Ergebnis des Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2096) verbesserte, trat für den Indikator „Tod durch operative Komplikationen“ (ID 2097) eine Ergebnisverschlechterung auf. Durch eine Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegt im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation“ (ID 272300) kein Fall mehr vor. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850263, 850264 und 850265). Der Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12385) hat mit 6 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen den höchsten Anteil an diesen bezogen auf alle Qualitätsindikatoren.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 72: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - TX-LTX

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2097	Tod durch operative Komplikationen	0,72 % O = 6 N = 832	0,97 % O = 9 N = 927 (≤ 5,00 %)	vergleichbar
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	10,70 % O = 89 N = 832	9,71 % O = 90 N = 927 (≤ 20,00 %)	vergleichbar
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	85,98 % O = 644 N = 749	85,55 % O = 687 N = 803 (≥ 70,00 %)	vergleichbar
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	81,83 % O = 527 N = 644	83,99 % O = 640 N = 762 (≥ 70,36 %; 10. Perzentil)	vergleichbar
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	77,33 % O = 532 N = 688	78,96 % O = 518 N = 656 (≥ 69,87 %; 10. Perzentil)	vergleichbar
272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation	O = 5 N = 1.766	O = ≤ 3 N = 1.901 (≤ 1,00 Fall / Fälle)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2133	Postoperative Verweildauer	24,41 % O = 185 N = 758	24,88 % O = 211 N = 848 (≤ 30,00 %)	vergleichbar
272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	47,12 % O = 392 N = 832	45,85 % O = 425 N = 927 (≤ 67,16 %; 90. Perzentil)	vergleichbar

Tabelle 73: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-LTX

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2097	Tod durch operative Komplikationen	2024	0 / 20	0,00	-
		2025	2 / 19	10,53	0
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	2 / 20	10,00	0
		2025	1 / 19	5,26	0
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	2 / 21	9,52	2
		2025	0 / 20	0,00	-
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	5 / 21	23,81	3
		2025	3 / 21	14,29	1

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	2024	5 / 21	23,81	0
		2025	6 / 21	28,57	4
272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation	2024	11 / 21	52,38	9
		2025	0 / 21	0,00	-
2133	Postoperative Verweildauer	2024	3 / 20	15,00	0
		2025	3 / 19	15,79	1
272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	2024	1 / 20	5,00	-
		2025	2 / 19	10,53	0

2.2.3 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 2096)

Tabelle 74: QI 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	9,06 % O = 75 N = 828	10,70 % O = 89 N = 832	**9,71 %** **O = 90** **N = 927**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 20 10,00 %	2 / 20 10,00 %	**1 / 19** **5,26 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**2 / 2** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 20 5,00 %	**2 / 20** **10,00 %**	n. a.

Das Bundesergebnis des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2096) hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert. Seit dem Auswertungsjahr 2025 werden Fälle mit dokumentierter Multiviszeraltransplantation aus den Indikatoren dieses Auswertungsmoduls ausgeschlossen. Diese werden separat in einer Kennzahl erfasst.

Bei 2 Leistungserbringern wurde das Indikatorergebnis mit „qualitativ auffällig“ bewertet. So waren Komplikationen teilweise Folge einer verbesserungswürdigen Evaluationsdiagnostik (bspw. kardial erweiterte Rechtsherzdiagnostik bzw. Stress-Diagnostik) oder einer unzureichenden Berücksichtigung von Risikofaktoren für das operative und postoperative Management. Fachliche Zusammenhänge der eingetretenen Komplikationen wurden durch die Stellungnahmen häufig jedoch nur indirekt erkennbar. Beispielsweise wurde eine Indikation aufgrund eines unklaren präoperativen Gesamtstatus oder eines unklaren Leberversagens kritisch hinterfragt. Außerdem wurden Defizite bei der interdisziplinären Kommunikation im Behandlungsprozess deutlich. Überprüfungswürdig waren zudem das Spender(-organ)-Empfänger-Matching und die Organakzeptanz bei bestimmten Marginalitätskriterien. Das Konzept und die Frequenz der M&M-Konferenzen wurden zur Überarbeitung empfohlen. Beide Leistungserbringer haben Maßnahmen zur Verbesserung ergriffen, bei einem Leistungserbringer wurde aufgrund dieser im Konsens mit der Bundesfachkommission zunächst auf ein kollegiales Gespräch verzichtet.

Tod durch operative Komplikationen (ID 2097)

Tabelle 75: QI 2097: Tod durch operative Komplikationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,72 % O = 6 N = 828	0,72 % O = 6 N = 832	**0,97 %** **O = 9** **N = 927**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 20 5,00 %	0 / 20 0,00 %	**2 / 19** **10,53 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 100,00 %	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 20 5,00 %	**0 / 20** **0,00 %**	n. a.

Der Indikator „Tod durch operative Komplikationen" (ID 2097) betrachtet Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient am Tag oder am Folgetag des Eingriffs verstarb. Im Auswertungsjahr 2026 verschlechterte sich das Bundesergebnis im Vergleich zum Vorjahr um 0,25 Prozentpunkte.

Seit dem Auswertungsjahr 2025 werden Fälle mit dokumentierter Multiviszeraltransplantation aus den Indikatoren dieses Auswertungsmoduls ausgeschlossen. Diese werden separat in einer Kennzahl erfasst.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurde bei keinem Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis festgestellt.

Postoperative Verweildauer (ID 2133)

Tabelle 76: QI 2133: Postoperative Verweildauer

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	24,67 % O = 188 N = 762	24,41 % O = 185 N = 758	**24,88 %** **O = 211** **N = 848**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 20 25,00 %	3 / 20 15,00 %	**3 / 19** **15,79 %** **(Refbereich: ≤ 30,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 5 100,00 %	**2 / 3** **66,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 20 25,00 %	**2 / 20** **10,00 %**	n. a.

Der Indikator „Postoperative Verweildauer“ (ID 2133) adressiert den Anteil der Patientinnen und Patienten, deren postoperative Verweildauer nach einer Lebertransplantation oberhalb des 75. Perzentils liegt. Es wird davon ausgegangen, dass mit einer längeren Verweildauer auch postoperative operationsspezifische sowie allgemeine Komplikationen aufgegriffen werden, die im Stellungnahmeverfahren adressiert und auf einen Zusammenhang mit möglichen Struktur- und Prozessproblemen bei der Behandlung von Lebertransplantierten geprüft werden können. Auch für diesen Indikator weist die Rate auf Bundesebene im Verlauf der letzten Jahre kaum Veränderungen auf. Seit dem Auswertungsjahr 2025 werden Fälle mit dokumentierter Multiviszeraltransplantation aus den Indikatoren dieses Auswertungsmoduls ausgeschlossen. Diese werden separat in einer Kennzahl erfasst.

Bei zwei Leistungserbringern wurde das Indikatorergebnis mit „qualitativ auffällig“ bewertet. Gründe waren zum einen eine protrahierte Diagnostik bei Eintreten von Komplikationen und einer verzögerten Indikationsstellung zur Re-Listung sowie anderen Mängeln im postoperativen Management. Auch die Akzeptanz eines hochkritischen Spenderorgans, welches selbst vom Leistungserbringer als „gut“ eingestuft wurde, wurde thematisiert. Das perioperative Gerinnungsmanagement, das medikamentöse Management oder das Spender(-organ)-Empfänger-Matching waren weitere relevante Aspekte. Zudem fehlte eine ausreichende Ursachenanalyse von eingetretenen Komplikationen (bspw. bei Blutungen oder Anastomoseninsuffizienzen) oder aber auch entscheidende Angaben in den Epikrisen, die zur vollständigen eigenen Einordung der Verläufe notwendig wären.

Es wurde eine Empfehlung zur Intensivierung der Bemühungen zur direkten Zuweisung bei aggravierenden Verläufen auf der Warteliste ausgesprochen, um eine adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten auch im Vorfeld einer Lebertransplantation zu unterstützen. Erneut folgte der Hinweis auch schwere komplikative Verläufe in M&M-Konferenzen auf Vermeidung zu prüfen. Bei einem Leistungserbringer wurde aufgrund der eigens ergriffenen Maßnahmen im Konsens mit der Bundesfachkommission zunächst auf ein kollegiales Gespräch verzichtet.

Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis konnte mit „U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ bewertet werden. Hier erfolgte ein Hinweis zu einer möglicherweise verbesserbaren Organisation mit Zuweisern, um eine umfangreiche Evaluation vor Lebertransplantation sicherstellen zu können. Es erfolgte ein Hinweis auf fehlende Laborwerte in der Stellungnahme zur adäquaten Einschätzung einer eingeschränkten Organqualität sowie des Empfänger-Spender-Matchings und einer möglichen Optimierbarkeit der Kooperation mit Rehaeinrichtungen.

Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation (ID 272400)

Tabelle 77: QI 272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	47,12 % O = 392 N = 832	**45,85 %** **O = 425** **N = 927**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	1 / 20 5,00 %	**2 / 19** **10,53 %** **(Refbereich: ≤ 67,16 %; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 20** **5,00 %**	n. a.

Der Indikator „Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation“ (ID 272400) wurde zum Auswertungsjahr 2025 erstmals ausgewertet. Das Bundesergebnis hat sich im Auswertungsjahr 2026 bereits leicht verbessert, zeigt jedoch in knapp der Hälfte der Fälle das Auftreten einer entsprechenden Komplikation auf. Die Bundesfachkommission bewertet die Ergebnisse dieses Indikators als plausibel und im Rahmen dessen, was erwartet wurde.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde lediglich ein Leistungserbringer in diesem Indikator rechnerisch auffällig. Es erfolgte eine qualitativ auffällige Bewertung mit „A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“.

1-, 2- und 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (IDs 12349, 12365 und 12385)

Tabelle 78: QI 12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	85,42 % O = 545 N = 638	85,98 % O = 644 N = 749	**85,55 %** **O = 687** **N = 803**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 21 19,05 %	2 / 21 9,52 %	**0 / 20** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 70,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 50,00 %	**1 / 2** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 21 9,52 %	**1 / 21** **4,76 %**	n. a.

Tabelle 79: QI 12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	79,25 % O = 550 N = 694	81,83 % O = 527 N = 644	**83,99 %** **O = 640** **N = 762**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 21 19,05 %	5 / 21 23,81 %	**3 / 21** **14,29 %** **(Refbereich: ≥ 70,36 %; 10. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 50,00 %	**3 / 5** **60,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 21 9,52 %	**3 / 21** **14,29 %**	n. a.

Tabelle 80: QI 12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	75,10 % O = 383 N = 510	77,33 % O = 532 N = 688	**78,96 %** **O = 518** **N = 656**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 20 5,00 %	5 / 21 23,81 %	**6 / 21** **28,57 %** **(Refbereich: ≥ 69,87 %; 10. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**2 / 5** **40,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 20 0,00 %	**2 / 21** **9,52 %**	n. a.

Die Follow-up-Indikatoren zum Überleben bei bekanntem Status messen die Rate an Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus bekannt ist und die zum Zeitpunkt des jeweils durchgeführten Follow-up leben. Für alle drei Indikatoren ist das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 ähnlich bzw. leicht verbessert im Vergleich zum Vorjahresergebnis. Seit dem Auswertungsjahr 2025 werden Fälle mit dokumentierter Multiviszeraltransplantation aus den Indikatoren dieses Auswertungsmoduls ausgeschlossen. Diese werden separat in einer Kennzahl erfasst.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde die Hälfte der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse bei 5 Leistungserbringern qualitativ auffällig bewertet. Qualitätsdefizite betrafen dabei sowohl noch intrahospitale Vorgänge mit entsprechendem Einfluss auf das Überleben im Verlauf als auch in der weiteren Nachsorge, beispielsweise die wiederholte Wiederaufnahme bei Dekompensation und Dialysepflichtigkeit. Die Funktion der interdisziplinären TX-Konferenz mit konsiliarischer

Hinzuziehung weiterer Fachdisziplinen zur Einschätzung des Gesamtrisikos der Patientinnen und Patienten und damit auch der Möglichkeit, die Indikationsstellung sowie operative und postoperative Prozesse bereits im Vorfeld adaptieren zu können, wurde von einigen Leistungserbringern anscheinend unterschätzt. So spielte die verzögerte Erkennung von Komplikationen mit entsprechend fehlender Handlungskonsequenz eine Rolle. Zudem musste auch hier eine unzureichende Ursachenanalyse zu aufgetretenen Symptomen und Komplikationen in einigen Fällen kritisiert werden. Für hepatische und extrahepatische operative bzw. postoperative Komplikationen mussten auch operative Mängel diskutiert werden. Die Akzeptanz verminderter Organqualität hatte entsprechende Auswirkungen im postoperativen Verlauf. Auffällig war zudem bei einem Leistungserbringer die relative Häufigkeit der präoperativen Nichterkennung eines cholangiozellulären Karzinoms (CCC), gerade unter intensiviertem Monitoring, was Fragen zur Diagnostik offenlässt. Bei einem anderen Leistungserbringer wurde die Nichterkennung eines CCC im Spenderorgan als Prozessfehler eingeschätzt. Auch die Unterschätzung des Gesamtrisikos von Lebertransplantationspatientinnen und -patienten vor Indikationsstellung wurde bei einem Leistungserbringer bemängelt.

Bei einem Leistungserbringer wurde der grundsätzliche Strategiewechsel in Richtung einer kritischeren Indikationsstellung positiv gesehen und dies im öffentlichen Kommentar gewürdigt. Folglich erfolgte eine Bewertung mit „A99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)". Aufgrund umfangreich abgeleiteter Maßnahmen wurde im Konsens mit der Bundesfachkommission auf ein kollegiales Gespräch verzichtet.

Teilweise wurden trotz Aufforderung M&M-Protokolle nicht übermittelt. Auch die Nichtbefassung oder unzureichende Befassung mit einigen Patientenfällen führte zu qualitativ auffälligen Bewertungen, was auch als Prozessauffälligkeit beim Qualitätsmanagement eingeordnet wird.

Die andere Hälfte der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse bei 5 Leistungserbringern wurde mit „S99" bewertet, da die Fälle bereits im Vorjahr bzw. den Vorjahren vollständig evaluiert oder durch hinzugekommene Fälle keine weiteren Qualitätsdefizite festgestellt wurden. In einem Fall handelt es sich aufgrund von Dokumentationsproblemen um eine eingeschränkte Grundgesamtheit. Dem Leistungserbringer wurden dennoch fachliche Hinweise mitgeteilt.

Ein Leistungserbringer hat im Stellungnahmeverfahren mitgeteilt, dass das Lebertransplantationsprogramm pausiert sei. Das IQTIG hat sich im Falle einer Wiederaufnahme des Transplantationsprogramms eine Begehung vorbehalten, um sich von der Beseitigung der qualitativen Probleme zu überzeugen.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation (ID 272300)

Tabelle 81: QI 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	O = ≤ 3 N = 1.525	O = 5 N = 1.766	**O = ≤ 3** **N = 1.901**
rechnerische Auffälligkeiten	14 / 21 66,67 %	11 / 21 52,38 %	**0 / 21** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 1,00 Fall / Fälle)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 14 7,14 %	**1 / 11** **9,09 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 21 4,76 %	**1 / 21** **4,76 %**	n. a.

Der Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation“ (ID 272300) wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Patientinnen und Patienten, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Patientinnen und Patienten betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig war. Wie bereits im Vorjahr war der Überlebensstatus im Auswertungsjahr 2026 in nur sehr wenigen Fällen unbekannt (≤ 3). Im letzten Jahr schien die Rate unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation höher zu sein als in diesem Jahr. Dies liegt in einer Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator begründet. Diese Anpassung führt dazu, dass Fälle mit einer nicht übermittelten bzw. nicht verknüpfbaren Follow-up-Dokumentation nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt werden. Die Ergebnisse in diesem Indikator werden zudem noch erheblich durch die Verknüpfungsproblematik nach Umstellung auf die DeQS-RL und die damit entstandenen Dokumentationsprobleme beeinflusst. Solche Fälle werden ab diesem Auswertungsjahr nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-Follow-up (IDs 850263, 850264 und 850265) einbezogen. Diese Differenzierung verhindert eine doppelte Bewertung desselben Sachverhalts im Stellungnahmeverfahren.

Im Stellungnahmeverfahren 2025 wurden 9 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse aufgrund von Dokumentationsproblemen und -fehlern mit „D80 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation“ (5-mal) und „D99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ (4-mal) bewertet. Gründe waren u. a. Abweichungen des Versichertenstatus vom Indexeingriff zum Follow-up. Häufig sind diese wohl durch eine fehlende automatische Übertragung in den Follow-up-Dokumentationsbogen zu erklären. Aber auch ein tatsächlicher Wechsel der Versicherungsart in einigen Fällen war Grund für die Nicht-Verknüpfbarkeit der Dokumentationsbögen des Indexeingriffs und des Follow-up. Hinzu kamen Fehldokumentationen des OP-Datums, die eine Verknüpfung der Dokumentationsbögen nicht möglich machte. Fehlende Follow-up-Bögen traten u. a. durch ausbleibende Exporte

an die Datenannahmestellen auf. In wenigen Fällen wurden die entsprechenden Follow-up-Informationen nicht im korrekten Spezifikationsformat gesendet, wodurch eine Verknüpfung zum Indexbogen nicht möglich war. In einigen Fällen wurde eine fehlende Zustimmung von nicht gesetzlich versicherten Patientinnen oder Patienten zur Teilnahme an der Qualitätssicherung geltend gemacht.

Ein tatsächlich unbekannter Follow-up-Status lag in wenigen Fällen vor. Hier wurde, wenn möglich, auf eine Prozessanpassung zur besseren Anbindung der Patientinnen und Patienten für die Nachsorge beim Leistungserbringer hingewiesen.

In einem Fall wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt bzw. der Verstoß nicht korrigiert. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme wird dem Leistungserbringer jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt und er erhält Unterstützung durch das IQTIG.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-LTX* zeigen sich bei den Auffälligkeitskriterien im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibend gute bzw. weiter verbesserte Ergebnisse. Besonders die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up (IDs 850263, 850264 und 850265) weisen sehr gute Ergebnisse auf, die sich zudem im Vergleich zum Vorjahr verbessert haben.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 82: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-LTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852313	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen	0,00 0/936 (= 0)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	99,89 % 936/937 (≥ 100,00 %)
850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	99,89 % 936/937 (≤ 110,00 %)
850263	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	98,23 % 723/736 (≥ 95,00 %)
850264	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	97,90 % 654/668 (≥ 95,00 %)
850265	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	98,72 % 539/546 (≥ 95,00 %)

Tabelle 83: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-LTX

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852313	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen	2097: Tod durch operative Komplikationen 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	0 / 19	0,00	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 2097: Tod durch operative Komplikationen 2133: Postoperative Verweildauer	2025	1 / 20	5,00	0
850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 2097: Tod durch operative Komplikationen 2133: Postoperative Verweildauer	2025	0 / 20	0,00	-

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850263	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	3 / 20	15,00	1
850264	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	3 / 20	15,00	1
850265	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	2025	2 / 21	9,52	2

© IQTIG 2026

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation (IDs 850243 und 850244)

Tabelle 84; AK 850243: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,12 % O = 829 N = 828	100,12 % O = 849 N = 848	**99,89 %** **O = 936** **N = 937**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 20 0,00 %	0 / 21 0,00 %	**1 / 20** **5,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 20 0,00 %	**0 / 21** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 85: AK 850244: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,12 % O = 829 N = 828	100,12 % O = 849 N = 848	**99,89 %** **O = 936** **N = 937**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 20 0,00 %	0 / 21 0,00 %	**0 / 20** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 20 0,00 %	**0 / 21** **0,00 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850243) bzw. Überdokumentation (ID 850244) prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert werden (inklusive MDS) als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2026 zeigt sich lediglich eine leichte Unterdokumentation von einem Fall. Daraus resultiert kein rechnerisch auffälliges Ergebnis des entsprechenden Leistungserbringers.

Minimaldatensätze sind in den Verfahren der Transplantationsmedizin nur nach vorheriger Rücksprache mit dem IQTIG anzulegen, da bei sehr kleinen Fallzahlen in den Verfahren nahezu jeder Fall rechnerisch hochrelevant ist und ein tatsächliches Dokumentationshemmnis sehr konsequent nachverfolgt werden kann.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up (IDs 850263, 850264 und 850265)

Tabelle 86: AK 850263: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	95,12 % O = 565 N = 594	94,52 % O = 673 N = 712	**98,23 %** **O = 723** **N = 736**
rechnerische Auffälligkeiten	8 / 21 38,10 %	6 / 21 28,57 %	**3 / 20** **15,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 8 12,50 %	**2 / 6** **33,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 21 4,76 %	**2 / 21** **9,52 %**	n. a.

Tabelle 87: AK 850264: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	94,82 % O = 567 N = 598	95,80 % O = 547 N = 571	**97,90 %** **O = 654** **N = 668**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 21 19,05 %	5 / 21 23,81 %	**3 / 20** **15,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 25,00 %	**2 / 5** **40,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 21 4,76 %	**2 / 21** **9,52 %**	n. a.

Tabelle 88: AK 850265: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	93,35 % O = 393 N = 421	94,79 % O = 546 N = 576	**98,72 %** **O = 539** **N = 546**
rechnerische Auffälligkeiten	8 / 21 38,10 %	6 / 21 28,57 %	**2 / 21** **9,52 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 8 37,50 %	**2 / 6** **33,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 21 14,29 %	**2 / 21** **9,52 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1 Jahr (ID 850263), 2 Jahre (ID 850264) bzw. 3 Jahre (ID 850265) nach dem Transplantationsdatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Transplantation und 60 Tagen (ID 850263) bzw. 90 Tagen (ID 850264 und 850265) nach dem Jahrestag der Transplantation zulässig. Diese Zeiträume sollen sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten zuverlässig und rechtzeitig mindestens jährlich im Follow-up seitens der Leistungserbringer gemonitort werden. Für das Auswertungsjahr 2026 sind die Ergebnisse aller drei Auffälligkeitskriterien deutlich verbessert. Sie liegen jeweils innerhalb des definierten Referenzbereichs.

In der überwiegenden Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2025 (11 von 17) handelte es sich um Fälle, die ebenfalls komplett bzw. überwiegend im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation" auffällig wurden. Um eine mehrfach qualitativ auffällige Bewertung derselben Vorgänge zu vermeiden - die das Ziel dieses Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen - erfolgte eine Bewertung mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)" und entsprechender Kommentierung. Aufgrund der Aussagen in den Stellungnahmen kann bei 9 der 11 Auffälligkeiten vermutet werden, dass das jeweilige Follow-up zeitgerecht stattfand.

Bei 4 Leistungserbringern zu 6 rechnerischen Auffälligkeiten musste das Ergebnis als qualitativ auffällig bewertet werden. Der häufigste Grund war die tatsächliche Nicht-Einhaltung des Follow-up-Zeitfensters. In einzelnen Fällen erfolgte kein Export des Follow-up-Bogens oder es handelte sich um Mischkonstellationen aus zusätzlichen Dokumentationsproblemen.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen (ID 852313)

Tabelle 89: AK 852313: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 O = 0 N = 828	x O = ≤ 3 N = 849	**0,00** **O = 0** **N = 936**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 20 0,00 %	1 / 20 5,00 %	**0 / 19** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 20 0,00 %	**1 / 20** **5,00 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen“ (ID 852313) betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Würde ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, verringert dies die Grundgesamtheit. Dies könnte die Berechnungsergebnisse sämtlicher Indikatoren des Moduls *TX-LTX* erheblich beeinflussen. Dieser Effekt kann insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise wenigen Leistungserbringer relativ groß ausfallen.

Für das Auswertungsjahr 2026 wurde in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, im Gegensatz zu drei Fällen im Vorjahr. Diese drei Fälle hatten im Auswertungsjahr 2025 zu einer rechnerischen Auffälligkeit eines Leistungserbringers geführt. Um sicherzustellen, dass sich hinter einem solchen Dokumentationsereignis nicht ein Sterbefall verbirgt, wird bei Beobachtung eines entsprechenden Falles eine solche Dokumentation im Einzelfall geprüft.

Das rechnerisch auffällige Ergebnis eines Leistungserbringers stellte sich im Stellungnahmeverfahren als Fehldokumentation heraus. Die Patientin oder der Patient war tatsächlich verstorben und hätte entsprechend für die Qualitätssicherung dokumentiert werden müssen. Der Leistungserbringer erhielt eine entsprechende Rückmeldung. Dieser Vorgang verdeutlicht die Notwendigkeit dieses Auffälligkeitskriteriums für die Qualitätssicherung.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 90: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LTX

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	143	-	164	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	143	100,00	164	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	31	21,68	29	17,68
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	31	100,00	29	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	31	100,00	29	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	31	100,00	29	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	31	100,00	29	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	3,23	2	6,90
Bewertung als qualitativ auffällig	12	38,71	12	41,38
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	14	45,16	9	31,03
Sonstiges	4	12,90	6	20,69

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 164 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 29 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 17 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024) ist bei 31 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen von 20 Leistungserbringern ein leichter Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

12 der 29 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als „qualitativ auffällig" bewertet. Gründe waren eine verbesserungswürdige Evaluation von Patientinnen und Patienten vor und nach Lebertransplantation, Qualitätsdefizite im operativen und postoperativen Management, die mangelnde Erkennung und Intervention beim Auftreten von Komplikationen sowie eine Unterschätzung von Risikofaktoren. Überprüfungswürdig zeigte sich außerdem bei einigen Leistungserbringern das Spender(-organ)-Empfänger-Matching und die Prozesse bzw. Einschätzung bei Organakzeptanz marginaler Organe. Zudem mussten erneut Hinweise zur Konzeptionierung von interdisziplinären M&M-Konferenzen und TX-Konferenzen gegeben werden.

In einigen Stellungnahmen fehlten entscheidende Angaben zur eigenen klinischen Einordung und qualitätsorientierten Aufarbeitung der Fälle. Bei manchen Leistungserbringern blieb eine Ursachenanalyse zu aufgetretenen Komplikationen aus, was entsprechend kommentiert wurde. Das zentrale Qualitätsmanagement scheint zudem nicht überall in den Prozess des Stellungnahmeverfahrens als Monitor eingebunden zu sein. Bei einem Leistungserbringer wurde trotz qualitativer Auffälligkeiten aufgrund der Spezifität und des Umfangs abgeleiteter Verbesserungsmaßnahmen auf ein kollegiales Gespräch verzichtet.

Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie – wo erforderlich - der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen führen zu gezielten Anpassungen und Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Behandlungsmanagement und im internen klinisch orientierten Qualitätsmanagement, nicht zuletzt, um das eigene Verbesserungspotenzial erkennen zu können.

9 der 29 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden aufgrund von Dokumentationsproblemen und -fehlern sowie richtlinienbedingten Ausschlüssen mit der „D"-Kategorie bewertet. Betroffen ist hier der Indikator zum unbekannten Status. Die Gründe waren u. a. fehldokumentierte Abweichungen des Versichertenstatus vom Indexeingriff zum Follow-up, aber auch in einigen Fällen der tatsächliche Wechsel der Versicherungsart. Zudem kam es zu ausbleibenden Exporten von Follow-up-Bögen an die Datenannahmestellen oder Fehldokumentationen des OP-Datums. Ein

tatsächlich unbekannter Follow-up-Status lag nur in einigen Fällen vor. Hier wurde, wo möglich, auf eine Prozessanpassung zur besseren Anbindung der Patientinnen und Patienten für die Nachsorge beim Leistungserbringer hingewiesen. In wenigen Fällen wurden die entsprechenden Follow-up-Informationen nicht im korrekten Spezifikationsformat gesendet.

In einigen Fällen wurde eine fehlende Zustimmung von nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an der Qualitätssicherung geltend gemacht.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 91: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LTX

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	123	100,00	125	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	20	16,26	18	14,40
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	20	100,00	18	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	20	100,00	18	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	20	100,00	18	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	5	25,00	7	38,89
Sonstiges	15	75,00	11	61,11
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 125 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul resultierten 18 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 10 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) gab es insgesamt 123 Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien, von denen 20 rechnerisch auffällig waren.

6 der 18 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden aufgrund von Nicht-Einhaltung des Follow-up-Zeitfensters und Dokumentationsproblemen oder fehlenden Exporten an die Datenannahmestellen als „qualitativ auffällig“ bewertet.

In einem Fall wurde bei Versterben einer Patientin oder eines Patienten ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, was aufgrund einer Fehldokumentation zu einer qualitativen Auffälligkeit führte und die Notwendigkeit des entsprechenden Auffälligkeitskriterium verdeutlicht.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups berücksichtigt. 11 von 18 rechnerischen Auffälligkeiten wurden daher mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und entsprechender Kommentierung bewertet, da die Fälle vollständig auch im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation“ (ID 272300) abgebildet wurden.

Leberlebendspenden

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-LLS* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Leberlebendspenden um 11 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Sowohl die übermittelte Anzahl an Datensätzen als auch die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, entsprachen der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LLS* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 92: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - TX-LLS

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	67 67 0	67	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	9		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	9	9	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	9	9	100,00

Für das Modul *TX-LLS* entspricht sowohl die Anzahl der übermittelten Datensätze als auch die Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens einen Datensatz übermittelt haben, der erwarteten Anzahl. Im Vergleich zum Vorjahr erhöhte sich die Anzahl der Leistungserbringer um 2, während sich die Anzahl der Datensätze um 11 erhöhte.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LLS* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Der Anstieg der Fallzahlen, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-LLS*. Für das Auswertungsjahr 2026 gab es in den meisten Qualitätsindikatoren keine Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis. Neben weiterhin sehr guten Ergebnissen in den Sterblichkeits- und Überlebensindikatoren (IDs 2125, 12296, 12308 und 12342) zeigt sich auch ein verbessertes Ergebnis im Indikator „Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende“ (ID 2128). Dies ist bedeutsam, da ein Versterben oder Komplikationen bei Spenderinnen und Spendern deutlich kritischer zu bewerten ist als bei Empfängerinnen und Empfängern, da Lebendspenden von grundsätzlich gesunden Menschen ausgehen. Dementsprechend kritisch zu betrachten ist jedoch das verschlechterte Ergebnis des Indikators „Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)“ (ID 12609) zu sehen. Die Ursachen hierfür werden im Stellungnahmeverfahren aufgearbeitet. Durch eine Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegt im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Leberlebendspende“ (ID 262300) kein Fall mehr vor. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850260, 850261 und 850262).

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 93: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - TX-LLS

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	x O = ≤ 3 N = 56	x O = ≤ 3 N = 67 (Sentinel Event)	vergleichbar
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,00 % O = 0 N = 56	0,00 % O = 0 N = 67 (Sentinel Event)	vergleichbar
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	0,00 % O = 0 N = 31	0,00 % O = 0 N = 47 (Sentinel Event)	vergleichbar
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	0,00 % O = 0 N = 33	0,00 % O = 0 N = 34 (Sentinel Event)	vergleichbar
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	0,00 % O = 0 N = 31	0,00 % O = 0 N = 33 (Sentinel Event)	vergleichbar
262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	O = 0 N = 95	O = 0 N = 114 (Sentinel Event)	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	0,00 % O = 0 N = 56	0,00 % O = 0 N = 67 (Sentinel Event)	vergleichbar
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	0,00 % O = 0 N = 31	0,00 % O = 0 N = 47 (Sentinel Event)	vergleichbar
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	0,00 % O = 0 N = 33	0,00 % O = 0 N = 34 (Sentinel Event)	vergleichbar
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	0,00 % O = 0 N = 31	0,00 % O = 0 N = 33 (Sentinel Event)	vergleichbar
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	0,00 % O = 0 N = 18	x O = ≤ 3 N = 28 (Sentinel Event)	vergleichbar
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	0,00 % O = 0 N = 20	0,00 % O = 0 N = 18 (Sentinel Event)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	0,00 % O = 0 N = 20	0,00 % O = 0 N = 21 (Sentinel Event)	vergleichbar

Tabelle 94: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-LLS

ID	Qualitätsindikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	2024	2 / 7	28,57	2
		2025	1 / 9	11,11	1
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	0 / 7	0,00	-
		2025	0 / 9	0,00	-
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	2024	0 / 7	0,00	-
		2025	0 / 6	0,00	-
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	2024	0 / 9	0,00	-
		2025	0 / 8	0,00	-
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	2024	0 / 9	0,00	-
		2025	0 / 9	0,00	-

ID	Qualitätsindikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	2024	4 / 12	33,33	2
		2025	0 / 11	0,00	-
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	2024	0 / 7	0,00	-
		2025	0 / 9	0,00	-
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	2024	0 / 7	0,00	-
		2025	0 / 6	0,00	-
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	2024	0 / 9	0,00	-
		2025	0 / 8	0,00	-
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	2024	0 / 9	0,00	-
		2025	0 / 9	0,00	-
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	2024	0 / 5	0,00	-
		2025	1 / 6	16,67	-
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	2024	0 / 6	0,00	-
		2025	0 / 6	0,00	-
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	2024	0 / 8	0,00	-
		2025	0 / 8	0,00	-

© IQTIG 2026

2.2.3 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 2125)

Tabelle 95: QI 2125: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 50	0,00 % O = 0 N = 56	**0,00 %** **O = 0** **N = 67**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 10 0,00 %	0 / 7 0,00 %	**0 / 9** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 10 0,00 %	**0 / 7** **0,00 %**	n. a.

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 2125) adressiert den Anteil an Spenderinnen und Spendern, die nach einer Leberlebendspende und während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus versterben. Auch im Auswertungsjahr 2026 trat – wie auch in den Vorjahren – kein diesbezüglicher Fall auf.

Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende (ID 2128)

Tabelle 96: QI 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	12,00 % O = 6 N = 50	x O = ≤ 3 N = 56	**x** **O = ≤ 3** **N = 67**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 10 50,00 %	2 / 7 28,57 %	**1 / 9** **11,11 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 20,00 %	**0 / 2** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 10 10,00 %	**0 / 7** **0,00 %**	n. a.

Der Indikator „Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende" (ID 2128) adressiert den Anteil der Spenderinnen und Spender mit mindestens einer intra-

oder postoperativen (behandlungsbedürftigen) Komplikation. Im Auswertungsjahr 2026 traten erneut wenige Fälle auf, woraus aus einem ein rechnerisch auffälliges Ergebnis für einen Leistungserbringer resultierte.

Im Auswertungsjahr 2025 konnten bei den beiden rechnerischen Auffälligkeiten keine klar fehlerhaften oder kritischen Behandlungsprozesse erkannt werden, sodass eine „qualitativ unauffällige" Bewertung vergeben wurde. In beiden Fällen wurden den Leistungserbringern aber Hinweise zum möglichen Verbesserungspotenzial gegeben, u. a. hinsichtlich der Prüfung einer Optimierung in der präoperativen Planung (und Evaluation), im postoperativen Schmerzmanagement und dem Hygienemanagement. In einem Fall wurde dies bei sehr ausführlichen Hinweisen entsprechend mit einer öffentlichen Kommentierung signalisiert.

Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres, des 2. Jahres oder des 3. Jahres nach Leberlebendspende (IDs 12296, 12308 und 12324)

Tabelle 97: QI 12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 33	0,00 % O = 0 N = 31	**0,00 %** **O = 0** **N = 47**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 9 0,00 %	0 / 7 0,00 %	**0 / 6** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 9 0,00 %	**0 / 7** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 98: QI 12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 33	0,00 % O = 0 N = 33	**0,00 %** **O = 0** **N = 34**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 9 0,00 %	0 / 9 0,00 %	**0 / 8** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 9 0,00 %	**0 / 9** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 99: QI 12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 31	**0,00 %** **O = 0** **N = 33**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 / 9 0,00 %	**0 / 9** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 9** **0,00 %**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil der Spenderinnen und Spender mit bekanntem Follow-up-Status, die ein, zwei bzw. drei Jahre nach einer Leberlebendspende verstorben sind. Im Auswertungsjahr 2026 trat in diesen Indikatoren kein Fall auf.

Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation der Module zur Lebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Software bei den Leistungserbringern aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up war somit nicht möglich. Allerdings wurde in diesem Zeitraum kein Ereignis des Versterbens einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders anderweitig bekannt.

Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender während des Krankenhausaufenthalts oder innerhalb des 1. Jahres, des 2. Jahres oder des 3. Jahres nach Leber-lebendspende erforderlich (IDs 2127, 12549, 12561 und 12577)

Tabelle 100: QI 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 50	0,00 % O = 0 N = 56	**0,00 %** **O = 0** **N = 67**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 10 0,00 %	0 / 7 0,00 %	**0 / 9** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 10 0,00 %	**0 / 7** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 101: QI 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 33	0,00 % O = 0 N = 31	**0,00 %** **O = 0** **N = 47**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 9 0,00 %	0 / 7 0,00 %	**0 / 6** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 9 0,00 %	**0 / 7** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 102: QI 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 33	0,00 % O = 0 N = 33	**0,00 %** **O = 0** **N = 34**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 9 0,00 %	0 / 9 0,00 %	**0 / 8** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 9 0,00 %	**0 / 9** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 103: QI 12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 31	**0,00 %** **O = 0** **N = 33**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 / 9 0,00 %	**0 / 9** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 9** **0,00 %**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil der Spenderinnen und Spender, bei denen eine Lebertransplantation direkt nach einer Lebendspende bzw. innerhalb des 1., 2. oder 3. Jahres danach erfolgt. Im Auswertungsjahr 2026 trat in diesen Indikatoren kein Fall auf.

Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr, 2 Jahre oder 3 Jahre nach Leberlebendspende) (IDs 12609, 12613 und 12617)

Tabelle 104: QI 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 20	0,00 % O = 0 N = 18	**x** **O = ≤ 3** **N = 28**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 7 0,00 %	0 / 5 0,00 %	**1 / 6** **16,67 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 7 0,00 %	**0 / 5** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 105: QI 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 24	0,00 % O = 0 N = 20	**0,00 %** **O = 0** **N = 18**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 9 0,00 %	0 / 6 0,00 %	**0 / 6** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 9 0,00 %	**0 / 6** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 106: QI 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 20	**0,00 %** **O = 0** **N = 21**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 / 8 0,00 %	**0 / 8** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 8** **0,00 %**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil der Spenderinnen und Spender mit beeinträchtigter Leberfunktion ein, zwei bzw. drei Jahre nach der Spende. Im Auswertungsjahr 2026 trat im Indikator ein rechnerisch auffälliges Ergebnis für einen Leistungserbringer auf, das im Stellungnahmeverfahren mit besonderer Aufmerksamkeit aufgearbeitet wird. In den Vorjahren waren in allen drei Indikatoren keine Fälle aufgetreten.

Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation der Module zur Lebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Software bei den Leistungserbringern aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up war somit nicht möglich.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende (ID 262300)

Tabelle 107: QI 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 O = 0 N = 60	0,00 O = 0 N = 95	**O = 0** **N = 114**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 12 25,00 %	4 / 12 33,33 %	**0 / 11** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 3 0,00 %	**1 / 4** **25,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 12 0,00 %	**1 / 12** **8,33 %**	n. a.

Der Indikator wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Spenderinnen und Spender, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Spenderinnen und Spender betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig war. Wie bereits im Vorjahr war der Überlebensstatus in keinem Fall unbekannt. Im letzten Jahr war die Rate unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Leberlebendspende höher als in diesem Jahr. Dies begründet sich durch die Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator. Diese Anpassung führt dazu, dass Fälle mit einer nicht übermittelten bzw. nicht verknüpfbaren Follow-up-Dokumentation nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt werden. Solche Fälle werden ab diesem Auswertungsjahr nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-Follow-up (IDs 850260, 850261 und 850262) einbezogen. Diese Differenzierung verhindert eine doppelte Bewertung desselben Sachverhalts im Stellungnahmeverfahren.

Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgte nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens bei 2 Leistungserbringern eine Bewertung mit „qualitativ unauffällig“ aufgrund einer fehlenden (manuellen) Befüllung der eGK-Versichertennummer im Indexbogen. Einer dieser Leistungserbringer hat trotz dieses Einzelfalls umfangreiche Verbesserungsmaßnahmen für den QS-Dokumentationsprozess abgeleitet. In einem weiteren Fall konnte der Grund für die Auffälligkeit trotz Präzisierung nicht ermittelt werden. Eine Bewertung mit „D80 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation“ bei fehlendem Follow-up-Datensatz wurde vergeben. Bei einem Leistungserbringer fand trotz Hilfestellung des IQTIG und Anforderung einer Präzisierung keine Einordnung statt. Daher konnte das IQTIG hier nur unspezifische Hinweise geben. Eine Bewertung mit „A72 - Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ war die Folge.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-LLS* zeigen sich bei den Auffälligkeitskriterien im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibend gute bzw. weiter verbesserte Ergebnisse. Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up nach 1 bzw. 3 Jahren (IDs 850260, 850262) zeigen eine positive Tendenz gegenüber dem Vorjahr. Der Bundeswert des Auffälligkeitskriterium zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up nach 2 Jahren (IDs 850261) fällt hingegen gegenüber dem Vorjahr leicht ab.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 108: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-LLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852312	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leber-lebendspenden	0,00 0/67 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,00 % 67/67 (≥ 100,00 %)
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,00 % 67/67 (≤ 110,00 %)
850260	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	88,68 % 47/53 (≥ 95,00 %)
850261	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	91,89 % 34/37 (≥ 95,00 %)
850262	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	94,29 % 33/35 (≥ 95,00 %)

Tabelle 109: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-LLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852312	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leber-lebendspenden	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	2025	0 / 9	0,00	-

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	2025	0 / 9	0,00	-
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	2025	0 / 9	0,00	-
850260	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	2025	2 / 6	33,33	2

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850261	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	2025	2 / 8	25,00	1
850262	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Leberlebend-spende (LLS).	2025	2 / 10	20,00	0

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation (IDs 850241 und 850242)

Tabelle 110: AK 850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,00 % O = 50 N = 50	100,00 % O = 56 N = 56	**100,00 %** **O = 67** **N = 67**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 10 0,00 %	0 / 7 0,00 %	**0 / 9** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 10 0,00 %	**0 / 7** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 111: AK 850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,00 % O = 50 N = 50	100,00 % O = 56 N = 56	**100,00 %** **O = 67** **N = 67**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 10 0,00 %	0 / 7 0,00 %	**0 / 9** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 10 0,00 %	**0 / 7** **0,00 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850241) bzw. Überdokumentation (ID 850242) prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS) als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2026 können hier sehr gute Ergebnisse festgestellt werden; es zeigt sich wie in den Vorjahren weder eine Unter- noch eine Überdokumentation.

Minimaldatensätze sind in den Verfahren der Transplantationsmedizin nur nach vorheriger Rücksprache mit dem IQTIG anzulegen, da bei sehr kleinen Fallzahlen in den Verfahren nahezu jeder Fall rechnerisch hochrelevant ist und ein tatsächliches Dokumentationshemmnis sehr konsequent nachverfolgt werden kann.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up (IDs 850260, 850261 und 850262)

Tabelle 112: AK 850260: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	80,56 % O = 29 N = 36	83,78 % O = 31 N = 37	**88,68 %** **O = 47** **N = 53**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 11 36,36 %	3 / 8 37,50 %	**2 / 6** **33,33 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 25,00 %	**0 / 3** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 11 9,09 %	**0 / 8** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 113: AK 850261: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	91,18 % O = 31 N = 34	94,29 % O = 33 N = 35	**91,89 %** **O = 34** **N = 37**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 9 22,22 %	2 / 10 20,00 %	**2 / 8** **25,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**0 / 2** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 9 11,11 %	**0 / 10** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 114: AK 850262: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	n. a.	91,18 % O = 31 N = 34	**94,29 %** **O = 33** **N = 35**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	1 / 9 11,11 %	**2 / 10** **20,00 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 1** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**0 / 9** **0,00 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1 Jahr (ID 850260), 2 Jahre (ID 850261) bzw. 3 Jahre (ID 850262) nach dem Transplantationsdatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Transplantation und 60 Tagen (ID 850260) bzw. 90 Tagen (ID 850261 und 850262) nach dem Jahrestag der Transplantation zulässig. Diese Zeiträume sollen sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten zuverlässig und rechtzeitig mindestens jährlich im Follow-up seitens der Leistungserbringer gemonitort werden. Für das Auswertungsjahr 2026 liegen die Ergebnisse auf Bundesebene jeweils außerhalb des definierten Referenzbereichs, dennoch zeigen sich im Vergleich zum Vorjahr in den Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up nach einem bzw. nach drei Jahren leicht verbesserte Ergebnisse.

Bei allen 6 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 handelte es sich um Fälle, die ebenfalls im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende“ auffällig wurden. Um eine mehrfach qualitativ auffällige Bewertung derselben Vorgänge zu vermeiden - die das Ziel dieses Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen - erfolgte eine Bewertung mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und entsprechender Kommentierung. Aufgrund der Aussagen in den Stellungnahmen kann bei allen Auffälligkeiten vermutet werden, dass bei allen Fällen das jeweilige Follow-up zeitgerecht stattfand.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden (ID 852312)

Tabelle 115: AK 852312: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 O = 0 N = 50	0,00 O = 0 N = 56	**0,00** **O = 0** **N = 67**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 10 0,00 %	0 / 7 0,00 %	**0 / 9** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 10 0,00 %	**0 / 7** **0,00 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden“ (ID 852312) betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Würde ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, verringert dies die Grundgesamtheit. Dies könnte die Berechnungsergebnisse sämtlicher Indikatoren des Moduls *TX-LLS* erheblich beeinflussen. Dieser Effekt kann insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise wenigen Leistungserbringer relativ groß ausfallen. Für das Auswertungsjahr 2026 wurde, wie bereits im Vorjahr, in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert. Um sicherzustellen, dass sich hinter einem solchen Dokumentationsereignis nicht ein Sterbefall verbirgt, wird bei Beobachtung eines entsprechenden Falles eine solche Dokumentation im Einzelfall geprüft.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 116: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LLS

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	94	-	102	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	94	100,00	102	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	8	8,51	6	5,88
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	8	100,00	6	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	8	100,00	6	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	8	100,00	6	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	8	100,00	6	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	5	62,50	4	66,67
Bewertung als qualitativ auffällig	1	12,50	1	16,67
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	2	25,00	1	16,67
Sonstiges	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 102 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 6 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 6 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei 8 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen von 7 Leistungserbringern im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) ist ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

Nur 1 der 6 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde als qualitativ auffällig bewertet, da trotz Hilfestellung des IQTIG und Anforderung einer Präzisierung keine Einordnung, in die vom IQTIG zur Verfügung gestellten Konstellationen zur ggf. vorliegenden Verknüpfungsproblematik stattfand, weshalb das IQTIG hier nur unspezifische Hinweise geben konnte.

Der überwiegende Anteil der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse konnte qualitativ unauffällig bewertet werden. Zum einen, weil im Indikator zu intra- und postoperativen Komplikationen keine klar fehlerhaften oder kritischen Behandlungsprozesse festgestellt wurden. Zum anderen, weil zwei Einzelfälle eine Fehldokumentation im Indikator 262300 aufwiesen. In einem weiteren Fall lag im IQTIG kein Follow-up-Bogen vor, weshalb eine Bewertung mit „D80 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation“ resultierte.

Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie – wo erforderlich - der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen führen zu gezielten Anpassungen und Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Behandlungsmanagement und im internen klinisch orientierten Qualitätsmanagement, nicht zuletzt, um das eigene Verbesserungspotenzial erkennen zu können.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 117: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-LLS

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	50	100,00	48	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	6	12,00	6	12,50
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	6	100,00	6	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	6	100,00	6	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	6	100,00	6	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	2	33,33	0	0,00
Sonstiges	4	66,67	6	100,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 48 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul resultierten 6 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 4 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) gab es eine ähnliche Verteilung mit insgesamt 50 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien, von denen 6 rechnerisch auffällig waren.

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups berücksichtigt. Somit wurde bei allen 6 rechnerischen Auffälligkeiten mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und entsprechender Kommentierung bewertet, da die Fälle vollständig auch im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 252300) abgebildet wurden.

Nierenlebendspenden

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-NLS* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Nierenlebendspenden, um 39 Fälle im Vergleich zum Vorjahr, zu beobachten. Sowohl die übermittelte Anzahl an Datensätzen als auch die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, entsprachen der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-NLS* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 118: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - TX-NLS

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	670 670 0	670	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	37		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	37	37	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	36	36	100,00

Für das Modul *TX-NLS* entspricht sowohl die Anzahl der übermittelten Datensätze als auch die Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens einen Datensatz übermittelt haben, der erwarteten Anzahl. Im Vergleich zum Vorjahr verringerte sich die Anzahl der Leistungserbringer um einen, während sich die Anzahl der Datensätze gleichzeitig um 39 erhöhte.

Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-NLS* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Der Anstieg der Fallzahlen, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-NLS*. In den Sterblichkeits- und Überlebensindikatoren (IDs 2137, 12440, 12452 und 12468) zeigen sich weiterhin sehr gute Ergebnisse. Dies ist bedeutsam, da ein Versterben oder Komplikationen bei Spenderinnen und Spendern deutlich kritischer zu bewerten ist als bei Empfängerinnen und Empfängern, da Lebendspenden von grundsätzlich gesunden Menschen ausgehen. Jedoch zeigt sich für den Indikator „Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Nierenlebendspende“ (ID 51567) ein deutlich verschlechtertes Ergebnis. Die Albuminurie innerhalb von 3 Jahren hat sich im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls verschlechtert, während sich die Bundeswerte innerhalb von 2 bzw. 3 Jahren verbessert haben. Positiv zu verzeichnen ist hingegen, dass innerhalb der ersten 3 Jahre nach der Spende wie bereits im Vorjahr keine eingeschränkte Nierenfunktion bei einer Spenderin bzw. bei einem Spender beobachtet wurde. Weiterhin ist im Zusammenhang mit der Umstellung der zugehörigen Rechenregel im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierenlebendspende“ (ID 292300) kein Fall mehr beobachtet worden. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850269, 850270 und 850271).

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 119: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) - TX-NLS

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebend-spende	1,90 % O = 12 N = 631	2,54 % O = 17 N = 670 (≤ 10,00 %)	vergleichbar
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,00 % O = 0 N = 631	0,00 % O = 0 N = 670 (Sentinel Event)	vergleichbar
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	0,00 % O = 0 N = 507	0,00 % O = 0 N = 500 (Sentinel Event)	vergleichbar
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	0,00 % O = 0 N = 443	0,00 % O = 0 N = 452 (Sentinel Event)	vergleichbar
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	0,00 % O = 0 N = 277	0,00 % O = 0 N = 418 (Sentinel Event)	vergleichbar
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	O = ≤ 3 N = 1.170	O = 4 N = 1.316 (Sentinel Event)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	0,00 % O = 0 N = 631	0,00 % O = 0 N = 670 (Sentinel Event)	vergleichbar
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	0,00 % O = 0 N = 467	0,00 % O = 0 N = 451 (Sentinel Event)	eingeschränkt vergleichbar
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	0,00 % O = 0 N = 399	0,00 % O = 0 N = 419 (Sentinel Event)	vergleichbar
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	0,00 % O = 0 N = 246	0,00 % O = 0 N = 375 (Sentinel Event)	vergleichbar
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	3,33 % O = 15 N = 450	2,77 % O = 12 N = 433 (≤ 20,00 %)	vergleichbar
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	6,28 % O = 24 N = 382	2,28 % O = 9 N = 394 (≤ 20,00 %)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	2,60 % O = 6 N = 231	4,25 % O = 15 N = 353 (≤ 20,00 %)	vergleichbar

Tabelle 120: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – TX-NLS

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende	2024	0 / 38	0,00	-
		2025	1 / 37	2,70	0
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	0 / 38	0,00	-
		2025	0 / 37	0,00	-
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	2024	0 / 35	0,00	-
		2025	0 / 38	0,00	-
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	2024	0 / 36	0,00	-
		2025	0 / 34	0,00	-
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	2024	0 / 32	0,00	-
		2025	0 / 36	0,00	-

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	2024	28 / 38	73,68	23
		2025	4 / 39	10,26	2
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	2024	0 / 38	0,00	-
		2025	0 / 37	0,00	-
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	2024	0 / 35	0,00	-
		2025	0 / 38	0,00	-
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	2024	0 / 36	0,00	-
		2025	0 / 34	0,00	-
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	2024	0 / 32	0,00	-
		2025	0 / 36	0,00	-
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	2024	1 / 35	2,86	1
		2025	0 / 38	0,00	-
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	2024	2 / 35	5,71	0
		2025	0 / 33	0,00	-
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	2024	0 / 32	0,00	-
		2025	1 / 35	2,86	0

2.2.3 Detailergebnisse

Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 2137)

Tabelle 121: QI 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 609	0,00 % O = 0 N = 631	**0,00 %** **O = 0** **N = 670**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 37 0,00 %	0 / 38 0,00 %	**0 / 37** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 37 0,00 %	**0 / 38** **0,00 %**	n. a.

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2137) adressiert den Anteil an Spenderinnen und Spendern, die nach einer Nierenlebendspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind. Im Auswertungsjahr 2026 trat wie auch in den Vorjahren kein Fall auf.

Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende (ID 51567)

Tabelle 122: QI 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	1,90 % O = 12 N = 631	**2,54 %** **O = 17** **N = 670**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 37 8,11 %	0 / 38 0,00 %	**1 / 37** **2,70 %** **(Refbereich: ≤ 10,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 3 66,67 %	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 37 5,41 %	**0 / 38** **0,00 %**	n. a.

Der Indikator „Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende“ (ID 51567) adressiert den Anteil der Spenderinnen und Spender mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation. Im Auswertungsjahr 2026 verschlechterte sich das Bundesergebnis leicht im Vergleich zum Vorjahr. Für einen Leistungserbringer resultierte ein rechnerisch auffälliges

Ergebnis. Die Ergebnisse werden von der Bundesfachkommission jedoch als plausibel eingeschätzt. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde ein Datenfeld des Qualitätsindikators im Vergleich zum Vorjahr überarbeitet. Aufgrund dieser Änderung und der daraus resultierenden Anpassung der Rechenregel ist ein Vergleich mit den Ergebnissen des Auswertungsjahres 2024 nicht möglich.

Zum Auswertungsjahr 2024 wurde mit einem Leistungserbringer ein kollegiales Gespräch geführt, in dessen Anschluss Maßnahmen zur Verbesserung vereinbart wurden. Als qualitatives Ergebnis resultierte folgerichtig eine Bewertung mit „A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmangel".

Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich (ID 2138)

Tabelle 123: QI 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 609	0,00 % O = 0 N = 631	**0,00 %** **O = 0** **N = 670**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 37 0,00 %	0 / 38 0,00 %	**0 / 37** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 37 0,00 %	**0 / 38** **0,00 %**	n. a.

Der Indikator „Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich" (ID 2138) adressiert den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern, die bei Entlassung dialysepflichtig waren. Im Auswertungsjahr 2026 trat – wie auch in den Vorjahren – kein Fall auf.

Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres, des 2. Jahres oder des 3. Jahres nach Nierenlebendspende (IDs 12440, 12452 und 12468)

Tabelle 124: QI 12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 425	0,00 % O = 0 N = 507	**0,00 %** **O = 0** **N = 500**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 35 0,00 %	0 / 35 0,00 %	**0 / 38** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 35 0,00 %	**0 / 35** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 125: QI 12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 262	0,00 % O = 0 N = 443	**0,00 %** **O = 0** **N = 452**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 32 0,00 %	0 / 36 0,00 %	**0 / 34** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 32 0,00 %	**0 / 36** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 126:QI 12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 277	**0,00 %** **O = 0** **N = 418**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 / 32 0,00 %	**0 / 36** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 32** **0,00 %**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil der Spenderinnen und Spender mit bekanntem Follow-up-Status, die ein, zwei bzw. drei Jahre nach einer Nierenlebendspende verstorben sind. Im Auswertungsjahr 2026 trat in diesen Indikatoren kein Fall auf.

Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation der Module zur Lebendspende im Erfas-

sungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Software bei den Leistungserbringern aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up war somit nicht möglich.

Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr, 2 Jahre oder 3 Jahre nach Nierenlebendspende) (IDs 12636, 12640 und 12644)

Tabelle 127: QI 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 383	0,00 % O = 0 N = 467	**0,00 %** **O = 0** **N = 451**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 35 0,00 %	0 / 35 0,00 %	**0 / 38** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 35 0,00 %	**0 / 35** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 128: QI 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 0 N = 241	0,00 % O = 0 N = 399	**0,00 %** **O = 0** **N = 419**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 32 0,00 %	0 / 36 0,00 %	**0 / 34** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 32 0,00 %	**0 / 36** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 129: QI 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,00 % O = 0 N = 246	**0,00 %** **O = 0** **N = 375**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 / 32 0,00 %	**0 / 36** **0,00 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 32** **0,00 %**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil der Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit stark eingeschränkter Nierenfunktion ein, zwei bzw. drei Jahre nach der Spende, um zu prüfen, ob diese eventuell im Zusammenhang mit der erfolgten Nierenlebendspende steht. Im Auswertungsjahr 2026 trat in diesen Indikatoren kein Fall auf.

Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation der Module zur Lebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Software bei den Leistungserbringern aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up war somit nicht möglich.

Albuminurie innerhalb des 1. Jahres, von 2 Jahren oder von 3 Jahren nach Nierenlebendspende (IDs 51997, 51998 und 51999)

Tabelle 130: QI 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,50 % O = 13 N = 371	3,33 % O = 15 N = 450	**2,77 %** **O = 12** **N = 433**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 35 8,57 %	1 / 35 2,86 %	**0 / 38** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 3 0,00 %	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 35 0,00 %	**1 / 35** **2,86 %**	n. a.

Tabelle 131: QI 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,56 % O = 6 N = 234	6,28 % O = 24 N = 382	**2,28 %** **O = 9** **N = 394**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 32 3,12 %	2 / 35 5,71 %	**0 / 33** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**1 / 2** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 32 0,00 %	**1 / 35** **2,86 %**	n. a.

Tabelle 132: QI 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	2,60 % O = 6 N = 231	**4,25 %** **O = 15** **N = 353**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	0 / 32 0,00 %	**1 / 35** **2,86 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**0 / 32** **0,00 %**	n. a.

Die Indikatoren adressieren den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern, die innerhalb von ein, zwei oder drei Jahren nach der Spende eine Albuminurie aufweisen. Die Ergebnisse der Indikatoren zur Albuminurie innerhalb von ein bzw. zwei Jahren nach einer Nierenlebendspende haben sich im Vergleich zu den Vorjahren leicht verbessert. Im Auswertungsjahr 2025 zeigte sich zum Zeitpunkt des 2-Jahres-Follow-up ein recht hoher Anteil an aufgetretenen Albuminurien (ID 51998), welcher sich im Auswertungsjahr 2026 im 3-Jahres-Follow-up (ID 51999) widerspiegelt. Die Bundesfachkommission wertete diesen Anstieg bereits im Auswer-

tungsjahr 2025 als wenig dramatisch und schätzt nun auch die Verschiebung im Indikator zum 3-Jahres-Follow-up als plausibel ein.

Für den Indikator zum 3-Jahres-Follow-up können zudem keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 dargestellt werden, da die QS-Dokumentation der Module zur Lebendspende im Erfassungsjahr 2020 durch den überwiegenden Teil der QS-Software bei den Leistungserbringern aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten bei der Lebendspende nicht mit der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Spenderin / des Spenders, sondern mit der der Empfängerin / des Empfängers befüllt wurde. Eine Verknüpfung des Indexeingriffs mit dem Follow-up war somit nicht möglich.

Bei 2 Leistungserbringern wurde das Indikatorergebnis mit „qualitativ auffällig" bewertet. Gründe waren u. a. eine nicht ausreichende Belegbarkeit einer wieder als rückläufig berichteten Albuminurie bei der Spenderin bzw. dem Spender. Zudem blieben die Qualität der Spenderselektion, Aufklärungsmodalitäten und auch die Interpretation von Laborparametern und Messmethoden teilweise unschlüssig. Auch eine Unterschätzung des Spenderrisikos wurde thematisiert.

Ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis wurde mit „U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle" bewertet, da der Leistungserbringer hier eine rückläufige Albuminurie mit Werten belegen konnte.

Zum Auswertungsjahr 2024 wurde mit einem Leistungserbringer ein kollegiales Gespräch geführt und das Indikatorergebnis mit „A71 – Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel" bewertet. Im Anschluss wurden Maßnahmen zur Verbesserung vereinbart.

Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierenlebendspende (ID 292300)

Tabelle 133: QI 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	O = 10 N = 665	O = ≤ 3 N = 1.170	**O = 4** **N = 1.316**
rechnerische Auffälligkeiten	25 / 36 69,44 %	28 / 38 73,68 %	**4 / 39** **10,26 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 25 12,00 %	**3 / 28** **10,71 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 36 8,33 %	**3 / 38** **7,89 %**	n. a.

Der Indikator wurde erstmals zum Auswertungsjahr 2024 ausgewertet und betrachtet Spenderinnen und Spender, für die der Überlebensstatus zum Zeitpunkt des Follow-up unbekannt ist. Es werden dabei alle Spenderinnen und Spender betrachtet, für die das 1-, 2- oder 3-Jahres-Follow-

up im Erfassungsjahr 2025 fällig war. Im Vergleich zum Vorjahr war der Überlebensstatus in vier Fällen unbekannt. Daraus resultierten rechnerisch auffällige Ergebnisse für vier Leistungserbringern. Im letzten Jahr stellte sich die Rate unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierenlebensspende als höher dar als in diesem Jahr. Dies liegt in einer Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator begründet. Diese Anpassung führt dazu, dass Fälle mit einer nicht übermittelten bzw. nicht verknüpfbaren Follow-up-Dokumentation nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt werden. Solche Fälle werden ab diesem Auswertungsjahr nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-Follow-up (IDs 850269, 850270 und 850271) einbezogen. Diese Differenzierung verhindert eine doppelte Bewertung desselben Sachverhalts im Stellungnahmeverfahren.

Bei drei Leistungserbringern wurde das Indikatorergebnis mit „qualitativ auffällig" bewertet. Gründe waren strukturelle Defizite in Aufklärung der Patientinnen und Patienten im Vorfeld und ein verbesserungswürdiger Planungs- und Einbestellungsprozess zur Nachsorge. Auch der Dokumentationsprozess der Nachsorge wurde teilweise als optimierbar eingeschätzt.

16 Indikatorergebnisse mussten aufgrund von Dokumentationsproblemen und -fehlern mit „D80 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation" (15-mal) und „D99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)" (1-mal) bewertet werden. Hierbei handelte es sich um zu späte oder ausbleibende Datensatzlieferungen, um zum Indexeingriff abweichend dokumentierte Versichertenstatus und um Nicht-Befüllungen oder Fehlbefüllungen/-dokumentationen der eGK-Versicherten- oder ET-Nummern im Dokumentationsbogen. Außerdem führten fehlende Angaben der IKNR der Krankenkasse der Patientin bzw. des Patienten im Index-Bogen zu einer fehlenden Verknüpfbarkeit mit dem Follow-up-Bogen. Des Weiteren kam es zu Fehldokumentationen bei der Zustimmung von nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten bei der Übermittlung personenbezogener Daten für die externe Qualitätssicherung oder des OP-Datums und fehlerhafter Verwendung des Spezifikationsformats. Probleme bestanden nach wie vor zur fehlenden (manuellen) Befüllung der eGK-Versichertennummer der spendenden Person im Indexbogen. Das IQTIG hat den Leistungserbringern diese aufgefallenen Probleme dezidiert zurückgemeldet. In einem Fall besteht kein Kontakt mehr zu einer im Ausland lebenden spendenden Person (*lost to follow-up*).

„Qualitativ unauffällig" wurden 3 Indikatorergebnisse bewertet (2-mal „U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)", 1-mal „U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)"). Die Gründe lagen in einem technisch nicht mehr korrigierbarem Dokumentationsproblem aus dem Jahr 2021 bzw. in einem vereinzelten Dokumentationsproblem, welches keinen Hinweis auf Mängel der Nachsorgequalität zeigte.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei 6 der 28 rechnerisch auffälligen Ergebnisse lag zu diesem Zeitpunkt aufgrund noch ausstehender Analysebedarfe noch keine finale qualitative Bewertung vor. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Zwei aus dem Auswertungsjahr 2024 stammende Ergebnisse wurden mit „D80 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation" und „U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)" bewertet. Zum

einen wurde systematisch fälschlicherweise der Versichertenstatus der Empfängerperson, statt der der Lebendspenderperson für die QS-Dokumentation verwendet. Zum anderen führte der tatsächliche Wechsel der Versichertennummer bei einer Lebendspenderperson zu einer fehlenden Verknüpfbarkeit von Indexeingriff und Follow-up.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *TX-NLS* zeigen sich bei den Auffälligkeitskriterien im Vergleich zum Vorjahr überwiegend gleichbleibend gute Ergebnisse. Besonders die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation (IDs 850247 und 850248) weisen weiterhin sehr gute Ergebnisse auf. Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up (IDs 850269 – 1-Jahres-Follow-up, 850270 – 2-Jahres-Follow-up) haben sich jedoch im Vergleich zum Vorjahr deutlich verschlechtert.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 134: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - TX-NLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852315	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden	0,00 0/670 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,00 % 670/670 (≥ 100,00 %)
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,00 % 670/670 (≤ 110,00 %)
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	75,81 % 470/620 (≥ 95,00 %)
850270	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	78,43 % 440/561 (≥ 95,00 %)
850271	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	80,40 % 406/505 (≥ 95,00 %)

Tabelle 135: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – TX-NLS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852315	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden	2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	2025	0 / 37	0,00	-

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	2025	0 / 37	0,00	-
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	2025	0 / 37	0,00	-
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	2025	23 / 38	60,53	15

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850270	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	2025	23 / 37	62,16	14
850271	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierenlebendspende (NLS).	2025	19 / 37	51,35	13

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation und Überdokumentation (IDs 850247 und 850248)

Tabelle 136: AK 850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,16 % O = 612 N = 611	100,00 % O = 633 N = 633	**100,00 %** **O = 670** **N = 670**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 37 0,00 %	0 / 38 0,00 %	**0 / 37** **0,00 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 37 0,00 %	**0 / 38** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 137: AK 850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,16 % O = 612 N = 611	100,00 % O = 633 N = 633	**100,00 %** **O = 670** **N = 670**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 37 0,00 %	0 / 38 0,00 %	**0 / 37** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 37 0,00 %	**0 / 38** **0,00 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- (ID 850247) bzw. Überdokumentation (ID 850248) prüfen, ob weniger bzw. mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (inklusive MDS) als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Für das Auswertungsjahr 2026 können hier sehr gute Ergebnisse festgestellt werden, es zeigt sich weder eine Unter- noch eine Überdokumentation.

Minimaldatensätze sind in den Verfahren der Transplantationsmedizin nur nach vorheriger Rücksprache mit dem IQTIG anzulegen, da bei sehr kleinen Fallzahlen in den Verfahren nahezu jeder Fall rechnerisch hochrelevant ist und ein tatsächliches Dokumentationshemmnis sehr konsequent nachverfolgt werden kann.

Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-, 2, und 3-Jahres-Follow-up (IDs 850269, 850270 und 850271)

Tabelle 138: AK 850269: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	81,09 % O = 403 N = 497	83,97 % O = 487 N = 580	**75,81 %** **O = 470** **N = 620**
rechnerische Auffälligkeiten	21 / 36 58,33 %	20 / 37 54,05 %	**23 / 38** **60,53 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 21 47,62 %	**4 / 20** **20,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	10 / 36 27,78 %	**4 / 37** **10,81 %**	n. a.

Tabelle 139: AK 850270: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	80,37 % O = 262 N = 326	83,96 % O = 424 N = 505	**78,43 %** **O = 440** **N = 561**
rechnerische Auffälligkeiten	19 / 35 54,29 %	18 / 37 48,65 %	**23 / 37** **62,16 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 19 21,05 %	**3 / 18** **16,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 35 11,43 %	**3 / 37** **8,11 %**	n. a.

Tabelle 140: AK 850271: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	n. a.	79,03 % O = 260 N = 329	**80,40 %** **O = 406** **N = 505**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	18 / 35 51,43 %	**19 / 37** **51,35 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**4 / 18 22,22 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**4 / 35 11,43 %**	n. a.

Die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des Follow-up betrachten, ob das jeweilige Follow-up im definierten Zeitfenster durchgeführt wurde. Das Follow-up ist festgelegt auf 1 Jahr (ID 850269), 2 Jahre (ID 850270) bzw. 3 Jahre (ID 850271) nach dem Transplantationsdatum und ist jeweils in einem Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Jahrestag der Transplantation und 60 Tagen (ID 850269) bzw. 90 Tagen (ID 850270 und 850271) nach dem Jahrestag der Transplantation zulässig. Diese Zeiträume sollen sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten zuverlässig und rechtzeitig mindestens jährlich im Follow-up seitens der Leistungserbringer gemonitort werden. Für das Auswertungsjahr 2026 liegen die Ergebnisse auf Bundesebene jeweils außerhalb des definierten Referenzbereichs. Für die Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1- und 2-Jahres-Follow-up verschlechterten sich die Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr deutlich.

11 von 56 rechnerisch auffällige Ergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurden im Stellungnahmeverfahren mit „A70 – Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)“ bewertet. Gründe waren in der überwiegenden Anzahl der Auffälligkeiten verspätet durchgeführte Follow-ups, Probleme in der Strukturierung, Planung und Durchführung des Follow-up sowie in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten. Fehlende strukturierte Analysen zu entstandenen rechnerischen Auffälligkeiten waren bei einigen Leistungserbringern ebenso zu beobachten. In einem anderen Fall liegt dem IQTIG kein entsprechender Follow-up-Bogen vor. Eine Analyse des Leistungserbringers blieb aus, sodass die Gründe für den nicht vorliegende Follow-up-Bogen unklar bleiben. In einem Fall bestand zum Zeitpunkt des Follow-up kein Kontakt zur Person (*lost to follow-up*).

Das IQTIG hat Empfehlungen ausgesprochen, Patientinnen und Patienten präventiv über die Notwendigkeit der Nachsorge und die Erreichbarkeit aufzuklären und sich durch die Patientinnen und Patienten ggf. schriftlich bestätigen zu lassen. Eine frühzeitige Planung der Nachsorge ist dabei wesentlich.

Bei 41 von 56 rechnerisch auffälligen Ergebnissen handelt es sich vollständig bzw. bei 3 Leistungserbringern überwiegend um dieselben Fälle, die ebenfalls im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende“ (ID 292300) auffällig wurden. Um eine mehrfach qualitativ auffällige Bewertung derselben Vorgänge zu vermeiden – die das Ziel dieses Auffälligkeitskriteriums nur bedingt treffen – erfolgte eine Bewertung mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und entsprechender Kommentierung. Aufgrund der Aussagen in den Stellungnahmen kann bei der überwiegenden Anzahl der Auffälligkeiten vermutet werden, dass bei allen Fällen das jeweilige Follow-up zeitgerecht stattfand.

In einem Fall wurde der Follow-up-Zeitraum nur knapp überschritten, sodass eine Bewertung mit „U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ und entsprechender Kommentierung gerechtfertigt war.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei 3 der 56 rechnerisch auffälligen Ergebnisse lag zu diesem Zeitpunkt aufgrund noch ausstehender Analysebedarfe noch keine finale qualitative Bewertung vor. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Aus dem Auswertungsjahr 2024 konnten mittlerweile 3 Ergebnisse qualitativ final bewertet werden. Für einem Leistungserbringer resultierte eine Bewertung mit „S99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“, da die analysierten Fälle im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende“ vollständig evaluiert wurden. Durch den Wechsel des Versichertenstatus bei Patientinnen bzw. Patienten vom Indexeingriff zum Follow-up resultierte eine weitere Bewertung mit „U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“. Ein Leistungserbringer erhielt zudem eine Bewertung mit „A99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ mit der zusätzlichen Bitte um technische Prüfung bei aus der eGK- oder ET-Nummer generiertem fehlendem Patientenanonym.

Auffälligkeitskriterium zur Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden (ID 852315)

Tabelle 141: AK 852315: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 O = 0 N = 609	0,00 O = 0 N = 631	**0,00** **O = 0** **N = 670**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 37 0,00 %	0 / 38 0,00 %	**0 / 37** **0,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 37 0,00 %	**0 / 38** **0,00 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden“ (ID 852315) betrachtet Fälle, in denen ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert wird. Würde ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert, obwohl die Patientin bzw. der Patient tatsächlich verstorben ist, verringert dies die Grundgesamtheit. Dies könnte die Berechnungsergebnisse sämtlicher Indikatoren des Moduls *TX-NLS* erheblich beeinflussen. Dieser Effekt kann insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen und vergleichsweise wenigen Leistungserbringer relativ groß ausfallen. Für das Auswertungsjahr 2026 wurde, wie

bereits im Vorjahr, in keinem Fall ein nicht spezifizierter Entlassungsgrund dokumentiert. Um sicherzustellen, dass sich hinter einem solchen Dokumentationsereignis nicht ein Sterbefall verbirgt, wird bei Beobachtung eines entsprechenden Falles eine solche Dokumentation im Einzelfall geprüft.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 142: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-NLS

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	348	-	460	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	348	100,00	460	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	32	9,20	31	6,74
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	32	100,00	31	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	32	100,00	31	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	32	100,00	31	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	32	100,00	31	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	4	12,50	6	19,35
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	5	15,62	4	12,90
Bewertung als qualitativ auffällig	5	15,62	5	16,13
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	17	53,12	16	51,61
Sonstiges	1	3,12	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 460 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 31 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 28 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im Vergleich zum Stellungnahmeverfahren des Vorjahrs (AJ 2024) ergab sich eine ähnliche Verteilung mit 32 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen, verteilt auf 28 Leistungserbringer.

5 der 32 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als „qualitativ auffällig" bewertet. Sie sind zu differenzieren zwischen medizinisch-fachlichen Defiziten bei der aufgetretenen Albuminurie im Follow-up (ID 51997 und ID 51998) und strukturellen Defiziten in der Nachsorge (ID 292300). Fehlende Funktionswerte zum Beleg einer rückläufigen Albuminurie, eine Unterschätzung des Spenderrisikos sowie unschlüssige Ausführungen zur Spenderselektion, Aufklärungsmodalitäten und Messmodalitäten stehen Problemen bei Nachsorgeplanung, -organisation und Kommunikation gegenüber.

Der größte Anteil aller anderen rechnerischen Auffälligkeiten fällt auf den Indikator zum unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende (ID 292300). In der überwiegenden Anzahl mussten Dokumentationsprobleme und -fehler festgestellt werden, die dazu führten, dass Follow-up-Bögen nicht mit den zugehörigen Indexbögen verknüpft werden konnten.

Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG im Stellungnahmeverfahren sowie ggf. der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können.

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei 6 der 31 rechnerisch auffälligen Ergebnisse lag zu diesem Zeitpunkt aufgrund weiteren Analysebedarfs noch keine finale qualitative Bewertung vor. Daher konnte dieses für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 143: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul TX-NLS

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	182	100,00	223	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	40	21,98	56	25,11
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	40	100,00	56	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	40	100,00	56	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	40	100,00	56	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	3	7,50	3	5,36
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	1	1,79
Bewertung als qualitativ auffällig	14	35,00	11	19,64
Sonstiges	23	57,50	41	73,21
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei insgesamt 223 Ergebnissen zu Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul resultierten 56 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 29 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) gab es insgesamt 182 Ergebnisse zu Auffälligkeitskriterien, von denen 40 rechnerisch auffällig waren.

Alle rechnerischen Auffälligkeiten beziehen sich auf die zeitgerechte Durchführung des Follow-up. Bei knapp 75 % davon handelt es sich um dieselben Vorgänge (bzw. bei 3 Leistungserbringern überwiegend dieselben Vorgänge) wie im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende“ (ID 292300), sodass eine Bewertung mit „S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)“ mit entsprechender Kommentierung erfolgte. Aufgrund der Aussagen der Leistungserbringer in den Stellungnahmen ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle von einer zeitgerechten Follow-up-Erhebung auszugehen. Bei der Bewertung der Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien wurde die Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups berücksichtigt.

In knapp 20 % der Auffälligkeiten wurden Probleme in der Nachsorge hinsichtlich Strukturierung, Planung und Durchführung des zeitgerechten Follow-up sowie in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten erkannt und entsprechend mit qualitativ auffällig („A70“) bewertet. In vereinzelten Fällen bestand zum jeweiligen Follow-up-Zeitpunkt kein Kontakt zur Person (*lost to follow-up*) oder dem IQTIG liegt kein entsprechender Follow-up-Bogen vor.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Verfahrens *QS TX* wurden insbesondere während des Stellungnahmeverfahrens und in den Expertengremiumssitzungen verschiedene Themen in der Bundesfachkommission aufgegriffen.

Einen wesentlichen Diskussionspunkt stellt die langfristige Gesundheit und das Langzeitüberleben von Organempfängerinnen und Organempfängern, Lebendspenderinnen und Lebendspendern sowie Empfängerinnen und Empfängern von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen dar. Die folgenden Überlegungen sind hierfür aktuell, allerdings noch nicht abschließend diskutiert:

- Für die Auswertungsmodule zu Organempfängerinnen und Organempfängern (*TX-HTX*, *TX-LUTX* und *TX-LTX*) und Lebendspenderinnen und Lebendspendern (*TX-LLS* und *TX-NLS*) sollen die Follow-up-Zeiträume auf 5 Jahre ausgeweitet werden. Hiermit soll eine Angleichung an die international häufig eingesetzten Nachbeobachtungszeiträume von einem, drei und fünf Jahren erfolgen. Gleichzeitig können so Komplikationen besser beurteilt werden, die für gewöhnlich eher im Langzeitverlauf auftreten. Ähnliche Diskussionen erfolgen parallel auch mit dem Expertengremium auf Bundesebene des Verfahrens *QS NET*.
- Für das Auswertungsmodul *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* (*TX-MKU*) sollen ebenfalls Follow-up-Indikatoren eingeführt werden, um auch dort die Qualität der Nachsorge bezüglich Funktionserhalt, Therapieoptimierung und Vermeidung von Komplikationen zu adressieren.

Die Relevanz der strukturierten Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) mit interdisziplinärer und tiefgreifender Aufarbeitung von Fällen gemäß Leitfaden der Bundesärztekammer wird weiterhin intensiv mit den Leistungserbringern im Stellungnahmeverfahren besprochen. Sie werden als ein zentrales Tool beim Leistungserbringer angesehen, um die eigene Qualität zu sichern und strukturiert Verbesserungspotenziale für den Behandlungsprozess identifizieren und schnellstmöglich umsetzen zu können.

Auch im Auswertungsjahr 2025 sahen sich die Leistungserbringer und das IQTIG mit Problemen bei der Verknüpfung von Indexeingriffen und zugehörigen Follow-ups konfrontiert. Die fehlerhafte Verknüpfung ließ sich hauptsächlich auf fehlerhafte Angaben bei patientenidentifizierenden Merkmalen zurückführen, die sowohl manuell als auch softwarebasiert fehlerhaft angegeben wurden sowie auf zu spät übermittelte Datensätze. Hier lässt sich der Bedarf für eine optimierte Datenerfassung patientenidentifizierender Maßnahmen erkennen. Auch der zwischenzeitliche Wechsel des Versicherungstyps zwischen gesetzlicher und privater Versicherung verhindert in wenigen Fällen die Verknüpfbarkeit von Indexeingriffen und zugehörigen Follow-ups. Dies ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierungswege der patientenidentifizierenden Merkmale je nach gesetzlicher oder privater Versicherung systemimmanent. Trotzdem reduzierte sich der Anteil solcher Fälle vom Auswertungsjahr 2024 zum Auswertungsjahr 2025 deutlich, vor allem für Fälle, in denen ein solcher Wechsel zwar dokumentiert wurde, aber nicht tatsächlich

stattfand. Dies spricht für eine Sensibilisierung der Leistungserbringer zu diesem Thema und eine entsprechend verbesserte Dokumentationsqualität.

Für das Auswertungsmodul *TX MKU* informierte das Expertengremium das IQTIG über technische Weiterentwicklungen und Neuerscheinungen von Systemen auf dem deutschen Markt. Hier muss geprüft werden, ob sich daraus ein Anpassungsbedarf der Spezifikation oder Rechenregeln ergibt.

5 Ausblick

Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln auch im Auswertungsjahr 2026 eine insgesamt gute medizinische Versorgung im Bereich der Transplantationsmedizin wider, wenngleich in einzelnen Bereichen weiterhin Verbesserungsbedarf besteht. Über alle Auswertungsmodule hinweg ist eine deutliche Zunahme der Fallzahl in der Grundgesamtheit zu verzeichnen. Dabei verbesserten sich die Ergebnisse für einige Indikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2026. Dies ist angesichts der seitens der Bundesfachkommission beschriebenen komplexeren Empfänger- und Spendersituation (hohes Alter, hohe Morbidität) bemerkenswert. Dies wird auch durch die konsequente und differenzierte Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erreicht.

Länger werdende Überlebenszeiten bereichern das Leben Transplantierter, geben aber auch Aufschluss über die Behandlungsqualität der Leistungserbringer. Dementsprechend wird für die Zukunft eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bzw. im Auswertungsmodul *TX-MKU* die Einführung von Follow-up-Indikatoren geprüft.

Am 14. März 2025 übergab das IQTIG Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* infolge der Verfahrensprüfung gemäß Eckpunktebeschluss. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der GBA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* zunächst nicht zu folgen. Neben der Empfehlung zur Streichung einiger Indikatoren (IDs 252300, 52391, 52392, 52393, 282300, 272300) hatte das IQTIG die Anpassung weiterer Indikatoren/Kennzahlen (IDs 52385, 52386, 52387, 52388, 52389, 52390) empfohlen. Weiterhin wurde die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern sowie die Umstellung der Berechnung der Qualitätsindikatoren auf Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim GBA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern und die Umstellung auf Sozialdaten einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, insbesondere auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z. B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle. Der gemeinsame Austausch zwischen dem IQTIG und der Transplantationsregisterstelle wurde im Jahr 2026 begonnen.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-HTX: Herztransplantationen

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Herztransplantationen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Übersicht über weitere Datengrundlagen 7

Ergebnisübersicht 8

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 10

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 11

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

2157: Sterblichkeit im Krankenhaus 13

Details zu den Ergebnissen 16

12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 17

Details zu den Ergebnissen 20

12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 21

Details zu den Ergebnissen 24

12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 25

Details zu den Ergebnissen 28

252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation 30

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 32

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 32

852310: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen 32

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 34

850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation) 34

850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation) 36

850257: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 38

850258: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 40

850259: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 42

Basisauswertung 44

Allgemeine Daten 44

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 45
Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Herztransplantation ... 48
Patientinnen- und Patientenalter am Aufnahmetag ... 48
Befunde Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Herztransplantation ... 50
viraler Status ... 50
Transplantations-, Spenderinnen- und Spenderdaten ... 52
Risikoprofil ... 52
Immunsuppression initial ... 54
Spenderinnen- und Spenderdaten (Allgemein) ... 55
Spenderinnen- und Spenderalter ... 55
Body Mass Index (BMI) ... 56
Befunde Spenderinnen und Spender ... 57
Operation (nach OPS) ... 59
Kalte Ischämiezeit ... 60
Postoperativer Verlauf ... 60
Immunsuppression bei Entlassung ... 61
Abstoßungsreaktionen ... 61
Entlassung ... 63
Todesursache ... 64

Einleitung

Die Herztransplantation ist ein hochkomplexer medizinischer Eingriff, bei dem es sich mittlerweile jedoch um ein etabliertes Behandlungsverfahren handelt. Voraussetzung für die Transplantation ist eine unheilbare Herzerkrankung (die sog. terminale therapierefraktäre Herzinsuffizienz), die so weit fortgeschritten ist, dass die Patientin bzw. der Patient ohne diesen Eingriff nur noch eine sehr geringe Überlebenszeit hätte. Dabei müssen die Risiken des operativen Eingriffs und die möglichen Langzeit-Komplikationen geringer sein als das individuelle Risiko, an der eigentlichen Grunderkrankung zu versterben. Eine Transplantation wird erst dann in Betracht gezogen, wenn alle übrigen organerhaltenden Behandlungsmöglichkeiten (medikamentös und operativ) ausgeschöpft sind.

In den Anfängen der Herztransplantation wurden ausschließlich die Herzen von Spenderinnen und Spendern akzeptiert, die jünger als 40 Jahre waren und keine Vorerkrankungen des Herzens aufwiesen. Mittlerweile werden Spenderherzen bis zu einem Alter von 70 Jahren akzeptiert. Die Wartezeit auf eine Herztransplantation hat sich dennoch im Laufe der letzten 10 Jahre angesichts des Mangels an Spenderorganen deutlich verlängert. Dank des Einsatzes von Herzunterstützungssystemen (Assist-Device-Systemen) gelingt es häufiger, die Wartezeit bis zur Transplantation zu überbrücken.

Die Qualitätsindikatoren dieses Leistungsbereiches fokussieren die Sterblichkeit im Krankenhaus sowie die Überlebensraten der transplantierten Patientinnen und Patienten. Eine Aussage über die Situation der Patientinnen und Patienten auf der Warteliste (Lebensqualität, Sterblichkeit) ist mit dem derzeitigen Qualitätssicherungsverfahren jedoch nicht möglich.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Herztransplantation (TX-HTX) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.226 1.225 1	1.230	99,67
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	58		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	59	59	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	57	57	100,00

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im Erfassungsmodul HTXM des QS-Verfahrens Transplantationsmedizin (QS TX) erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge eines Leistungsbereichs. Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren QS TX zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/).

Im QS-Verfahren QS TX werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2025 unterschieden:
- Herztransplantation (HTXM-TX) 2025
- Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU) 2025

Zählleistungsbereich Herztransplantation

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	370 369 1	370	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	18		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	18	18	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	18	18	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

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

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

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

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 20,00 %	8,94 % O = 33 N = 369
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 75,00 %	84,80 % O = 290 N = 342
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 70,00 %	79,32 % O = 257 N = 324
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 65,00 %	80,06 % O = 257 N = 321
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation	≤ 1 Fall / Fälle	O = 0 N = 828

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852310	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen	= 0	0,00 0 / 369	0,00 % 0 / 18

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)	≥ 100,00 %	100,00 % 370 / 370	0,00 % 0 / 18
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)	≤ 110,00 %	100,00 % 370 / 370	0,00 % 0 / 18
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	98,06 % 304 / 310	25,00 % 4 / 16
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	95,65 % 264 / 276	26,32 % 5 / 19
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	96,65 % 260 / 269	21,05 % 4 / 19

© IQTIG 2026

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2157: Sterblichkeit im Krankenhaus

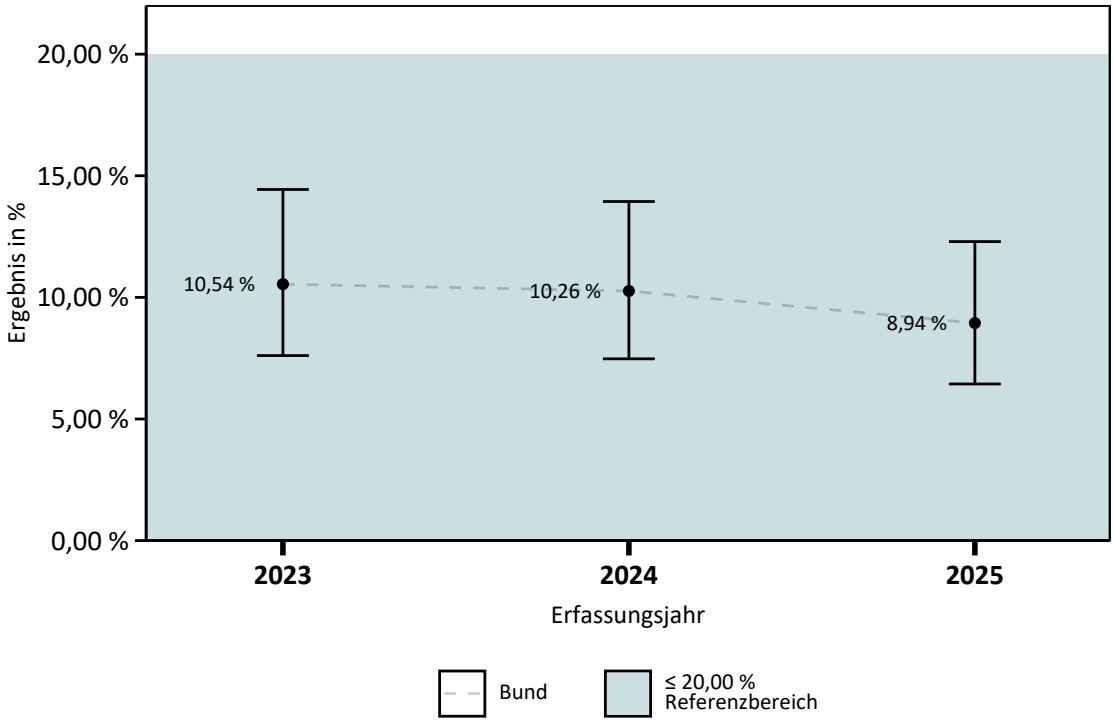
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Herztransplantationen aller Aufenthalte
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

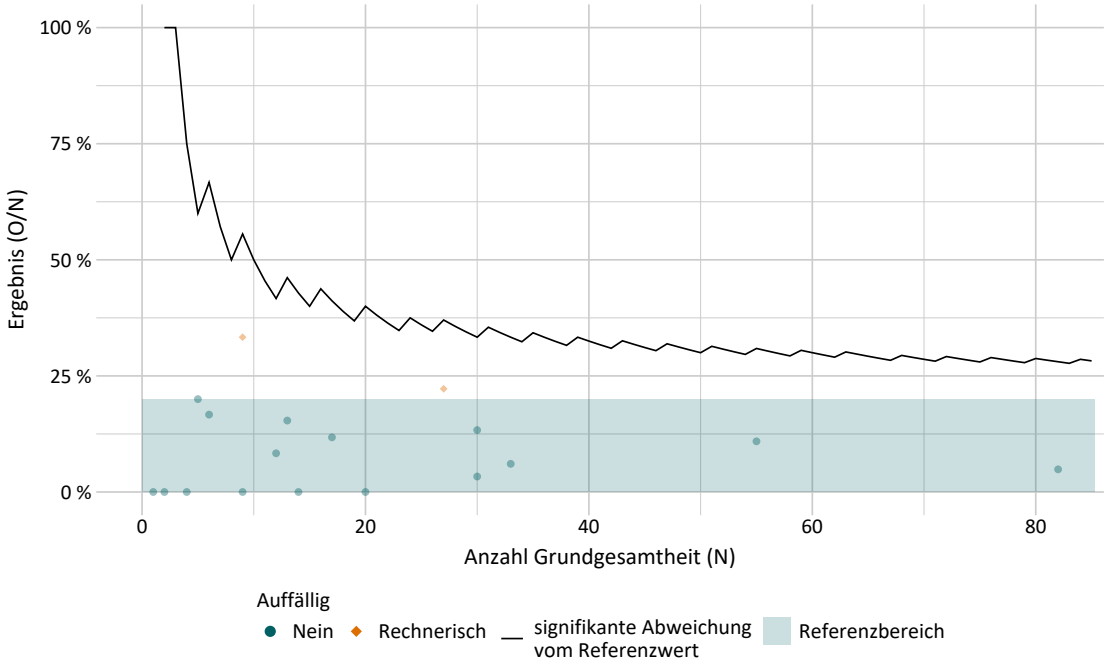
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	33 / 313	10,54	7,61 - 14,44
	2024	35 / 341	10,26	7,47 - 13,94
	2025	33 / 369	8,94	6,44 - 12,29

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	18	2	0,00	33,33	7,20

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 2157** **Sterblichkeit im Krankenhaus**	8,94 % 33/369
1.1.1	davon mit Todesursache	
1.1.1.1	ID: 25_22000 Graft Failure (primäres Transplantatversagen)	0,00 % 0/33
1.1.1.2	ID: 25_22001 Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	0,00 % 0/33
1.1.1.3	ID: 25_22002 Thromboembolie	0,00 % 0/33
1.1.1.4	ID: 25_22003 Rechtsherzversagen	x % ≤3/33
1.1.1.5	ID: 25_22004 Lungenversagen	18,18 % 6/33
1.1.1.6	ID: 25_22005 Infektion	12,12 % 4/33
1.1.1.7	ID: 25_22006 Rejektion	x % ≤3/33
1.1.1.8	ID: 25_22007 Blutung	15,15 % 5/33
1.1.1.9	ID: 25_22008 Multiorganversagen	39,39 % 13/33
1.1.1.10	ID: 25_22009 Andere	x % ≤3/33

12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

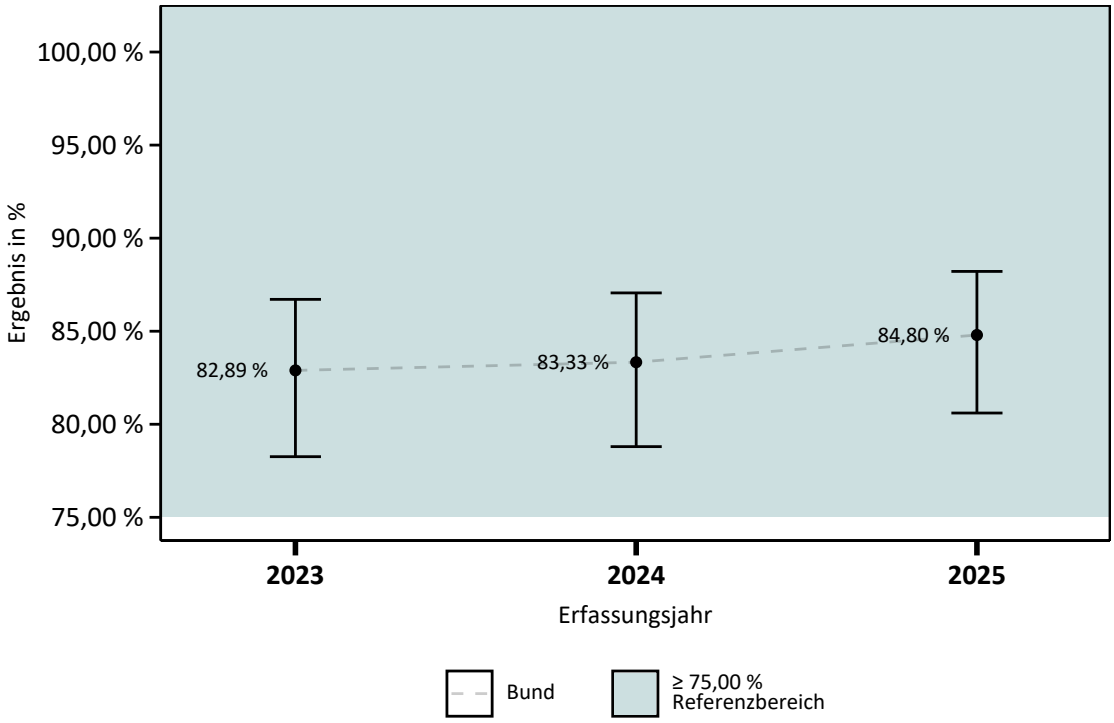
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 75,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

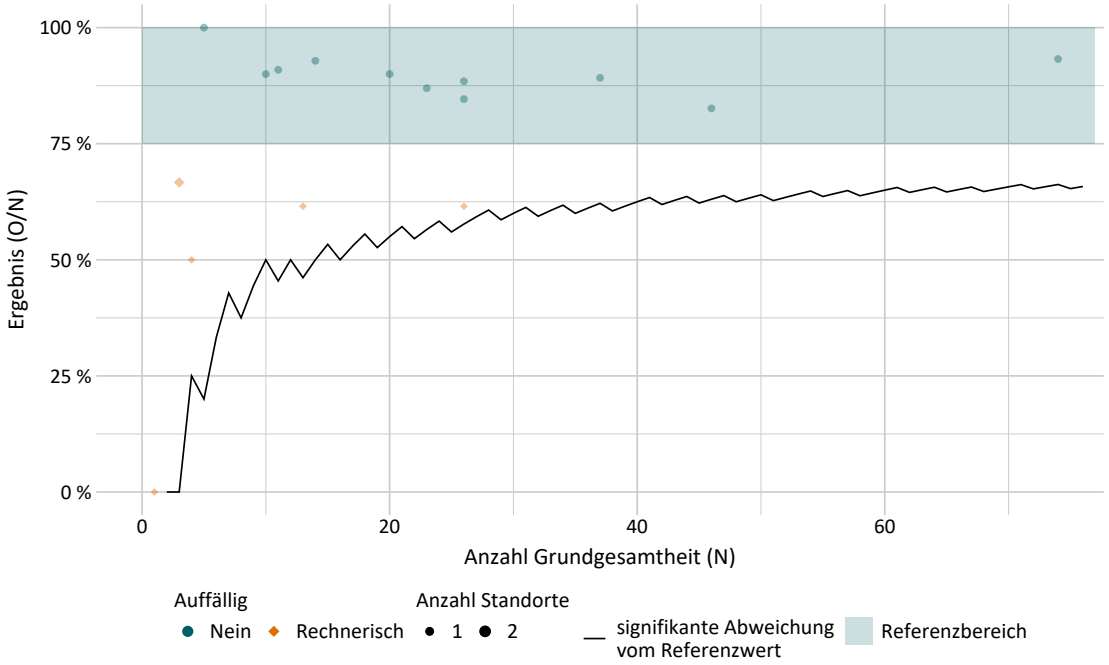
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	252 / 304	82,89	78,26 - 86,71
	2024	260 / 312	83,33	78,80 - 87,06
	2025	290 / 342	84,80	80,60 - 88,21

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	17	6	0,00	100,00	86,96

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 25_22018 Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[1]	100,00 % 344/344
2.1.1	ID: 25_22019 davon lebend entlassen	90,12 % 310/344
2.1.1.1	ID: 25_22020 Status bekannt	99,35 % 308/310
2.1.1.1.1	ID: 25_22021 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	94,16 % 290/308
2.1.1.1.2	ID: 25_22022 verstorben innerhalb von 1 Jahr	5,84 % 18/308
2.1.1.2	ID: 25_22024 Status unbekannt	x % ≤3/310
2.1.1.3	ID: 25_22025 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	93,55 % 290/310

[1] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
2.2.1	ID: 25_22026 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	90,12 % 310/344
2.2.2	1-Jahres-Überleben	
2.2.2.1	**ID: 12253** **1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	84,80 % 290/342
2.2.2.2	ID: 25_22027 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	84,88 % 292/344

12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

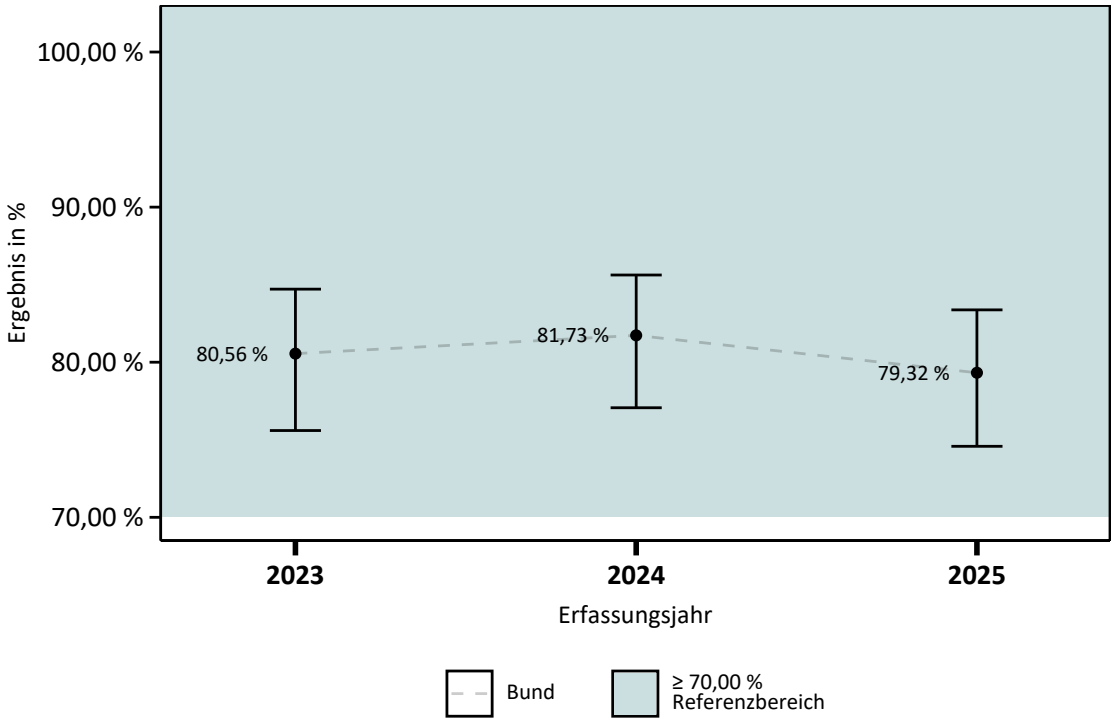
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 70,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

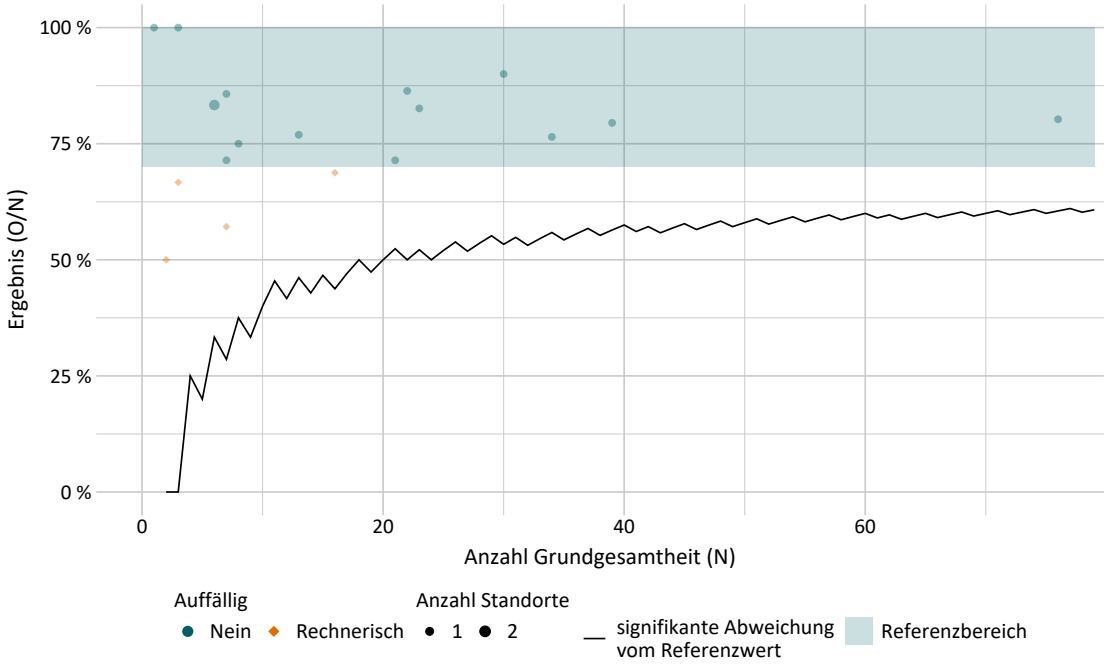
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	232 / 288	80,56	75,59 - 84,71
	2024	255 / 312	81,73	77,07 - 85,62
	2025	257 / 324	79,32	74,58 - 83,37

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	19	4	50,00	100,00	79,49

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 25_22028 Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[2]	99,11 % 333/336
3.1.1	ID: 25_22029 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	82,88 % 276/333
3.1.1.1	ID: 25_22030 Status bekannt	96,74 % 267/276
3.1.1.1.1	ID: 25_22031 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	96,25 % 257/267
3.1.1.1.2	ID: 25_22032 verstorben innerhalb von 2 Jahren	3,75 % 10/267
3.1.1.2	ID: 25_22034 Status unbekannt	3,26 % 9/276
3.1.1.3	ID: 25_22035 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	93,12 % 257/276

[2] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 25_22036 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	87,69 % 292/333
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	ID: 25_22037 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	82,62 % 271/328
3.2.2.2	ID: 25_22038 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	82,88 % 276/333
3.2.2.3	ID: 25_22039 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	81,38 % 271/333
3.2.3	2-Jahres-Überleben	
3.2.3.1	**ID: 12269** **2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	79,32 % 257/324
3.2.3.2	ID: 25_22040 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	79,88 % 266/333

12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

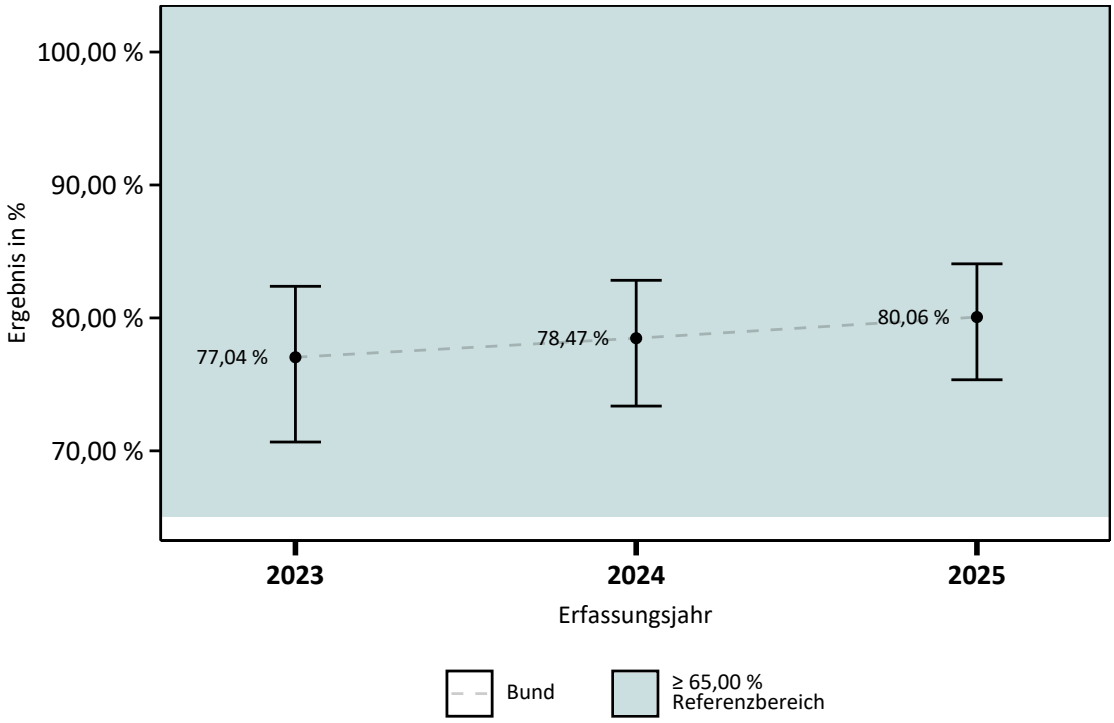
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 65,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

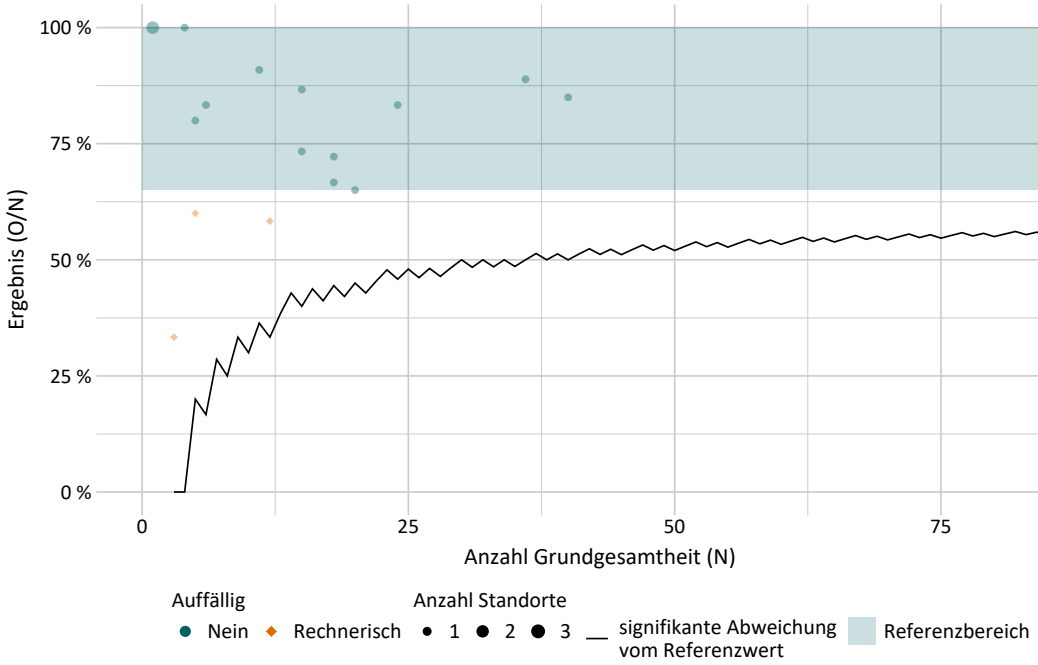
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	151 / 196	77,04	70,67 - 82,38
	2024	226 / 288	78,47	73,37 - 82,83
	2025	257 / 321	80,06	75,35 - 84,07

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	19	3	33,33	100,00	83,33

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 25_22041 Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[3]	99,40 % 329/331
4.1.1	ID: 25_22042 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	81,76 % 269/329
4.1.1.1	ID: 25_22043 Status bekannt	97,03 % 261/269
4.1.1.1.1	ID: 25_22044 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	98,47 % 257/261
4.1.1.1.2	ID: 25_22045 verstorben innerhalb von 3 Jahren	1,53 % 4/261
4.1.1.2	ID: 25_22047 Status unbekannt	2,97 % 8/269
4.1.1.3	ID: 25_22048 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	95,54 % 257/269

[3] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 25_22049 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	89,36 % 294/329
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 25_22050 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	83,79 % 274/327
4.2.2.2	ID: 25_22051 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	83,89 % 276/329
4.2.2.3	ID: 25_22052 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	83,28 % 274/329
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	ID: 25_22053 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	81,65 % 267/327
4.2.3.2	ID: 25_22054 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	81,76 % 269/329

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.3	ID: 25_22055 2-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	81,16 % 267/329
4.2.4	3-Jahres-Überleben	
4.2.4.1	**ID: 12289** **3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	80,06 % 257/321
4.2.4.2	ID: 25_22056 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	80,55 % 265/329

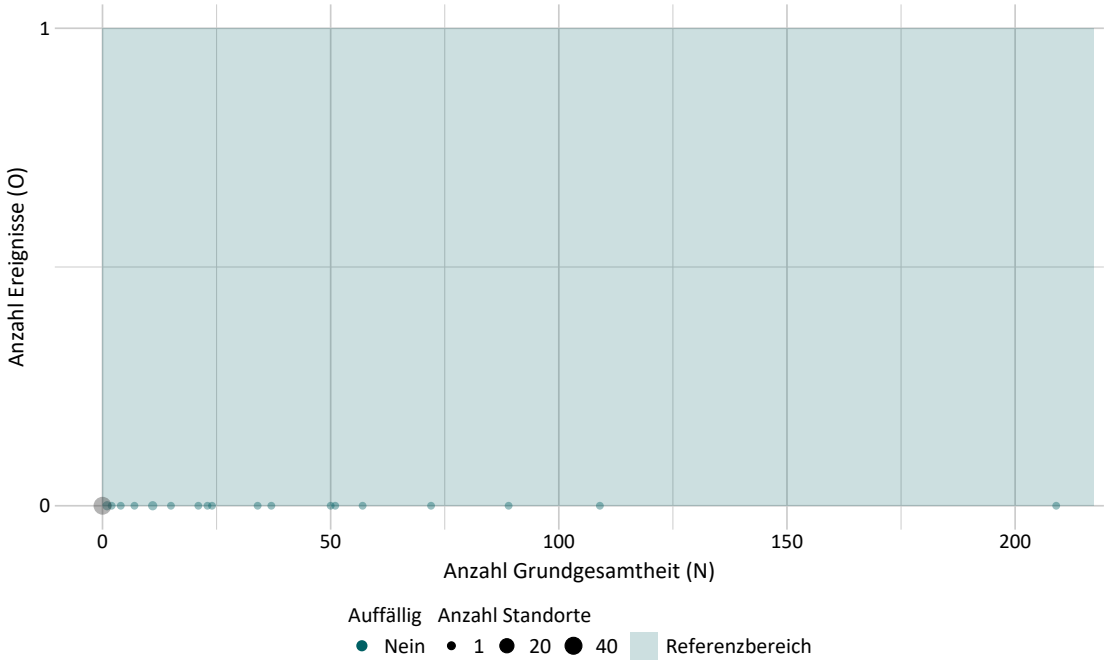
252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekannten Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist und zeitgerecht dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 1 Fall / Fälle
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2023**	0 / 662	0
	2024	≤3 / 766	≤3
	2025	0 / 828	0

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Fall / Fälle	Maximum in Fall / Fälle	Median in Fall / Fälle
2025	20	0	0,00	0,00	0,00

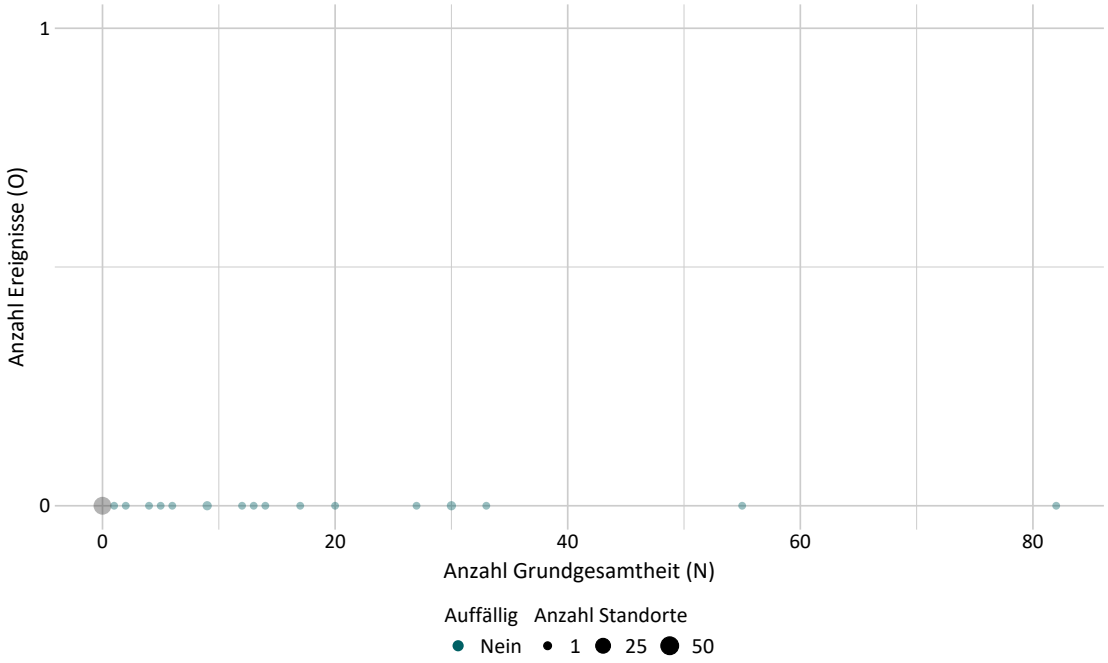
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852310: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztransplantationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-) Sterblichkeits-QIs und -Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus 12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2025 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

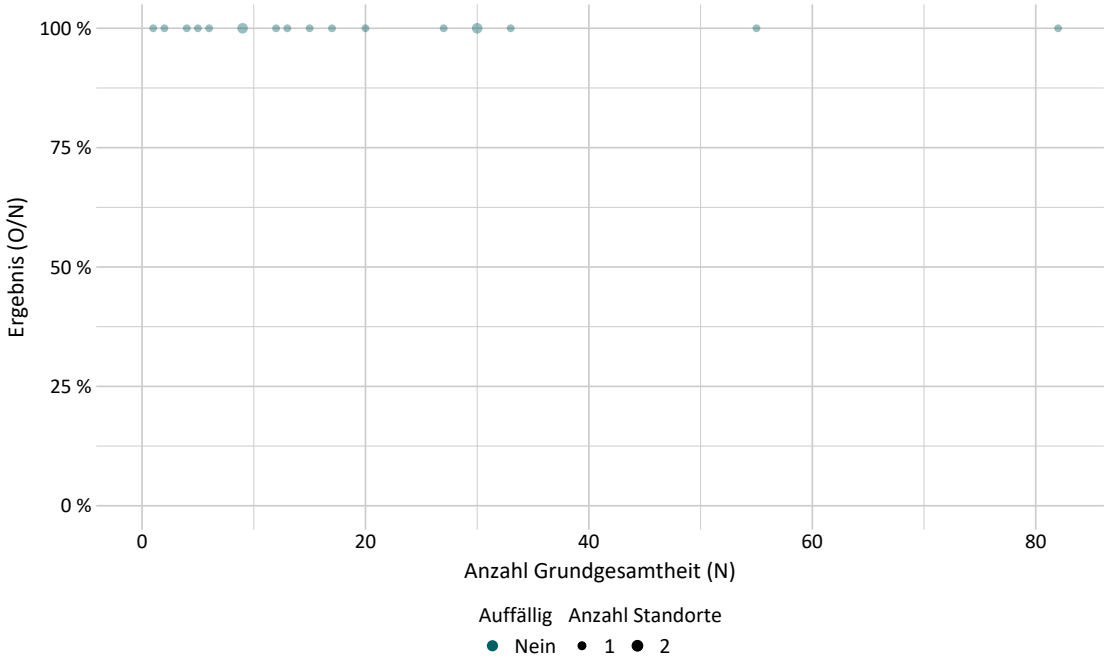
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 369	0,00	0,00 % 0 / 18

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	18	0	100,00	100,00	100,00

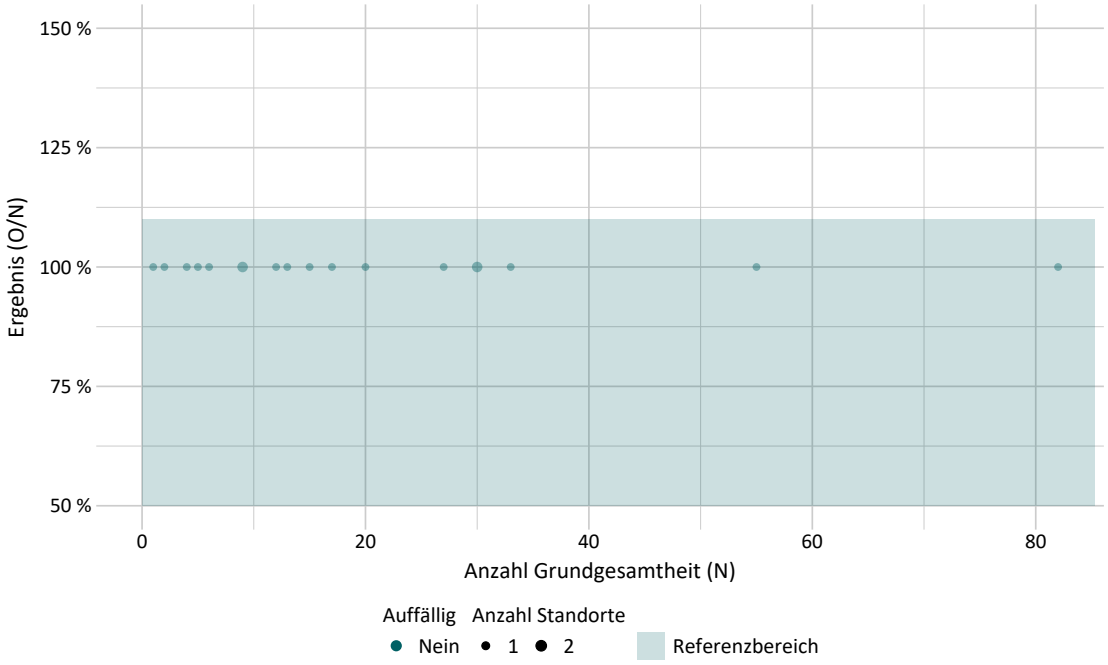
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	370 / 370	100,00	0,00 % 0 / 18

850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2157: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	18	0	100,00	100,00	100,00

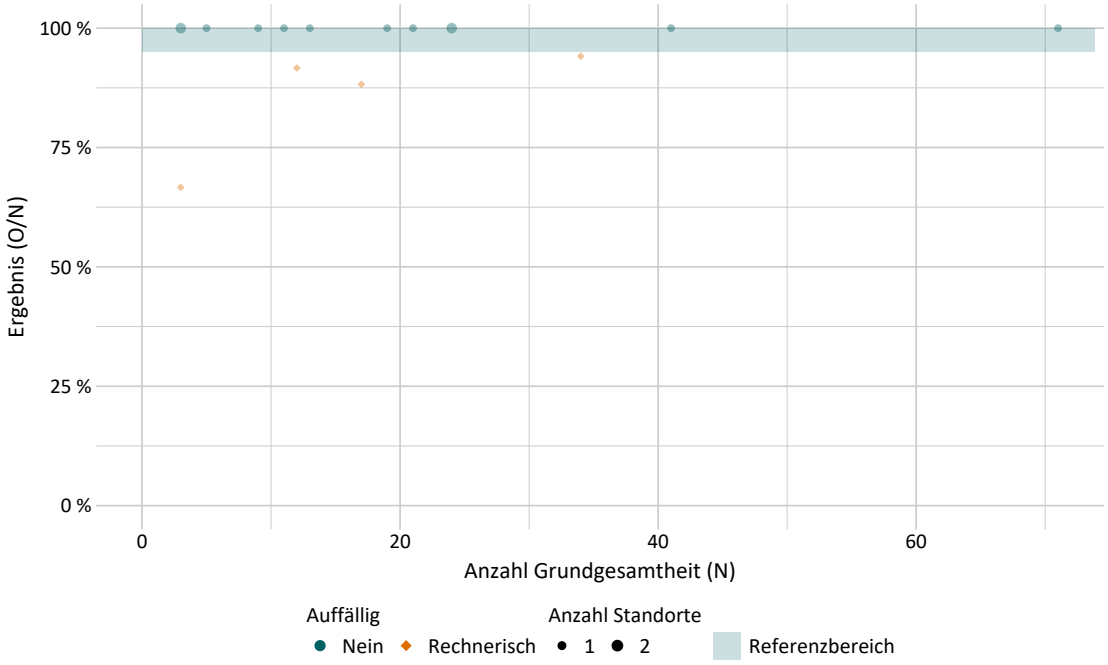
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	370 / 370	100,00	0,00 % 0 / 18

850257: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	16	4	66,67	100,00	100,00

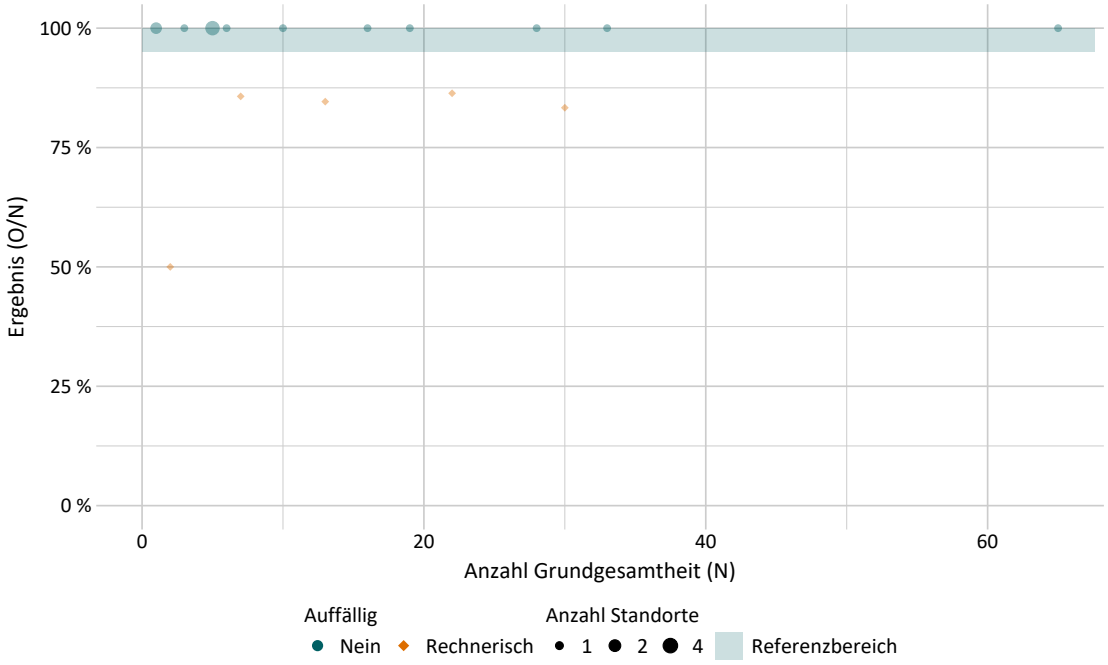
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	304 / 310	98,06	25,00 % 4 / 16

850258: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	19	5	50,00	100,00	100,00

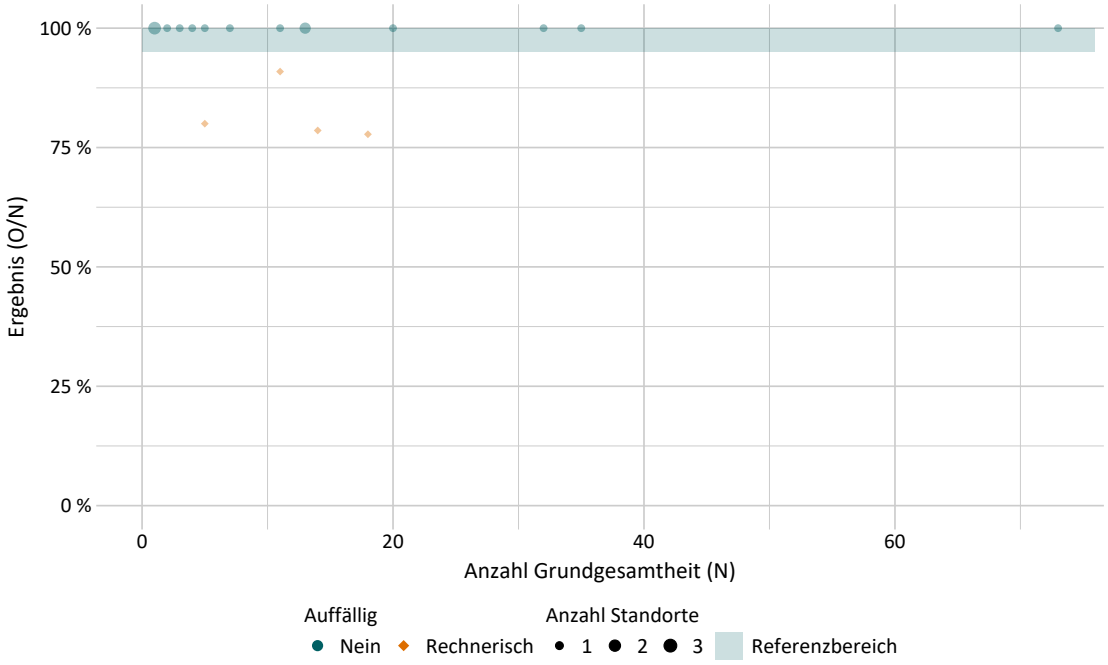
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	264 / 276	95,65	26,32 % 5 / 19

850259: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 252300: Unbekannter Follow-Up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	19	4	77,78	100,00	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	260 / 269	96,65	21,05 % 4 / 19

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten[4]		
Anzahl Patientinnen und Patienten	1.112	100,00
Patientinnen und Patienten mit mind. einer Herztransplantation	357	32,10
Patientinnen und Patienten mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens	731	65,74

[4] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Anzahl Herztransplantationen	370	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Implantationen		
Anzahl Implantationen von Herzunterstützungssystemen / Kunstherzen	838	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 357**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	84	23,53
1. Quartal	85	23,81
2. Quartal	83	23,25
3. Quartal	80	22,41
4. Quartal	25	7,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 357**	
Entlassungsquartal		
1. Quartal 2024	87	24,37
2. Quartal 2024	80	22,41
3. Quartal 2024	95	26,61
4. Quartal 2025	95	26,61

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 369**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 28 Tage	61	16,53
29 - 56 Tage	97	26,29
57 - 84 Tage	64	17,34
85 - 112 Tage	43	11,65
113 - 140 Tage	38	10,30
141 - 168 Tage	25	6,78
169 - 196 Tage	4	1,08
197 - 224 Tage	10	2,71
225 - 252 Tage	7	1,90
> 252 Tage	20	5,42

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	369
Minimum	0,00
5. Perzentil	0,00
25. Perzentil	0,00
Median	14,00
Mittelwert	37,86
75. Perzentil	59,00
95. Perzentil	129,50
Maximum	415,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[6]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	369
Minimum	1,00
5. Perzentil	14,00
25. Perzentil	26,00
Median	35,00
Mittelwert	53,13
75. Perzentil	57,00
95. Perzentil	161,00
Maximum	343,00

	Bund (gesamt)
Gesamtverweildauer (Tage)[7]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	369
Minimum	1,00
5. Perzentil	17,00
25. Perzentil	37,00
Median	67,00
Mittelwert	90,99
75. Perzentil	120,50
95. Perzentil	260,50
Maximum	469,00

[5] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

[6] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

[7] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Herztransplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 357**	
Geschlecht		
(1) männlich	241	67,51
(2) weiblich	116	32,49
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientinnen- und Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 357**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	10	2,80
1 - 9 Jahre	15	4,20
10 - 19 Jahre	19	5,32
20 - 29 Jahre	28	7,84
30 - 39 Jahre	35	9,80
40 - 49 Jahre	40	11,20
50 - 59 Jahre	104	29,13
60 - 69 Jahre	106	29,69
70 - 79 Jahre	0	0,00
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	357
Minimum	0,00
5. Perzentil	4,00
25. Perzentil	35,50
Mittelwert	46,23
Median	54,00
75. Perzentil	61,00
95. Perzentil	66,00
Maximum	69,00

Befunde Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Herztransplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 357**	
Grunderkrankung		
(1) dilatative Kardiomyopathie (DCM)	169	47,34
(2) restriktive Kardiomyopathie (RCM)	19	5,32
(3) ischämische Kardiomyopathie (ICM)	92	25,77
(4) andere Herzerkrankungen	77	21,57
Diabetes mellitus		
(0) nein	290	81,23
(1) ja, ausschließlich diätetisch eingestellt	13	3,64
(2) ja, medikamentös eingestellt	37	10,36
(3) ja, insulinpflichtig	17	4,76

viraler Status

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 357**	
Hepatitis B		
(0) nein	355	99,44
(1) ja	≤3	x
Hepatitis C		
(0) nein	356	99,72
(1) ja	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 357**	
Blutgruppe und Rhesusfaktor		
AB+	23	6,44
AB-	6	1,68
A+	132	36,97
A-	26	7,28
B+	50	14,01
B-	7	1,96
0+	96	26,89
0-	17	4,76
Durchführung thorakaler Operationen (offen-chirurgisch) vor der stationären Aufnahme		
(0) nein	185	51,82
(1) ja	172	48,18
davon: Art der thorakalen Operation[8]		
Herztransplantation	10	5,81
Assist Device/TAH	111	64,53
Koronarchirurgie	19	11,05
Klappenchirurgie	37	21,51
Korrektur angeborener Vitien	25	14,53
sonstige	20	11,63

[8] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Anzahl aller Voroperationen (offen-chirurgisch) am Herzen	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit bekannter Anzahl	171
Median	1,00
Mittelwert	1,30

Transplantations-, Spenderinnen- und Spenderdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
PRA		
= 0 %	330	89,19
> 0 %	40	10,81

Risikoprofil

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
Dringlichkeit		
(1) High urgency	230	62,16
(2) elektiv	140	37,84

	Bund (gesamt)
CAS (Cardiac Allocation Score)	
Anzahl Transplantationen mit bekanntem Score	218
Median	24,00
Mittelwert	27,76

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
Beatmung		
(0) nein	352	95,14
(1) ja	18	4,86

	Bund (gesamt)
Lungengefäßwiderstand (dyn*s*cm-5)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	270
Minimum	0,00
Median	112,00
Mittelwert	117,18
Maximum	655,00
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	370
Minimum	0,10
Median	1,20
Mittelwert	1,56
Maximum	76,00
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	370
Minimum	8,84
Median	106,08
Mittelwert	137,88
Maximum	6.718,40

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Transplantationen, bei denen gültige Angaben vorliegen	**N = 370**	
eGFR[9]		
≥ 90 ml/min/1,73 m²	112	30,27
≥ 60 bis < 90 ml/min/1,73m²	103	27,84
≥ 30 bis < 60 ml/min/1,73m²	124	33,51
≥ 15 bis < 30 ml/min/1,73m²	25	6,76
< 15 ml/min/1,73m²	6	1,62

[9] Die Berechnung erfolgt auf Basis der CKD-EPI-Formel

Immunsuppression initial

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
Induktionstherapie		
(0) nein	246	66,49
(1) ATG	109	29,46
(2) OKT3	≤3	x
(3) IL2-Rezeptor-Antagonist	9	2,43
(9) Andere	5	1,35
Immunsuppression[10]		
Cyclosporin	31	8,38
Tacrolimus	288	77,84
Azathioprin	4	1,08
Mycophenolat	192	51,89
Steroide	362	97,84
m-ToR-Inhibitor	≤3	x
andere	13	3,51

[10] Mehrfachnennung möglich

Spenderinnen- und Spenderdaten (Allgemein)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
Geschlecht		
(1) männlich	194	52,43
(2) weiblich	175	47,30
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	0	0,00

Spenderinnen- und Spenderalter

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen, bei denen das Spenderinnen- oder Spenderalter bekannt ist	**N = 370**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	57	15,41
20 - 29 Jahre	44	11,89
30 - 39 Jahre	61	16,49
40 - 49 Jahre	86	23,24
50 - 59 Jahre	84	22,70
60 - 69 Jahre	38	10,27
70 - 79 Jahre	0	0,00
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Transplantationen, bei denen das Spenderinnen- oder Spenderalter bekannt ist	370
Minimum	0,00
5. Perzentil	4,00
25. Perzentil	27,00
Mittelwert	39,53
Median	43,00
75. Perzentil	53,00
95. Perzentil	62,00
Maximum	68,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Herztransplantationen von Spenderinnen- oder Spendern ≥ 18 Jahre und mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 326**	
BMI		
Untergewicht (< 18,5)	5	1,53
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	134	41,10
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	118	36,20
Adipositas (≥ 30)	69	21,17

Befunde Spenderinnen und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
Blutgruppe und Rhesusfaktor		
AB+	20	5,41
AB-	≤3	x
A+	130	35,14
A-	21	5,68
B+	60	16,22
B-	7	1,89
0+	109	29,46
0-	20	5,41
Todesursache[11]		
(216) T_CAPI: Trauma: Schädel	65	17,57
(218) CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar	53	14,32
(223) NAO: Nicht traumatische Todesursache, anderweitig nicht klassifizierbar	6	1,62
(229) CBL: Intrazerebrale Blutung	57	15,41
(230) CID: Ischämischer Insult	42	11,35
(234) SAB: Subarachnoidalblutung	70	18,92
(235) SDH: Subdurales Hämatom	4	1,08
(247) TLA: Trauma: Reiseunfall zu Lande	11	2,97
(249) TFA: Trauma: Sturz	5	1,35
Vasopressortherapie		
(0) nein	126	34,05
(1) ja	244	65,95

[11] Schlüssel 1, ausgewählte Schlüssel

	Bund (gesamt)
CK-Wert (U/l)	
Anzahl Transplantationen mit Angaben > 0	309
Median	249,50
Mittelwert	1.258,09
CK-MB-Wert (U/l)	
Anzahl Transplantationen mit Angaben > 0	209
Median	22,00
Mittelwert	51,87

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
Herzstillstand		
(0) nein	253	68,38
(1) ja	117	31,62
hypotensive Periode		
(0) nein	325	87,84
(1) ja	45	12,16
Koronarangiographie erfolgt		
(0) nein	169	45,68
(1) ja	201	54,32
Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme		
(1) gut	366	98,92
(2) mittel	4	1,08
(3) schlecht	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
Einsatz eines Perfusionssystems		
(0) nein	336	90,81
(1) ja, hypotherm	≤3	x
(2) ja, normotherm	12	3,24
(3) ja, hypotherm und normotherm	0	0,00
keine Angabe	20	5,41

	Bund (gesamt)
Hämatokrit (Hk in %)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten	335
Median	30,00
Mittelwert	30,16

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
OPS[12]		
(5-375.0) Herztransplantation, orthotop	370	100,00
(5-375.1) Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)	0	0,00
(5-375.3) Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes	0	0,00
Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		
(1) gut	359	97,03
(2) mittel	8	2,16
(3) schlecht	≤3	x

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	369	99,73
(1) ja	≤3	x

[12] Mehrfachnennung möglich

Kalte Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Verteilung (Minuten)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 4320	370
Minimum	2,00
5. Perzentil	86,10
25. Perzentil	152,00
Median	185,00
Mittelwert	186,19
75. Perzentil	225,00
95. Perzentil	274,35
Maximum	479,00

Postoperativer Verlauf

Immunsuppression bei Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
Immunsuppression[13]		
Cyclosporin	40	10,81
Tacrolimus	326	88,11
Azathioprin	≤3	x
Mycophenolat	327	88,38
Steroide	364	98,38
m-ToR-Inhibitor	25	6,76
andere	13	3,51

[13] Mehrfachnennung möglich

Abstoßungsreaktionen

	Bund (gesamt)
Verteilung der Anzahl behandelter Abstoßungsreaktionen	
Anzahl Transplantationen mit bekannter Anzahl	369
Median	0,00
Mittelwert	0,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 370**	
Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen		
keine behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktion	325	87,84
eine behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktion	38	10,27
mehr als eine behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktion	6	1,62
keinen Angabe	≤3	x

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 357**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	101	28,29
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	25	7,00
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	64	17,93
(07) Tod	32	8,96
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[14]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	133	37,25
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[15]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[16]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 357**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[17]		
(1) ja	0	0,00

[14] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[15] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[16] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[17] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 32**	
Todesursache		
(1) Graft Failure (primäres Transplantatversagen)	0	0,00
(2) Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	0	0,00
(3) Thromboembolie	0	0,00
(4) Rechtsherzversagen	≤3	x
(5) Lungenversagen	5	15,63
(6) Infektion	4	12,50
(7) Rejektion	≤3	x
(8) Blutung	5	15,63
(9) Multiorganversagen	13	40,63
(10) Andere	≤3	x

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-MKU: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Übersicht über weitere Datengrundlagen 7

Ergebnisübersicht 8

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 10

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 12

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 14

251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems 14

Details zu den Ergebnissen 18

251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens 19

Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems 22

52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD 22

52386: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD 25

52387: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH 28

Details zu den Ergebnissen 31

Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems 32

52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD 32

52389: Sepsis bei Implantation eines BiVAD 35

52390: Sepsis bei Implantation eines TAH 37

Details zu den Ergebnissen 39

Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems 40

52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD 40

52392: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD 43

52393: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH 46

Details zu den Ergebnissen 49

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 50
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 50
851807: Angabe von VA-ECMO bei Systemart ... 50
852311: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen ... 52
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 54
850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) ... 54
850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) ... 56
Basisauswertung ... 58
Allgemeine Daten ... 59
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 60
Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens ... 63
Patientinnen- und Patientenalter am Aufnahmetag ... 63
Befunde Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens ... 65
Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz ... 67
Indikation ... 67
Operation ... 69
Komplikationen ... 70
Entlassung ... 72
Todesursache ... 74

Einleitung

Die Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens kann bei Patientinnen und Patienten mit akuter oder chronischer Herzinsuffizienz im fortgeschrittenen Stadium (NYHA III-IV) unabhängig von der Ätiologie indiziert sein.

Die ursprünglich zur Überbrückung der Wartezeit bis zur Transplantation entwickelten Herzunterstützungssysteme (assist devices) sind aufgrund beachtlicher medizinisch-technischer Weiterentwicklungen mittlerweile weiter ausgereift. Inzwischen ist man dazu übergegangen, die Systeme frühzeitiger einzusetzen, um irreversiblen Schäden an den Endorganen (z. B. Nieren, Leber) der erkrankten Patientinnen und Patienten vorzubeugen. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung dieser Therapieform in der medizinischen Versorgung und auch als Folge der Spenderorganknappheit werden Herzunterstützungssysteme und Kunstherzen vermehrt eingesetzt. Bislang unterlagen die mit einem Unterstützungssystem versorgten Patientinnen und Patienten jedoch keiner Qualitätssicherung. Durch eine Weiterentwicklung sind sie seit dem Erfassungsjahr 2015 in den Leistungsbereich integriert, der wie bislang auf den stationären Sektor eingeschränkt ist.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.226 1.225 1	1.230	99,67
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	58		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	59	59	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	57	57	100,00

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im Erfassungsmodul HTXM des QS-Verfahrens Transplantationsmedizin (QS TX) erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge eines Leistungsbereichs. Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren QS TX zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/).

Im QS-Verfahren QS TX werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2025 unterschieden:
- Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU) 2025
- Herztransplantation (HTXM-TX) 2025

Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	891 891 0	895	99,55
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	57		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	58	58	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	56	56	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

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

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

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

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS TX finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	≤ 1,36	0,98 O/E = 148 / 150,78 18,29 % O/N = 148 / 809
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	≤ 35,00 %	19,12 % E = 134,04 N = 701
Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	≤ 20,00 %	7,97 % O = 62 N = 778
52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	Transparenzkennzahl	16,67 % O = 5 N = 30
52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 12

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	≤ 24,24 % (95. Perzentil)	8,87 % O = 69 N = 778
52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	Transparenzkennzahl	13,33 % O = 4 N = 30
52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 12
Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems			
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	≤ 5,00 %	x % O = ≤3 N = 778
52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 30
52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	Transparenzkennzahl	x % O = ≤3 N = 12

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart	= 0	0,04 38 / 923	10,53 % 6 / 57
852311	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen	= 0	0,00 0 / 891	0,00 % 0 / 57

© IQTIG 2026

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	≥ 100,00 %	99,55 % 891 / 895	6,90 % 4 / 58
850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	≤ 110,00 %	99,55 % 891 / 895	1,72 % 1 / 58

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems

Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Implantationen eines Herzunterstützungssystems unter Ausschluss von Implantationen bei Patientinnen und Patienten mit einer Herztransplantation während desselben stationären Aufenthalts
Zähler	Implantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient während des Krankenhausaufenthalts verstorben ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Eingriffen bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstarb
E (expected)	Erwartete Anzahl an Eingriffen bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstarb, risikoadjustiert nach logistischem MKU-Score für den Indikator mit der ID 251800
Referenzbereich	≤ 1,36
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Altersrisiko pro Jahr Abweichung vom Durchschnittsalter (56 Jahre) - gedeckelt bei 37 Jahren Systemart - RVAD Systemart - BiVAD Systemart - TAH INTERMACS Level 2 INTERMACS Level 3 INTERMACS Level 4 INTERMACS Level 5 INTERMACS Level 6-7 INTERMACS Level nicht bekannt - (bei Systemwechsel und -ergänzungen) Thorakale Operationen vor stationärer Aufnahme Lage des Systems: extra-/parakorporal
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

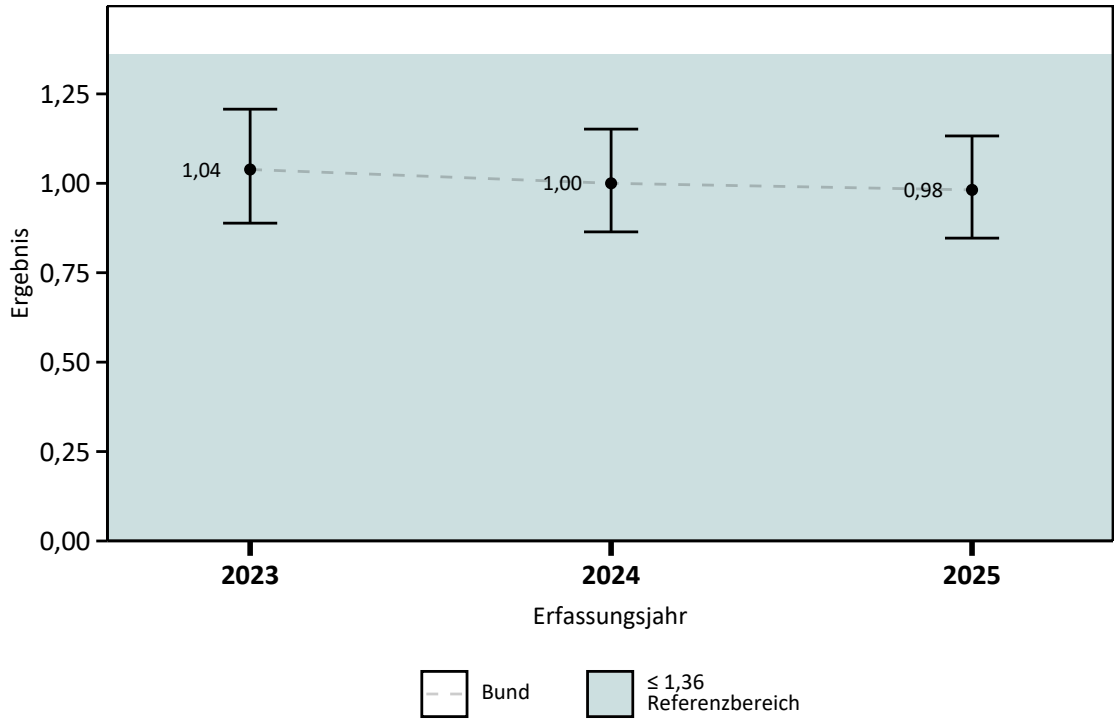
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	696	132 / 127,10	1,04	0,89 - 1,21
	2024	779	150 / 150,00	1,00	0,86 - 1,15
	2025	809	148 / 150,78	0,98	0,85 - 1,13

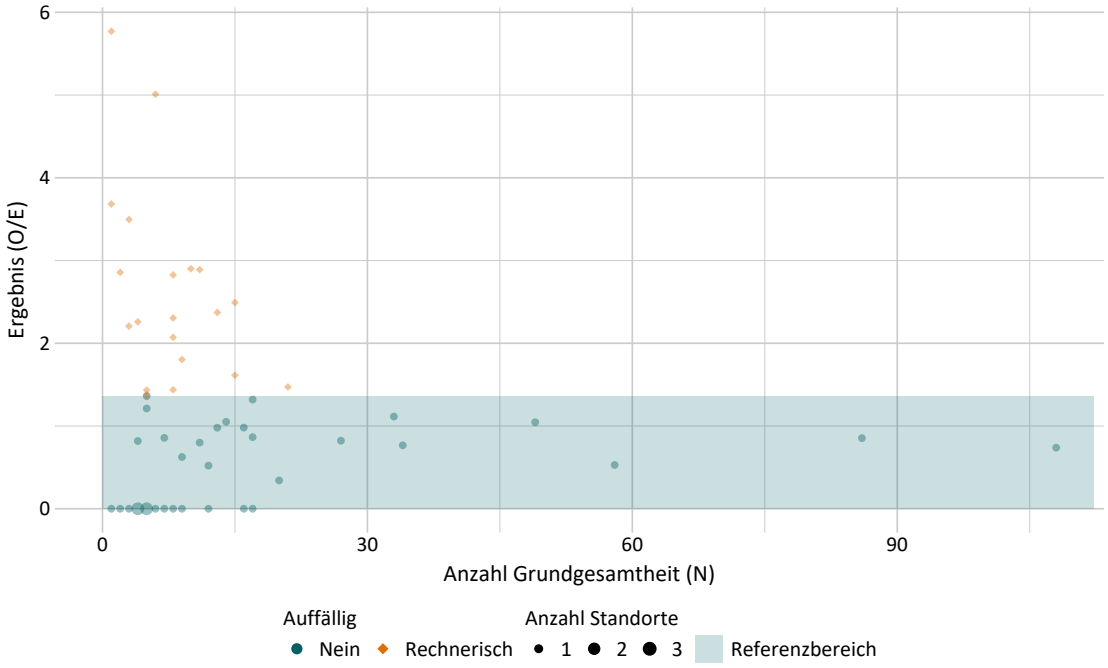
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

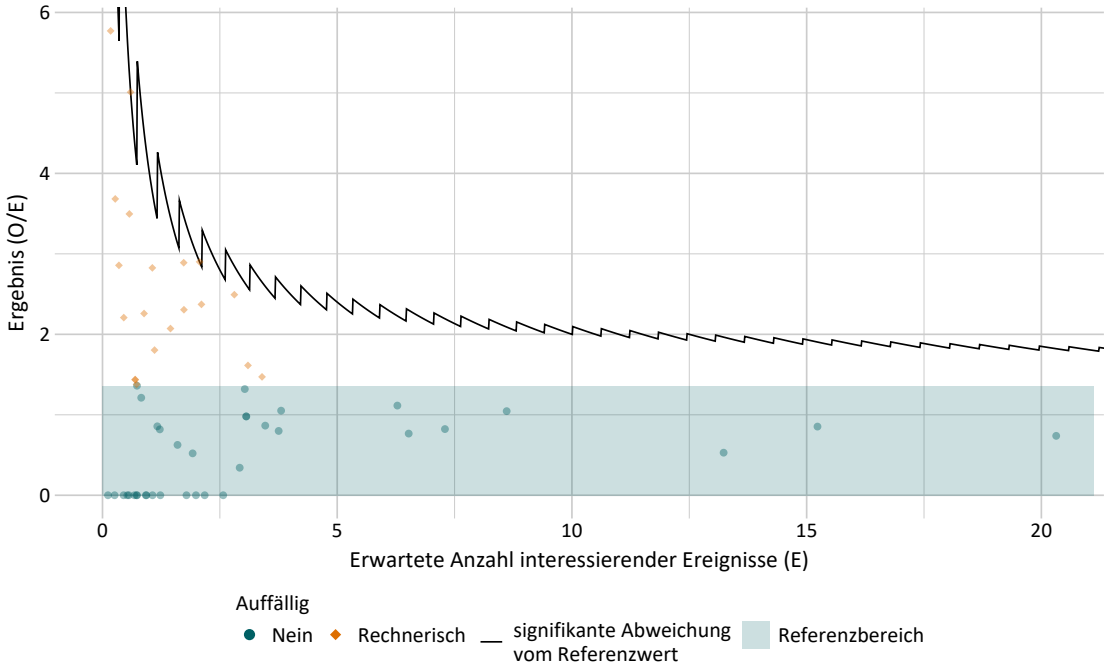
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



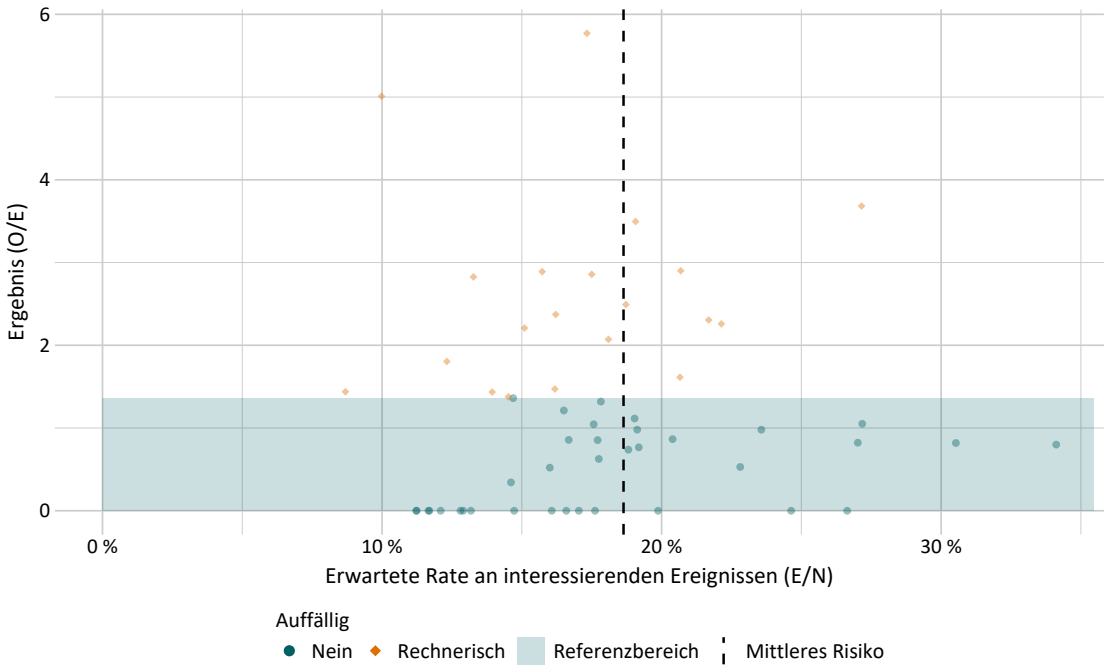
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	56	20	0,00	5,77	0,92

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.1	ID: O_251800 O/N (observed, beobachtet)	18,29 % 148/809
1.1.2	ID: E_251800 E/N (expected, erwartet)	18,64 % 150,78/809
1.1.3	**ID: 251800** **O/E**	0,98

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 25_22066 Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus verstarben	18,29 % 148/809
1.2.1	Verstorbene Patientinnen und Patienten je nach Art des implantierten Unterstützungssystems	
1.2.1.1	ID: 25_22067 LVAD	16,45 % 126/766
1.2.1.2	ID: 25_22068 RVAD	68,75 % 11/16
1.2.1.3	ID: 25_22069 BiVAD	52,63 % 10/19
1.2.1.4	ID: 25_22070 TAH	x % ≤3/8

251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens

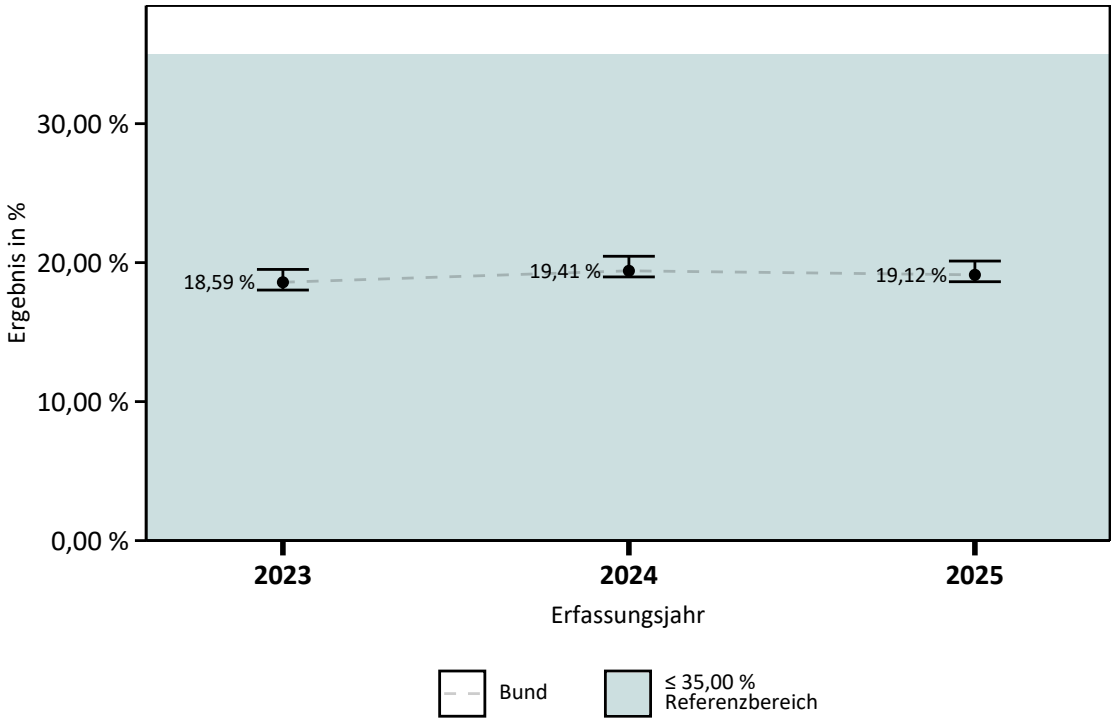
Qualitätsziel	Das durchschnittliche Risikoprofil des gesamten Patientenkollektivs eines Krankenhausstandortes sollte bei Implantation von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen nicht zu hoch sein
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Implantationen eines Herzunterstützungssystems unter Ausschluss von Implantationen bei Patientinnen und Patienten mit einer Herztransplantation während desselben stationären Aufenthalts und unter Ausschluss von Implantationen in Standorten, in denen keine MKU-Patientin und kein MKU-Patient im Erfassungsjahr verstorben entlassen wurde
Zähler	Erwartete Anzahl an Eingriffen, bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstirbt, risikoadjustiert nach logistischem MKU-Score für den Indikator mit der ID 251800
Referenzbereich	≤ 35,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

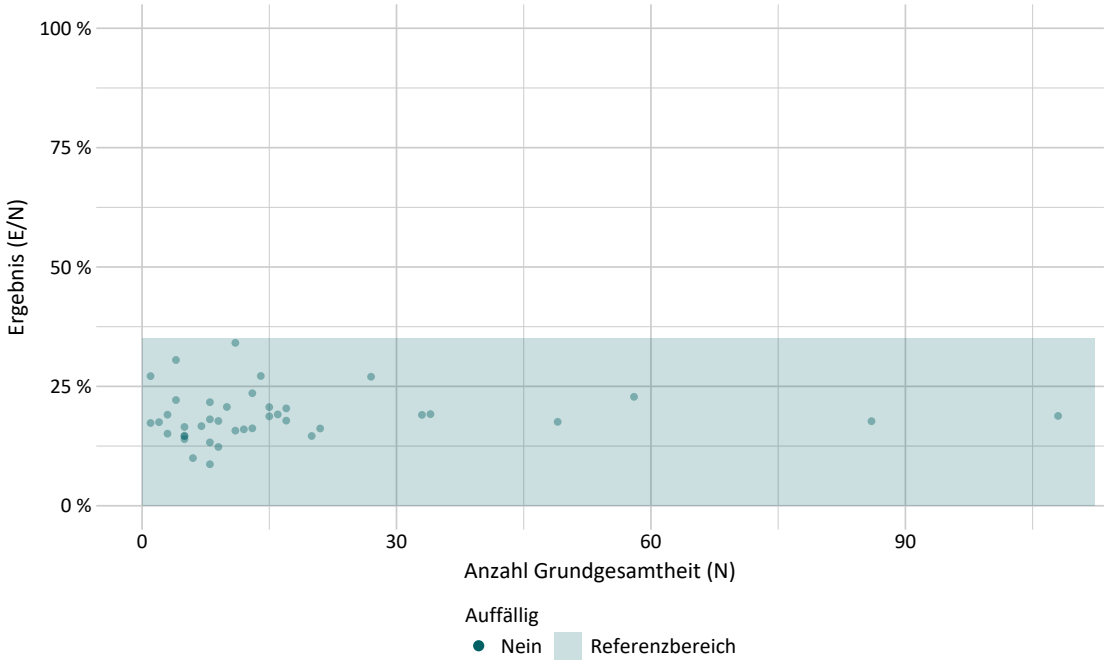
Dimension		Ergebnis E/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	118,20 / 636	18,59	18,03 - 19,51
	2024	139,75 / 720	19,41	18,97 - 20,46
	2025	134,04 / 701	19,12	18,63 - 20,11

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	40	0	8,69	34,12	17,79

Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems

Qualitätsziel	Die Rate an postoperativen zerebrovaskulären Komplikationen (Transitorische ischämische Attacke (TIA), Schlaganfall oder Koma) soll gering sein

52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD

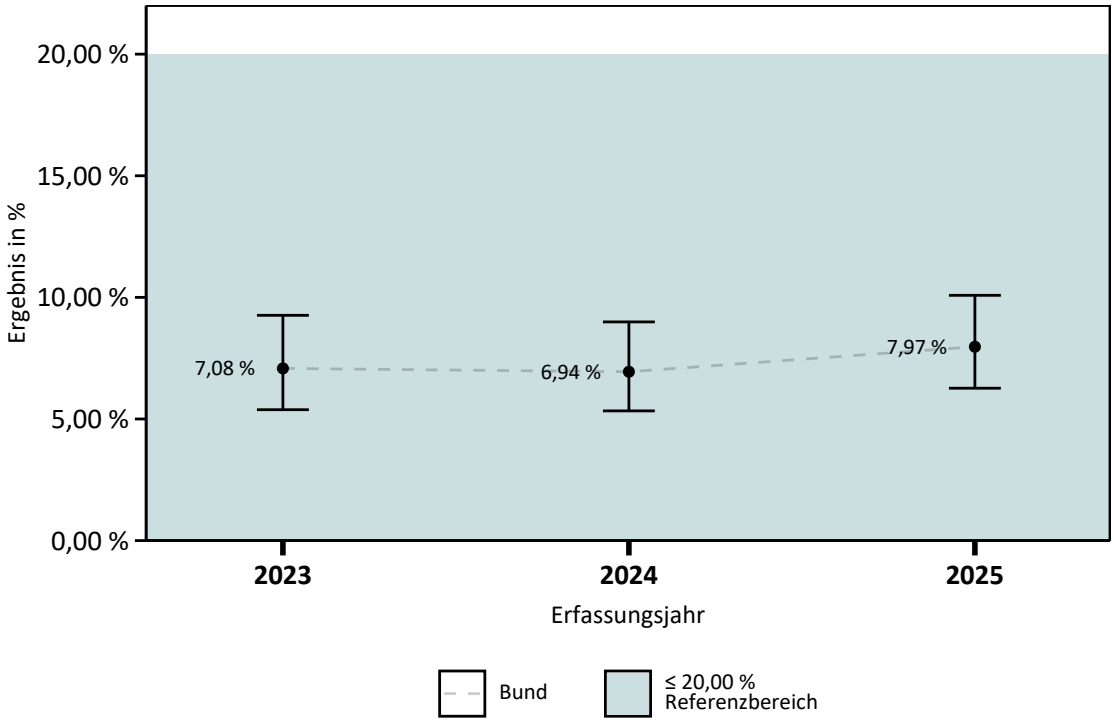
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines LVAD
Zähler	Implantationen mit postoperativer neurologischer Komplikation/postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis mit einer Dauer von > 24 Stunden und funktionell relevantem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin > = 2)
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

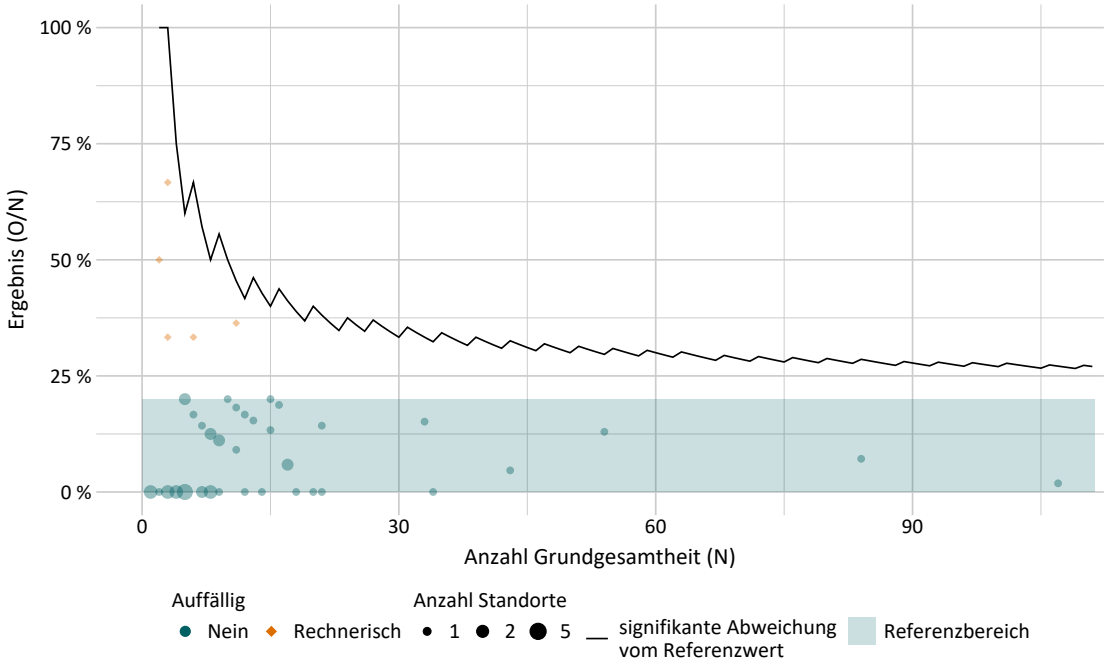
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	48 / 678	7,08	5,38 - 9,26
	2024	52 / 749	6,94	5,33 - 8,99
	2025	62 / 778	7,97	6,27 - 10,09

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	56	5	0,00	66,67	3,26

52386: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD

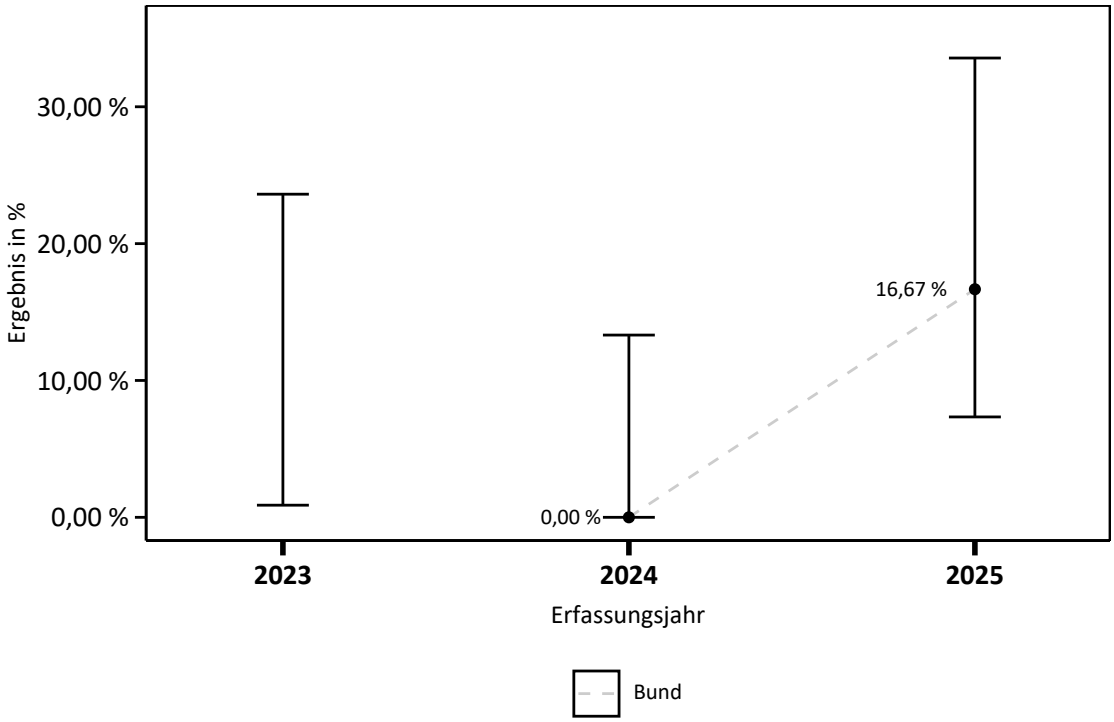
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines BiVAD
Zähler	Implantationen mit postoperativer neurologischer Komplikation/postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis mit einer Dauer von > 24 Stunden und funktionell relevantem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 2)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

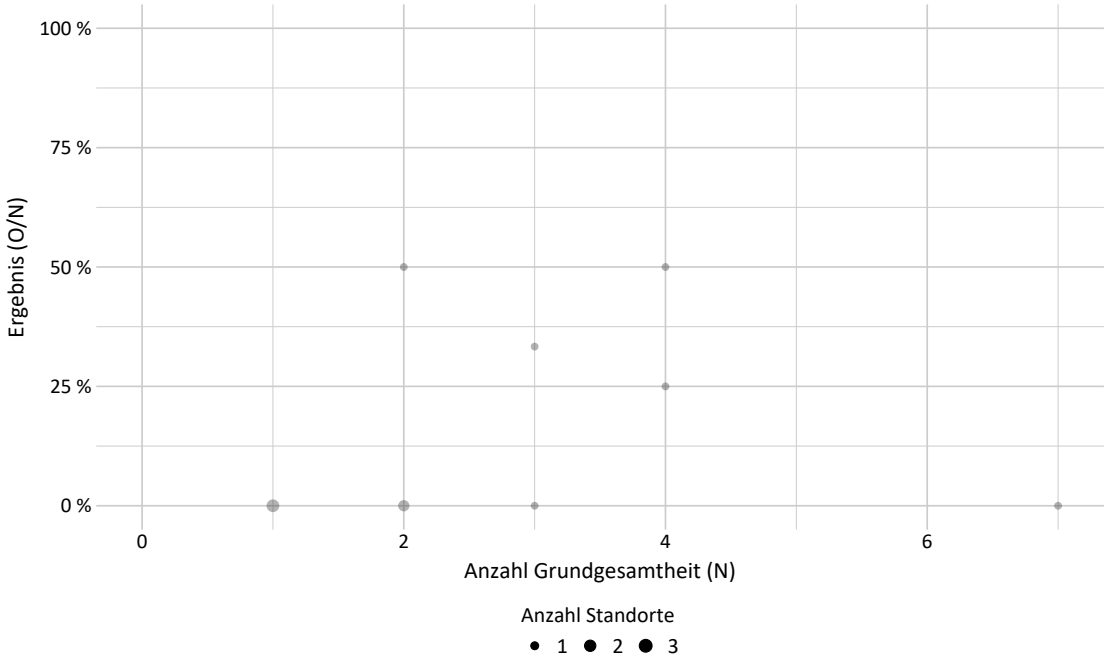
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	≤3 / 20	x	0,89 - 23,61
	2024	0 / 25	0,00	0,00 - 13,32
	2025	5 / 30	16,67	7,34 - 33,56

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	11	0	0,00	50,00	0,00

52387: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH

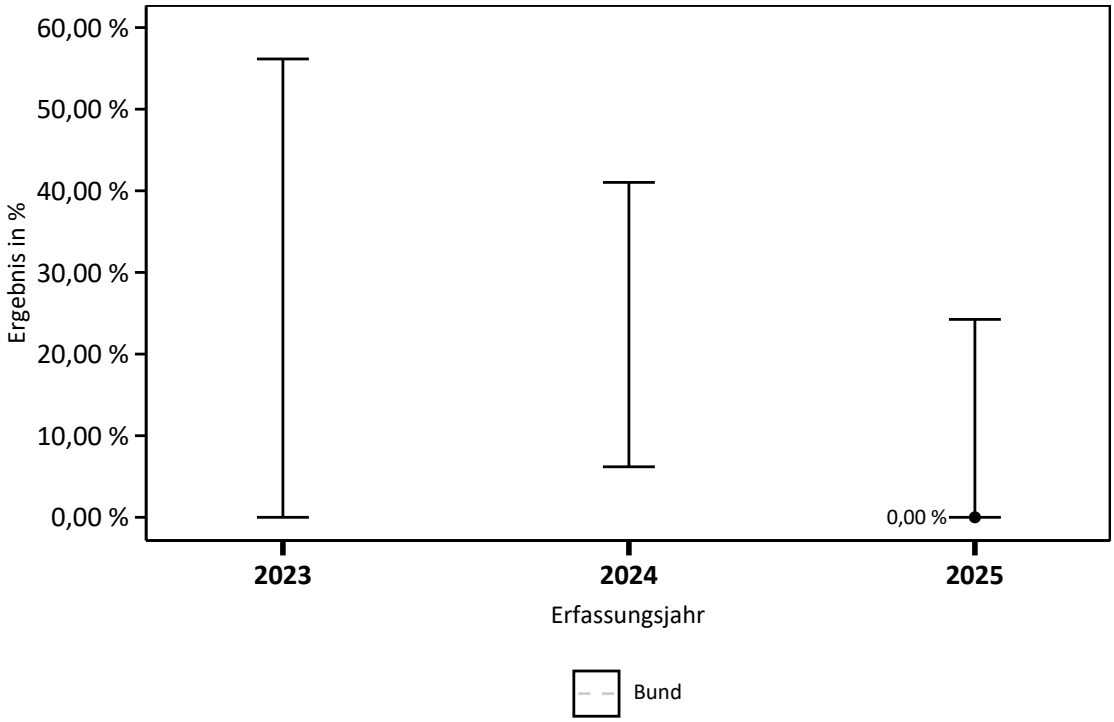
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines TAH
Zähler	Implantationen mit postoperativer neurologischer Komplikation/postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis mit einer Dauer von > 24 Stunden und funktionell relevantem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 2)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

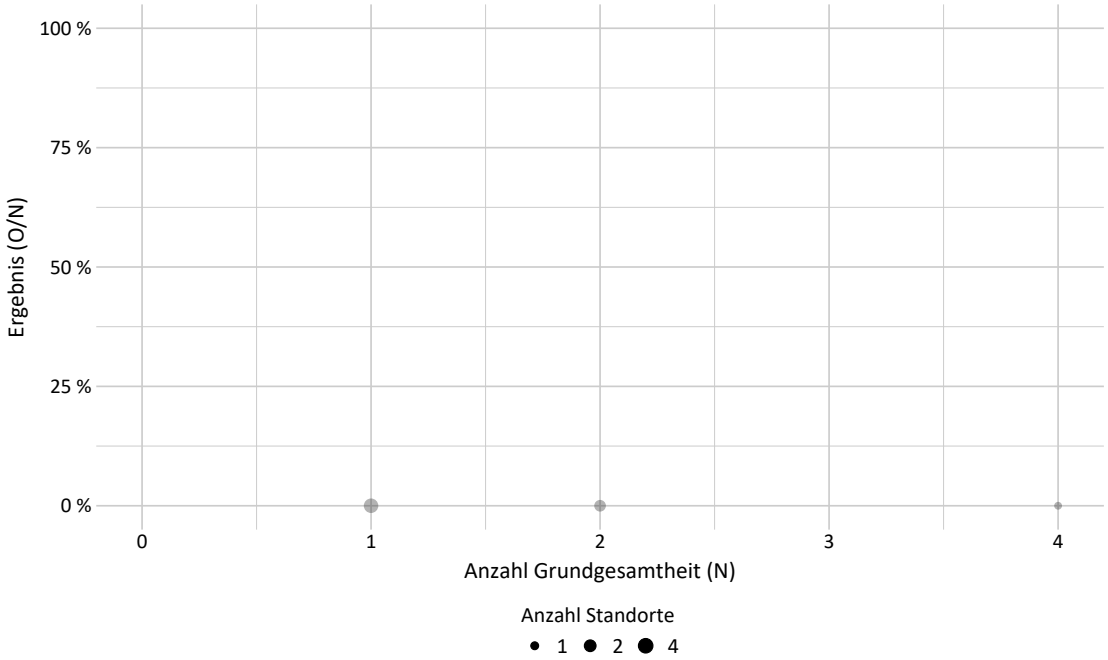
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	≤3	x	0,00 - 56,15
	2024	≤3 / 17	x	6,19 - 41,03
	2025	0 / 12	0,00	0,00 - 24,25

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	7	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 25_22072 Patientinnen und Patienten mit neurologischen Komplikationen	8,35 % 70/838
3.1.1	Patientinnen und Patienten mit neurologischen Komplikationen je nach Art des implantierten Unterstützungssystems	
3.1.1.1	**ID: 52385** **LVAD**	7,97 % 62/778
3.1.1.2	ID: 25_22073 RVAD	x % ≤3/18
3.1.1.3	**ID: 52386** **BiVAD**	16,67 % 5/30
3.1.1.4	**ID: 52387** **TAH**	0,00 % 0/12

Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems

Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein

52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD

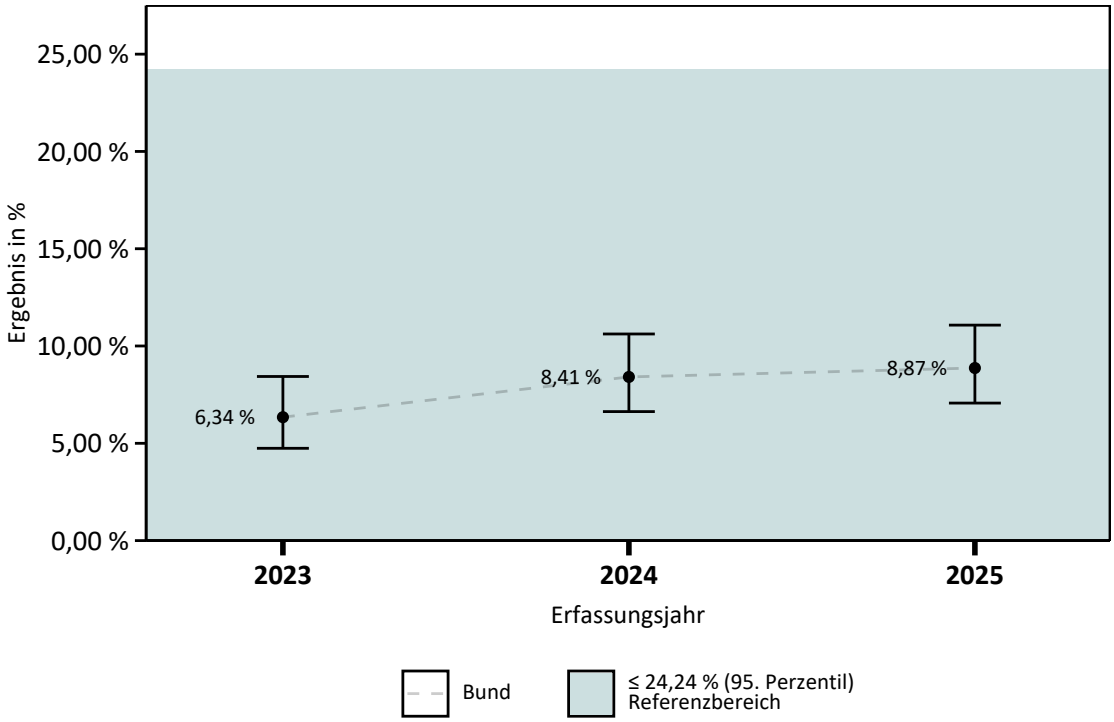
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines LVAD
Zähler	Implantationen mit Sepsis im postoperativen Verlauf
Referenzbereich	≤ 24,24 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

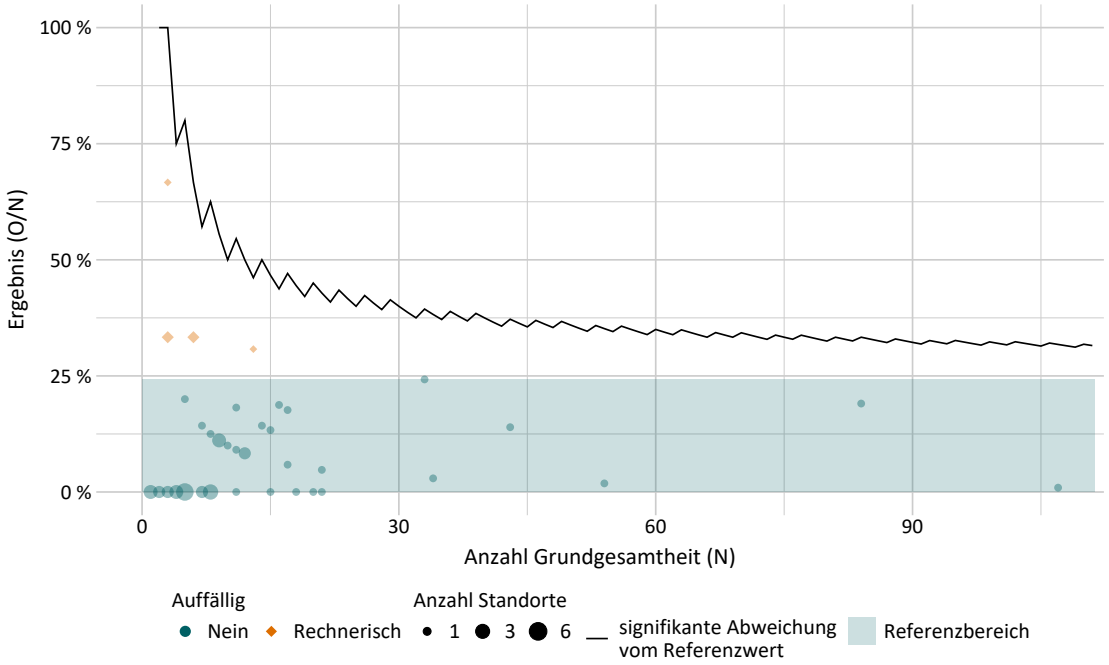
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	43 / 678	6,34	4,74 - 8,43
	2024	63 / 749	8,41	6,63 - 10,62
	2025	69 / 778	8,87	7,07 - 11,07

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	56	6	0,00	66,67	1,39

52389: Sepsis bei Implantation eines BiVAD

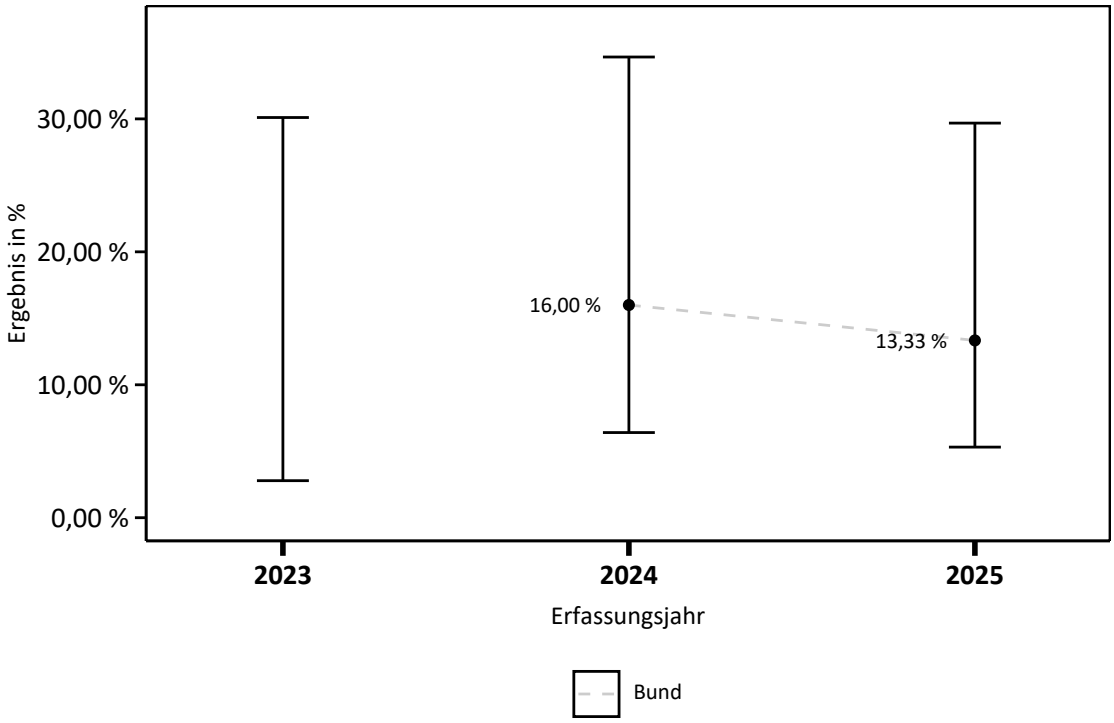
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines BiVAD
Zähler	Implantationen mit Sepsis im postoperativen Verlauf
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

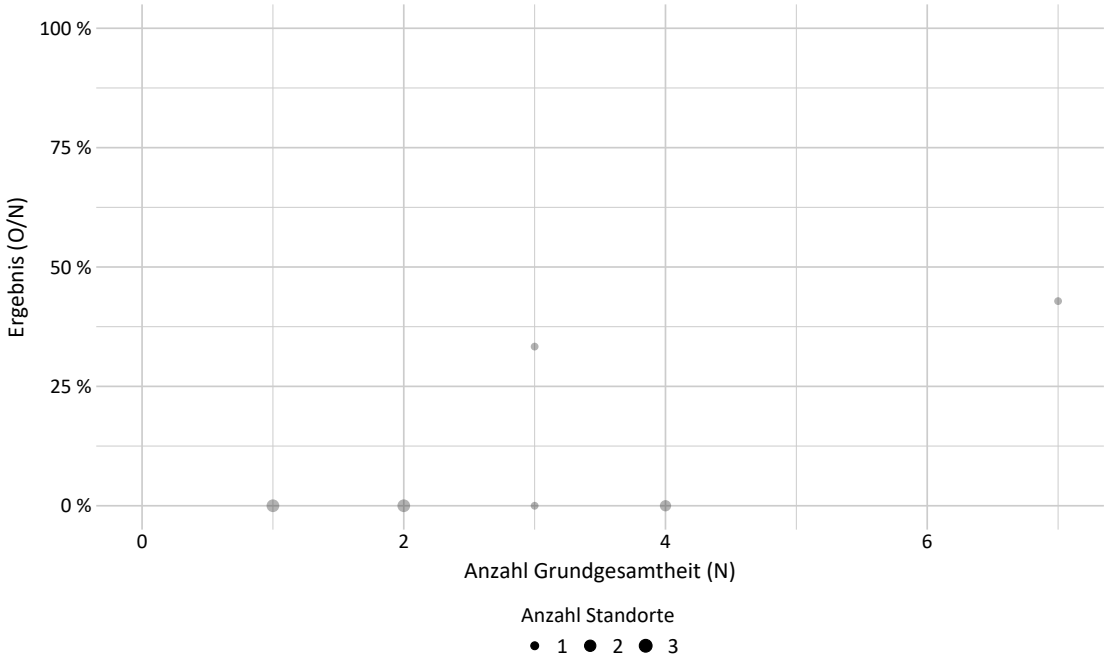
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	≤3 / 20	x	2,79 - 30,10
	2024	4 / 25	16,00	6,40 - 34,65
	2025	4 / 30	13,33	5,31 - 29,68

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	11	0	0,00	42,86	0,00

52390: Sepsis bei Implantation eines TAH

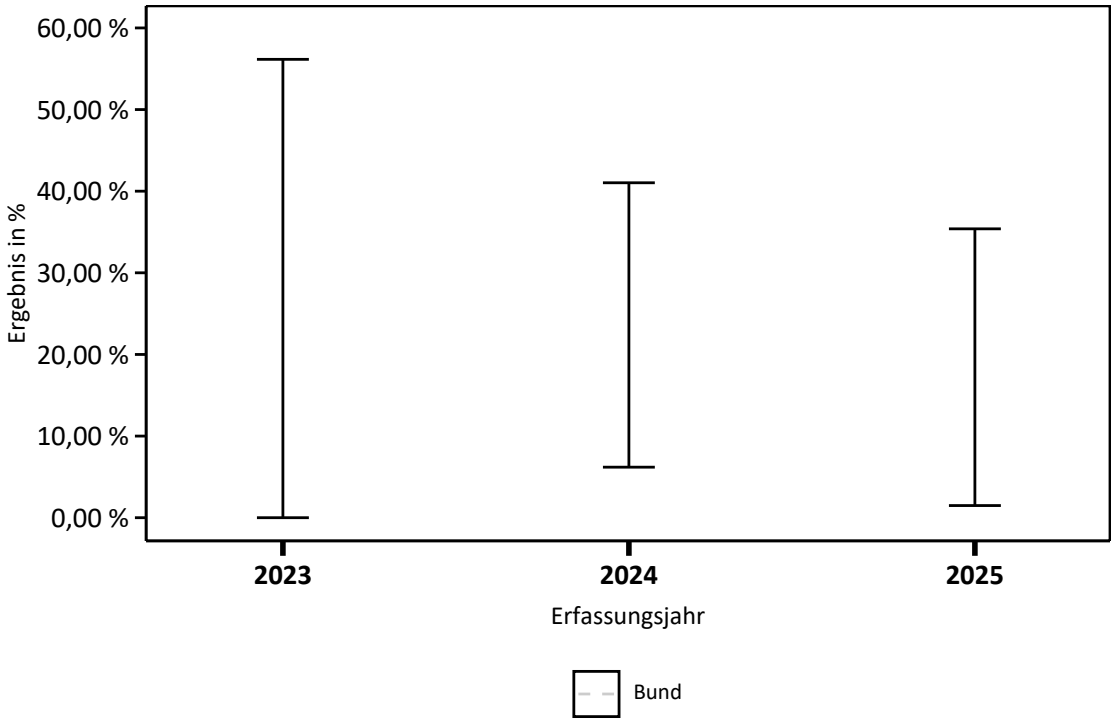
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines TAH
Zähler	Implantationen mit einer Sepsis im postoperativen Verlauf
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

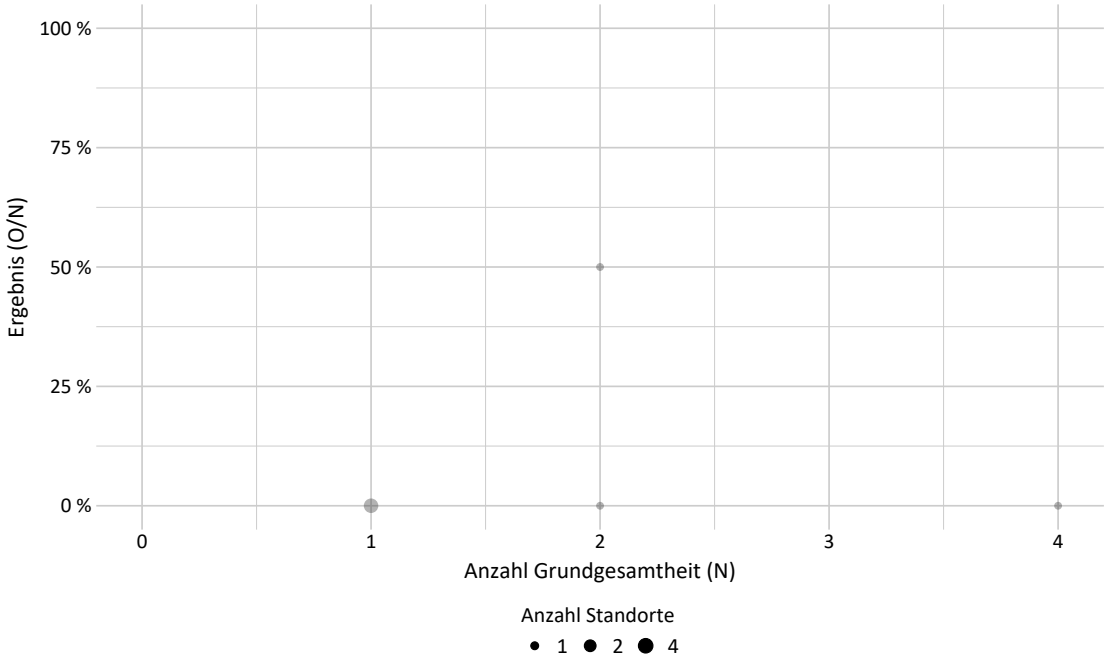
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	≤3	x	0,00 - 56,15
	2024	≤3 / 17	x	6,19 - 41,03
	2025	≤3 / 12	x	1,49 - 35,39

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	7	0	0,00	50,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 25_22074 Patientinnen und Patienten mit einer Sepsis	9,55 % 80/838
4.1.1	Patientinnen und Patienten mit einer Sepsis je nach Art des implantierten Unterstützungssystems	
4.1.1.1	**ID: 52388** **LVAD**	8,87 % 69/778
4.1.1.2	ID: 25_22075 RVAD	33,33 % 6/18
4.1.1.3	**ID: 52389** **BiVAD**	13,33 % 4/30
4.1.1.4	**ID: 52390** **TAH**	x % ≤3/12

Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems

Qualitätsziel	Die Rate an Fehlfunktionen des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll niedrig sein

52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD

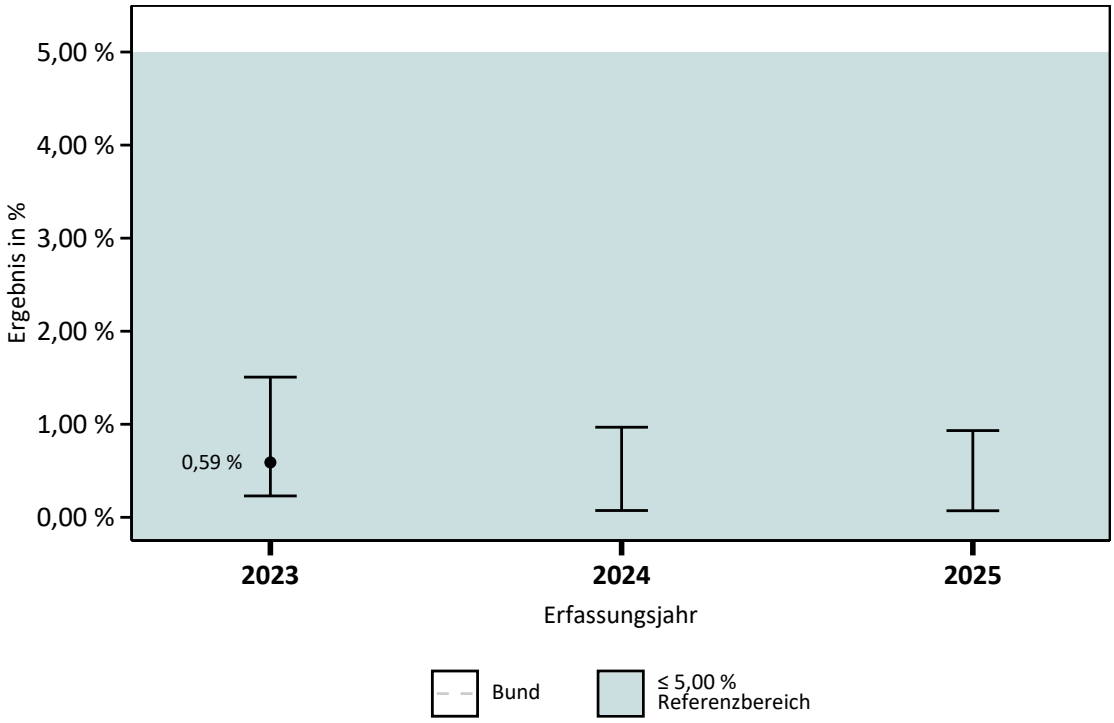
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines LVAD
Zähler	Implantationen mit Fehlfunktion des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

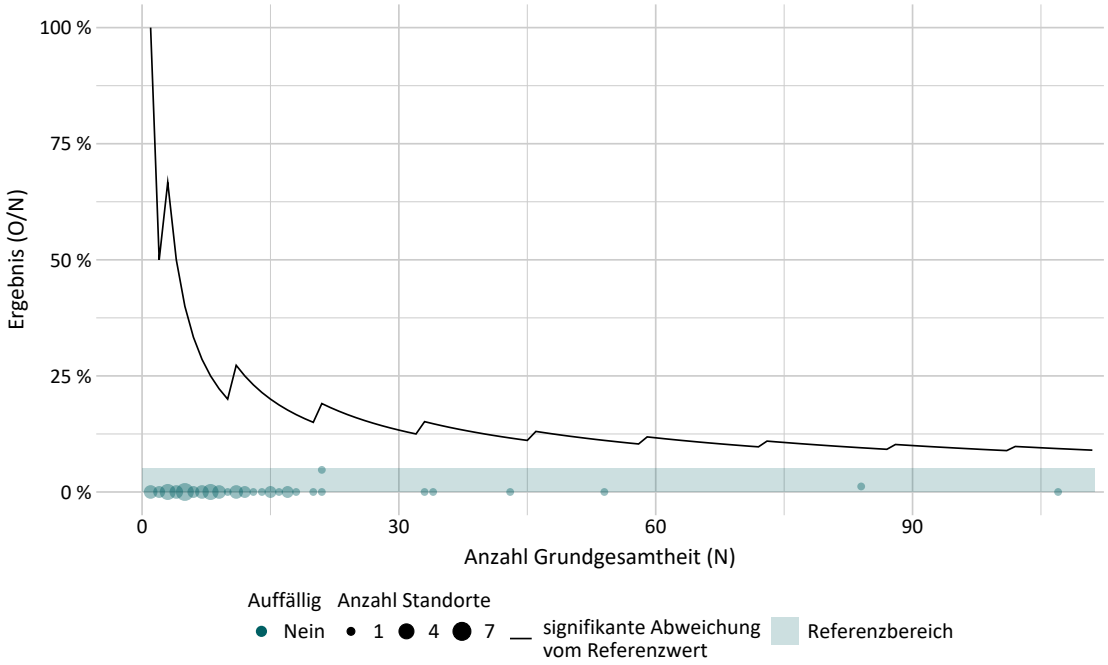
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	4 / 678	0,59	0,23 - 1,51
	2024	≤3 / 749	x	0,07 - 0,97
	2025	≤3 / 778	x	0,07 - 0,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	56	0	0,00	4,76	0,00

52392: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD

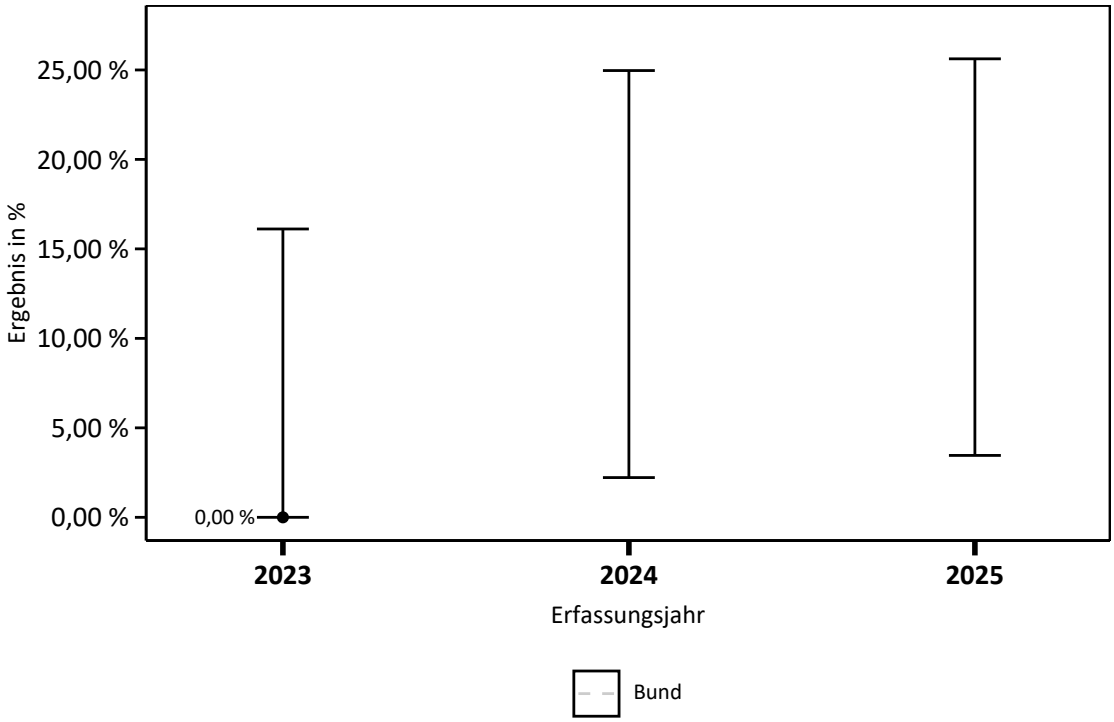
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines BiVAD
Zähler	Implantationen mit Fehlfunktion des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

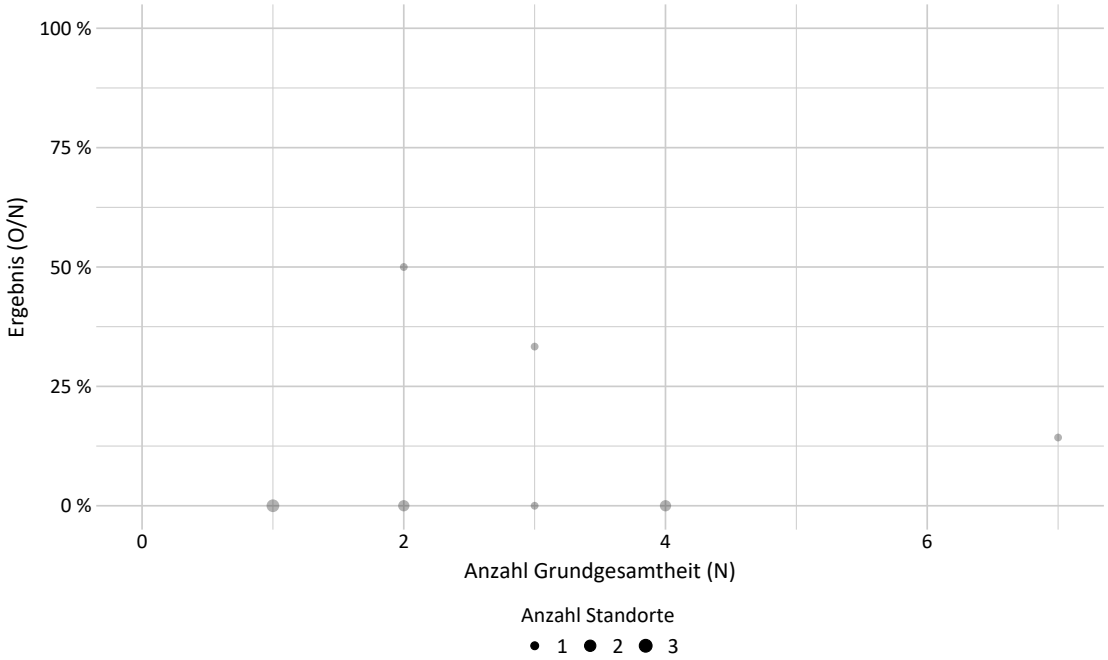
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 20	0,00	0,00 - 16,11
	2024	≤3 / 25	x	2,22 - 24,97
	2025	≤3 / 30	x	3,46 - 25,62

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	11	0	0,00	50,00	0,00

52393: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH

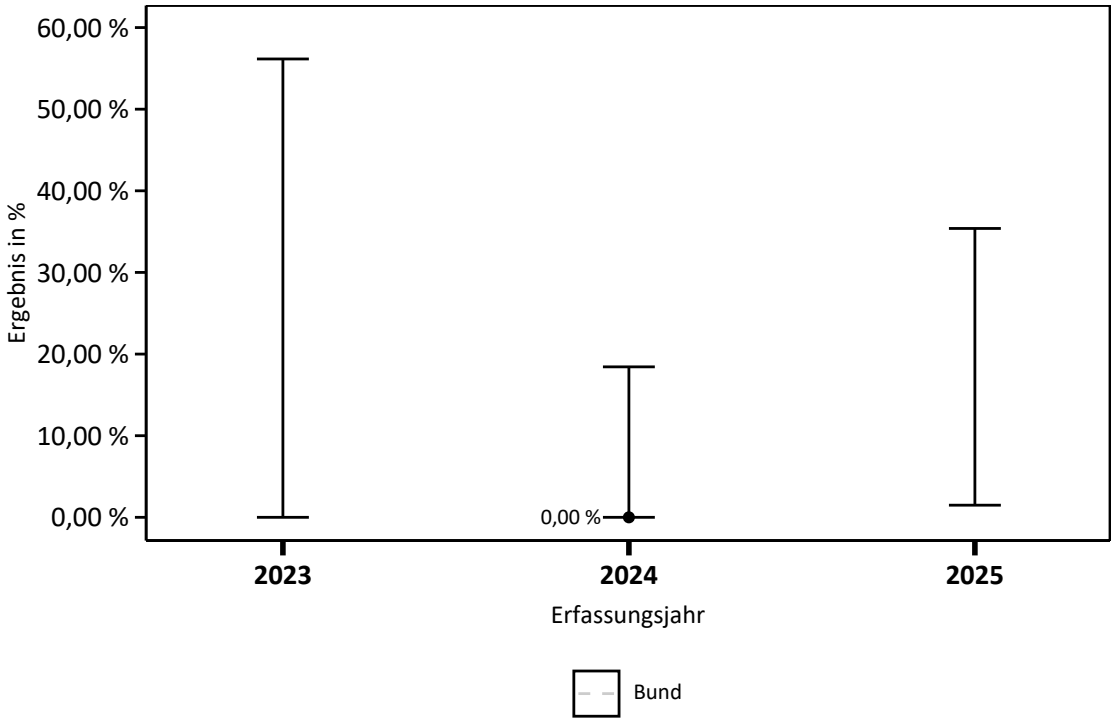
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines TAH
Zähler	Implantationen mit Fehlfunktion des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

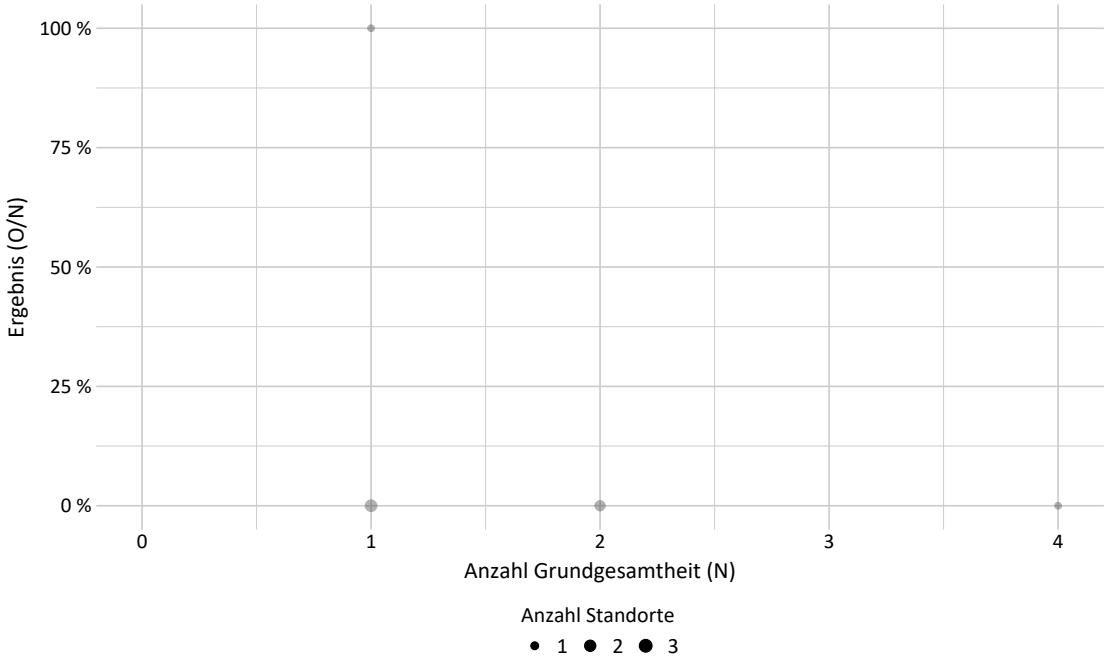
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	≤3	x	0,00 - 56,15
	2024	0 / 17	0,00	0,00 - 18,43
	2025	≤3 / 12	x	1,49 - 35,39

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	7	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 25_22076 Patientinnen und Patienten mit einer Fehlfunktion des Systems	0,72 % 6/838
5.1.1	Patientinnen und Patienten mit einer Fehlfunktion je nach Art des implantierten Unterstützungssystems	
5.1.1.1	**ID: 52391** **LVAD**	x % ≤3/778
5.1.1.2	ID: 25_22077 RVAD	0,00 % 0/18
5.1.1.3	**ID: 52392** **BiVAD**	x % ≤3/30
5.1.1.4	**ID: 52393** **TAH**	x % ≤3/12

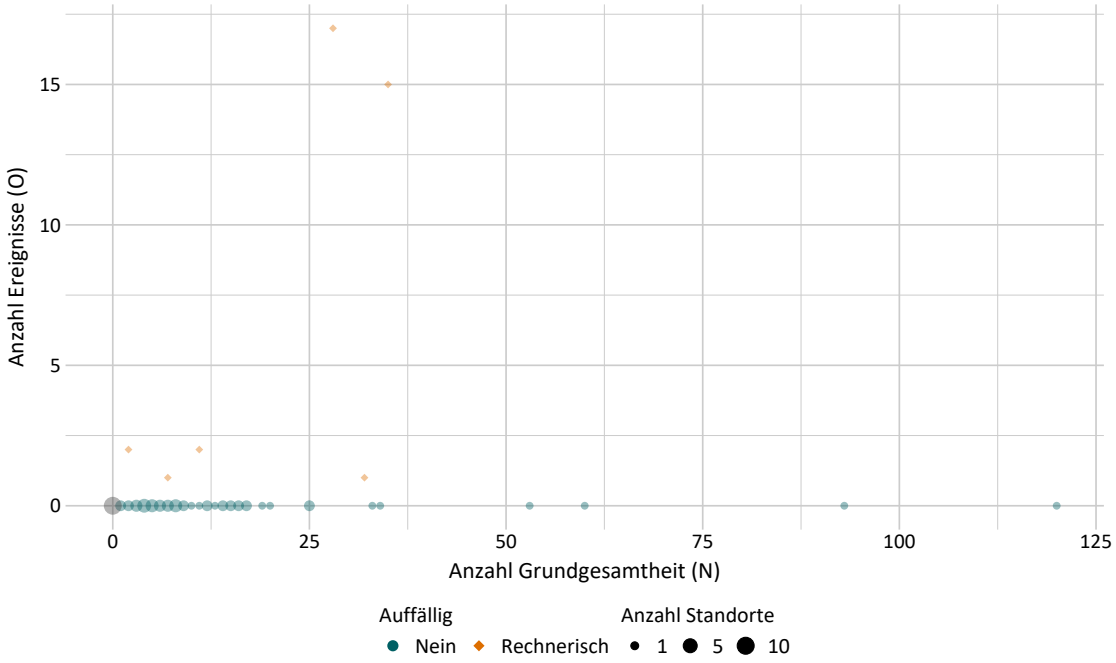
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

851807: Angabe von VA-ECMO bei Systemart

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Systemart VA-ECMO ist nicht Gegenstand des Verfahrens und wird im Rahmen der QI-Berechnung ausgeschlossen. **Hypothese** Fehlkodierung einer VA-ECMO als Herzunterstützungssystem
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Alle Implantationen eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Zähler	Prozeduren, bei denen als Systemart VA-ECMO angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



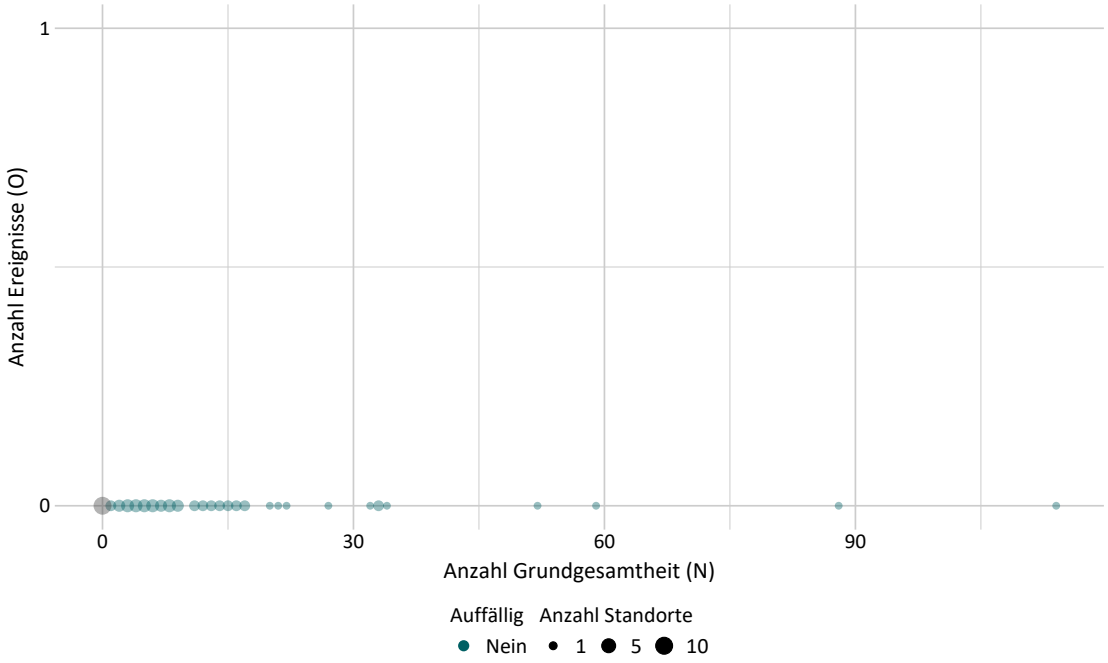
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	38 / 923	0,04	10,53 % 6 / 57

852311: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-) Sterblichkeits-QIs und -Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems 251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2025 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

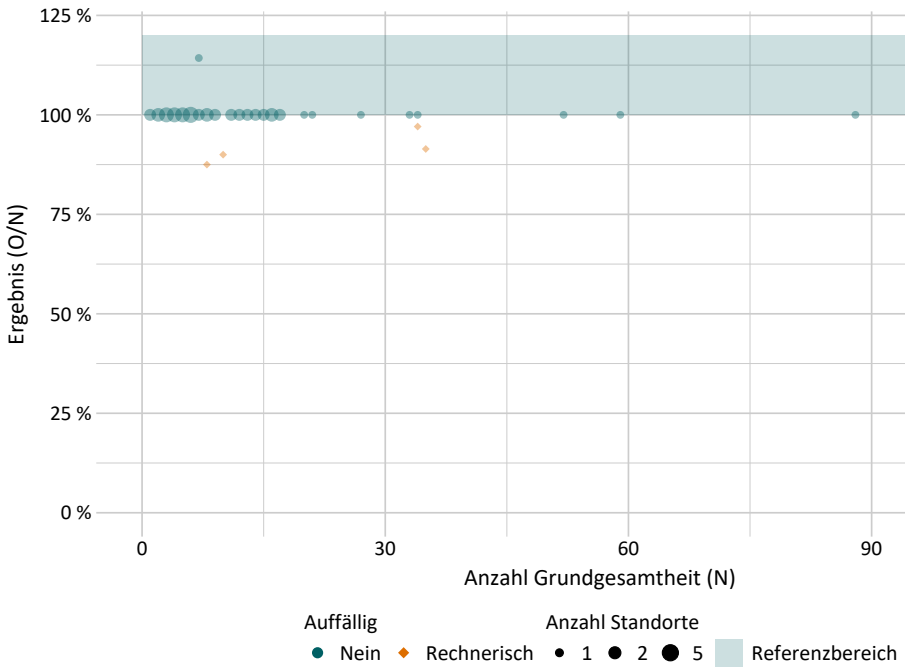
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 891	0,00	0,00 % 0 / 57

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	58	4	87,50	114,29	100,00

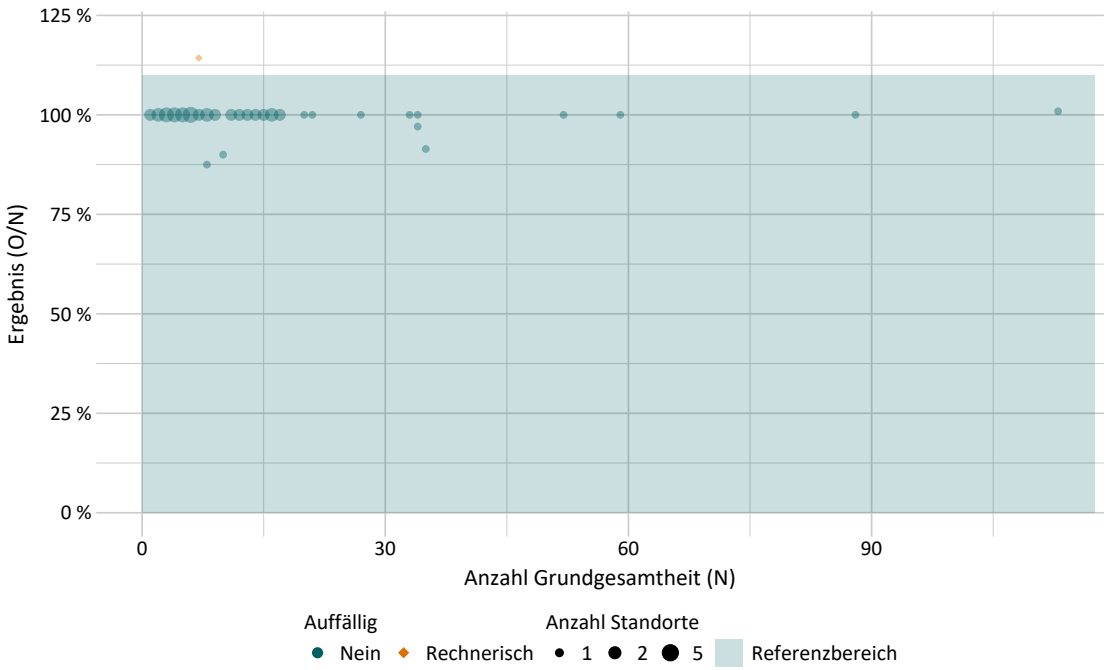
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	891 / 895	99,55	6,90 % 4 / 58

850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	58	1	87,50	114,29	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	891 / 895	99,55	1,72 % 1 / 58

Basisauswertung

Implantationen von VA-ECMOs und temporären Herzunterstützungssystemen werden in der Basisauswertung ausgeschlossen.
Sofern in den folgenden Tabellen auf „Alle Patientinnen und Patienten“ Bezug genommen wird, kann es zu einer Mehrfachzählung von Angaben kommen, da eine Patientin / ein Patient mehr als einen stationären Aufenthalt haben kann.

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten[2]		
Anzahl Patientinnen und Patienten	1.112	100,00
Patientinnen und Patienten mit mind. einer Herztransplantation	357	32,10
Patientinnen und Patienten mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens	731	65,74

[2] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Transplantationen		
Anzahl Herztransplantationen	370	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Implantationen		
Anzahl Implantationen von Herzunterstützungssystemen / Kunstherzen	838	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 731**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	94	12,86
1. Quartal	224	30,64
2. Quartal	186	25,44
3. Quartal	156	21,34
4. Quartal	72	9,85

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 731**	
Entlassungsquartal		
1. Quartal 2024	175	23,94
2. Quartal 2024	202	27,63
3. Quartal 2024	181	24,76
4. Quartal 2025	173	23,67

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 823**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 28 Tage	180	21,87
29 - 56 Tage	333	40,46
57 - 84 Tage	156	18,96
85 - 112 Tage	67	8,14
113 - 140 Tage	42	5,10
141 - 168 Tage	15	1,82
169 - 196 Tage	6	0,73
197 - 224 Tage	6	0,73
225 - 252 Tage	6	0,73
> 252 Tage	12	1,46

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[3]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	820
Minimum	0,00
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	6,00
Median	12,00
Mittelwert	16,30
75. Perzentil	22,00
95. Perzentil	45,00
Maximum	202,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	820
Minimum	0,00
5. Perzentil	7,00
25. Perzentil	19,00
Median	30,00
Mittelwert	44,46
75. Perzentil	53,00
95. Perzentil	123,90
Maximum	484,00

	Bund (gesamt)
Gesamtverweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	823
Minimum	1,00
5. Perzentil	14,00
25. Perzentil	31,00
Median	47,00
Mittelwert	60,78
75. Perzentil	74,00
95. Perzentil	146,80
Maximum	487,00

[3] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Implantation während des stationären Aufenthalts

[4] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Implantation während des stationären Aufenthalts

[5] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 731**	
Geschlecht		
(1) männlich	581	79,48
(2) weiblich	150	20,52
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientinnen- und Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 731**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	16	2,19
1 - 9 Jahre	18	2,46
10 - 19 Jahre	12	1,64
20 - 29 Jahre	10	1,37
30 - 39 Jahre	25	3,42
40 - 49 Jahre	67	9,17
50 - 59 Jahre	161	22,02
60 - 69 Jahre	327	44,73
70 - 79 Jahre	95	13,00
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	731
Minimum	0,00
5. Perzentil	11,60
25. Perzentil	53,00
Mittelwert	56,48
Median	61,00
75. Perzentil	67,00
95. Perzentil	73,00
Maximum	78,00

Befunde Empfängerinnen und Empfänger mit mind. einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 731**	
Grunderkrankung		
(1) dilatative Kardiomyopathie (DCM)	293	40,08
(2) restriktive Kardiomyopathie (RCM)	5	0,68
(3) ischämische Kardiomyopathie (ICM)	354	48,43
(4) andere Herzerkrankungen	80	10,94
Diabetes mellitus		
(0) nein	534	73,05
(1) ja, ausschließlich diätetisch eingestellt	27	3,69
(2) ja, medikamentös eingestellt	109	14,91
(3) ja, insulinpflichtig	61	8,34
Durchführung thorakaler Operationen (offen-chirurgisch) vor der stationären Aufnahme		
(0) nein	568	77,70
(1) ja	163	22,30
davon: Art der thorakalen Operation[6]		
Herztransplantation	0	0,00
Assist Device/TAH	49	30,06
Koronarchirurgie	72	44,17
Klappenchirurgie	51	31,29
Korrektur angeborener Vitien	14	8,59
sonstige	19	11,66

[6] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Anzahl aller Voroperationen (offen-chirurgisch) am Herzen	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit bekannter Anzahl	157
Median	1,00
Mittelwert	1,33

Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz

Indikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 838**	
durchgeführter Eingriff		
(1) Neuimplantation	799	95,35
(2) Systemwechsel	28	3,34
(3) Ergänzung eines vorhandenen Systems	9	1,07
(8) sonstiges	≤3	x
Zielstellung		
(1) BTT - bridge to transplant	297	35,44
(2) BTR - bridge to recovery	58	6,92
(3) DT - destination therapy	401	47,85
(5) BTC - bridge to candidacy	77	9,19
(9) andere Zielstellung	5	0,60
Akute Herzinsuffizienz zum Zeitpunkt des Eingriffs		
(0) nein	375	44,75
(1) ja	463	55,25
Geplante Einsatzdauer des Herzunterstützungssystems > 7 Tage		
(0) nein	30	3,58
(1) ja	808	96,42

Indikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 838**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	≤3	x
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	6	0,72
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	122	14,56
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	491	58,59
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	216	25,78

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Neuimplantationen	**N = 799**	
INTERMACS Profile-Level 1 - 7		
(1) kritischer kardiogener Schock	237	29,66
(2) zunehmende Verschlechterung trotz inotroper Medikation	159	19,90
(3) stabil, aber abhängig von Inotropika	203	25,41
(4) ambulante orale Therapie, aber häufige Ruhesymptomatik	176	22,03
(5) belastungsintolerant, keine Ruhesymptomatik	15	1,88
(6) gering belastbar, keine Ruhesymptomatik	5	0,63
(7) erweiterte NYHA-Klasse III Symptome	4	0,50
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%		
(0) nein	743	92,99
(1) ja	49	6,13
(9) nicht bestimmbar	7	0,88

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Neuimplantationen	**N = 799**	
6 Minuten Gehtest: Distanz ≥ 500 Meter		
(0) nein	449	56,20
(1) ja	16	2,00
(2) nicht durchgeführt	156	19,52
(9) nicht bestimmbar	178	22,28
Maximale Sauerstoffaufnahme > 20 ml O2/min/kg Körpergewicht		
(0) nein	447	55,94
(1) ja	12	1,50
(2) nicht durchgeführt	169	21,15
(9) nicht bestimmbar	171	21,40
Dokumentierte stationäre Aufnahme aufgrund Linksherzdekompensation in den letzten 12 Monaten		
(0) nein	178	22,28
(1) ja	614	76,85
davon: Herzinsuffizienzmedikation bei dokumentiertem stationären Aufenthalt bekannt		
(0) nein	13	2,12
(1) ja	601	97,88
(9) unbekannt	7	0,88

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 838**	
Typ des Pumpsystems		
(1) kontinuierliches Pumpsystem	695	82,94
(2) pulsatiles Pumpsystem	143	17,06

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 838**	
Lage des Herzunterstützungssystems / Kunstherzens		
(1) extrakorporal	34	4,06
(2) parakorporal	30	3,58
(3) intrakorporal	774	92,36
Art des Unterstützungssystems[7]		
(1) permanentes LVAD	778	92,84
(2) permanentes RVAD	18	2,15
(3) permanentes BiVAD	30	3,58
(4) TAH	12	1,43
Abbruch der Implantation		
(0) nein	836	99,76
(1) ja	≤3	x

[7] Schlüsselwert (5) VA-ECMO und Schlüsselwert (6) temporäres Herzunterstützungssystem werden ausgeschlossen

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 838**	
Sepsis (bei oder nach Implantation)		
(0) nein	758	90,45
(1) ja	80	9,55

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Implantationen	**N = 838**	
neurologische Dysfunktion		
(0) nein	768	91,65
(1) ja	70	8,35
Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems		
(0) nein	832	99,28
(1) ja, technische Fehlfunktion	≤3	x
(2) ja, sekundäre Fehlfunktion	4	0,48

	Bund (gesamt)	
	n	%
Implantationen eines LVAD	**N = 778**	
Rechtsherzversagen		
(0) nein	679	87,28
(1) ja	99	12,72

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle lebenden Patientinnen und Patienten	**N = 731**	
Entlassung der Patientin oder des Patienten mit einem Herzunterstützungssystem / Kunstherzen, das während des stationären Aufenthaltes implantiert wurde		
(0) nein	50	6,84
(1) ja	561	76,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 731**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	151	20,66
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	22	3,01
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	142	19,43
(07) Tod	120	16,42
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[8]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	287	39,26
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	≤3	x
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[9]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[10]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	4	0,55
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[11]		
(1) ja	0	0,00

[8] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[9] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[10] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[11] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 120**	
Todesursache		
(1) Graft Failure (primäres Transplantatversagen)	0	0,00
(2) Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	0	0,00
(3) Thromboembolie	4	3,33
(4) Rechtsherzversagen	15	12,50
(5) Lungenversagen	22	18,33
(6) Infektion	9	7,50
(7) Rejektion	0	0,00
(8) Blutung	7	5,83
(9) Multiorganversagen	42	35,00
(10) Andere	21	17,50

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-LUTX: Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 9

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 10

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 12

2155: Sterblichkeit im Krankenhaus 12

Details zu den Ergebnissen 15

12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 16

Details zu den Ergebnissen 19

12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 20

Details zu den Ergebnissen 23

12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 24

Details zu den Ergebnissen 27

282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation 29

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 31

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 31

852314: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen 31

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 33

850245: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 33

850246: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 35

850266: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 37

850267: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 39

850268: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 41

Basisauswertung 43

Allgemeine Daten 43

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus 44

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger ... 46
Geschlecht ... 46
Patientenalter am Aufnahmetag ... 46
Body Mass Index (BMI) ... 47
Befunde Empfängerinnen und Empfänger ... 48
Grunderkrankung ... 48
Risikoprofil ... 49
Immunsuppression initial ... 50
Transplantationsdaten / Spenderdaten ... 51
Spenderalter ... 51
Einsatz eines Perfusionssystems ... 52
Transplantation ... 53
Organqualität ... 53
Transplantationsart ... 53
Ischämiezeit ... 54
Operation (nach OPS) ... 54
Entlassung Empfängerinnen und Empfänger ... 56
Immunsuppression bei Entlassung ... 57
Todesursache ... 58

Einleitung

Für Lungentransplantationen und Herz-Lungen-Transplantationen kommen Patientinnen und Patienten im Endstadium von Lungenerkrankungen in Betracht, die ohne Transplantation nur noch eine geringe Lebenserwartung haben. Voraussetzung für eine derartige Transplantation ist, dass keine Gegenanzeigen vorliegen wie z. B. Erkrankungen an anderen Organen (Leber, Niere usw.).
Eine Herz-Lungen-Transplantation ist ein sehr großer und risikoreicher Eingriff. Bei der Entscheidung über die Aufnahme einer Patientin bzw. eines Patienten auf eine Warteliste zur Transplantation wird daher sehr sorgfältig zwischen dem Risiko einer Transplantation und dem angenommenen Behandlungsverlauf bei anderen Therapiemöglichkeiten abgewogen. Die gegenwärtig verfügbaren übrigen Lungenersatzverfahren ermöglichen allerdings nur eine kurzzeitige Überbrückung der Wartezeit auf ein Spenderorgan. Im Vergleich zur Herztransplantation ist das Zeitfenster bis zur Lungentransplantation wesentlich kleiner. Für die Vermittlung von Organen für die Transplantation bilden die Erfolgsaussicht und die Dringlichkeit die maßgebliche Grundlage. Das 2012 neu eingeführte Zuteilungssystem nach dem sog. Lung Allocation Score (LAS) soll gewährleisten, dass Spenderorgane an diejenigen Empfängerinnen und Empfänger vermittelt werden, die das Transplantat am dringendsten benötigen und bei denen die Lungentransplantation voraussichtlich die besten Erfolge erzielen wird.

Die Qualitätsindikatoren im Leistungsbereich der Lungentransplantationen bzw. der Herz-Lungen-Transplantationen beziehen sich auf die Sterblichkeit im Krankenhaus sowie auf die Überlebensraten in der langfristigen Nachbeobachtung.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation (TX-LUTX) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	328 328 0	328	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	12		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	12	12	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	12	12	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

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

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

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

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 20,00 %	4,57 % O = 15 N = 328
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 70,00 %	87,41 % O = 250 N = 286
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 65,00 %	81,48 % O = 198 N = 243
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 60,00 %	78,19 % O = 190 N = 243
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	≤ 1 Fall / Fälle	O = 0 N = 675

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852314	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	= 0	0,00 0 / 328	0,00 % 0 / 12

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,00 % 328 / 328	0,00 % 0 / 12
850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,00 % 328 / 328	0,00 % 0 / 12
850266	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	98,89 % 268 / 271	8,33 % 1 / 12
850267	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	97,22 % 210 / 216	20,00 % 2 / 10
850268	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	100,00 % 197 / 197	0,00 % 0 / 10

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2155: Sterblichkeit im Krankenhaus

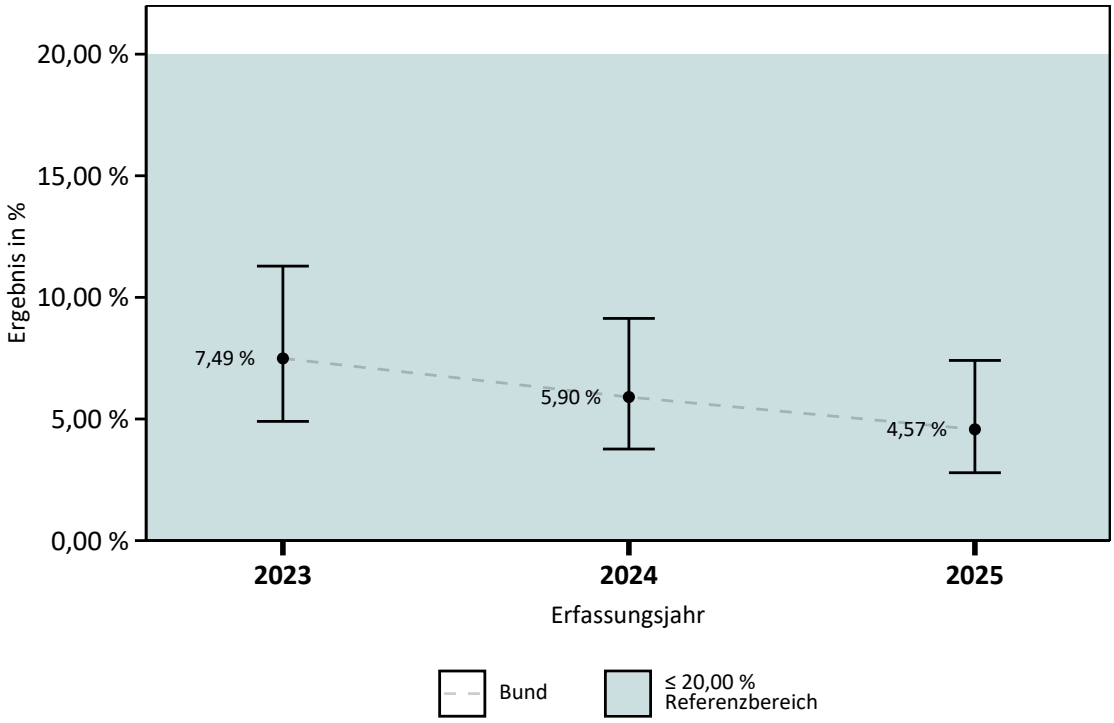
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantationen aller Aufenthalte
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

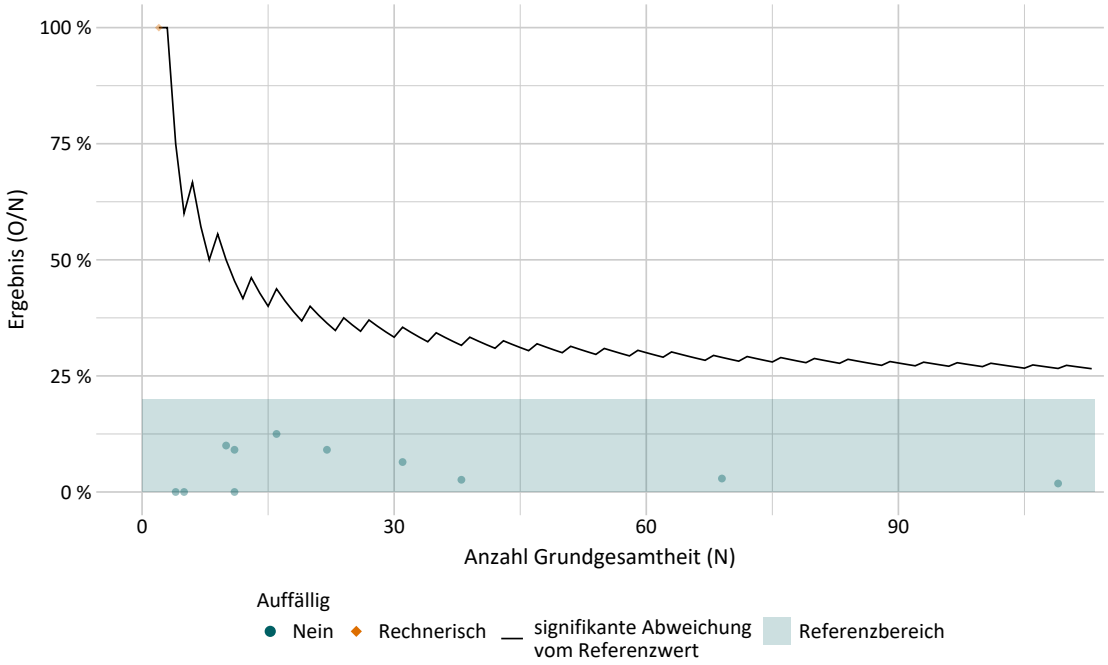
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	20 / 267	7,49	4,90 - 11,29
	2024	18 / 305	5,90	3,77 - 9,13
	2025	15 / 328	4,57	2,79 - 7,41

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	12	1	0,00	100,00	4,68

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 2155** **Sterblichkeit im Krankenhaus**	4,57 % 15/328
1.1.1	davon mit Todesursache	
1.1.1.1	ID: 28_22000 unspezifisches Transplantatversagen (non specific Graft failure)	x % ≤3/15
1.1.1.2	ID: 28_22001 Infektion	x % ≤3/15
1.1.1.3	ID: 28_22002 kardiovaskuläre Todesursache	x % ≤3/15
1.1.1.4	ID: 28_22003 technische Komplikationen	0,00 % 0/15
1.1.1.5	ID: 28_22004 Rejektion (Abstoßungsreaktion)	0,00 % 0/15
1.1.1.6	ID: 28_22005 Multiorganversagen	46,67 % 7/15
1.1.1.7	ID: 28_22006 andere Todesursache	x % ≤3/15
1.1.2	Verstorbene Patientinnen und Patienten je Transplantationsart	
1.1.2.1	ID: 28_22007 unilaterale Transplantation (SLTx)	0,00 % 0/16
1.1.2.2	ID: 28_22008 bilaterale Transplantation (DLTx)	4,58 % 14/306
1.1.2.3	ID: 28_22009 Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	x % ≤3/6

12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

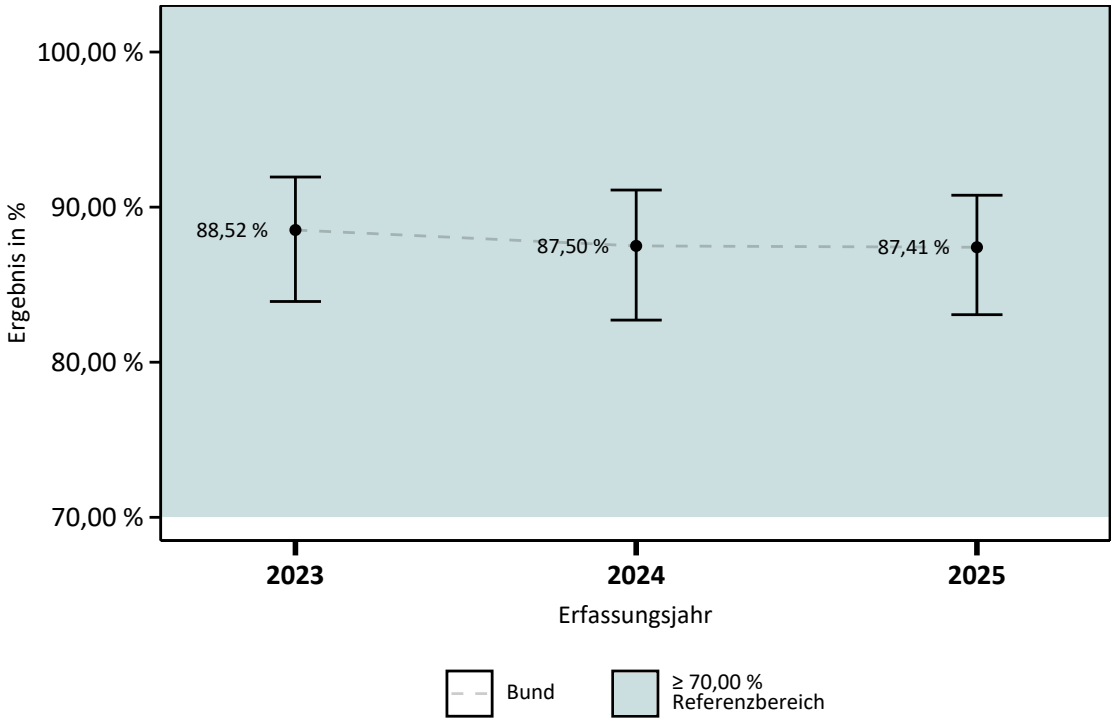
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 70,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

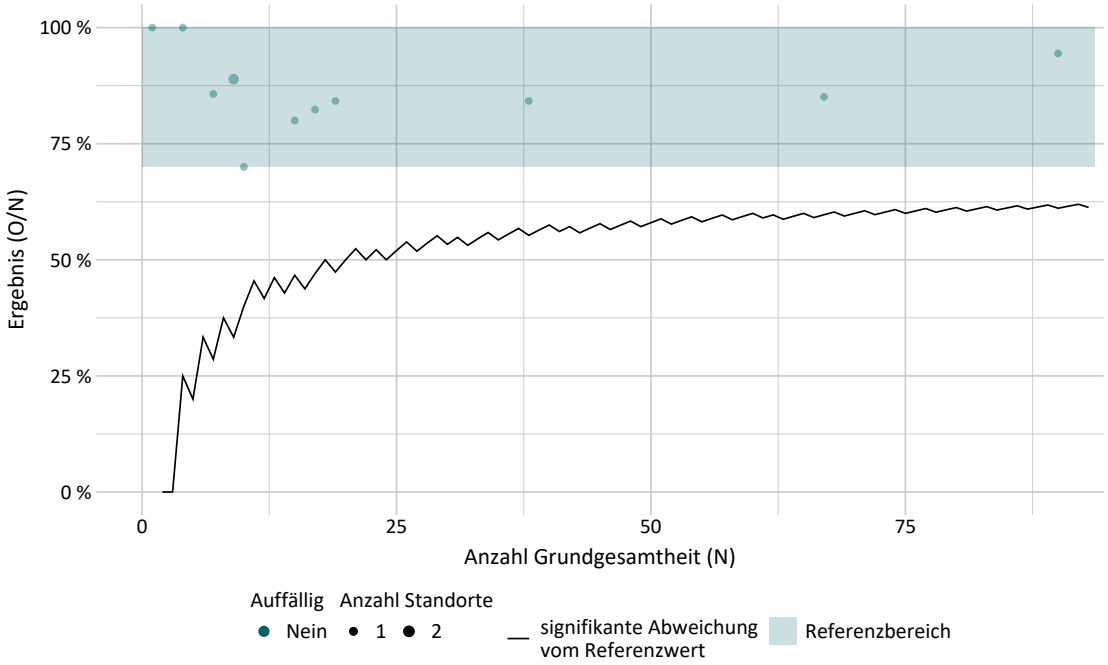
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	216 / 244	88,52	83,91 - 91,94
	2024	210 / 240	87,50	82,72 - 91,10
	2025	250 / 286	87,41	83,07 - 90,77

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	12	0	70,00	100,00	85,39

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 28_22010 Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[1]	100,00 % 287/287
2.1.1	ID: 28_22011 davon lebend entlassen	94,43 % 271/287
2.1.1.1	ID: 28_22012 Status bekannt	99,63 % 270/271
2.1.1.1.1	ID: 28_22013 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	92,59 % 250/270
2.1.1.1.2	ID: 28_22014 verstorben innerhalb von 1 Jahr	7,41 % 20/270
2.1.1.2	ID: 28_22016 Status unbekannt	x % ≤3/271
2.1.1.3	ID: 28_22017 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	92,25 % 250/271

[1] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
2.2.1	ID: 28_22018 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	94,43 % 271/287
2.2.2	1-Jahres-Überleben	
2.2.2.1	**ID: 12397** **1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	87,41 % 250/286
2.2.2.2	ID: 28_22019 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	87,46 % 251/287

12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

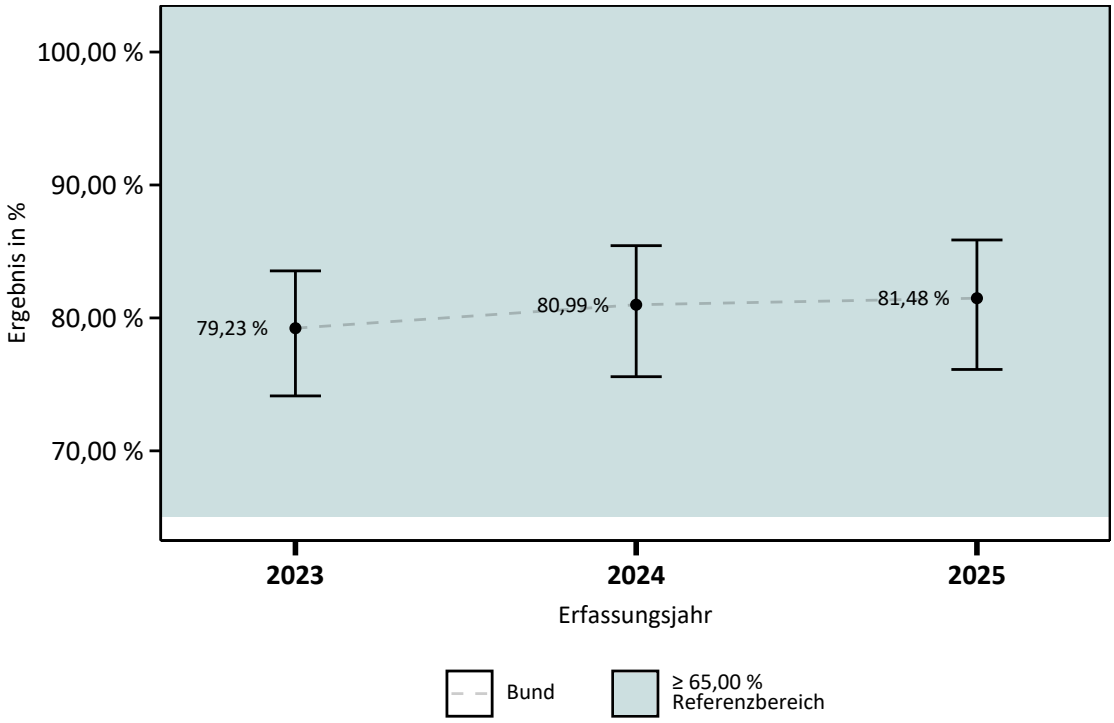
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 65,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

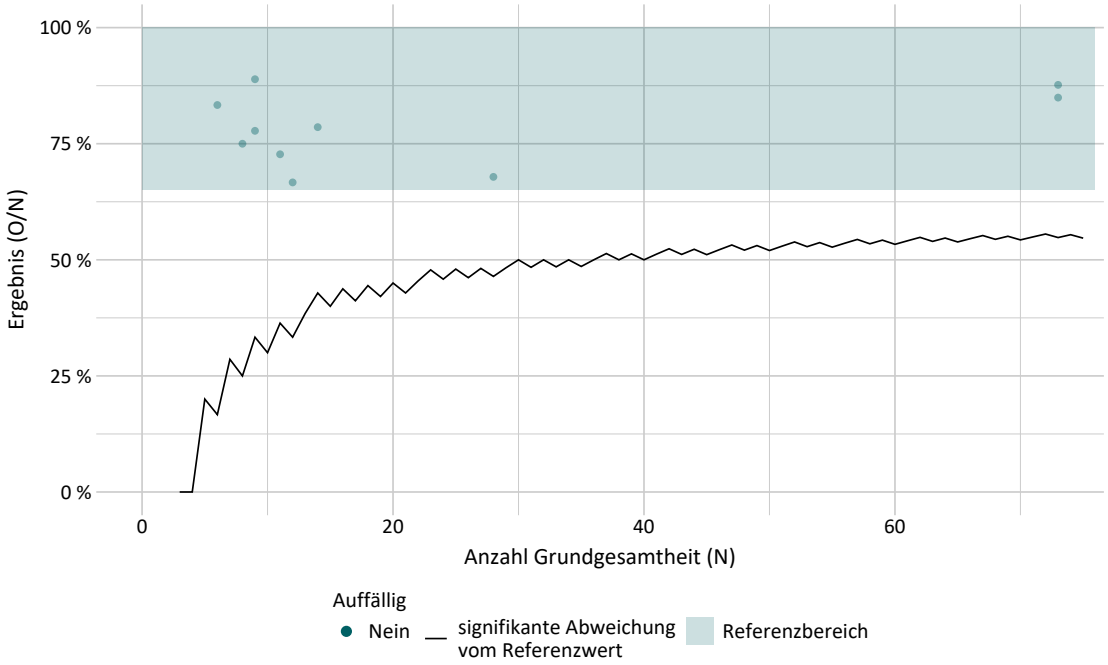
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	225 / 284	79,23	74,13 - 83,54
	2024	196 / 242	80,99	75,58 - 85,44
	2025	198 / 243	81,48	76,12 - 85,86

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	10	0	66,67	88,89	78,17

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 28_22020 Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[2]	99,60 % 247/248
3.1.1	ID: 28_22021 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	87,45 % 216/247
3.1.1.1	ID: 28_22022 Status bekannt	98,15 % 212/216
3.1.1.1.1	ID: 28_22023 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	93,40 % 198/212
3.1.1.1.2	ID: 28_22024 verstorben innerhalb von 2 Jahren	6,60 % 14/212
3.1.1.2	ID: 28_22026 Status unbekannt	1,85 % 4/216
3.1.1.3	ID: 28_22027 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	91,67 % 198/216

[2] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 28_22028 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	93,12 % 230/247
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	ID: 28_22029 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	87,30 % 213/244
3.2.2.2	ID: 28_22030 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	87,45 % 216/247
3.2.2.3	ID: 28_22031 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	86,23 % 213/247
3.2.3	2-Jahres-Überleben	
3.2.3.1	**ID: 12413** **2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	81,48 % 198/243
3.2.3.2	ID: 28_22032 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	81,78 % 202/247

12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

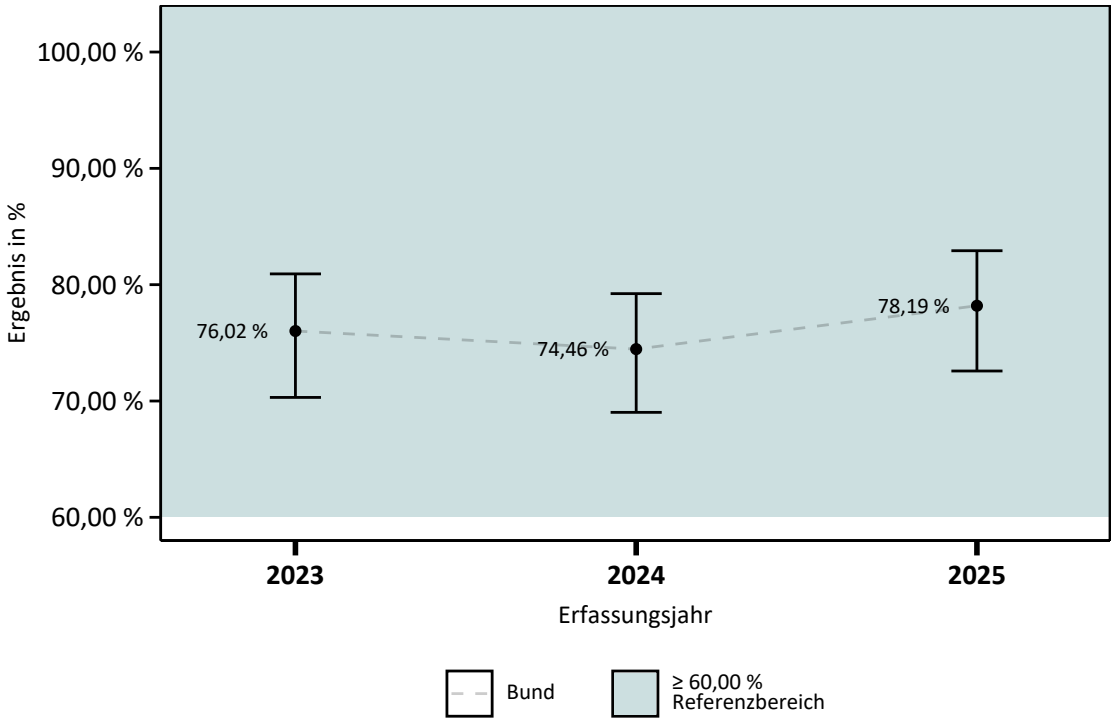
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

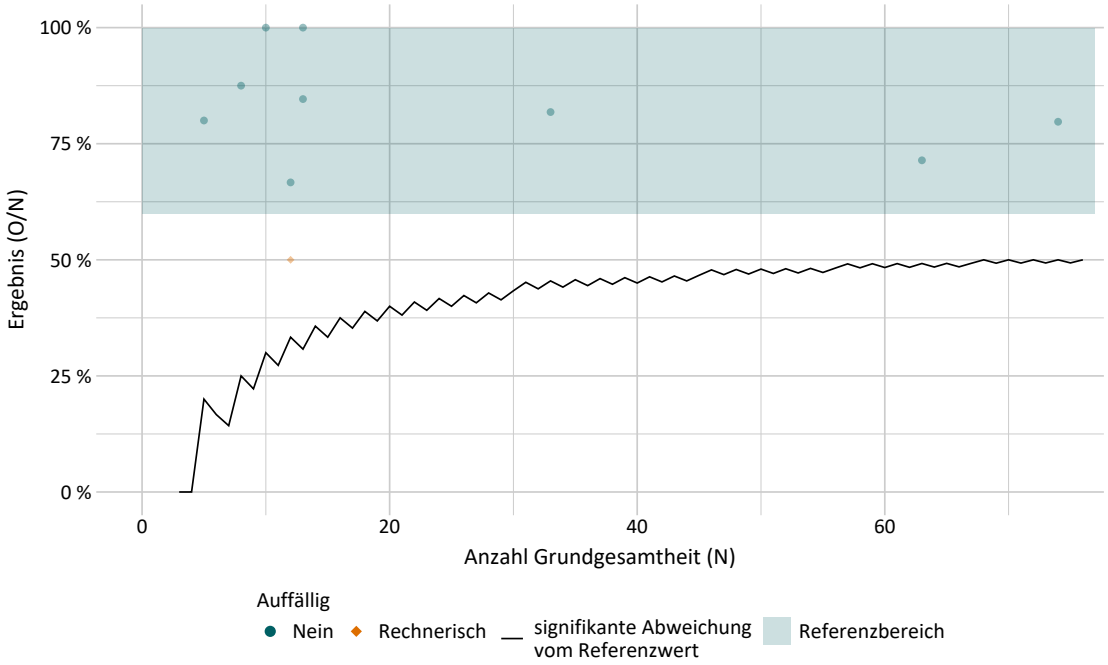
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	187 / 246	76,02	70,31 - 80,93
	2024	207 / 278	74,46	69,02 - 79,23
	2025	190 / 243	78,19	72,58 - 82,92

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	10	1	50,00	100,00	80,91

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 28_22033 Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[3]	99,59 % 243/244
4.1.1	ID: 28_22034 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	81,07 % 197/243
4.1.1.1	ID: 28_22035 Status bekannt	100,00 % 197/197
4.1.1.1.1	ID: 28_22036 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	96,45 % 190/197
4.1.1.1.2	ID: 28_22037 verstorben innerhalb von 3 Jahren	3,55 % 7/197
4.1.1.2	ID: 28_22039 Status unbekannt	0,00 % 0/197
4.1.1.3	ID: 28_22040 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	96,45 % 190/197

[3] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 28_22041 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	93,00 % 226/243
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 28_22042 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	86,83 % 211/243
4.2.2.2	ID: 28_22043 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	86,83 % 211/243
4.2.2.3	ID: 28_22044 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	86,83 % 211/243
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	ID: 28_22045 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	81,07 % 197/243
4.2.3.2	ID: 28_22046 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	81,07 % 197/243

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.3	ID: 28_22047 2-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	81,07 % 197/243
4.2.4	3-Jahres-Überleben	
4.2.4.1	**ID: 12433** **3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	78,19 % 190/243
4.2.4.2	ID: 28_22048 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	78,19 % 190/243

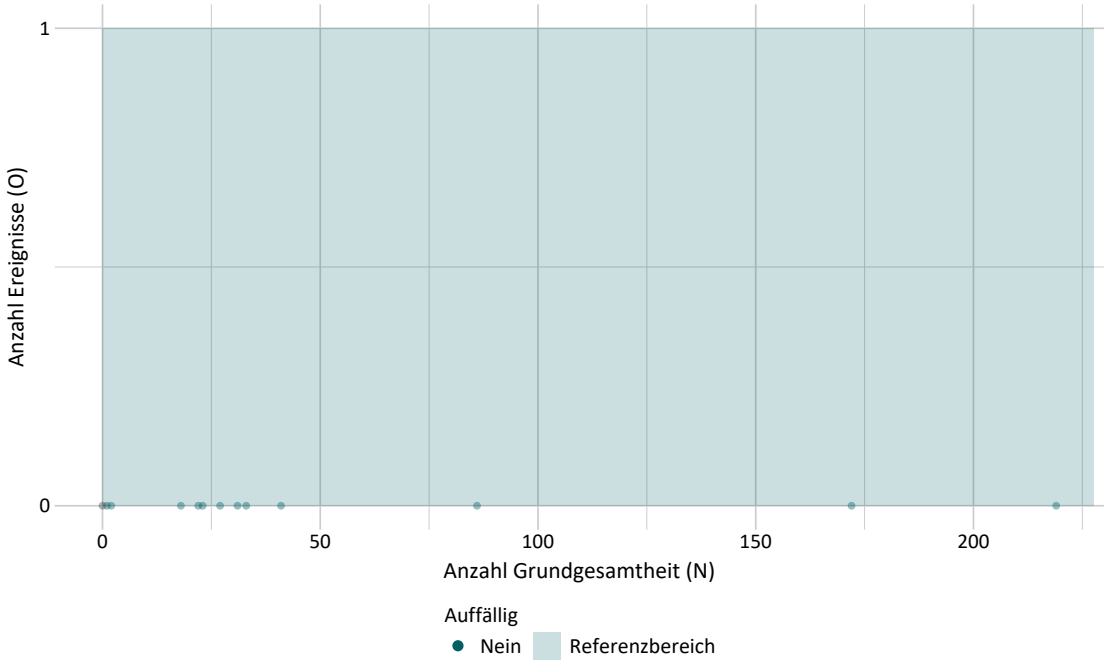
282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist und zeitgerecht dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 1 Fall / Fälle
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

Dimension		**Ergebnis O/N**	**Anzahl Ereignisse (O)**
Bund	**2023**	≤3 / 670	≤3
	2024	0 / 651	0
	2025	0 / 675	0

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Fall / Fälle	Maximum in Fall / Fälle	Median in Fall / Fälle
2025	12	0	0,00	0,00	0,00

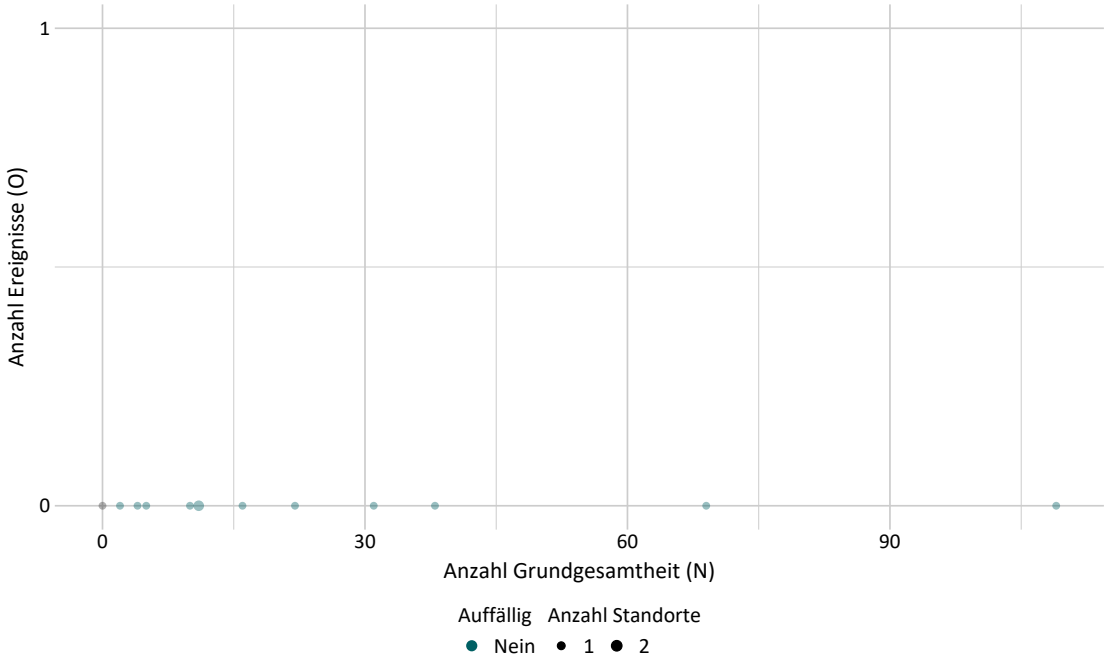
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852314: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-)Sterblichkeits-QIs und –Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus 12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2025 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

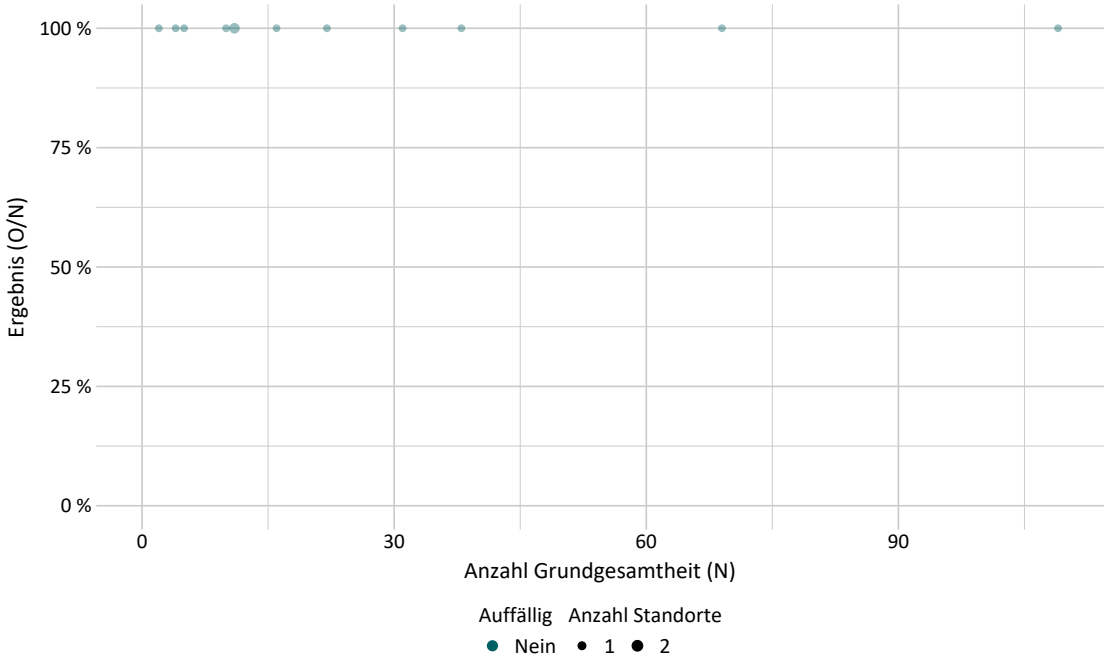
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 328	0,00	0,00 % 0 / 12

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850245: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	12	0	100,00	100,00	100,00

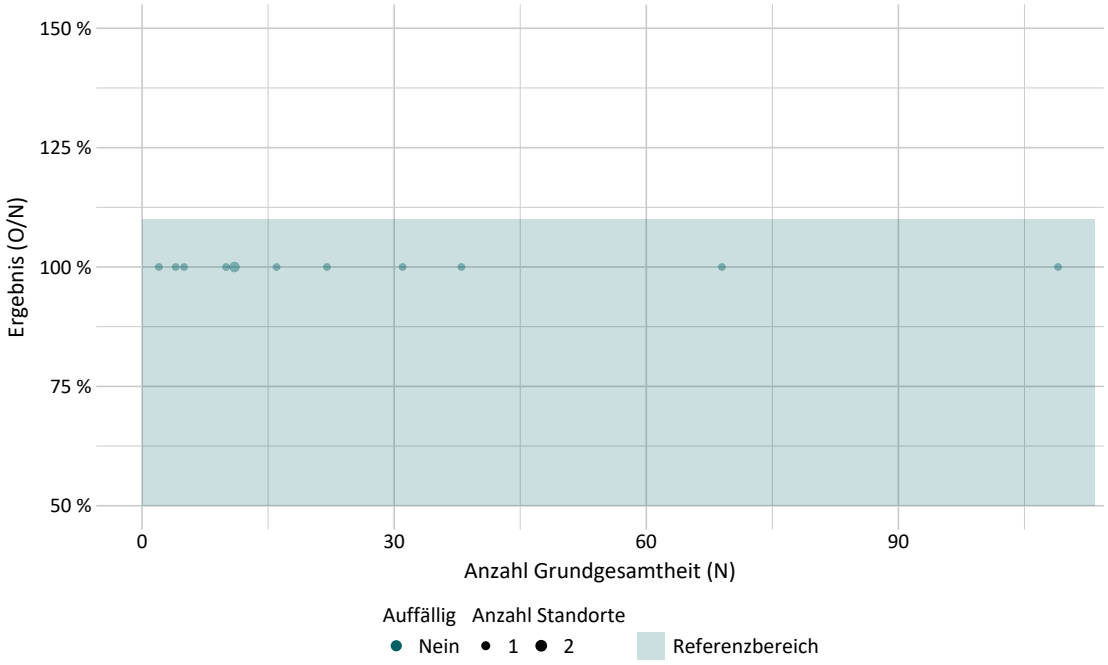
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	328 / 328	100,00	0,00 % 0 / 12

850246: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2155: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	12	0	100,00	100,00	100,00

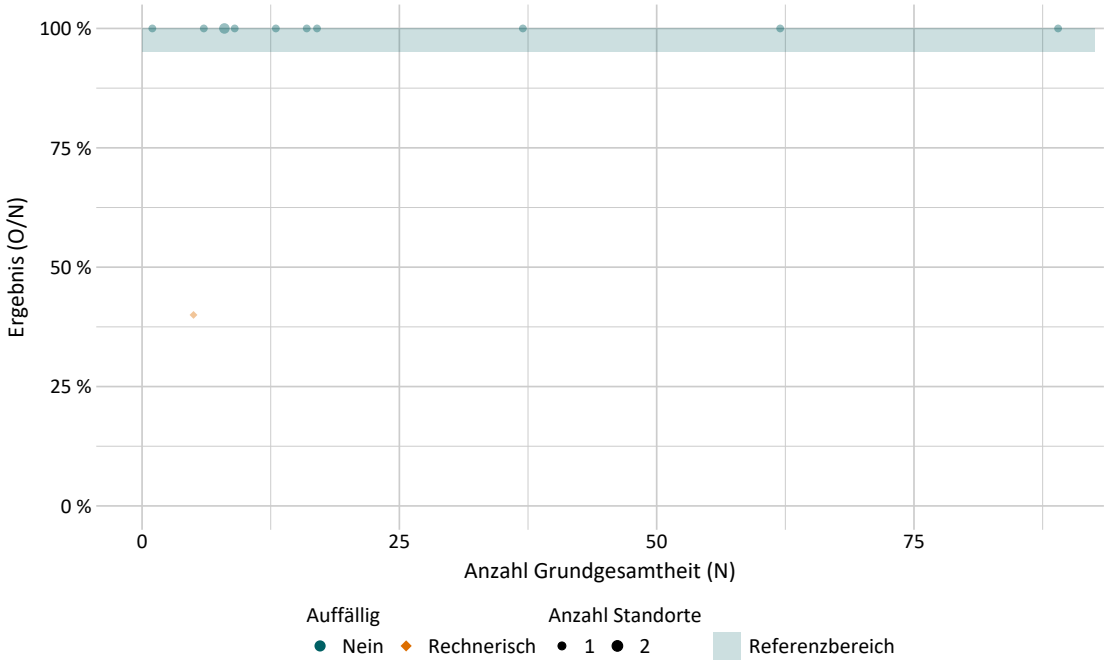
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	328 / 328	100,00	0,00 % 0 / 12

850266: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	12	1	40,00	100,00	100,00

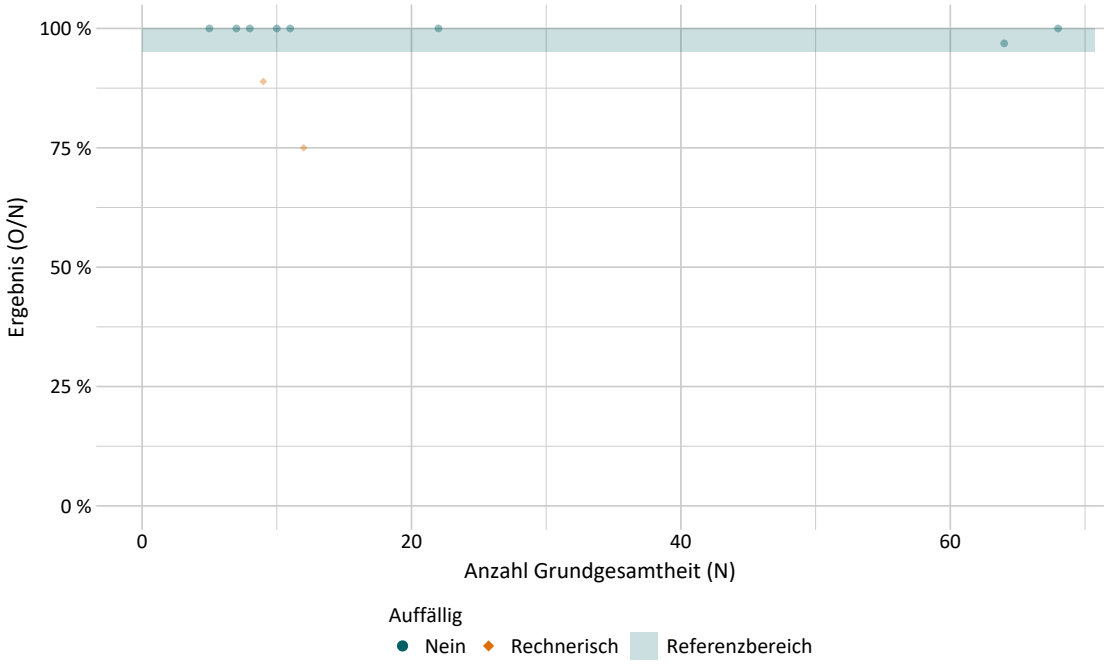
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	268 / 271	98,89	8,33 % 1 / 12

850267: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	10	2	75,00	100,00	100,00

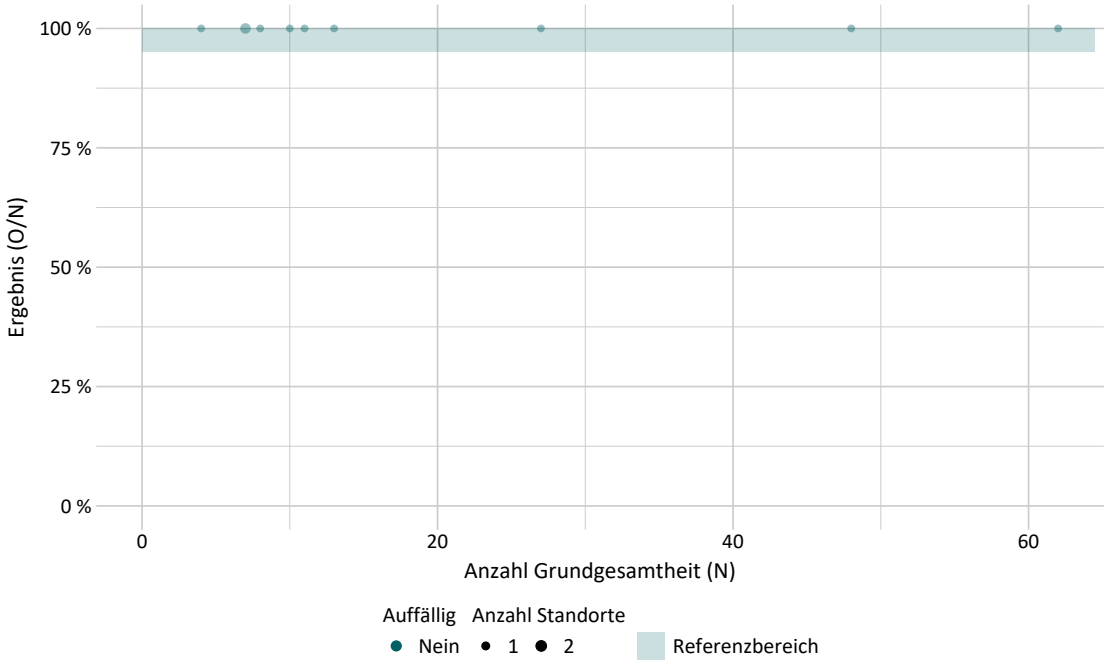
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	210 / 216	97,22	20,00 % 2 / 10

850268: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	10	0	100,00	100,00	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	197 / 197	100,00	0,00 % 0 / 10

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt) N
Allgemein	
Anzahl Patientinnen und Patienten	311
Anzahl Transplantationen	328

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 311**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	31	9,97
1. Quartal	71	22,83
2. Quartal	84	27,01
3. Quartal	77	24,76
4. Quartal	48	15,43
Entlassungsquartal		
1. Quartal 2024	63	20,26
2. Quartal 2024	69	22,19
3. Quartal 2024	95	30,55
4. Quartal 2025	84	27,01

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 328**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 14 Tage	35	10,67
15 - 28 Tage	106	32,32
29 - 42 Tage	81	24,70
43 - 56 Tage	36	10,98
57 - 70 Tage	24	7,32
71 - 84 Tage	13	3,96
85 - 98 Tage	9	2,74
99 - 112 Tage	4	1,22
113 - 126 Tage	8	2,44
127 - 140 Tage	≤3	x
> 140 Tage	11	3,35

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	328
Minimum	0,00
5. Perzentil	0,00
25. Perzentil	0,00
Median	0,00
Mittelwert	6,41
75. Perzentil	1,00
95. Perzentil	49,55
Maximum	120,00

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	328
Minimum	1,00
5. Perzentil	9,00
25. Perzentil	21,00
Median	29,00
Mittelwert	37,02
75. Perzentil	43,00
95. Perzentil	84,55
Maximum	326,00
Gesamtverweildauer (Tage)[6]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	328
Minimum	1,00
5. Perzentil	10,00
25. Perzentil	21,00
Median	31,50
Mittelwert	43,43
75. Perzentil	51,00
95. Perzentil	118,55
Maximum	326,00

[4] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

[5] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts

[6] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 311**	
Geschlecht		
(1) männlich	186	59,81
(2) weiblich	125	40,19
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Patientenalter am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 311**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	0	0,00
1 - 9 Jahre	≤3	x
10 - 19 Jahre	10	3,22
20 - 29 Jahre	7	2,25
30 - 39 Jahre	14	4,50
40 - 49 Jahre	25	8,04
50 - 59 Jahre	84	27,01
60 - 69 Jahre	168	54,02
70 - 79 Jahre	≤3	x
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	311
Minimum	8,00
5. Perzentil	26,80
25. Perzentil	54,00
Mittelwert	55,95
Median	60,00
75. Perzentil	64,00
95. Perzentil	67,00
Maximum	71,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 307**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	34	11,07
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	166	54,07
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	94	30,62
Adipositas (≥ 30)	13	4,23

Befunde Empfängerinnen und Empfänger

Grunderkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 311**	
Grunderkrankung		
(1) obstruktive Lungenerkrankungen	117	37,62
(2) restriktive Lungenerkrankungen	122	39,23
(3) pulmonale Hypertension	7	2,25
(4) zystische Fibrose	12	3,86
(9) andere	53	17,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 311**	
Blutgruppe		
(1) A	131	42,12
(2) B	44	14,15
(3) 0	116	37,30
(4) AB	20	6,43

Risikoprofil

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	**N = 6**	
Dringlichkeit		
(1) High Urgency	5	83,33
(2) elektiv	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 311**	
thorakale Voroperation		
(0) nein	260	83,60
(1) ja	51	16,40
Beatmung präoperativ		
(0) nein	225	72,35
(1) nicht-invasive Beatmung	62	19,94
(2) invasive Beatmung	≤3	x
(3) extrakorporale Membranoxygenation (ECMO,ECLA)	21	6,75

Immunsuppression initial

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 311**	
Induktionstherapie		
(0) nein	223	71,70
(1) ATG	35	11,25
(2) OKT3	0	0,00
(3) IL2-Rezeptor-Antagonist	46	14,79
(9) Andere	7	2,25
Immunsuppression[7]		
Cyclosporin	4	1,29
Tacrolimus	303	97,43
Azathioprin	25	8,04
Mycophenolat	233	74,92
Steroide	309	99,36
m-ToR-Inhibitor	≤3	x
andere	6	1,93

[7] Mehrfachnennung möglich

Transplantationsdaten / Spenderdaten

Spenderalter

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 328**	
Altersverteilung (in Jahren)		
< 20 Jahre	24	7,32
20 - 29 Jahre	39	11,89
30 - 39 Jahre	49	14,94
40 - 49 Jahre	67	20,43
50 - 59 Jahre	61	18,60
60 - 69 Jahre	58	17,68
70 - 79 Jahre	28	8,54
≥ 80 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Verteilung der Beatmungsdauer (Stunden)	
Anzahl Transplantationen mit Angaben zur Beatmungsdauer von ≥ 0 Sunden bis ≤ 999 Stunden	328
Median	83,50
Mittelwert	112,44

Einsatz eines Perfusionssystems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 328**	
Einsatz eines Perfusionssystems		
(0) nein	321	97,87
(1) ja, hypotherm	≤3	x
(2) ja, normotherm	5	1,52
(3) ja, hypotherm und normotherm	0	0,00

Transplantation

Organqualität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 328**	
Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme		
(1) gut	293	89,33
(2) mittel	34	10,37
(3) schlecht	≤3	x

Transplantationsart

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 328**	
Transplantationsart		
(1) unilaterale Transplantation (SLTx)	16	4,88
(2) bilaterale Transplantation (DLTx)	306	93,29
(3) Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	6	1,83
Simultane Operationen		
(0) keine	320	97,56
(1) weitere Transplantation	0	0,00
(2) kardialer Eingriff	8	2,44
(3) kontralateraler Lungeneingriff	0	0,00

Ischämiezeit

	Bund (gesamt)
Ischämiezeit rechte Lunge (Minuten)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten ≥ 0 Minuten bis ≤ 9999 Minuten	319
Median	346,00
Mittelwert	376,55
Ischämiezeit linke Lunge (Minuten)	
Anzahl Transplantationen mit Angabe von Werten ≥ 0 Minuten bis ≤ 9999 Minuten	320
Median	440,50
Mittelwert	461,05

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 328**	
OPS[8]		
(5-335.2*) Lungentransplantation: Transplantation	322	98,17
(5-335.3*) Lungentransplantation: Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts	≤3	x
(5-375.2) Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)	6	1,83
(5-375.4) Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00

[8] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 328**	
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	327	99,70
(1) ja	≤3	x

	Bund (gesamt)
Abstand zwischen Aufnahmedatum Krankenhaus und Datum der letzten Transplantation (Jahre)	
Anzahl Transplantationen bei Patientinnen und Patienten mit vorangegangener Transplantation	11
Median	9,82
Mittelwert	8,88

Entlassung Empfängerinnen und Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 311**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	88	28,30
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	1,61
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	0	0,00
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	65	20,90
(07) Tod	14	4,50
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[9]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	139	44,69
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[10]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[11]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 311**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[12]		
(1) ja	0	0,00

[9] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[10] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[11] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[12] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Immunsuppression bei Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebend entlassene Patientinnen und Patienten	**N = 297**	
Immunsuppression[13]		
Cyclosporin	6	2,02
Tacrolimus	291	97,98
Azathioprin	18	6,06
Mycophenolat	273	91,92
Steroide	296	99,66
m-ToR-Inhibitor	≤3	x
andere	≤3	x

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebend entlassene Patientinnen und Patienten	**N = 297**	
Patientin oder Patient bei Entlassung tracheotomiert		
ja	39	13,13
nein	258	86,87

	Bund (gesamt)
FEV1 (prädiktiver Wert in %)	
Anzahl lebend und ohne Tracheotomie entlassene Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0 und < 999	230
Median	65,55
Mittelwert	67,91

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebend und ohne Tracheotomie entlassene Patientinnen und Patienten	**N = 258**	
FEV1 Messung nicht möglich		
(1) ja	28	10,85

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 14**	
Todesursache		
(1) unspezifisches Transplantatversagen (non specific Graft failure)	≤3	x
(2) Infektion	≤3	x
(3) kardiovaskulär	≤3	x
(4) technische Komplikationen	0	0,00
(5) Rejektion	0	0,00
(6) Multiorganversagen	6	42,86
(9) andere	≤3	x

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-LTX: Lebertransplantationen

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Lebertransplantationen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026

Abgabe 14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 9

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 10

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 12

2097: Tod durch operative Komplikationen 12

2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 15

12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 18

Details zu den Ergebnissen 21

12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 22

Details zu den Ergebnissen 25

12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 26

Details zu den Ergebnissen 29

272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation 31

2133: Postoperative Verweildauer 33

272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation 36

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 39

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 39

852313: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen 39

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 41

850243: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 41

850244: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 43

850263: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up 45

850264: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up 47

850265: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up 49

Basisauswertung 51

Allgemeine Daten ... 51
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 52
Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger ... 55
Geschlecht ... 55
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag ... 55
Body Mass Index (BMI) ... 56
Befunde Empfängerinnen und Empfänger ... 57
Indikation zur Lebertransplantation ... 57
Dringlichkeit der Transplantation ... 58
MELD-Score (Model for End-stage Liver Disease) ... 58
Verteilung MELD-Score (match MELD ≤ MELD-Score) ... 61
Verteilung MELD-Score (match MELD > MELD-Score) ... 63
Basisdaten Spenderinnen und Spender ... 65
Spendertyp ... 65
Alter der Spenderinnen und Spender ... 65
Einsatz eines Perfusionssystems ... 66
Transplantation ... 67
Typ des Leberspenderorgans ... 67
Operation (nach OPS) ... 67
HCC ... 68
Postoperativer Verlauf ... 69
Entlassung Empfängerinnen und Empfänger ... 70
Todesursache ... 71

Einleitung

Die Leber ist das bedeutendste Organ für den menschlichen Stoffwechsel. Patientinnen und Patienten mit chronischem oder akutem Leberversagen können nur durch eine Transplantation überleben.

Die Transplantationszentren sind seit 2006 zur Teilnahme an der externen stationären Qualitätssicherung für den Leistungsbereich Lebertransplantation verpflichtet. Die Qualitätsindikatoren im Leistungsbereich der Lebertransplantationen beziehen sich auf schwere Komplikationen, die Verweildauer und die Sterblichkeit im Krankenhaus sowie auf die Überlebensraten in der langfristigen Nachbeobachtung.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Lebertransplantation (TX-LTX) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	936 936 0	937	99,89
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	19		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	20	20	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	19	19	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

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

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

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

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2097	Tod durch operative Komplikationen	≤ 5,00 %	0,97 % O = 9 N = 927
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 20,00 %	9,71 % O = 90 N = 927
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 70,00 %	85,55 % O = 687 N = 803
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 70,36 % (10. Perzentil)	83,99 % O = 640 N = 762
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	≥ 69,87 % (10. Perzentil)	78,96 % O = 518 N = 656
272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation	≤ 1 Fall / Fälle	O = ≤3 N = 1.901
2133	Postoperative Verweildauer	≤ 30,00 %	24,88 % O = 211 N = 848
272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	≤ 67,16 % (90. Perzentil)	45,85 % O = 425 N = 927

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852313	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen	= 0	0,00 0 / 936	0,00 % 0 / 19

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	99,89 % 936 / 937	5,00 % 1 / 20
850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	99,89 % 936 / 937	0,00 % 0 / 20
850263	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	98,23 % 723 / 736	15,00 % 3 / 20
850264	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	97,90 % 654 / 668	15,00 % 3 / 20
850265	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	98,72 % 539 / 546	9,52 % 2 / 21

© IQTIG 2026

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2097: Tod durch operative Komplikationen

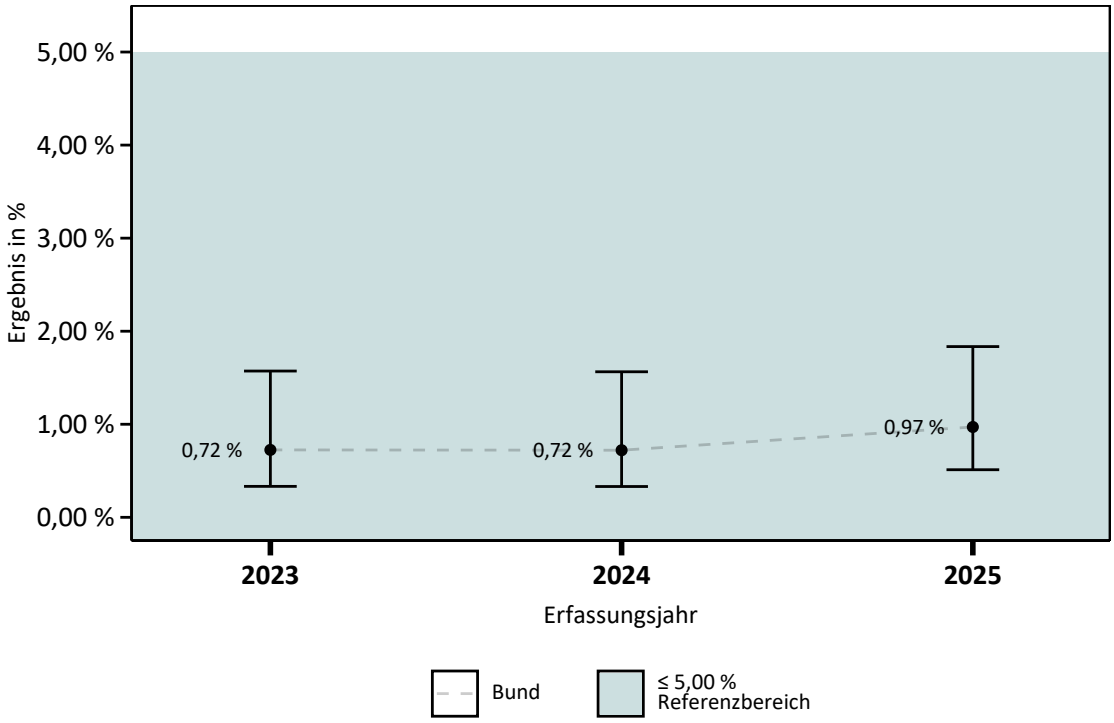
Qualitätsziel	Selten Todesfälle am Tag oder am Folgetag der Transplantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Lebertransplantationen aller Aufenthalte, die keine Multiviszeraltransplantation sind
Zähler	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient am Tag oder am Folgetag des Eingriffs verstarb
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

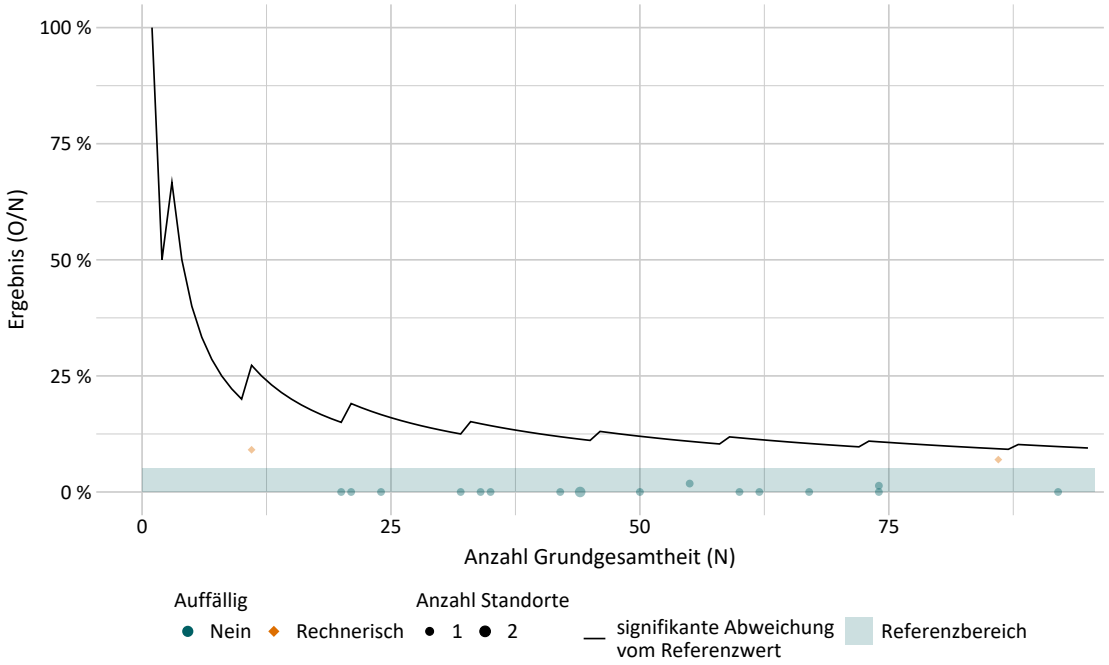
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	6 / 828	0,72	0,33 - 1,57
	2024	6 / 832	0,72	0,33 - 1,56
	2025	9 / 927	0,97	0,51 - 1,83

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	19	2	0,00	9,09	0,00

2096: Sterblichkeit im Krankenhaus

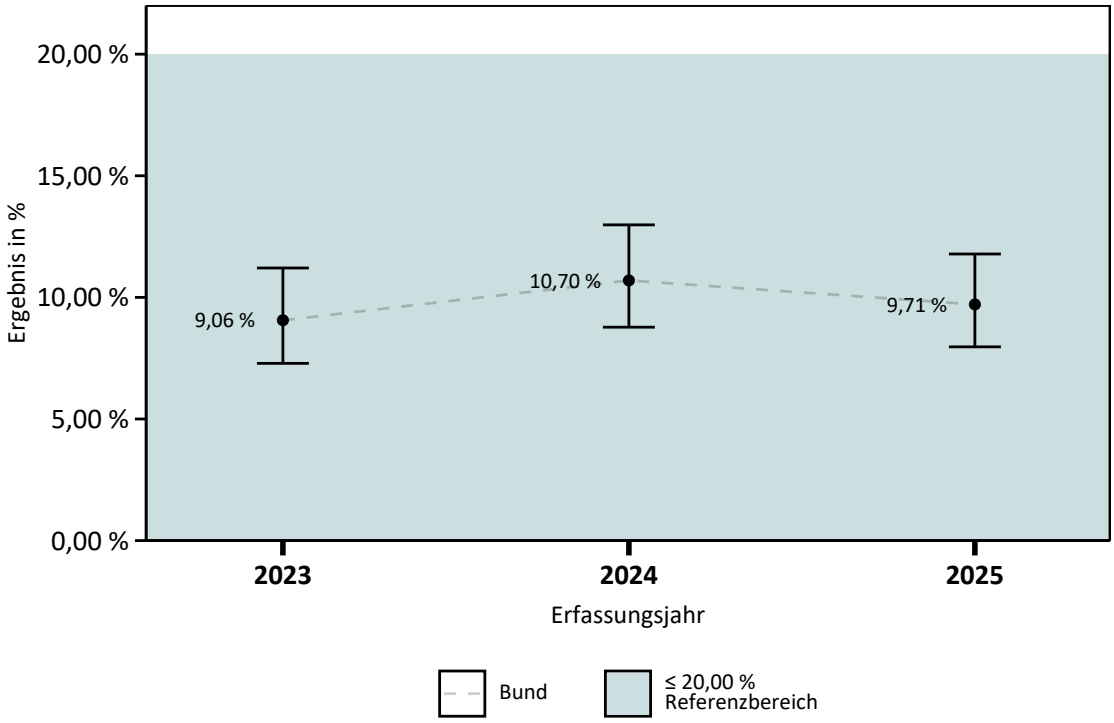
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Lebertransplantationen aller Aufenthalte, die keine Multiviszeraltransplantation sind.
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

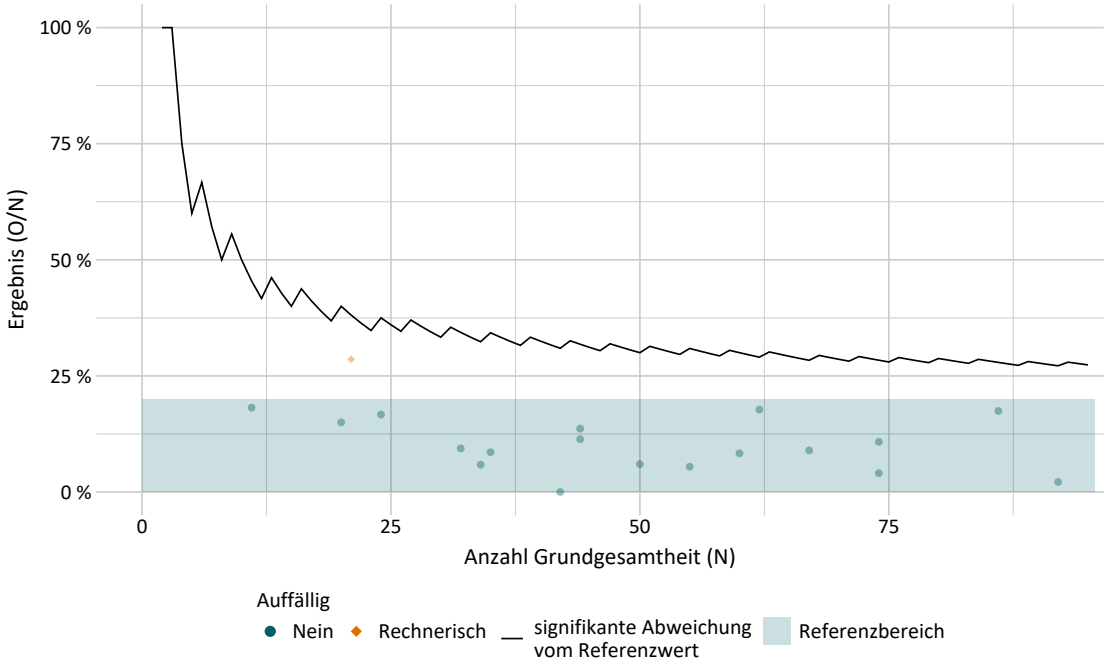
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	75 / 828	9,06	7,29 - 11,21
	2024	89 / 832	10,70	8,77 - 12,98
	2025	90 / 927	9,71	7,97 - 11,78

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	19	1	0,00	28,57	9,38

12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

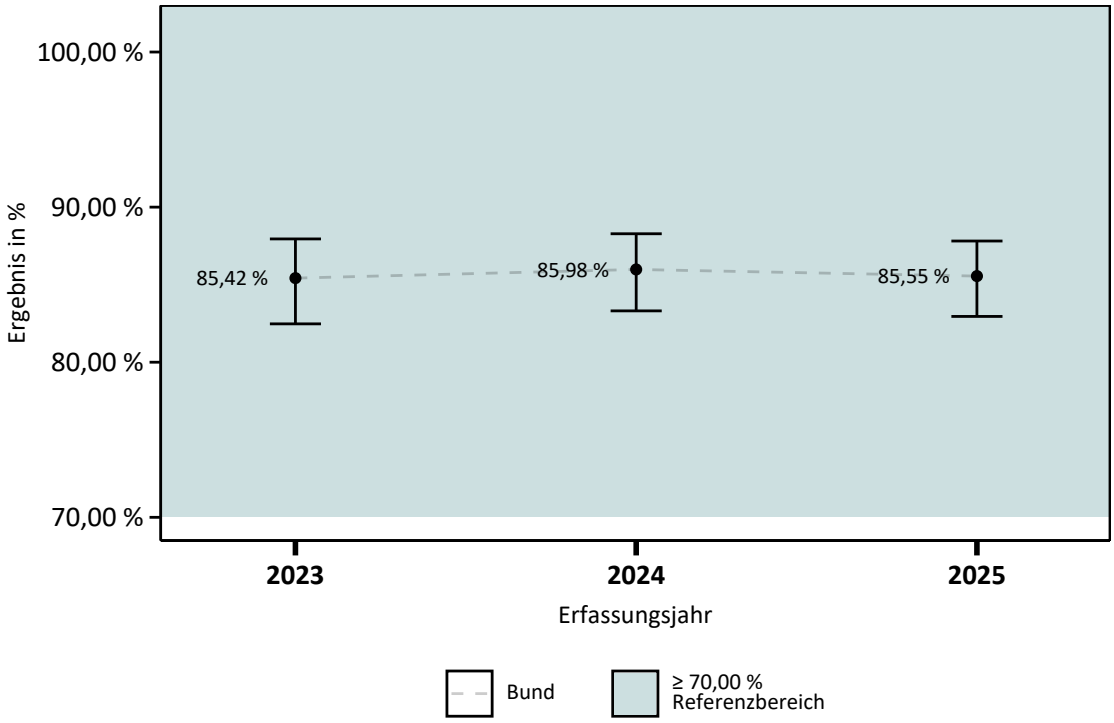
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und ohne dokumentierten Abbruch der Transplantation. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen. Multiviszeraltransplantationen werden hier im Follow-up ebenfalls ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 70,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

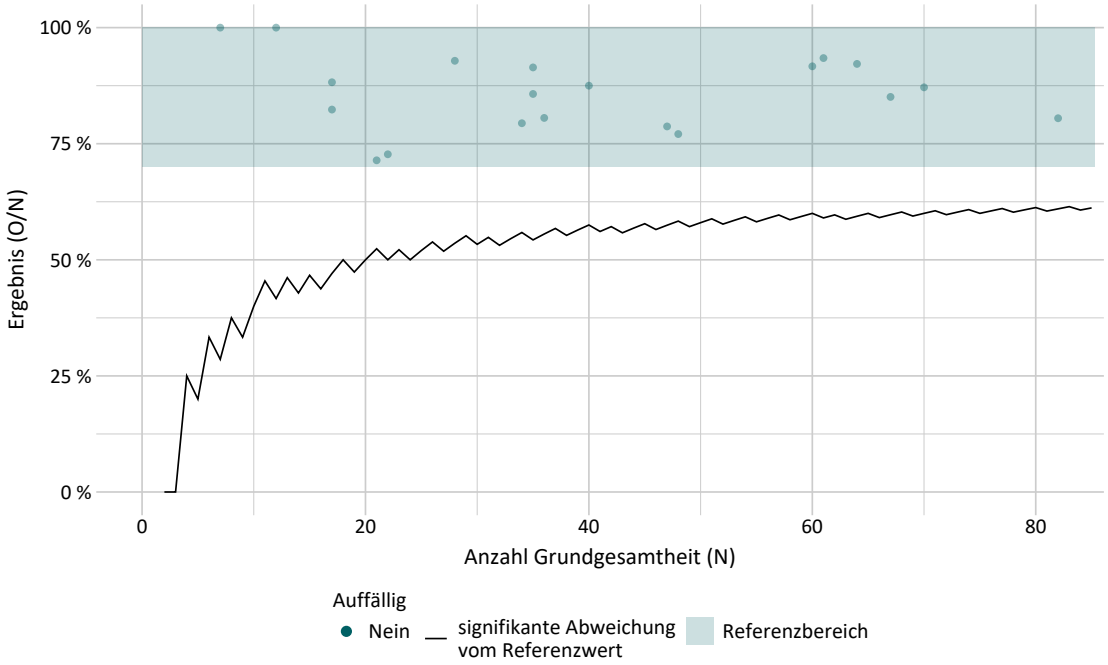
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	545 / 638	85,42	82,47 - 87,95
	2024	644 / 749	85,98	83,31 - 88,28
	2025	687 / 803	85,55	82,95 - 87,82

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	20	0	71,43	100,00	86,43

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 27_22001 Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[1]	98,46 % 829/842
3.1.1	ID: 27_22002 davon lebend entlassen	88,78 % 736/829
3.1.1.1	ID: 27_22003 Status bekannt	98,78 % 727/736
3.1.1.1.1	ID: 27_22004 nicht verstorben innerhalb von 1 Jahr	96,42 % 701/727
3.1.1.1.2	ID: 27_22005 verstorben innerhalb von 1 Jahr	3,58 % 26/727
3.1.1.2	ID: 27_22007 Status unbekannt	1,22 % 9/736
3.1.1.3	ID: 27_22008 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	95,24 % 701/736

[1] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 1-Jahres-Überleben	
3.2.1	ID: 27_22009 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	88,78 % 736/829
3.2.2	1-Jahres-Überleben	
3.2.2.1	**ID: 12349** **1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	85,55 % 687/803
3.2.2.2	ID: 27_22010 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	85,65 % 710/829

12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

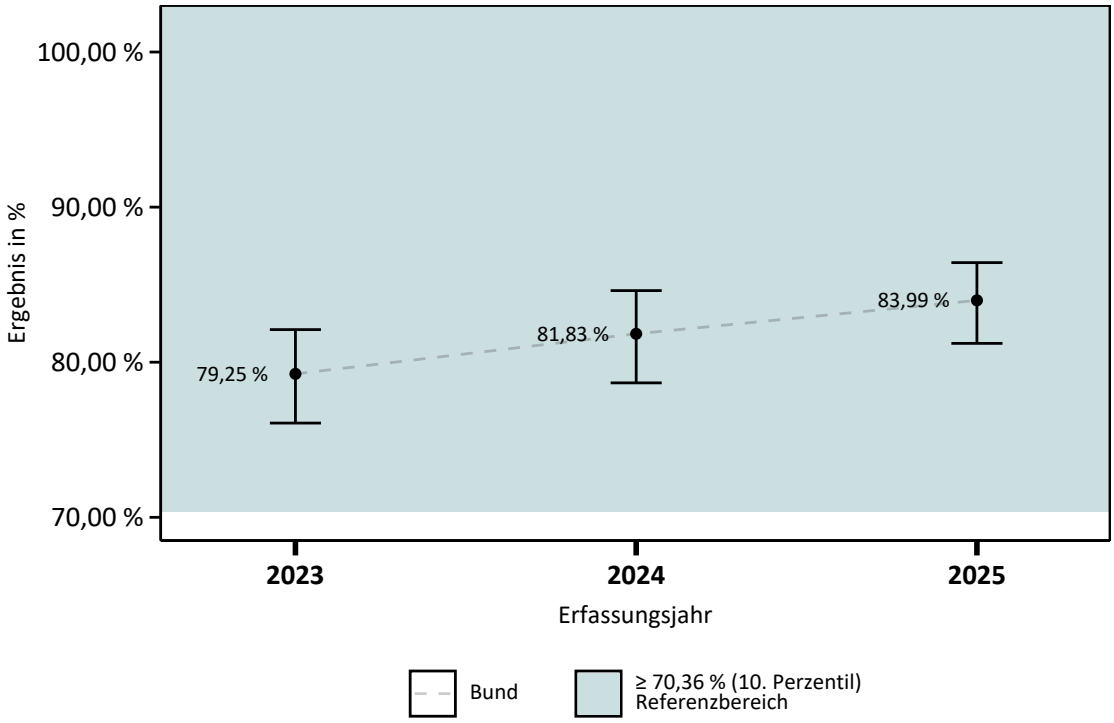
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und ohne dokumentierten Abbruch der Transplantation. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen. Multiviszeraltransplantationen werden hier im Follow-up ebenfalls ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 70,36 % (10. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

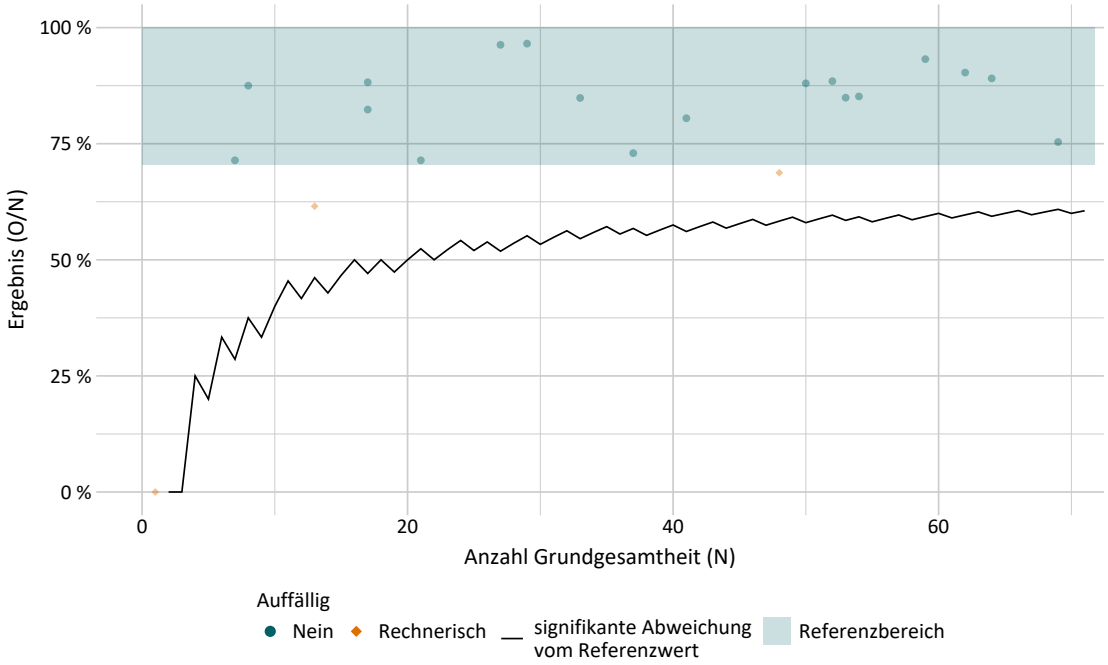
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	550 / 694	79,25	76,08 - 82,10
	2024	527 / 644	81,83	78,67 - 84,62
	2025	640 / 762	83,99	81,22 - 86,42

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	21	3	0,00	96,55	84,91

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 27_22011 Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[2]	98,85 % 773/782
4.1.1	ID: 27_22012 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	86,42 % 668/773
4.1.1.1	ID: 27_22013 Status bekannt	98,35 % 657/668
4.1.1.1.1	ID: 27_22014 nicht verstorben innerhalb von 2 Jahren	97,41 % 640/657
4.1.1.1.2	ID: 27_22015 verstorben innerhalb von 2 Jahren	2,59 % 17/657
4.1.1.2	ID: 27_22017 Status unbekannt	1,65 % 11/668
4.1.1.3	ID: 27_22018 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	95,81 % 640/668

[2] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 2-Jahres-Überleben	
4.2.1	ID: 27_22019 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	90,94 % 703/773
4.2.2	1-Jahres-Überleben	
4.2.2.1	ID: 27_22020 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	86,31 % 662/767
4.2.2.2	ID: 27_22021 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	86,42 % 668/773
4.2.2.3	ID: 27_22022 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	85,64 % 662/773
4.2.3	2-Jahres-Überleben	
4.2.3.1	**ID: 12365** **2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	83,99 % 640/762
4.2.3.2	ID: 27_22023 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	84,22 % 651/773

12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

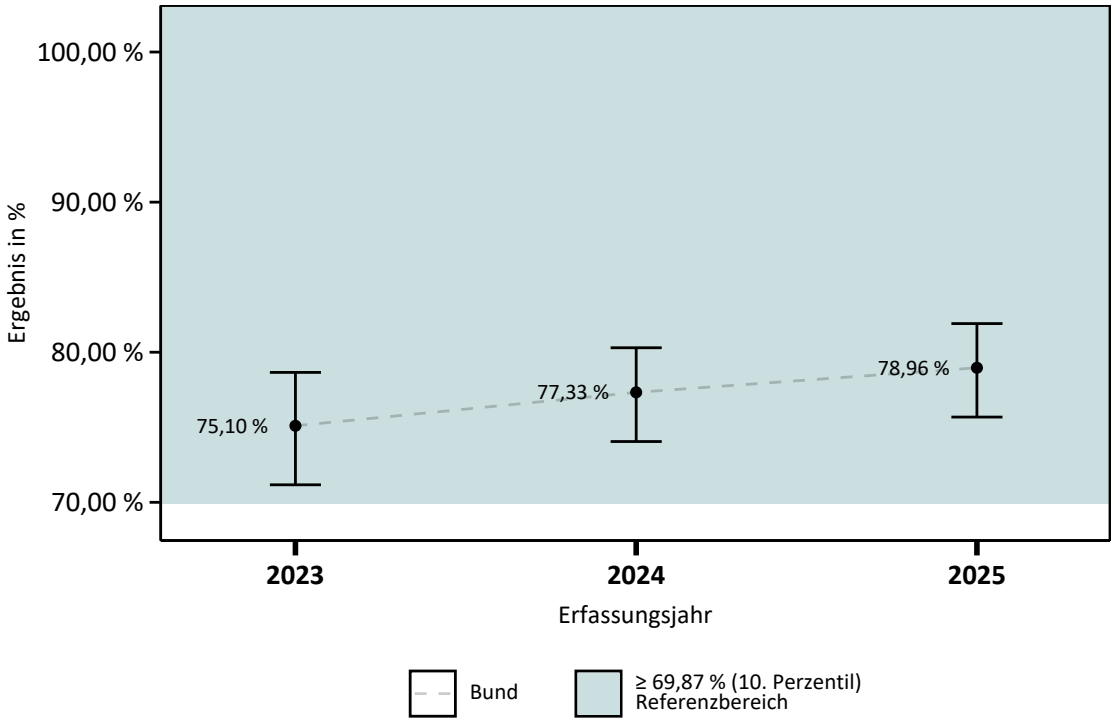
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und ohne dokumentierten Abbruch der Transplantation. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen. Multiviszeraltransplantationen werden hier im Follow-up ebenfalls ausgeschlossen.
Zähler	Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben
Referenzbereich	≥ 69,87 % (10. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

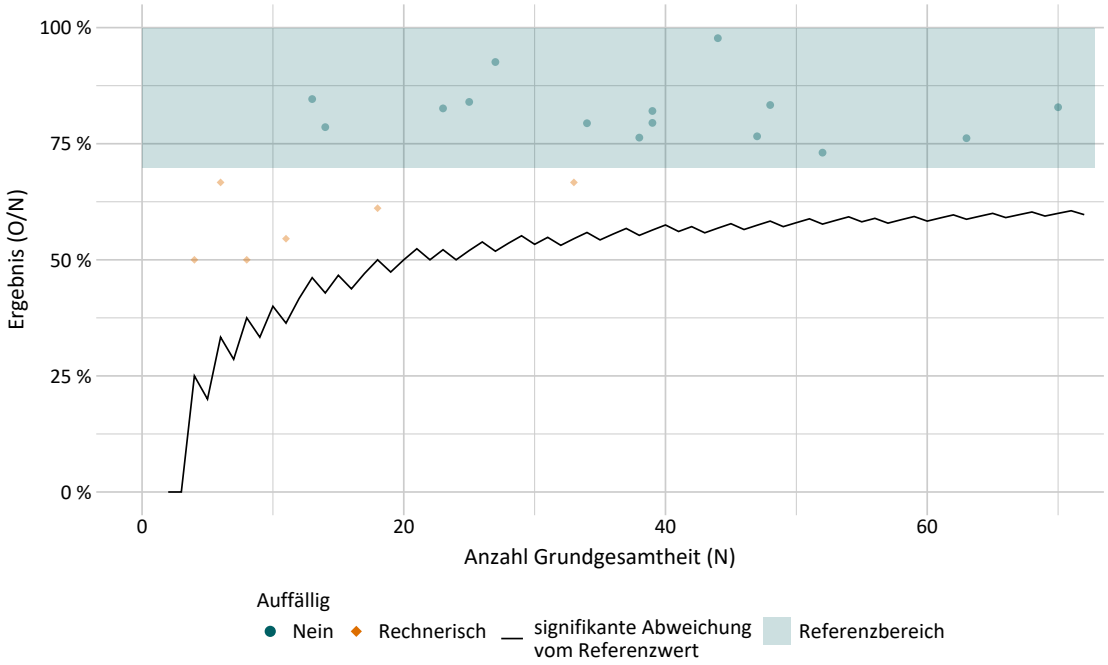
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	383 / 510	75,10	71,17 - 78,65
	2024	532 / 688	77,33	74,05 - 80,30
	2025	518 / 656	78,96	75,68 - 81,91

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	21	6	50,00	97,73	78,57

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 27_22024 Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde[3]	97,94 % 665/679
5.1.1	ID: 27_22025 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	82,11 % 546/665
5.1.1.1	ID: 27_22026 Status bekannt	98,35 % 537/546
5.1.1.1.1	ID: 27_22027 nicht verstorben innerhalb von 3 Jahren	96,46 % 518/537
5.1.1.1.2	ID: 27_22028 verstorben innerhalb von 3 Jahren	3,54 % 19/537
5.1.1.2	ID: 27_22030 Status unbekannt	1,65 % 9/546
5.1.1.3	ID: 27_22031 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	94,87 % 518/546

[3] Bei mehrfach transplantierten Patientinnen und Patienten wird nur die jeweils letzte Transplantation in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Verlauf 3-Jahres-Überleben	
5.2.1	ID: 27_22032 Lebend entlassene Patientinnen und Patienten, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	90,08 % 599/665
5.2.2	1-Jahres-Überleben	
5.2.2.1	ID: 27_22033 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	85,50 % 566/662
5.2.2.2	ID: 27_22034 1-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	85,56 % 569/665
5.2.2.3	ID: 27_22035 1-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	85,11 % 566/665
5.2.3	2-Jahres-Überleben	
5.2.3.1	ID: 27_22036 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	81,97 % 541/660
5.2.3.2	ID: 27_22037 2-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	82,11 % 546/665

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.3.3	ID: 27_22038 2-Jahres-Überleben Worst-Case (unbekannter Status als Tod gezählt)	81,35 % 541/665
5.2.4	3-Jahres-Überleben	
5.2.4.1	**ID: 12385** **3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**	78,96 % 518/656
5.2.4.2	ID: 27_22039 3-Jahres-Überleben Best-Case (unbekannter Status als überlebend gezählt)	79,25 % 527/665

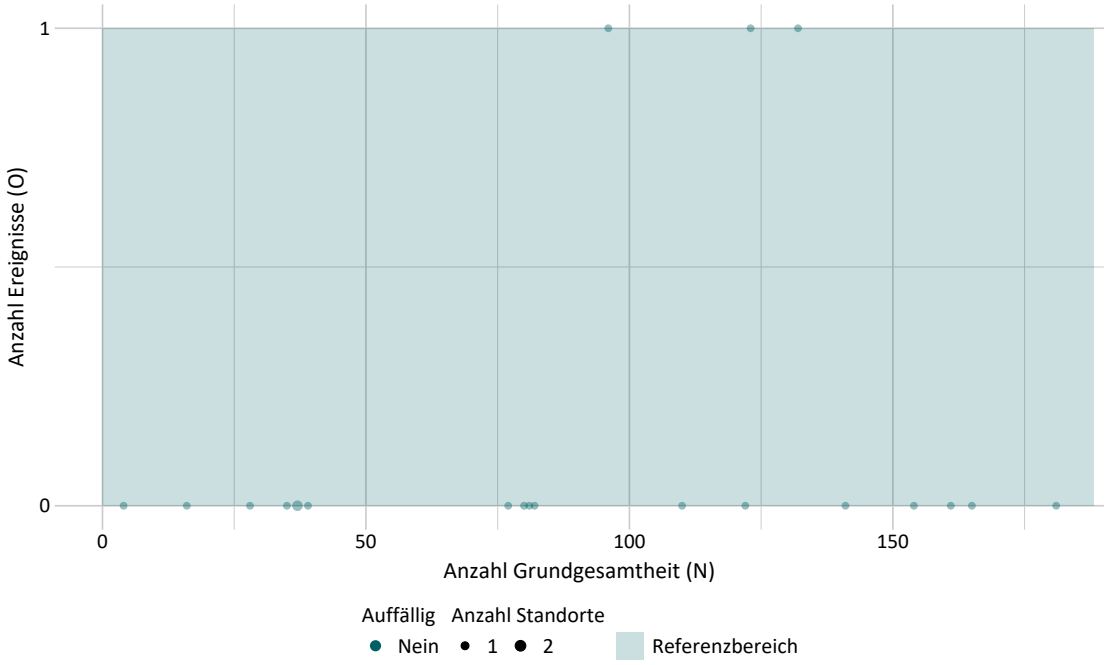
272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist und zeitgerecht dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen. Multiviszeraltransplantationen werden hier im Follow-up ebenfalls ausgeschlossen
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 1 Fall / Fälle
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2023**	≤3 / 1.525	≤3
	2024	5 / 1.766	5
	2025	≤3 / 1.901	≤3

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Fall / Fälle	Maximum in Fall / Fälle	Median in Fall / Fälle
2025	21	0	0,00	0,01	0,00

2133: Postoperative Verweildauer

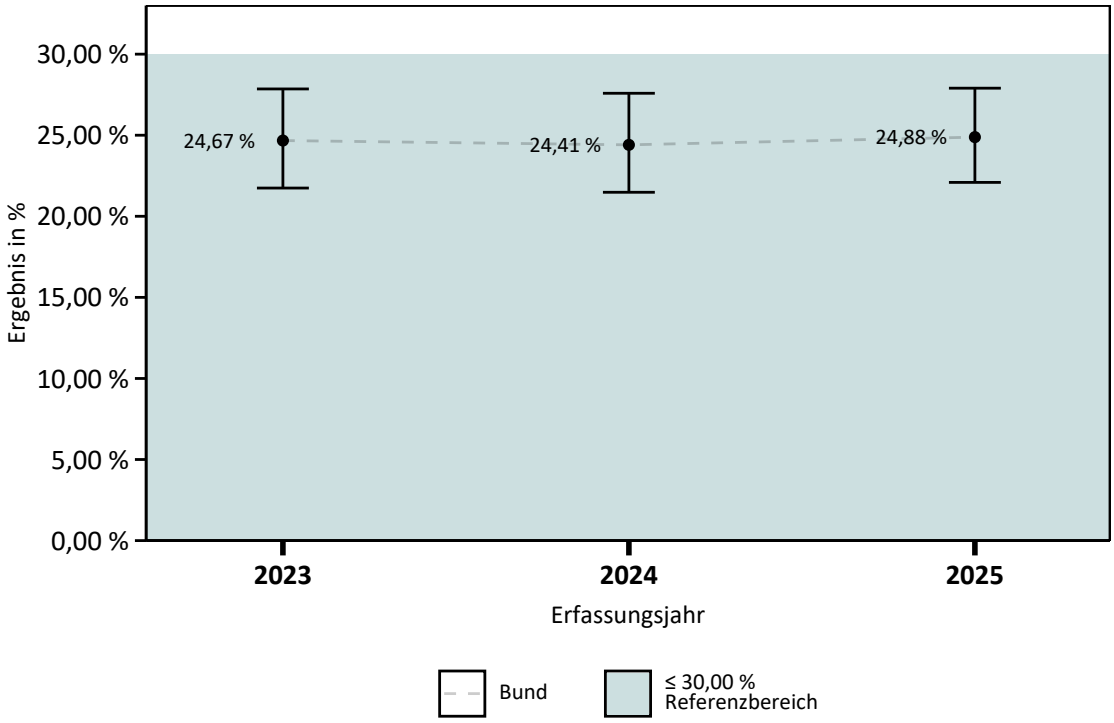
Qualitätsziel	Möglichst geringe postoperative Verweildauer
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Die jeweils ersten Lebertransplantationen aller Aufenthalte bei Patientinnen und Patienten mit einem Alter ab 7 Jahren, die keine Multiviszeraltransplantation sind
Zähler	Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient eine postoperative Verweildauer oberhalb des 75. Perzentils hatte
Referenzbereich	≤ 30,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

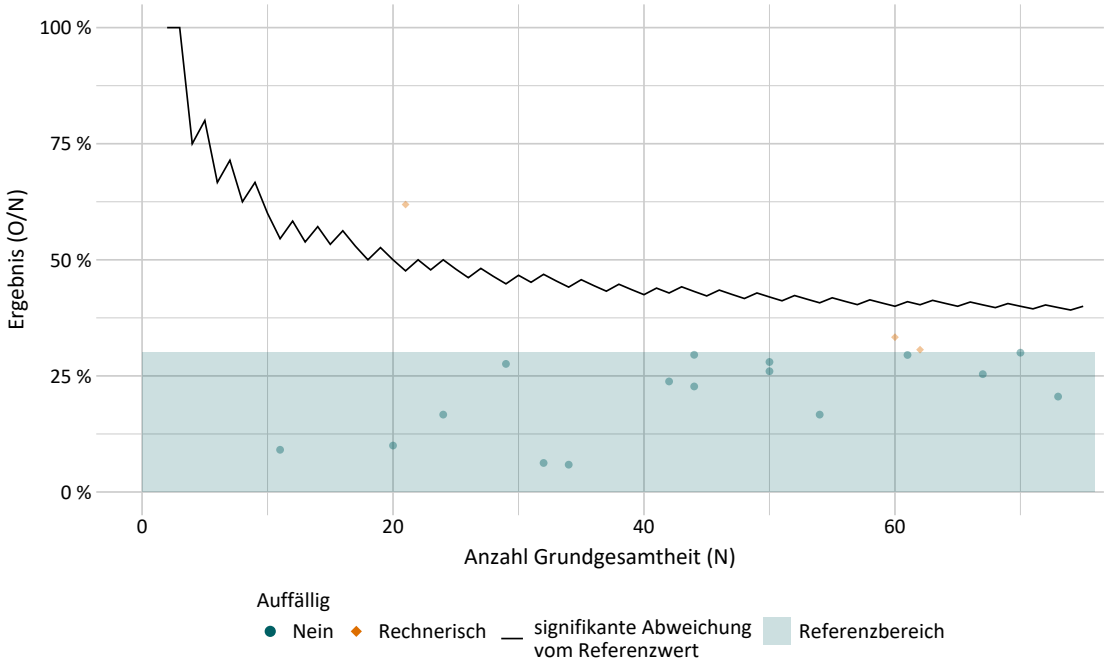
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	188 / 762	24,67	21,74 - 27,85
	2024	185 / 758	24,41	21,48 - 27,59
	2025	211 / 848	24,88	22,09 - 27,90

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	19	3	5,88	61,90	25,37

272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation

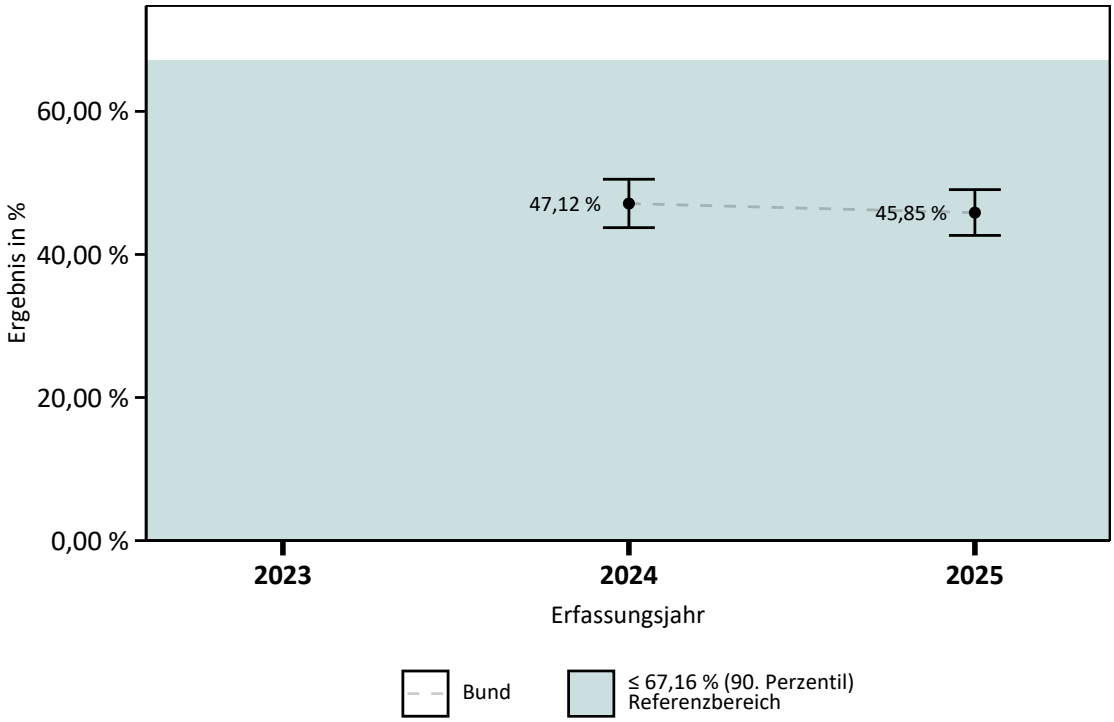
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit intra- oder postoperativen Komplikationen nach Lebertransplantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation und unter Ausschluss von Multiviszeraltransplantationen
Zähler	Patientinnen und Patienten, mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation
Referenzbereich	≤ 67,16 % (90. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

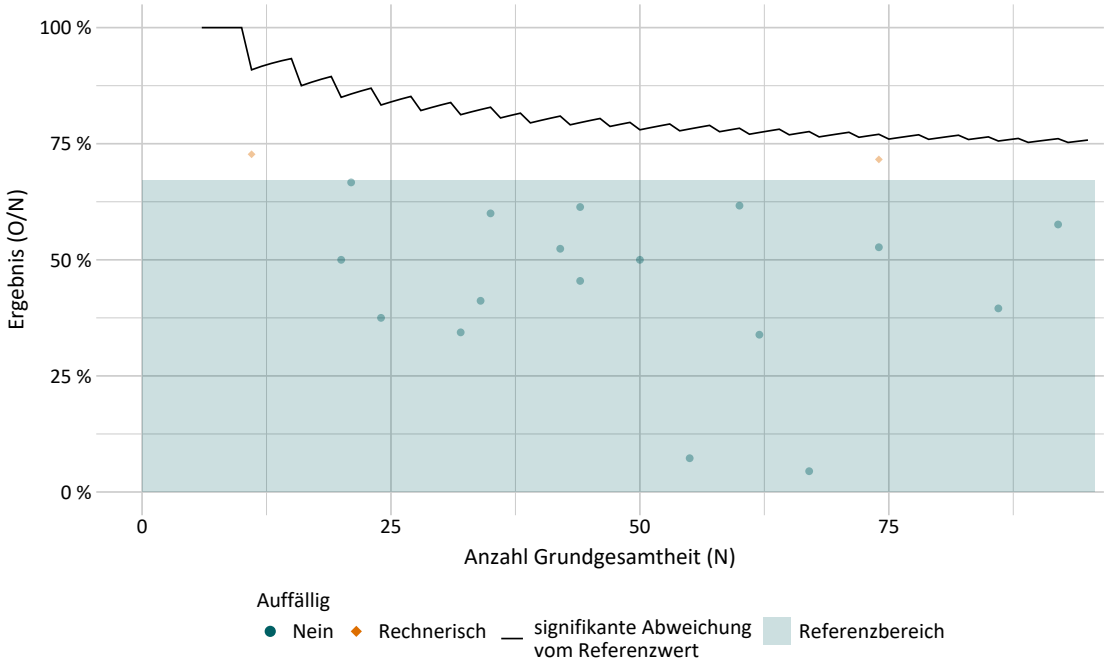
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	392 / 832	47,12	43,74 - 50,51
	2025	425 / 927	45,85	42,66 - 49,06

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	19	2	4,48	72,73	50,00

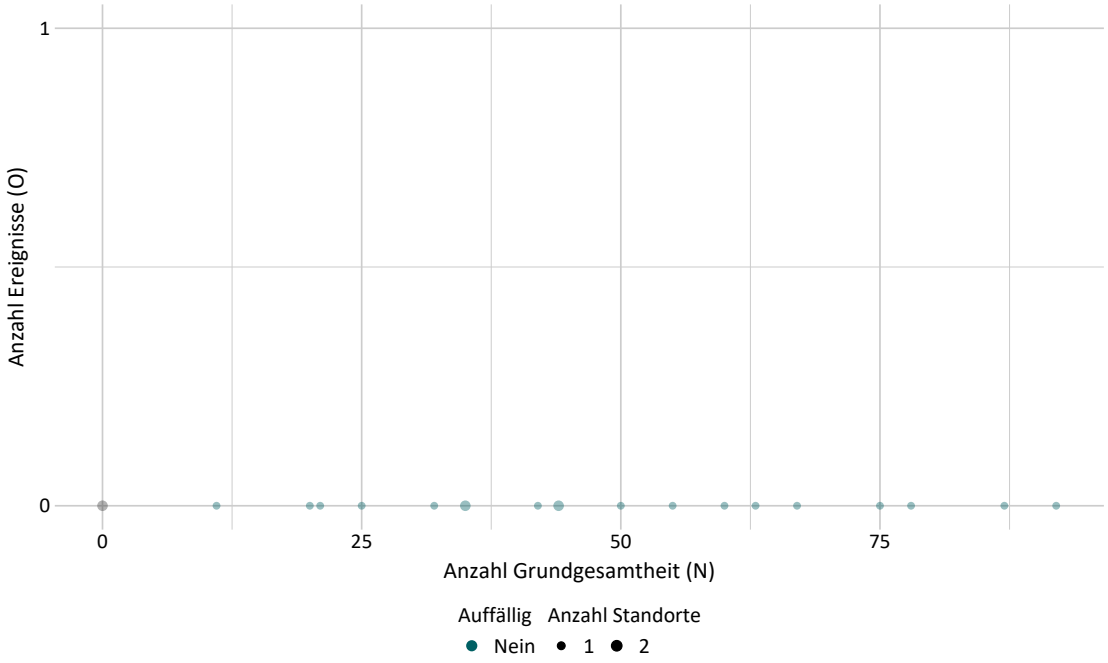
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852313: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-)Sterblichkeits-QIs und –Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2097: Tod durch operative Komplikationen 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2025 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

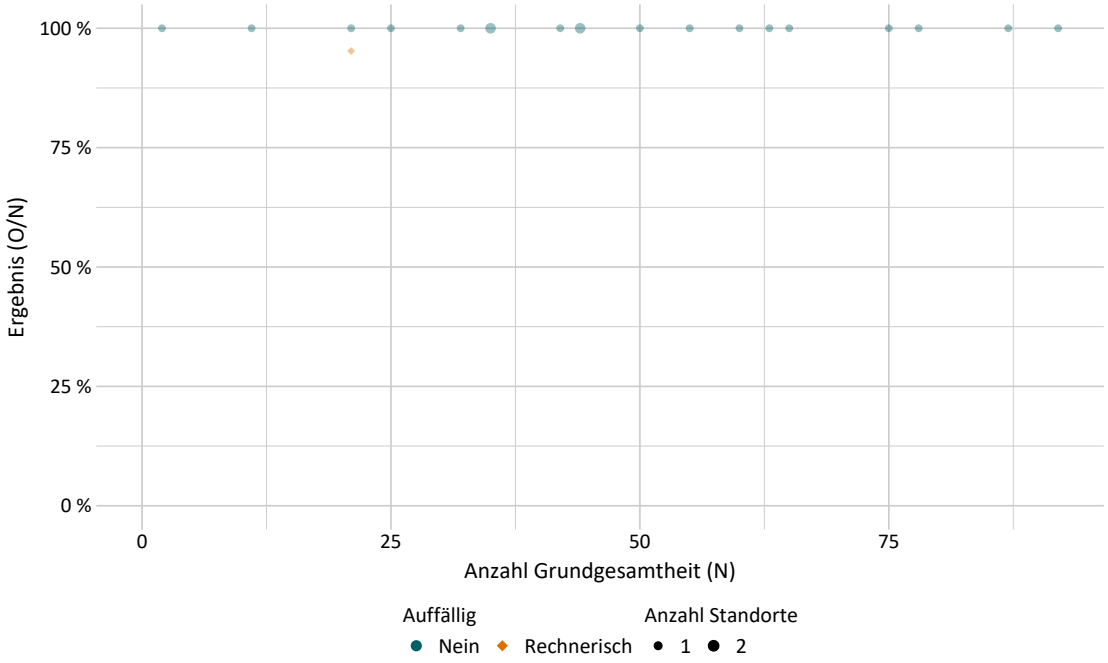
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 936	0,00	0,00 % 0 / 19

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850243: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 2097: Tod durch operative Komplikationen 2133: Postoperative Verweildauer
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	20	1	95,24	100,00	100,00

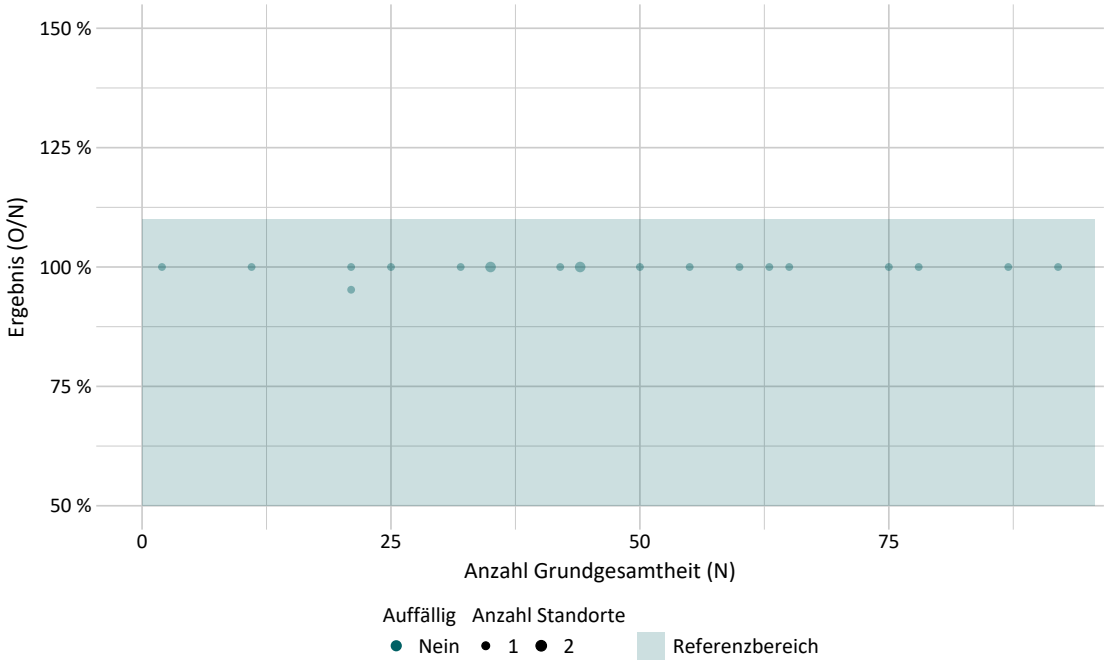
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	936 / 937	99,89	5,00 % 1 / 20

850244: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 2097: Tod durch operative Komplikationen 2133: Postoperative Verweildauer
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	20	0	95,24	100,00	100,00

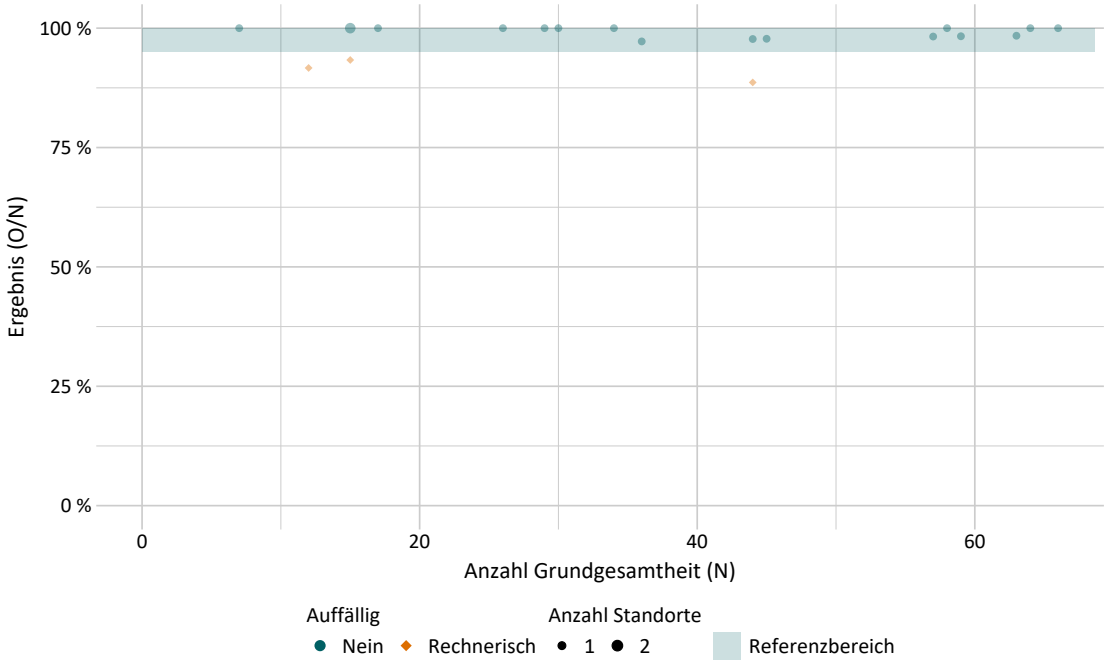
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	936 / 937	99,89	0,00 % 0 / 20

850263: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	20	3	88,64	100,00	100,00

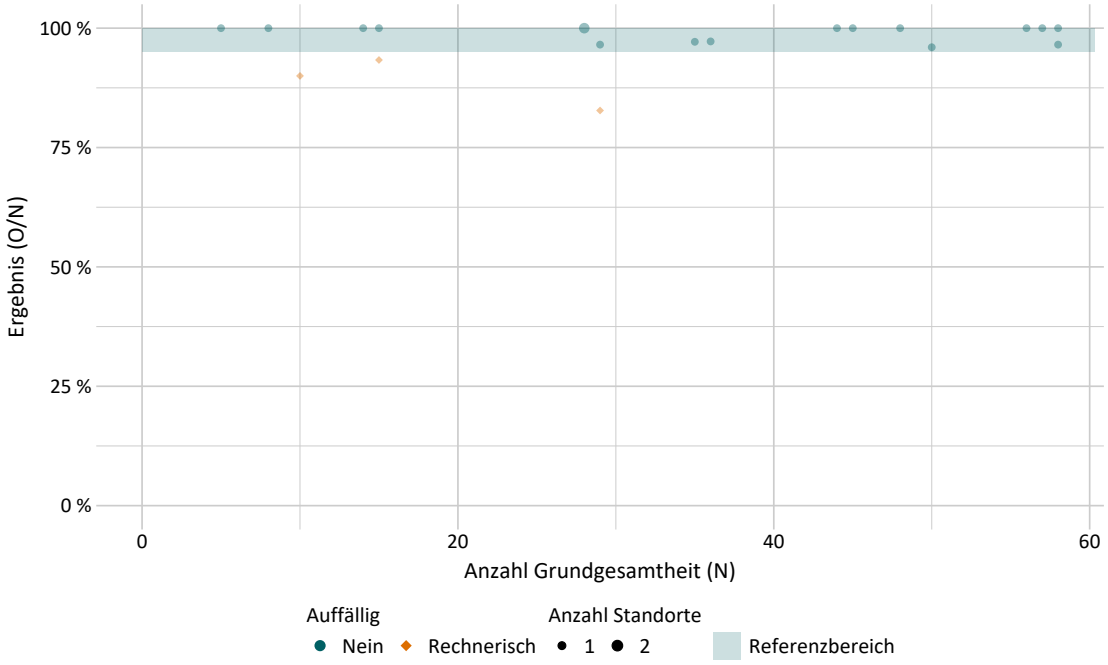
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	723 / 736	98,23	15,00 % 3 / 20

850264: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	20	3	82,76	100,00	100,00

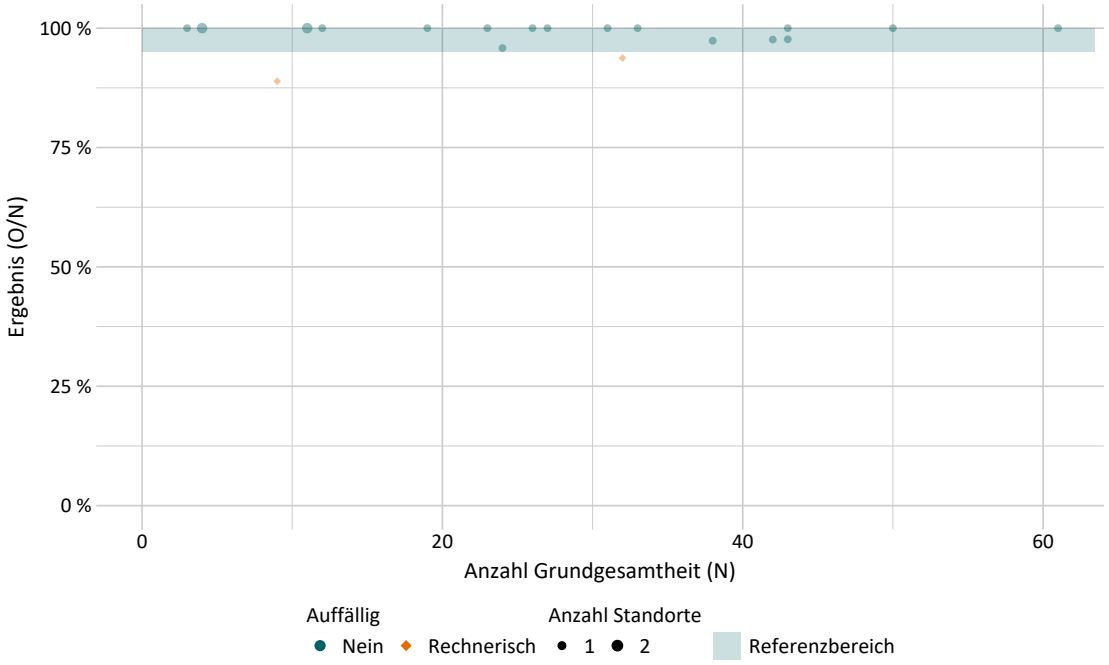
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	654 / 668	97,90	15,00 % 3 / 20

850265: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	21	2	88,89	100,00	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	539 / 546	98,72	9,52 % 2 / 21

Basisauswertung

Allgemeine Daten

	Bund (gesamt) N
Allgemein	
Anzahl Patientinnen und Patienten	902
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mind. einer Re-Transplantation während desselben stationären Aufenthaltes	48
Anzahl Transplantationen	977

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 902**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	101	11,20
1. Quartal	227	25,17
2. Quartal	209	23,17
3. Quartal	210	23,28
4. Quartal	155	17,18
Entlassungsquartal		
1. Quartal 2024	221	24,50
2. Quartal 2024	208	23,06
3. Quartal 2024	226	25,06
4. Quartal 2025	247	27,38

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 936**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 14 Tage	107	11,43
15 - 28 Tage	325	34,72
29 - 42 Tage	164	17,52
43 - 56 Tage	114	12,18
57 - 70 Tage	66	7,05
71 - 84 Tage	49	5,24
85 - 98 Tage	34	3,63
99 - 112 Tage	13	1,39
113 - 126 Tage	20	2,14
127 - 140 Tage	12	1,28
> 140 Tage	32	3,42

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer bei Patientinnen und Patienten < 7 Jahre (Tage)[4]	
Anzahl Fälle < 7 Jahre mit Angabe von Werten	79
Minimum	0,00
5. Perzentil	0,00
25. Perzentil	0,00
Median	1,00
Mittelwert	10,71
75. Perzentil	18,00
95. Perzentil	54,00
Maximum	76,00

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer bei Patientinnen und Patienten ≥ 7 Jahre (Tage)[5]	
Anzahl Fälle ≥ 7 Jahre mit Angabe von Werten	848
Minimum	0,00
5. Perzentil	0,00
25. Perzentil	0,00
Median	1,00
Mittelwert	8,14
75. Perzentil	8,75
95. Perzentil	41,00
Maximum	255,00
Postoperative Verweildauer bei Patientinnen und Patienten < 7 Jahre (Tage)[6]	
Anzahl Fälle < 7 Jahre mit Angabe von Werten	79
Minimum	1,00
5. Perzentil	14,00
25. Perzentil	23,00
Median	29,00
Mittelwert	39,54
75. Perzentil	47,00
95. Perzentil	95,00
Maximum	197,00

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer bei Patientinnen und Patienten ≥ 7 Jahre (Tage)[7]	
Anzahl Fälle ≥ 7 Jahre mit Angabe von Werten	848
Minimum	0,00
5. Perzentil	11,00
25. Perzentil	17,00
Median	25,00
Mittelwert	36,05
75. Perzentil	43,00
95. Perzentil	104,55
Maximum	249,00
Gesamtverweildauer (Tage)[8]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	936
Minimum	0,00
5. Perzentil	12,00
25. Perzentil	19,00
Median	31,00
Mittelwert	44,69
75. Perzentil	56,00
95. Perzentil	124,00
Maximum	486,00

[4] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts
[5] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts
[6] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts
[7] Dargestellt wird der Abstand zur ersten Transplantation während des stationären Aufenthalts
[8] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Basisdaten Empfängerinnen und Empfänger

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 902**	
Geschlecht		
(1) männlich	570	63,19
(2) weiblich	332	36,81
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 902**	
Altersverteilung		
< 1 Jahr	43	4,77
1 - 9 Jahre	41	4,55
10 - 19 Jahre	22	2,44
20 - 29 Jahre	41	4,55
30 - 39 Jahre	84	9,31
40 - 49 Jahre	122	13,53
50 - 59 Jahre	242	26,83
60 - 69 Jahre	278	30,82
70 - 79 Jahre	29	3,22
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	902
Minimum	0,00
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	39,00
Mittelwert	47,88
Median	54,00
75. Perzentil	62,00
95. Perzentil	68,00
Maximum	74,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 865**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	91	10,52
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	333	38,50
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	261	30,17
Adipositas (≥ 30)	180	20,81

Befunde Empfängerinnen und Empfänger

Indikation zur Lebertransplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 977**	
Indikation		
(A8) Acute hepatic failure-Fulm or Subfulm hep-Other drug related	8	0,82
(A10) Acute hepatic failure-Post operative	15	1,54
(A12) Acute hepatic failure-Others	33	3,38
(B1) Cholestatic disease-Secondary biliary cirrhosis	13	1,33
(B2) Cholestatic disease-Primary biliary cirrhosis	17	1,74
(B3) Cholestatic disease-Primary sclerosing cholangitis	98	10,03
(B4) Cholestatic disease-Others	23	2,35
(C2) Congenital biliary disease-Extrahepatic biliary atresia	46	4,71
(D1) Cirrhosis-Alcoholic cirrhosis	179	18,32
(D2) Cirrhosis-Autoimmune Cirrhosis	31	3,17
(D3) Cirrhosis-Virus B related cirrhosis	8	0,82
(D4) Cirrhosis-Virus C related cirrhosis	9	0,92
(D10) Cirrhosis-Other cirrhosis	57	5,83
(D11) Cirrhosis-Cryptogenic (unknown) cirrhosis	35	3,58
(E1) Cancers-Hepatocellular carcinoma and cirrhosis	178	18,22
(E3) Cancers-Hepatocellular carcinoma - Fibrolamellar	≤3	x
(F2) Metabolic diseases-Hemochromatosis	≤3	x
(F3) Metabolic dis-Alpha-1 - Antitrypsin deficiency	6	0,61
(F7) Metabolic diseases-Familial amyloïdotic polyneuropathy	0	0,00
(F8) Metabolic diseases-Primary hyperoxaluria	≤3	x
(F9) Metabolic diseases-Protoporphyria	0	0,00
(G) Budd Chiari	5	0,51

Indikation zur Lebertransplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 977**	
(H5) Benign liver tumors or Polycystic dis-Polycystic disease	27	2,76
(J) Other liver diseases	47	4,81
sonstige Indikation	139	14,23

Dringlichkeit der Transplantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 977**	
Dringlichkeit gemäß Medical Urgency Code ET-Status		
(1) HU (High Urgency)	92	9,42
(2) ACO (Approved Combined Organ)	6	0,61
(3) T (Transplantable)	879	89,97

MELD-Score (Model for End-stage Liver Disease)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit berechenbarem MELD-Score	**N = 872**	
Verteilung MELD-Score		
6 - 10	160	18,35
davon:		
verstorben	6	3,75
nicht verstorben	154	96,25

MELD-Score (Model for End-stage Liver Disease)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit berechenbarem MELD-Score	**N = 872**	
6 - 10 und verstorben	6	0,69
6 - 10 und nicht verstorben	154	17,66
11 - 20	295	33,83
davon:		
verstorben	24	8,14
nicht verstorben	271	91,86
11 - 20 und verstorben	24	2,75
11 - 20 und nicht verstorben	271	31,08
21 - 30	217	24,89
davon:		
verstorben	36	16,59
nicht verstorben	181	83,41
21 - 30 und verstorben	36	4,13
21 - 30 und nicht verstorben	181	20,76
31 - 40	200	22,94
davon:		
verstorben	34	17,00
nicht verstorben	166	83,00
31 - 40 und verstorben	34	3,90
31 - 40 und nicht verstorben	166	19,04

Sterblichkeit nach MELD-Score Klassen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

	verstorben	nicht verstorben	Gesamt
Bund (gesamt)			
6 - 10	6 **3,75 %**	154 **96,25 %**	160 **100,00 %**
11 - 20	24 **8,14 %**	271 **91,86 %**	295 **100,00 %**
21 - 30	36 **16,59 %**	181 **83,41 %**	217 **100,00 %**
31 - 40	34 **17,00 %**	166 **83,00 %**	200 **100,00 %**
Gesamt	100 **11,47 %**	772 **88,53 %**	872 **100,00 %**

Verteilung MELD-Score (match MELD ≤ MELD-Score)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit berechenbarem MELD-Score, Angaben zum match MELD und match MELD ≤ MELD-Score	**N = 43**	
Verteilung MELD-Score		
6 - 10	0	0,00
6 - 10 und verstorben	0	0,00
6 - 10 und nicht verstorben	0	0,00
11 - 20	8	18,60
11 - 20 und verstorben	0	0,00
11 - 20 und nicht verstorben	8	18,60
21 - 30	8	18,60
21 - 30 und verstorben	≤3	x
21 - 30 und nicht verstorben	6	13,95
31 - 40	15	34,88
31 - 40 und verstorben	4	9,30
31 - 40 und nicht verstorben	11	25,58

Sterblichkeit nach MELD-Score Klassen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

	verstorben	nicht verstorben	Gesamt
Bund (gesamt)			
6 - 10	0 -	0 -	0 -
11 - 20	0 **0,00 %**	8 **100,00 %**	8 **100,00 %**
21 - 30	≤3 **x %**	6 **75,00 %**	8 **100,00 %**
31 - 40	4 **26,67 %**	11 **73,33 %**	15 **100,00 %**
Gesamt	6 **13,95 %**	37 **86,05 %**	43 **100,00 %**

Verteilung MELD-Score (match MELD > MELD-Score)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit berechenbarem MELD-Score, Angaben zum match MELD und match MELD > MELD-Score	**N = 237**	
Verteilung MELD-Score		
6 - 10	103	43,46
6 - 10 und verstorben	≤3	x
6 - 10 und nicht verstorben	101	42,62
11 - 20	109	45,99
11 - 20 und verstorben	9	3,80
11 - 20 und nicht verstorben	100	42,19
21 - 30	24	10,13
21 - 30 und verstorben	≤3	x
21 - 30 und nicht verstorben	22	9,28
31 - 40	≤3	x
31 - 40 und verstorben	≤3	x
31 - 40 und nicht verstorben	0	0,00

Sterblichkeit nach MELD-Score Klassen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

	verstorben	nicht verstorben	Gesamt
Bund (gesamt)			
6 - 10	≤3 **x %**	101 **98,06 %**	103 **100,00 %**
11 - 20	9 **8,26 %**	100 **91,74 %**	109 **100,00 %**
21 - 30	≤3 **x %**	22 **91,67 %**	24 **100,00 %**
31 - 40	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**
Gesamt	14 **5,91 %**	223 **94,09 %**	237 **100,00 %**

	Bund (gesamt)	
	n	%
Transplantationen mit zugewiesenem match MELD	**N = 361**	
Begründung für match MELD		
(0) non-standard-exception	49	13,57
(1) standard-exception	240	66,48
(2) pädMELD (PELD)	72	19,94

Basisdaten Spenderinnen und Spender

Spendertyp

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 977**	
Typ		
(1) hirntot	909	93,04
(2) Domino	≤3	x
(3) lebend	65	6,65

Alter der Spenderinnen und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 977**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	68	6,96
20 - 29 Jahre	75	7,68
30 - 39 Jahre	113	11,57
40 - 49 Jahre	122	12,49
50 - 59 Jahre	166	16,99
60 - 69 Jahre	213	21,80
70 - 79 Jahre	154	15,76
≥ 80 Jahre	66	6,76

Einsatz eines Perfusionssystems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 977**	
Einsatz eines Perfusionssystems		
(0) nein	559	57,22
(1) ja, hypotherm	349	35,72
(2) ja, normotherm	60	6,14
(3) ja, hypotherm und normotherm	9	0,92

Transplantation

Typ des Leberspenderorgans

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 977**	
Typ des Leberspenderorgans		
(1) full size	855	87,51
(2) split	122	12,49

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 977**	
OPS[9]		
(5-504.0) Lebertransplantation: Komplett (gesamtes Organ)	823	84,24
(5-504.1) Lebertransplantation: Partiell (Split-Leber)	117	11,98
(5-504.2) Lebertransplantation: Auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum eigenen Organ)	0	0,00
(5-504.3) Lebertransplantation: Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts	33	3,38
(5-504.4) Lebertransplantation: Retransplantation, partiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthalts	5	0,51
(5-504.5) Lebertransplantation: Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthalts	0	0,00
(5-504.x) Lebertransplantation: Sonstige	≤3	x
(5-504.y) Lebertransplantation: N.n.bez.	≤3	x

[9] Mehrfachnennung möglich

HCC

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 977**	
HCC vor Transplantation bekannt		
(0) nein	781	79,94
(1) ja	196	20,06
HCC im Explantat		
(0) nein	823	84,24
(1) ja	154	15,76

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen	**N = 977**	
Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation		
(0) nein	968	99,08
(1) ja	9	0,92
Abbruch der Transplantation		
(0) nein	971	99,39
(1) ja	6	0,61

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Transplantationen ohne Abbruch	**N = 977**	
Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	389	39,82
(1) Blutungen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad III, IV oder V fallen	30	3,07
(2) Infektionen, die nicht unter die Clavien-Dindo-Klassifikation Grad I, III, IV oder V fallen	70	7,16
(3) Grad III nach Clavien-Dindo (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	288	29,48
(4) Grad IV nach Clavien-Dindo (lebensbedrohliche Komplikation)	50	5,12
(5) Grad V nach Clavien-Dindo (Tod)	97	9,93
(8) sonstige Komplikationen	53	5,42

Entlassung Empfängerinnen und Empfänger

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 902**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	532	58,98
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	197	21,84
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	4	0,44
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	35	3,88
(07) Tod	88	9,76
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[10]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	41	4,55
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[11]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[12]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 902**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[13]		
(1) ja	0	0,00

[10] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[11] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[12] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[13] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 88**	
Todesursache		
(A1) Intraoperative death (death on table)	≤3	x
(B1) Infection-Bacterial infection	15	17,05
(B2) Infection-Viral infection	0	0,00
(B3) Infection-HIV	0	0,00
(B4) Infection-Fungal infection	11	12,50
(B5) Infection-Parasitic infection	0	0,00
(B6) Infection-Other known infect	≤3	x
(C1) Liver complications-Acute rejection	0	0,00
(C10) Liv complic-Recurrence of original dis=Virus C	0	0,00
(C11) Liv complic-Recurrence of original dis=Virus D	0	0,00
(C12) Liv complic-Recurrence of original dis=Alcoholic	0	0,00
(C13) Liv complic-Recurrence of original dis=PBC	0	0,00
(C14) Liv complic-Recurrence of original dis=PSC	0	0,00
(C15) Liv complic-Recurrence of original dis=Autoimmune	≤3	x
(C16) Liv complic-Recurrence of original dis=Budd Chiari	0	0,00

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 88**	
(C17) Liv complic-Recur of orig dis=Other non tumoral	0	0,00
(C18) Liver complic-De novo hepatitis B virus	0	0,00
(C19) Liver complications-De novo hepatitis C virus	0	0,00
(C2) Liver complications-Chronic rejection	0	0,00
(C20) Liver complications-De novo hepatitis D virus	0	0,00
(C21) Liver complic-Massive hemorrhagic necrosis	≤3	x
(C22) Liver complications-Other viral hepatitis	0	0,00
(C23) Liver complications-Infection	0	0,00
(C24) Liver complications-Other	4	4,55
(C3) Liver complications-Arterial thrombosis	4	4,55
(C4) Liver complic-Hepatic vein thrombosis	≤3	x
(C5) Liver complic-Primary N-function (Retx or death ≤ 7d)	≤3	x
(C6) Liv complic-Primary dysfunction (Retx or death > 7d)	≤3	x
(C7) Liver complic-Anastomotic biliary complic	0	0,00
(C8) Liver complic-Non anastomotic biliary complic	≤3	x
(C9) Liver complic-Recurrence of original dis=Virus B	0	0,00
(D1) Gastrointestinal complications-GI haemorrhage	≤3	x
(D2) Gastrointestinal complications-Pancreatitis	≤3	x
(D3) Gastrointestinal complic-Visceral perforation	0	0,00
(D4) Gastrointestinal complications-Other	≤3	x
(E1) Cardiovascular complications-Myocardial infarction	0	0,00
(E2) Cardiovascular complications-Other cause	6	6,82
(F1) Cerebrovascular complications-Intracranial haemorrhage	4	4,55
(F2) Cerebrovascular complications-Ischemic stroke	≤3	x

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 88**	
(F3) Cerebrovascular complications-Cerebral oedema	0	0,00
(F4) Cerebrovascular complications-Cerebral infection	0	0,00
(G1) Tumor-Recurrence of original tumor	0	0,00
(G2) Tumor-Recurrence of previously unrelated tumor	0	0,00
(G3) Tumor-De novo solid organ tumor	0	0,00
(G4) Tumor-Donor transmitted tumor	0	0,00
(G5) Tumor-Lympho proliferation disease	0	0,00
(H1) Kidney failure	0	0,00
(H2) Urinary tract infection	0	0,00
(I1) Pulmonary complications-Embolism	0	0,00
(I2) Pulmonary complications-Infection	≤3	x
(J1) Social complic-Non compliance immunosup therapy	0	0,00
(J2) Social complications-Suicide	0	0,00
(J3) Social complications-Trauma (Motor, Vehicle,..)	0	0,00
(K1) Bone marrow depression	0	0,00
(L1) Other cause	21	23,86
(M1) Not available	≤3	x

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-LLS: Leberlebendspenden

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Leberlebendspenden. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026

Abgabe 14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 9

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 11

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende 13

Details zu den Ergebnissen 16

2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 17

12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 20

Details zu den Ergebnissen 23

12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 24

Details zu den Ergebnissen 27

12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 29

Details zu den Ergebnissen 32

262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 34

2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 36

12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 39

Details zu den Ergebnissen 42

12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 43

Details zu den Ergebnissen 46

12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 47

Details zu den Ergebnissen 50

12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) ... 51

Details zu den Ergebnissen ... 54

12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) ... 55

Details zu den Ergebnissen ... 58

12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende) ... 59

Details zu den Ergebnissen ... 62

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 63

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 63

852312: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden ... 63

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 65

850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 65

850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 67

850260: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up ... 69

850261: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up ... 71

850262: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up ... 73

Basisauswertung ... 75

Basisdaten Spenderinnen und Spender ... 75

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 75

Geschlecht ... 77

Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag ... 78

Body Mass Index (BMI) ... 79

Operation ... 80

Operation (nach OPS) ... 80

Resezierte Lebersegmente ... 80

Gewicht der entnommenen Leber ... 81

Verlauf ... 82

Komplikationen ... 82

Entlassung ... 84

Einleitung

Die Leber ist das wichtigste Organ für den menschlichen Stoffwechsel. Patientinnen und Patienten mit chronischem oder akutem Leberversagen können nur durch eine Transplantation überleben. Da die Zahl der Spenderorgane den Bedarf bei Weitem nicht deckt, sterben jedes Jahr viele Patientinnen und Patienten während der Wartezeit auf ein Spenderorgan. Eine Leberlebendspende durch nahestehende Personen kann hier eine Therapiemöglichkeit sein. Aufgrund des besonderen anatomischen Aufbaus der Leber in Form mehrerer Segmente und ihrer großen Regenerationsfähigkeit ist es möglich, Teile der Leber von einer lebenden Spenderin oder einem lebenden Spender auf eine Empfängerin oder einen Empfänger zu übertragen. Die Leberlebendspende stellt insbesondere in der Transplantationschirurgie bei Kindern eine Möglichkeit dar, die Verfügbarkeit von Organen zu verbessern und so die Therapiemöglichkeiten für leberkranke Kinder zu ergänzen.

Lebendorganspenden sind von einer intensiven ethischen Diskussion begleitet, da hier Operationen an gesunden Menschen durchgeführt werden. Voraussetzungen für eine Lebendspende sind der gute Gesundheitszustand der Spenderin bzw. des Spenders und die Freiwilligkeit der Spende. Vor diesem Hintergrund erlaubt das deutsche Transplantationsgesetz die Leberlebendspende ausschließlich an Verwandte ersten und zweiten Grades, an Ehegatten und Verlobte sowie andere Personen, „die der Spenderin bzw. dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“. Zum Schutz der Spenderin bzw. des Spenders, deren Sicherheit und Gesundheit höchste Priorität haben, muss vor jeder Lebendspende die Stellungnahme einer unabhängigen Lebendspende-Kommission vorliegen.

Der Leistungsbereich Leberlebendspende bezieht sich ausschließlich auf die Spenderin bzw. den Spender. Bei der Lebendspende soll durch bestmögliche Qualität der medizinischen Behandlung und durch sorgfältige Bewertung der Spenderin bzw. des Spenders vor dem Eingriff ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden. Es gilt, jede Komplikation für die Spenderin bzw. den Spender zu vermeiden. Die Qualitätsindikatoren beziehen sich dementsprechend auf die Erfassung der Sterblichkeit bzw. der Überlebensraten der Spenderin und der Spender im Langzeitverlauf, auf den Erhalt derer Leberfunktion sowie auf Komplikationen im Zusammenhang mit dem Eingriff.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Leberlebendspende (TX-LLS) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	67 67 0	67	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	9		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	9	9	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	9	9	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

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

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

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

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	Sentinel Event	x % O = ≤3 N = 67
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 67
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 47
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 34
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 33
262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	Sentinel Event	O = 0 N = 114
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 67
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 47

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 34
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 33
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	Sentinel Event	x % O = ≤3 N = 28
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 18
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 21

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852312	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden	= 0	0,00 0 / 67	0,00 % 0 / 9

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,00 % 67 / 67	0,00 % 0 / 9
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,00 % 67 / 67	0,00 % 0 / 9
850260	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	88,68 % 47 / 53	33,33 % 2 / 6
850261	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	91,89 % 34 / 37	25,00 % 2 / 8
850262	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	94,29 % 33 / 35	20,00 % 2 / 10

© IQTIG 2026

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende

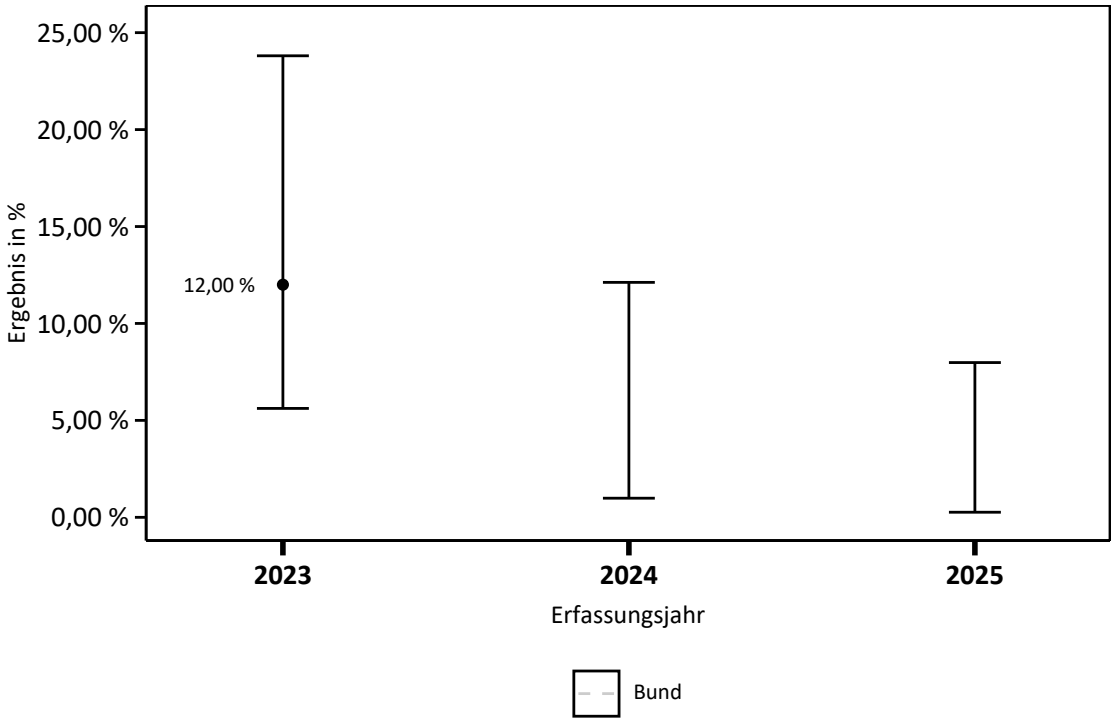
Qualitätsziel	Selten operative oder allgemeine Komplikationen bei der Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation (Grad 2 bis 4 nach Clavien-Dindo)
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

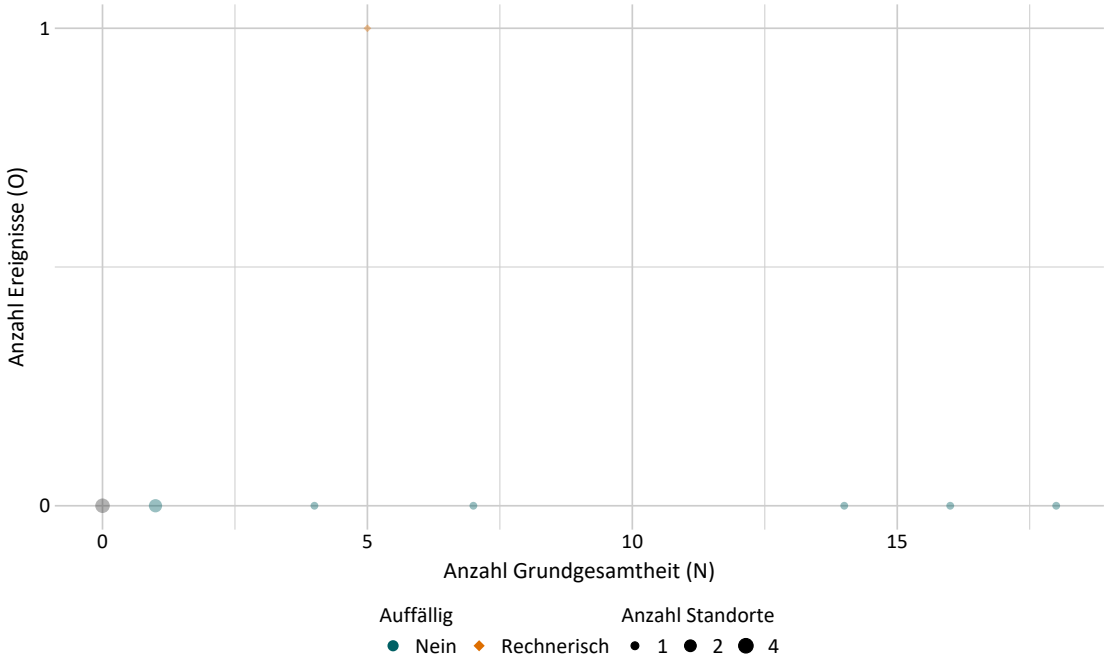
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	6 / 50	12,00	5,62 - 23,80
	2024	≤3 / 56	x	0,98 - 12,12
	2025	≤3 / 67	x	0,26 - 7,98

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	9	1	0,00	20,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 2128** **Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende**	x % ≤3/67
1.1.1	ID: 26_22004 Blutung	0,00 % 0/67
1.1.2	ID: 26_22005 Gallenwegskomplikation	0,00 % 0/67
1.1.3	ID: 26_22006 Sekundäre Wundheilung	0,00 % 0/67
1.1.4	ID: 26_22007 Ileus	0,00 % 0/67
1.1.5	ID: 26_22008 akutes Leberversagen	0,00 % 0/67
1.1.6	ID: 26_22009 Thrombose	x % ≤3/67
1.1.7	ID: 26_22010 Lungenembolie	0,00 % 0/67
1.1.8	ID: 26_22011 Pneumonie	0,00 % 0/67
1.1.9	ID: 26_22012 Sonstige Komplikation	x % ≤3/67

2125: Sterblichkeit im Krankenhaus

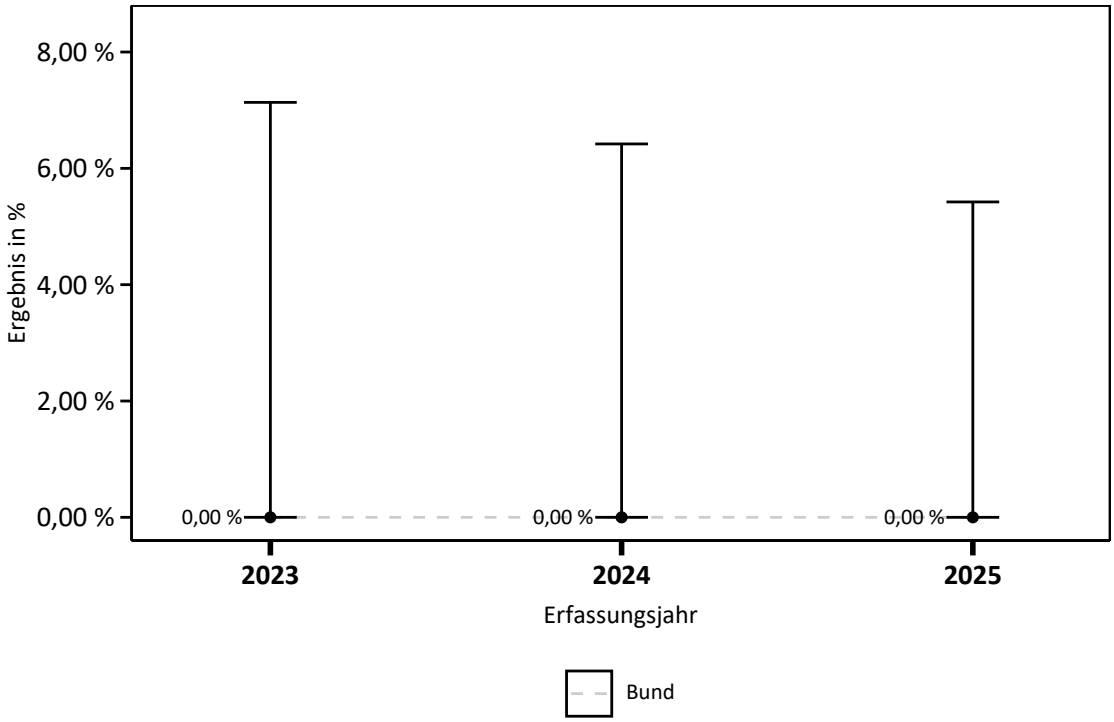
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. -spender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Verstorbene Leberlebendspenderin bzw. verstorbener Lebendspender
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

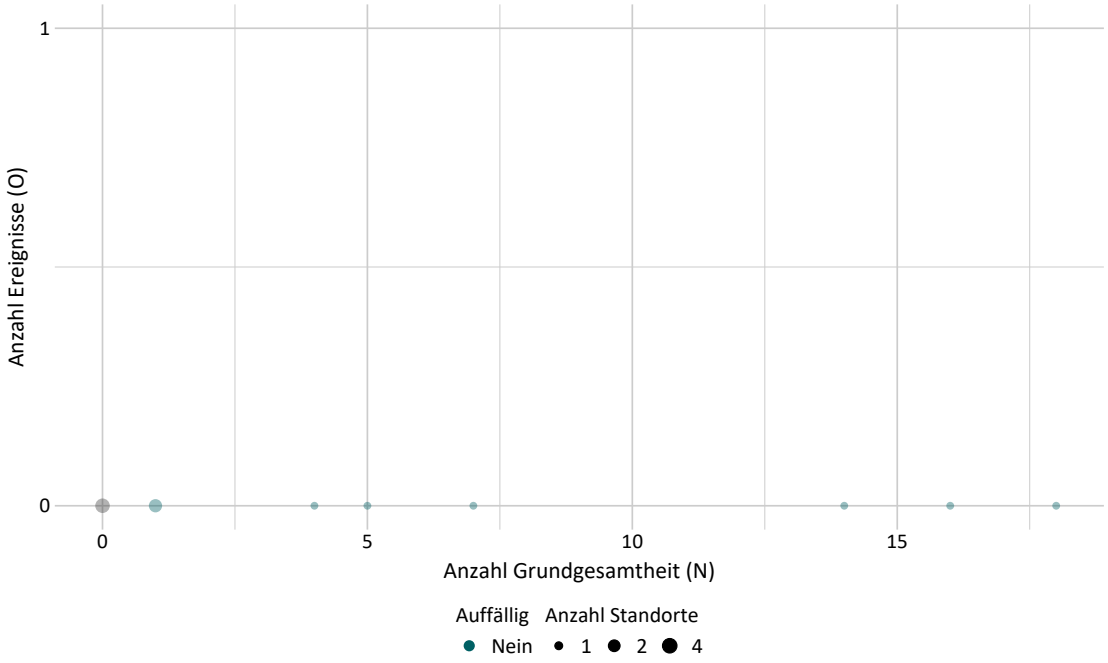
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 50	0,00	0,00 - 7,13
	2024	0 / 56	0,00	0,00 - 6,42
	2025	0 / 67	0,00	0,00 - 5,42

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	9	0	0,00	0,00	0,00

12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende

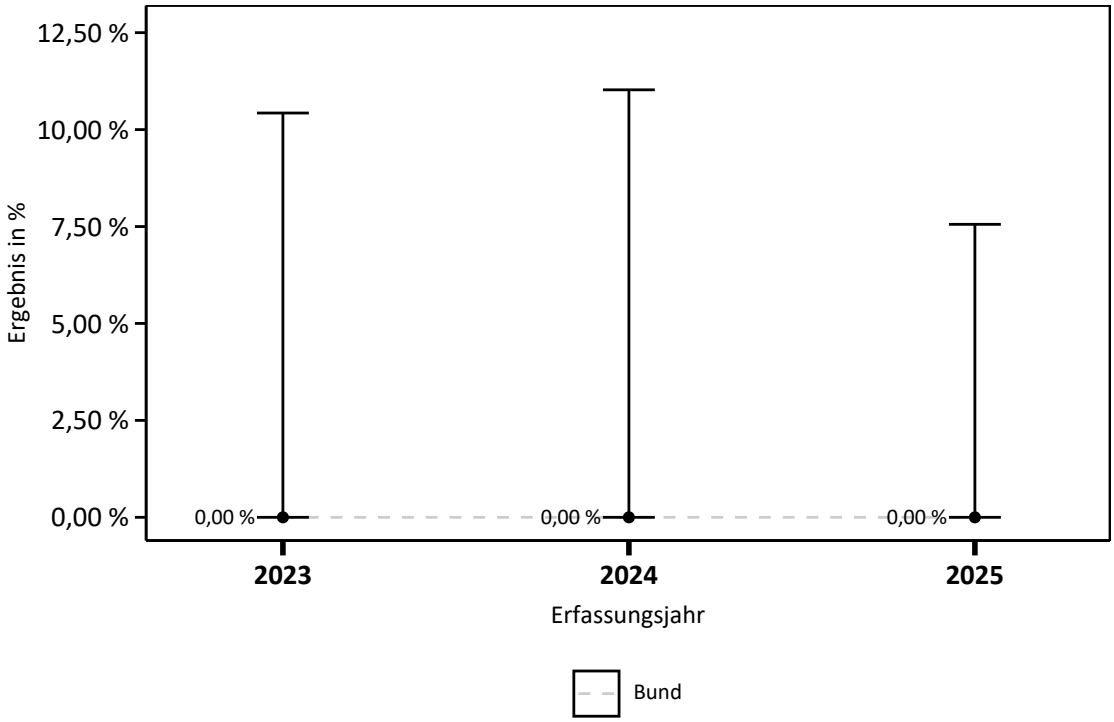
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

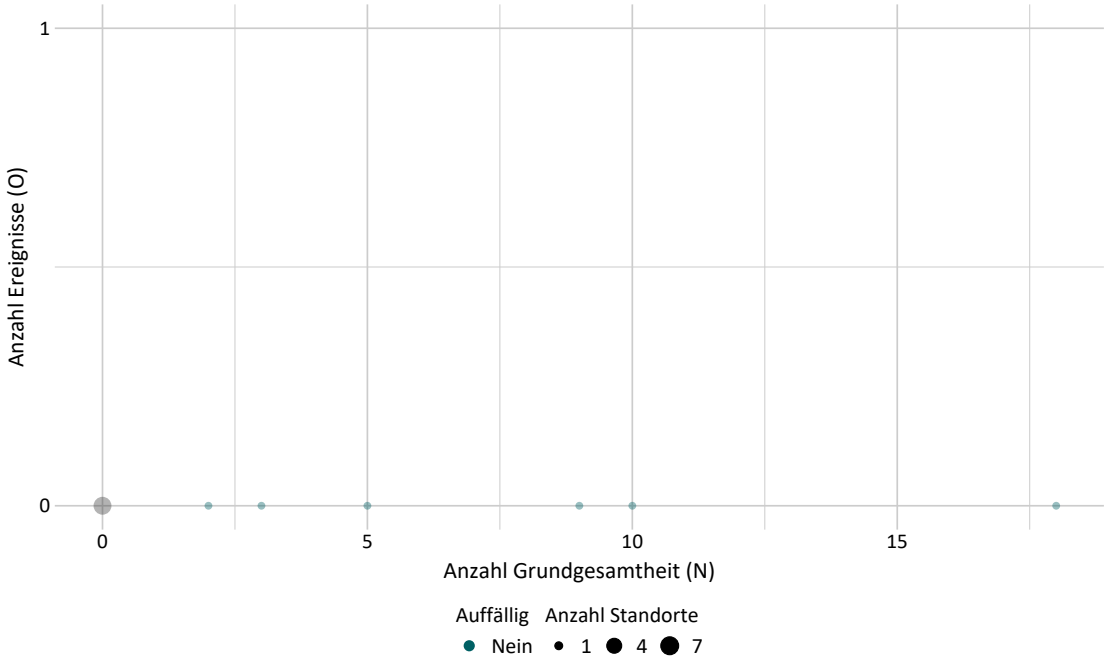
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43
	2024	0 / 31	0,00	0,00 - 11,03
	2025	0 / 47	0,00	0,00 - 7,56

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	6	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 26_22013 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 53/53
3.1.1	ID: 26_22014 davon lebend entlassen	100,00 % 53/53
3.1.1.1	ID: 26_22015 Status bekannt	88,68 % 47/53
3.1.1.1.1	ID: 26_22016 davon lebend	100,00 % 47/47
3.1.1.1.2	ID: 26_22017 verstorben innerhalb von 1 Jahr	0,00 % 0/47
3.1.1.2	ID: 26_22019 Status unbekannt	11,32 % 6/53
3.1.1.3	ID: 26_22020 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	11,32 % 6/53

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 1-Jahres-Versterben	
3.2.1	ID: 26_22021 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 53/53
3.2.2	1-Jahres-Versterben	
3.2.2.1	**ID: 12296** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende**	0,00 % 0/47
3.2.2.2	ID: 26_22022 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/53

12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende

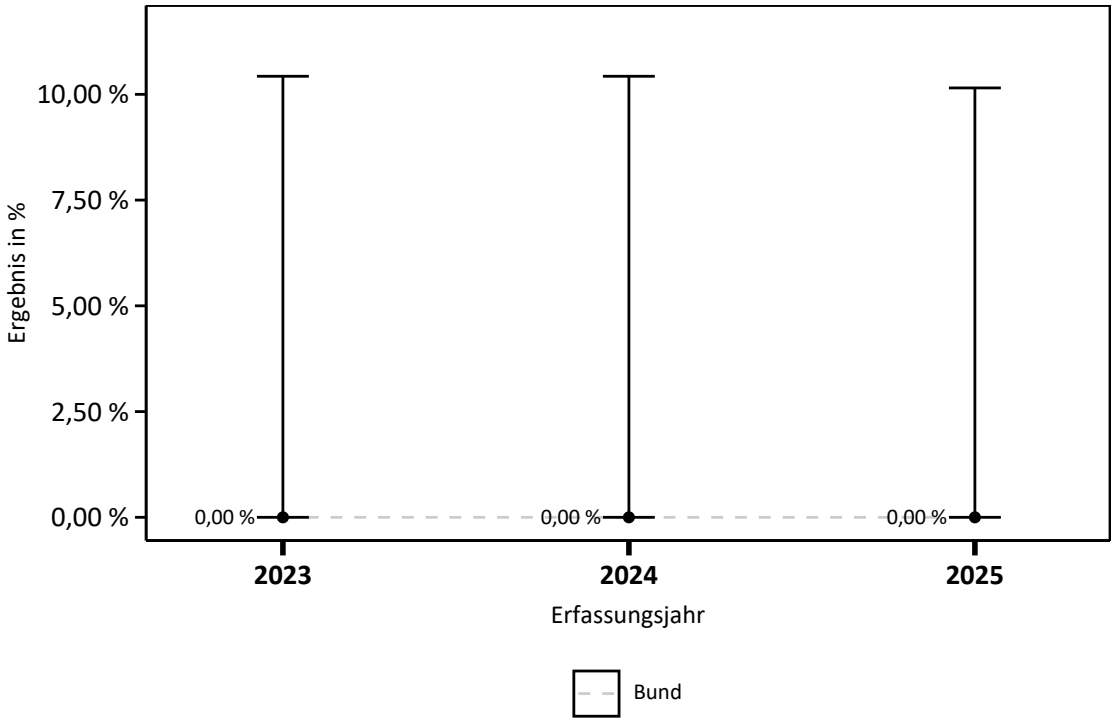
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

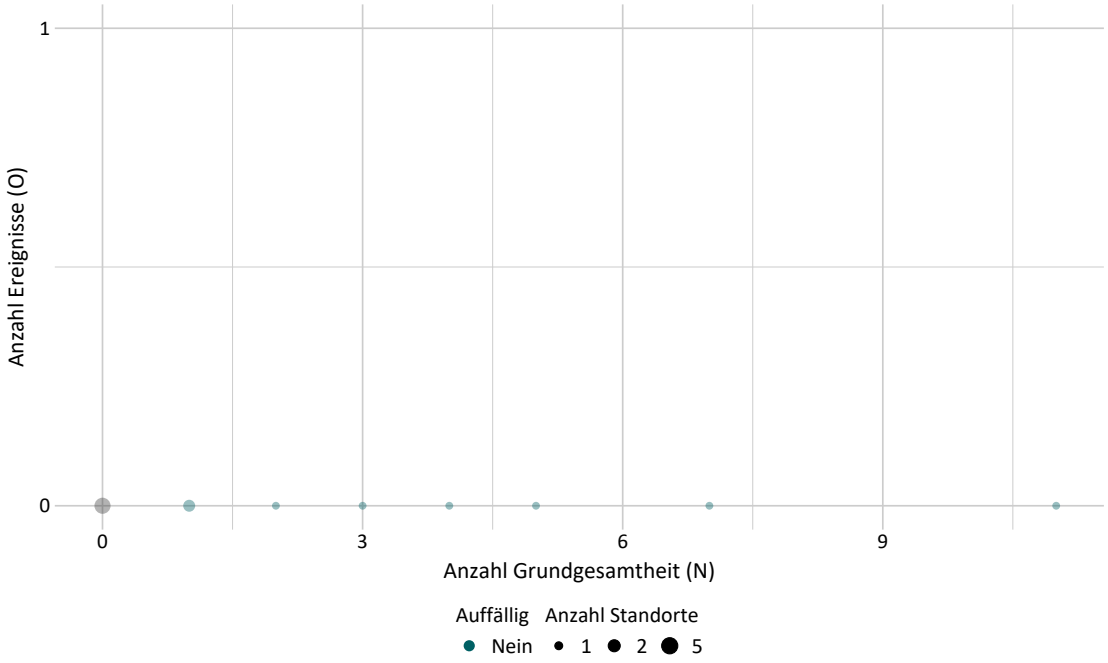
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43
	2024	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43
	2025	0 / 34	0,00	0,00 - 10,15

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	8	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 26_22023 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 37/37
4.1.1	ID: 26_22024 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	100,00 % 37/37
4.1.1.1	ID: 26_22025 Status bekannt	91,89 % 34/37
4.1.1.1.1	ID: 26_22026 davon lebend	100,00 % 34/34
4.1.1.1.2	ID: 26_22027 verstorben innerhalb von 2 Jahren	0,00 % 0/34
4.1.1.2	ID: 26_22029 Status unbekannt	x % ≤3/37
4.1.1.3	ID: 26_22030 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	x % ≤3/37

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 2-Jahres-Versterben	
4.2.1	ID: 26_22031 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 37/37
4.2.2	1-Jahres-Versterben	
4.2.2.1	ID: 26_22032 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	0,00 % 0/34
4.2.2.2	ID: 26_22033 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/37
4.2.2.3	ID: 26_22034 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	x % ≤3/37
4.2.3	2-Jahres-Versterben	
4.2.3.1	**ID: 12308** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende**	0,00 % 0/34

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.2	ID: 26_22035 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/37

12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

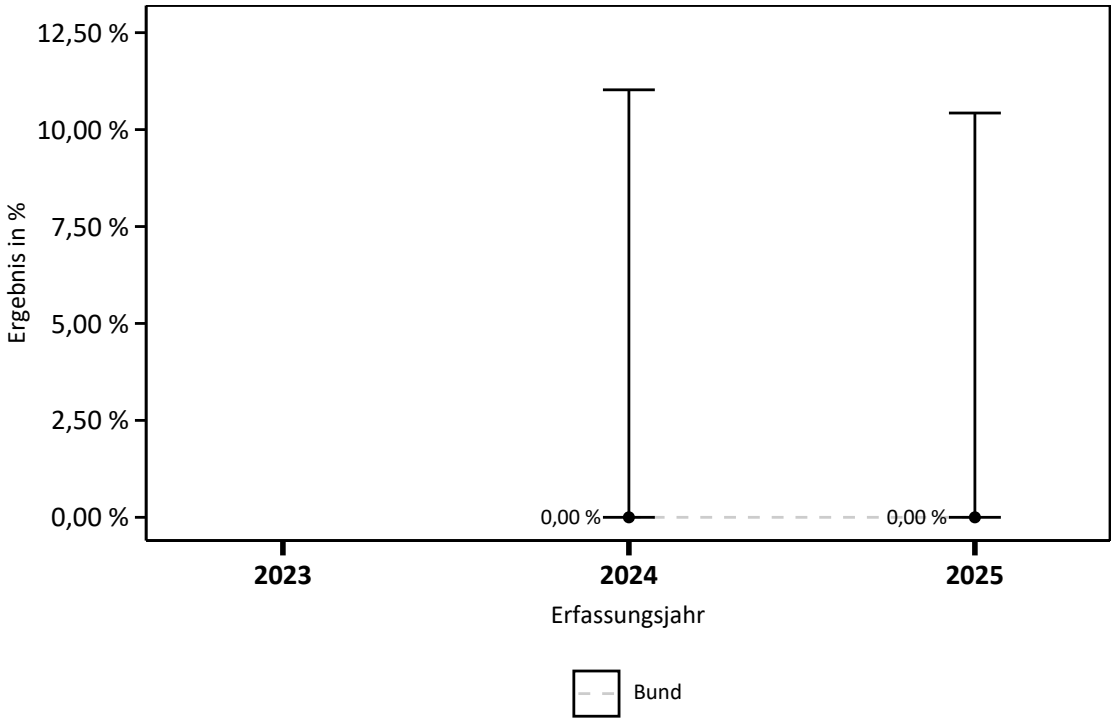
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

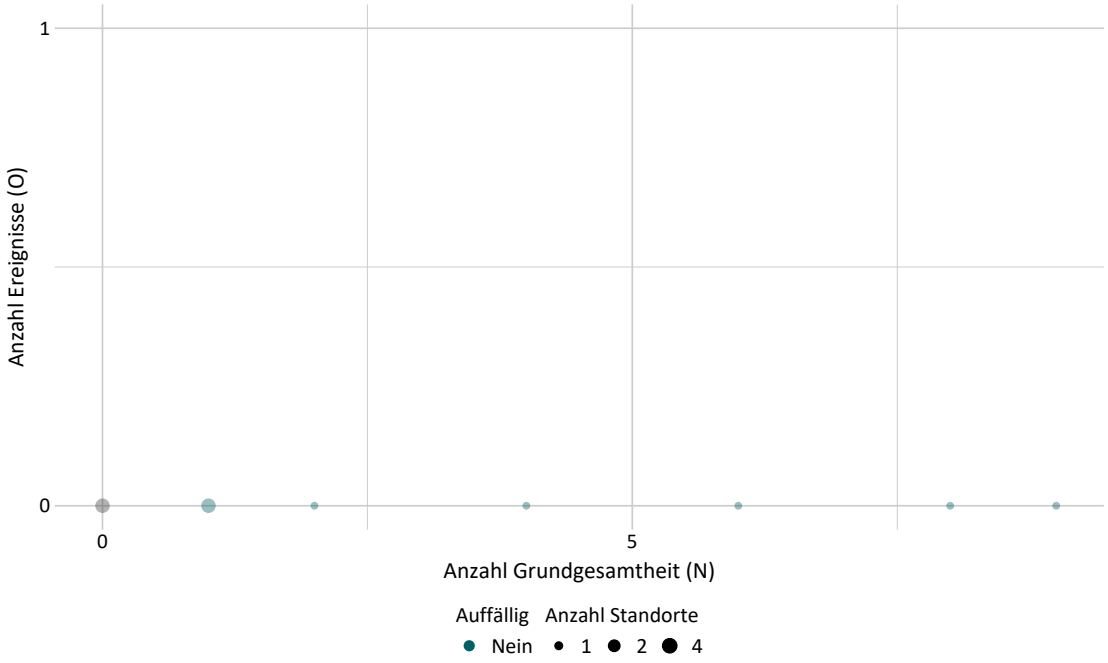
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	0 / 31	0,00	0,00 - 11,03
	2025	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	9	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 26_22036 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 35/35
5.1.1	ID: 26_22037 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	100,00 % 35/35
5.1.1.1	ID: 26_22038 Status bekannt	94,29 % 33/35
5.1.1.1.1	ID: 26_22039 davon lebend	100,00 % 33/33
5.1.1.1.2	ID: 26_22040 verstorben innerhalb von 3 Jahren	0,00 % 0/33
5.1.1.2	ID: 26_22042 Status unbekannt	x % ≤3/35
5.1.1.3	ID: 26_22043 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	x % ≤3/35

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Verlauf 3-Jahres-Versterben	
5.2.1	ID: 26_22044 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 35/35
5.2.2	1-Jahres-Versterben	
5.2.2.1	ID: 26_22045 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	0,00 % 0/35
5.2.2.2	ID: 26_22046 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/35
5.2.2.3	ID: 26_22047 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	0,00 % 0/35
5.2.3	2-Jahres-Versterben	
5.2.3.1	ID: 26_22048 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	0,00 % 0/35

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.3.2	ID: 26_22049 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/35
5.2.3.3	ID: 26_22050 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	0,00 % 0/35
5.2.3	3-Jahres-Versterben	
5.2.3.1	**ID: 12324** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende**	0,00 % 0/33
5.2.3.2	ID: 26_22051 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/35

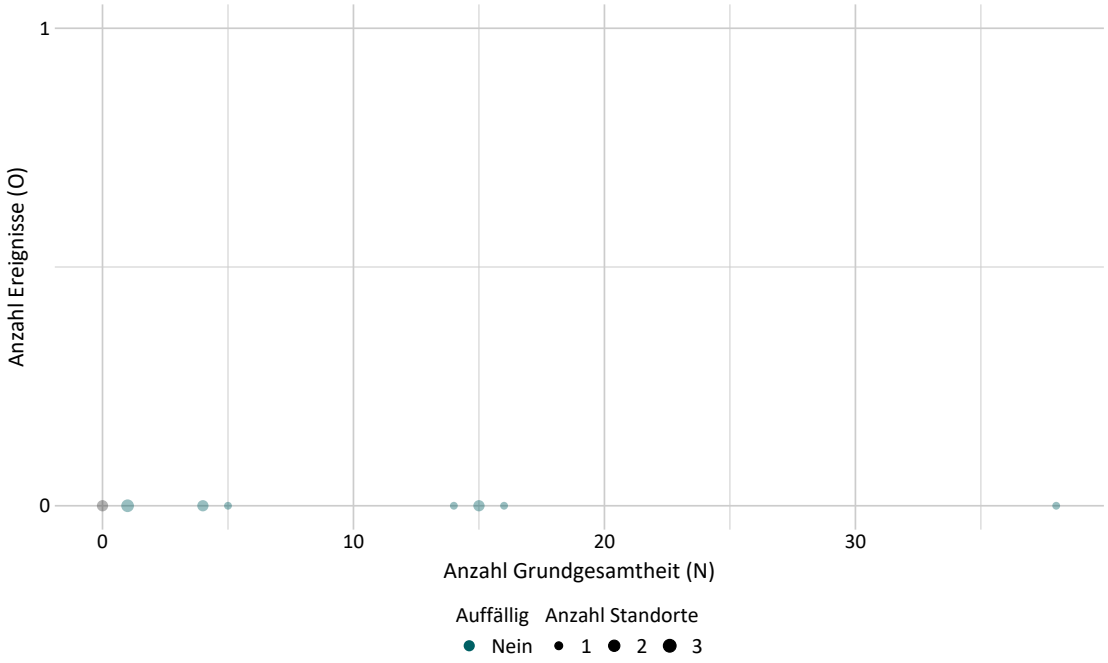
262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Leberlebendspende, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist und zeitgerecht dokumentiert wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2023**	0 / 60	0
	2024	0 / 95	0
	2025	0 / 114	0

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Fall / Fälle	Maximum in Fall / Fälle	Median in Fall / Fälle
2025	11	0	0,00	0,00	0,00

2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich

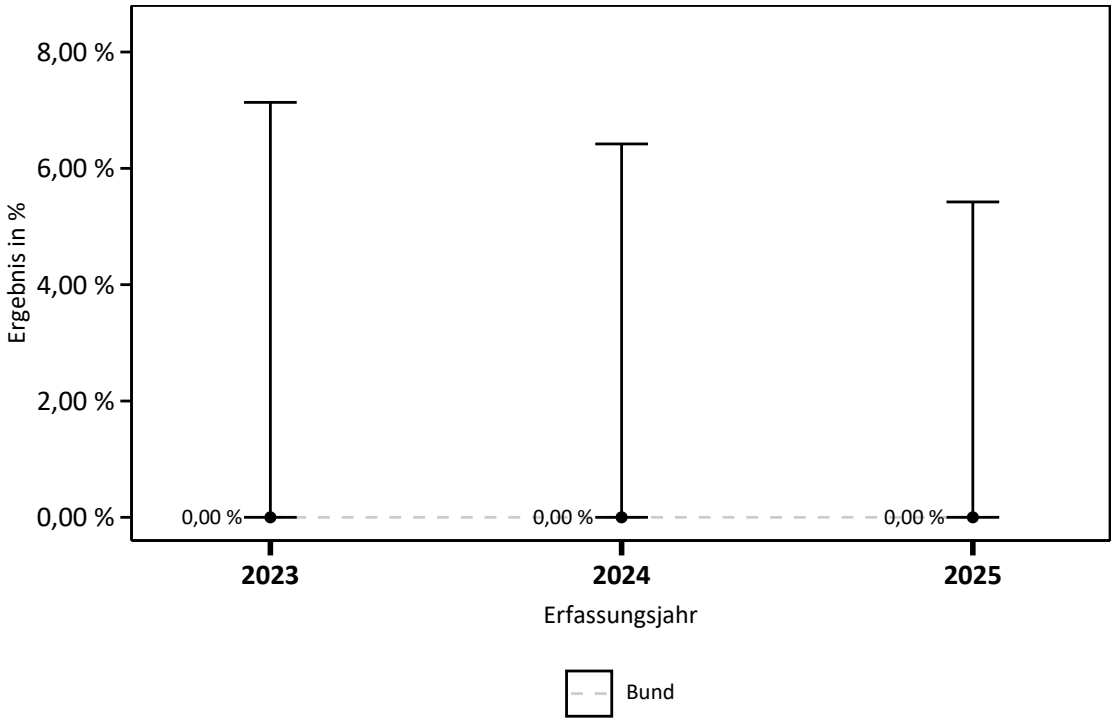
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation nach Leberlebendspende erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, bei denen eine Lebertransplantation nach Leberlebendspende erforderlich wurde
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

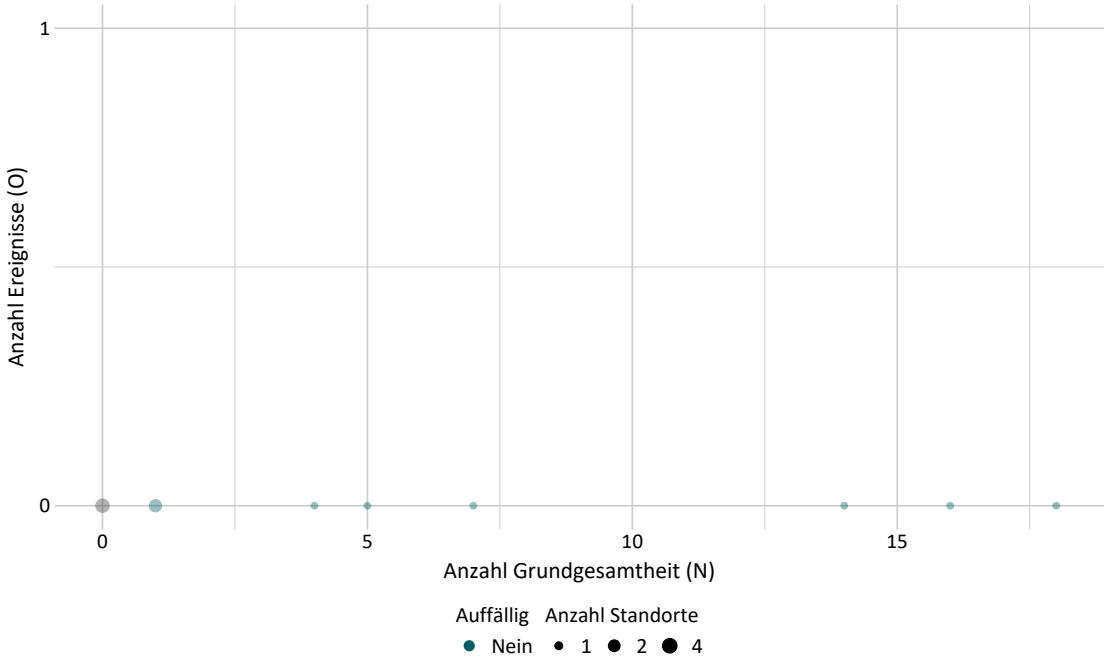
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 50	0,00	0,00 - 7,13
	2024	0 / 56	0,00	0,00 - 6,42
	2025	0 / 67	0,00	0,00 - 5,42

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	9	0	0,00	0,00	0,00

12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich

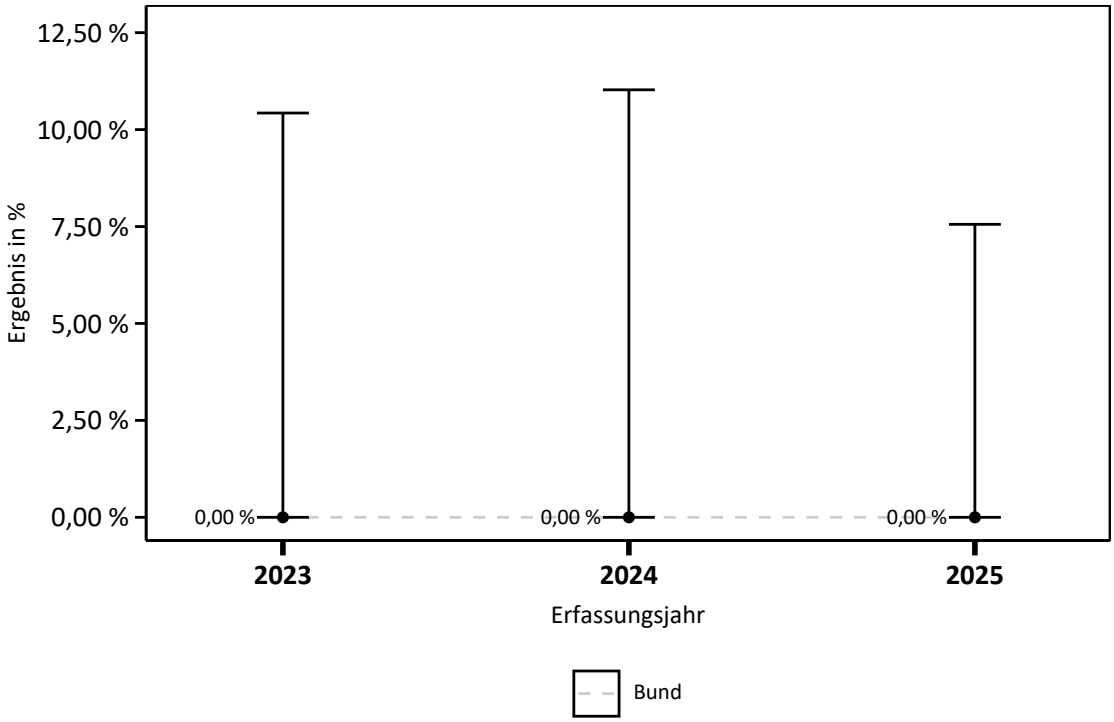
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind, und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende eine Lebertransplantation erforderlich ist
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

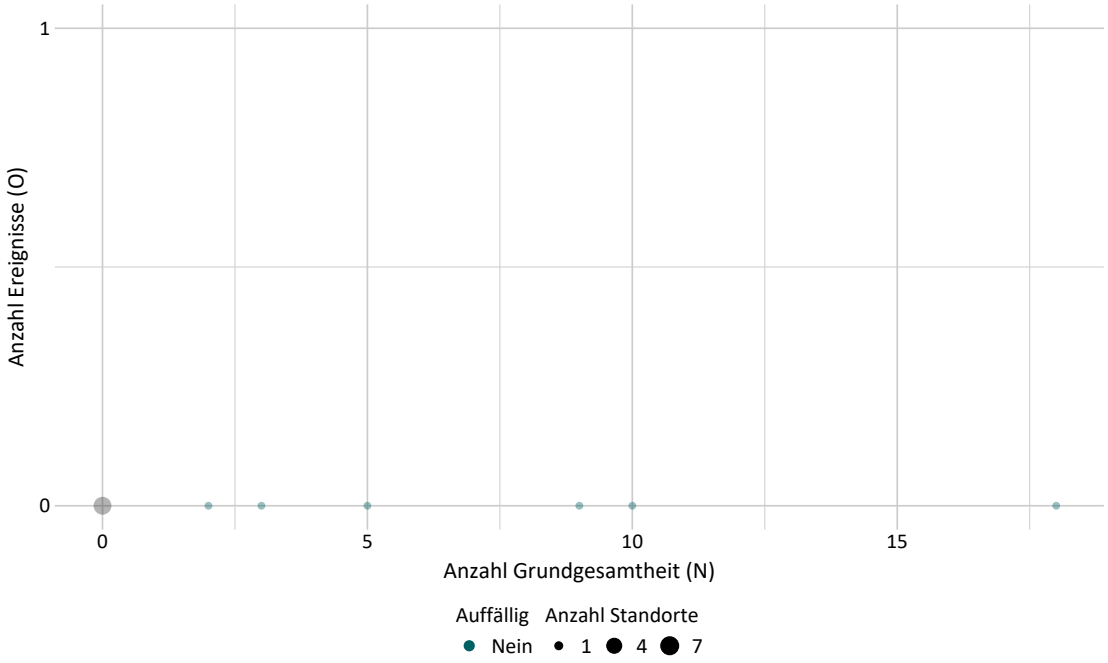
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43
	2024	0 / 31	0,00	0,00 - 11,03
	2025	0 / 47	0,00	0,00 - 7,56

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	6	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 26_22052 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2024	100,00 % 53/53
8.1.1	ID: 26_22053 davon lebend entlassen	100,00 % 53/53
8.1.1.1	ID: 26_22054 Status "Transplantation erforderlich" bekannt	88,68 % 47/53
8.1.1.1.1	ID: 26_22055 davon keine Transplantation erforderlich	100,00 % 47/47
8.1.1.1.2	**ID: 12549** **Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich**	0,00 % 0/47
8.1.1.2	ID: 26_22056 Status unbekannt	11,32 % 6/53

12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

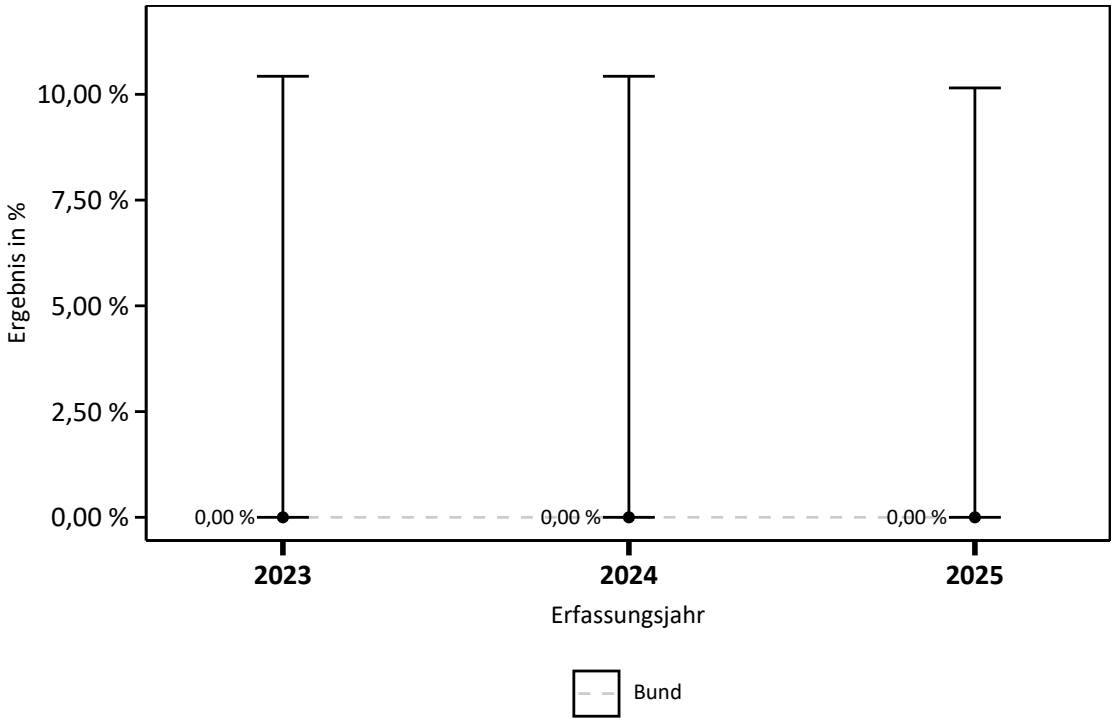
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, ohne dokumentierten Tod oder Transplantation innerhalb 1 Jahres und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende eine Lebertransplantation erforderlich ist
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

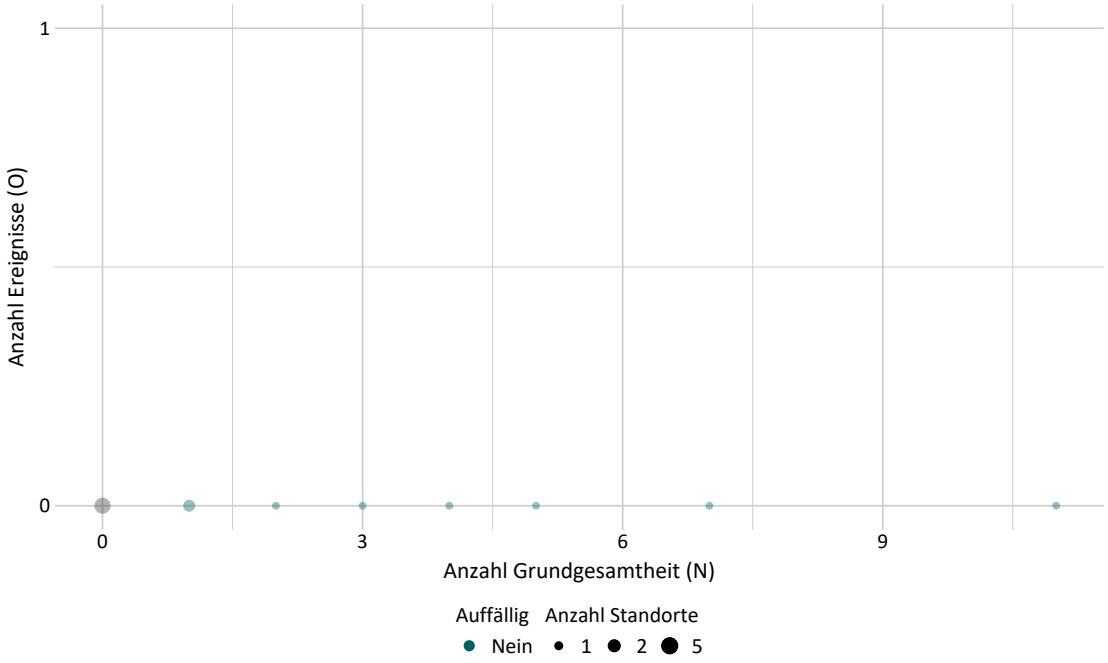
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43
	2024	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43
	2025	0 / 34	0,00	0,00 - 10,15

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	8	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 26_22057 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2023	100,00 % 37/37
9.1.1	ID: 26_22058 davon ohne dokumentierten Tod und ohne dokumentierte Transplantation innerhalb von 1 Jahr	100,00 % 37/37
9.1.1.1	ID: 26_22059 Status "Transplantation erforderlich" bekannt	91,89 % 34/37
9.1.1.1.1	ID: 26_22060 davon keine Transplantation erforderlich	100,00 % 34/34
9.1.1.1.2	**ID: 12561** **Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich**	0,00 % 0/34
9.1.1.2	ID: 26_22061 Status unbekannt	x % ≤3/37

12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

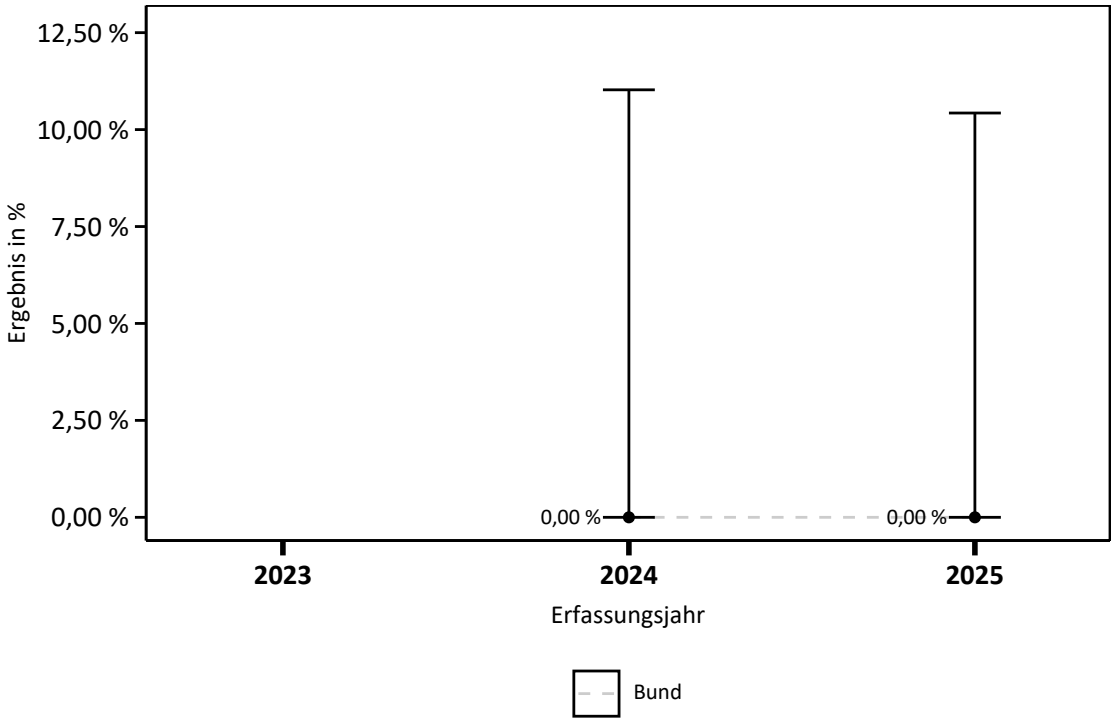
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende erforderlich
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, ohne dokumentierten Tod oder Transplantation innerhalb von 2 Jahren und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende eine Lebertransplantation erforderlich ist
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

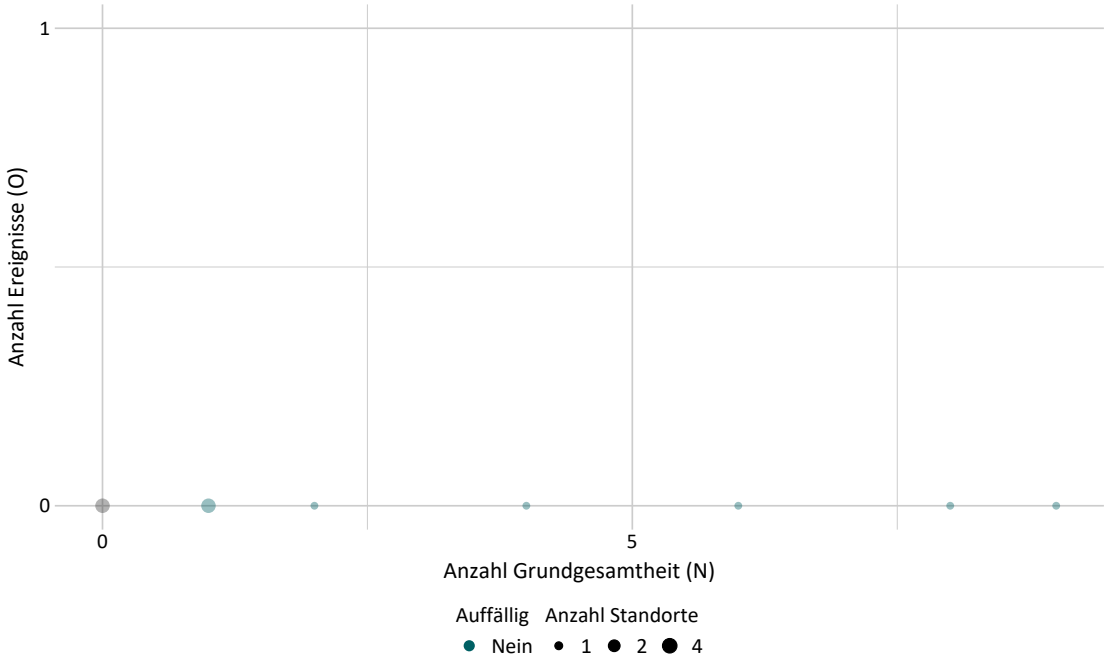
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	0 / 31	0,00	0,00 - 11,03
	2025	0 / 33	0,00	0,00 - 10,43

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	9	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	ID: 26_22062 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2022	100,00 % 35/35
10.1.1	ID: 26_22063 davon ohne dokumentierten Tod und ohne dokumentierte Transplantation innerhalb von 2 Jahren	100,00 % 35/35
10.1.1.1	ID: 26_22064 Status "Transplantation erforderlich" bekannt	94,29 % 33/35
10.1.1.1.1	ID: 26_22065 davon keine Transplantation erforderlich	100,00 % 33/33
10.1.1.1.2	**ID: 12577** **Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich**	0,00 % 0/33
10.1.1.2	ID: 26_22066 Status unbekannt	x % ≤3/35

12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)

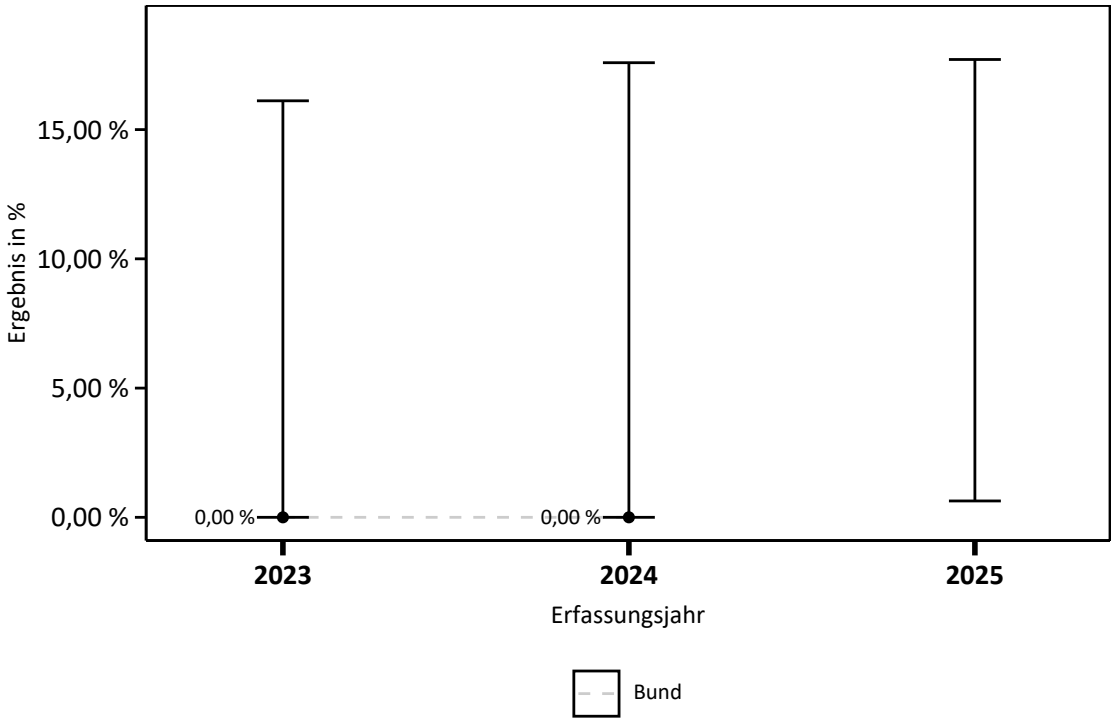
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 1 Jahr nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind, und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion (Bilirubin ≥ 35 µmol/l bzw. ≥ 2,3 mg/dl)
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

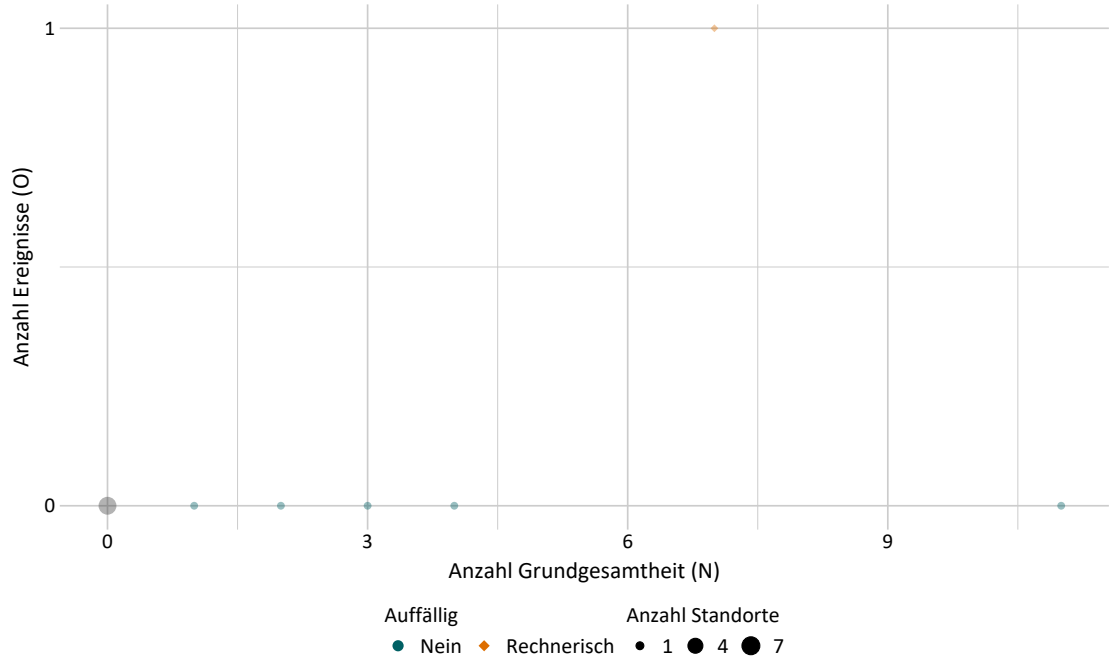
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 20	0,00	0,00 - 16,11
	2024	0 / 18	0,00	0,00 - 17,59
	2025	≤3 / 28	x	0,63 - 17,71

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	6	1	0,00	14,29	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
11.1	ID: 26_22067 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2024	100,00 % 53/53
11.1.1	ID: 26_22069 davon nach 1 Jahr Status bekannt und lebend	88,68 % 47/53
11.1.1.1	ID: 26_22070 davon mit plausiblem Bilirubinwert	59,57 % 28/47
11.1.1.1.1	**ID: 12609** **Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)**	x % ≤3/28
11.1.1.2	ID: 26_22073 davon mit unbekanntem oder nicht plausiblem Bilirubinwert	40,43 % 19/47

12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)

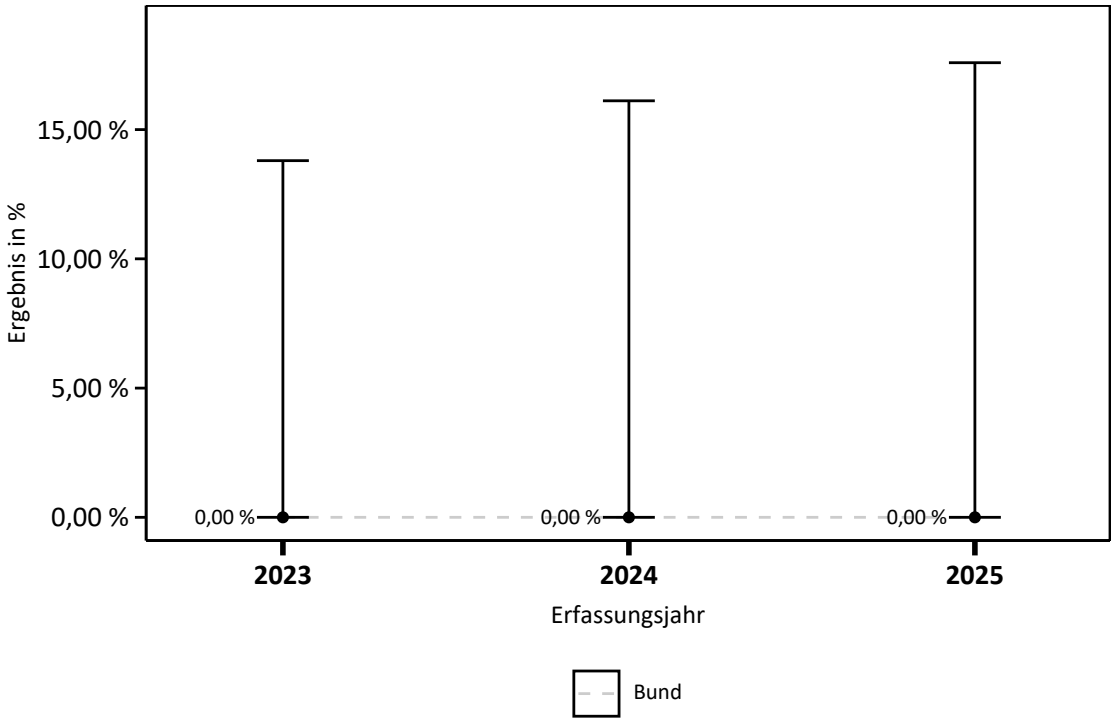
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 2 Jahre nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, bekannten Laborwerten, ohne dokumentierten Tod innerhalb 1 Jahres und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion (Bilirubin ≥ 35 µmol/l bzw. ≥ 2,3 mg/dl)
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

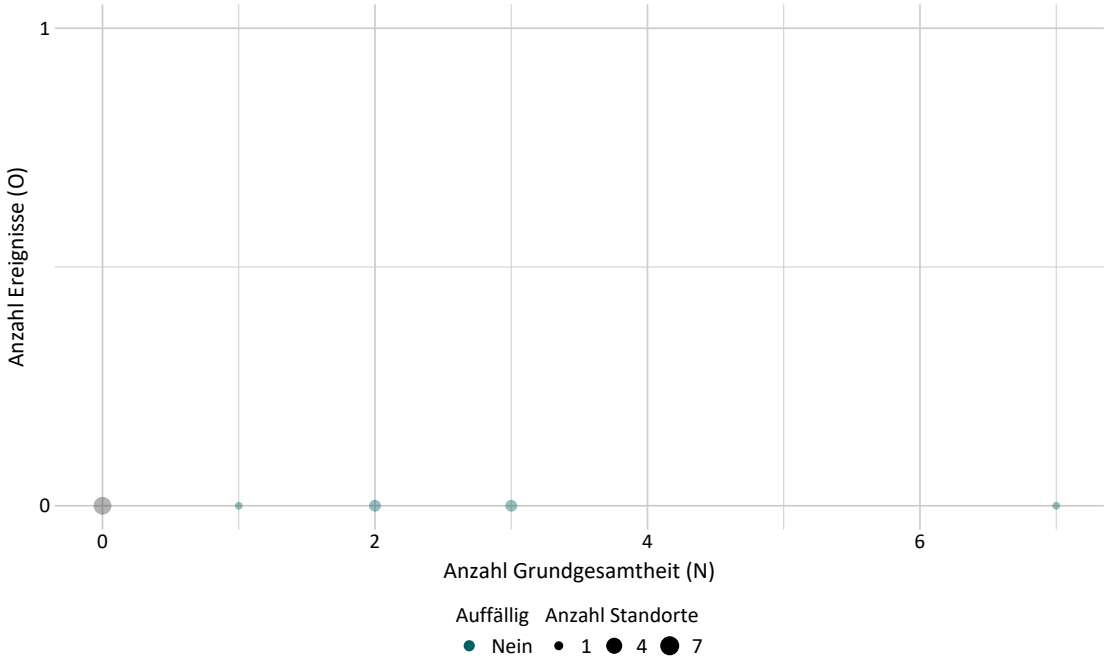
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 24	0,00	0,00 - 13,80
	2024	0 / 20	0,00	0,00 - 16,11
	2025	0 / 18	0,00	0,00 - 17,59

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	6	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.1	ID: 26_22074 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2023	100,00 % 37/37
12.1.1	ID: 26_22075 davon nach 2 Jahren Status bekannt, lebend und ohne dokumentierte Transplantation innerhalb von 1 Jahr	91,89 % 34/37
12.1.1.1	ID: 26_22076 davon mit plausiblem Bilirubinwert	52,94 % 18/34
12.1.1.1.1	**ID: 12613** **Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)**	0,00 % 0/18
12.1.1.2	ID: 26_22078 davon mit unbekanntem oder nicht plausiblem Bilirubinwert	47,06 % 16/34

12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)

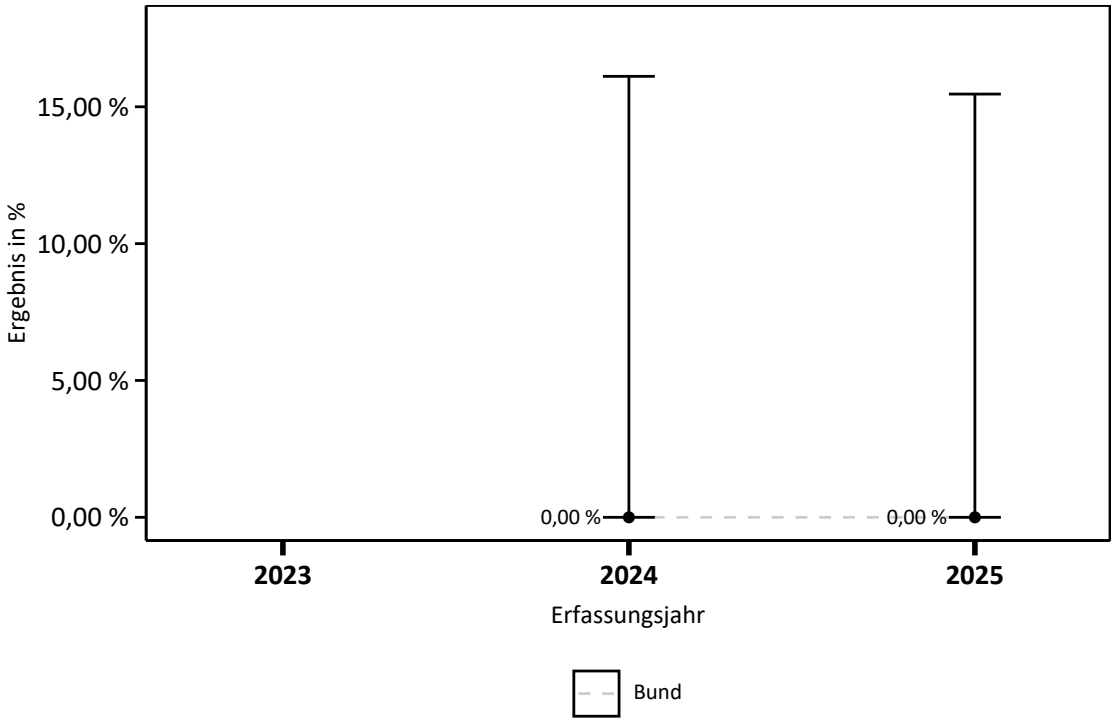
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 3 Jahre nach Leberlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, bekannten Laborwerten, ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Zähler	Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion (Bilirubin ≥ 35 µmol/l bzw. ≥ 2,3 mg/dl)
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

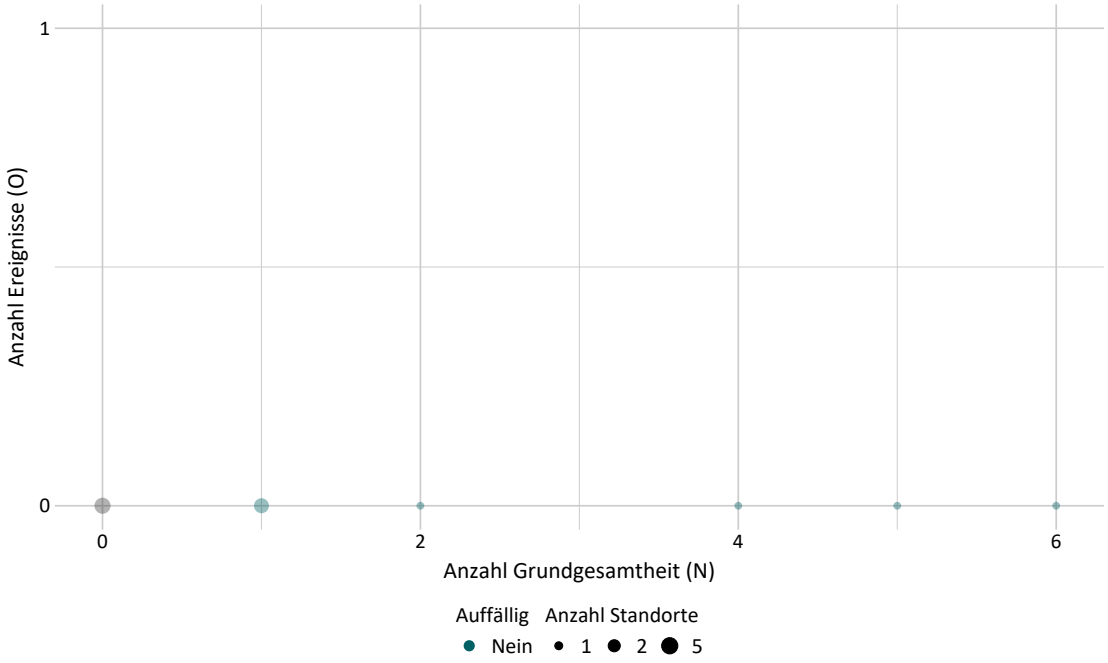
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	0 / 20	0,00	0,00 - 16,11
	2025	0 / 21	0,00	0,00 - 15,46

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	8	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
13.1	ID: 26_22081 Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2022	100,00 % 35/35
13.1.1	ID: 26_22082 davon nach 3 Jahren Status bekannt, lebend und ohne dokumentierte Transplantation innerhalb von 2 Jahren	94,29 % 33/35
13.1.1.1	ID: 26_22083 davon mit plausiblem Bilirubinwert	63,64 % 21/33
13.1.1.1.1	**ID: 12617** **Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)**	0,00 % 0/21
13.1.1.2	ID: 26_22084 davon mit unbekanntem oder nicht plausiblem Bilirubinwert	36,36 % 12/33

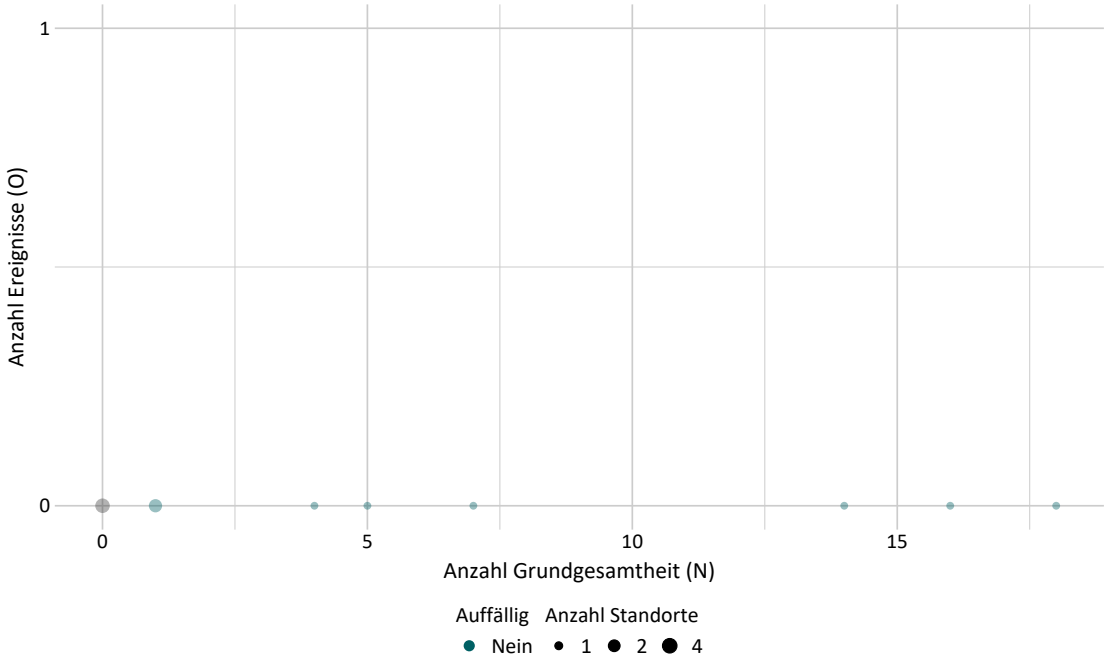
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852312: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebendspenden

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-)Sterblichkeits-QIs und –Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Leberlebendspende während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2025 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

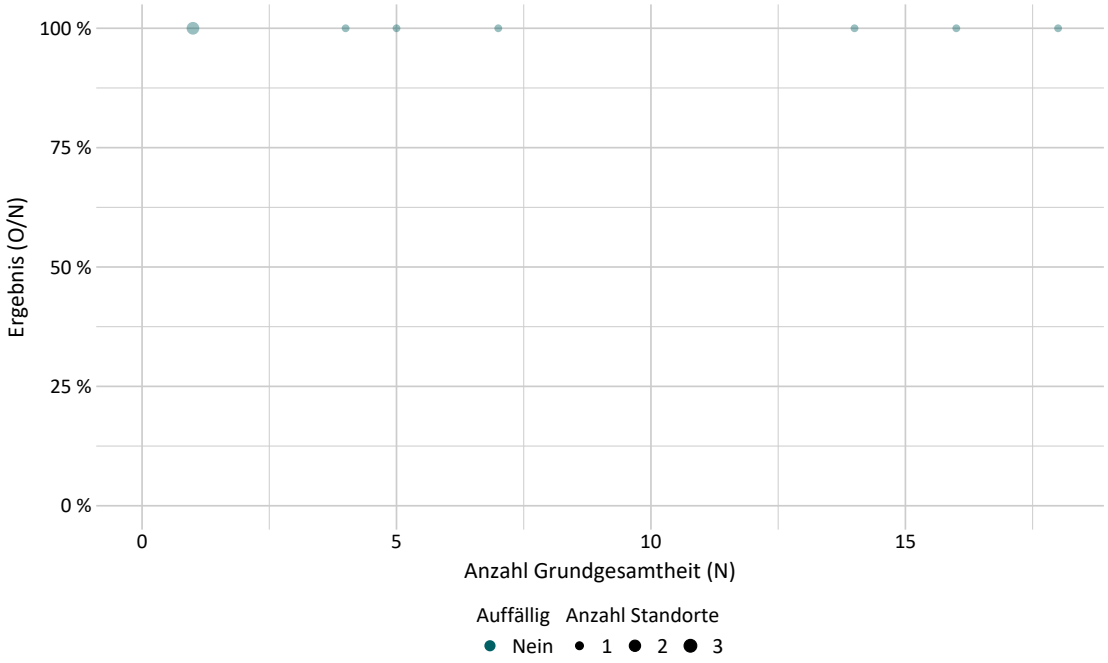
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 67	0,00	0,00 % 0 / 9

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850241: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	9	0	100,00	100,00	100,00

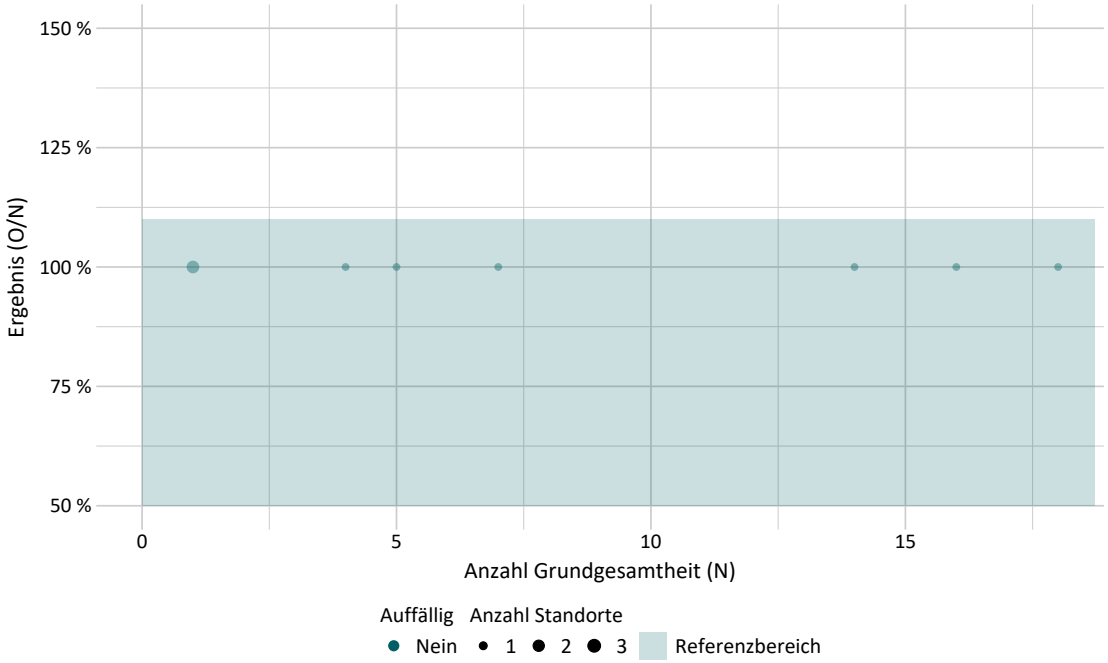
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	67 / 67	100,00	0,00 % 0 / 9

850242: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	9	0	100,00	100,00	100,00

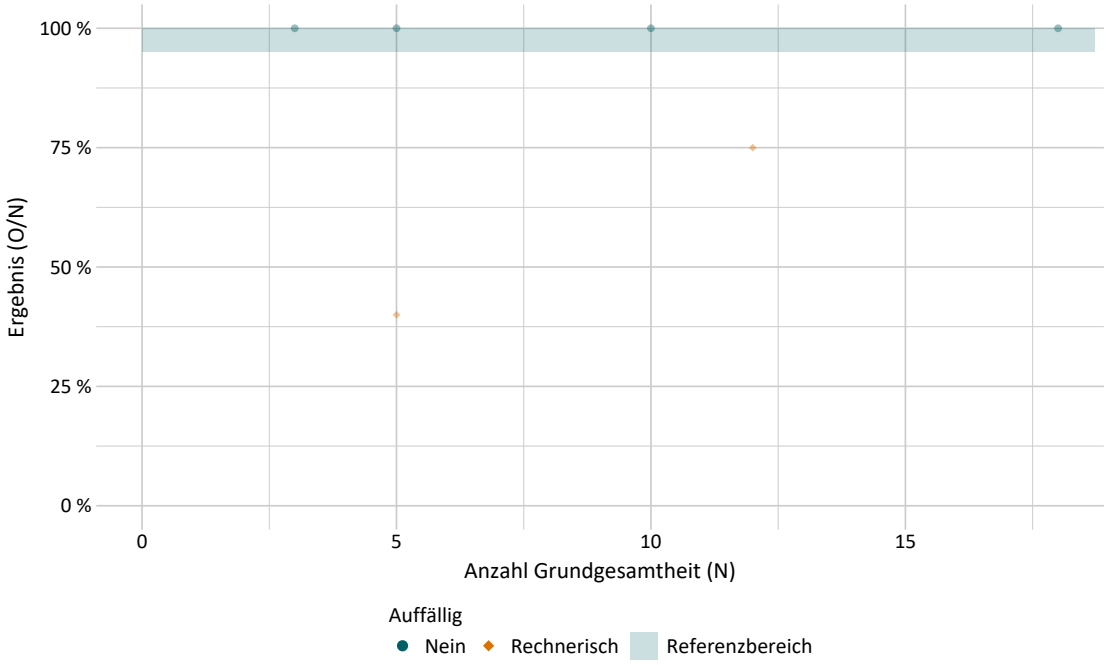
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	67 / 67	100,00	0,00 % 0 / 9

850260: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Leberlebendspenderinnen und Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	6	2	40,00	100,00	100,00

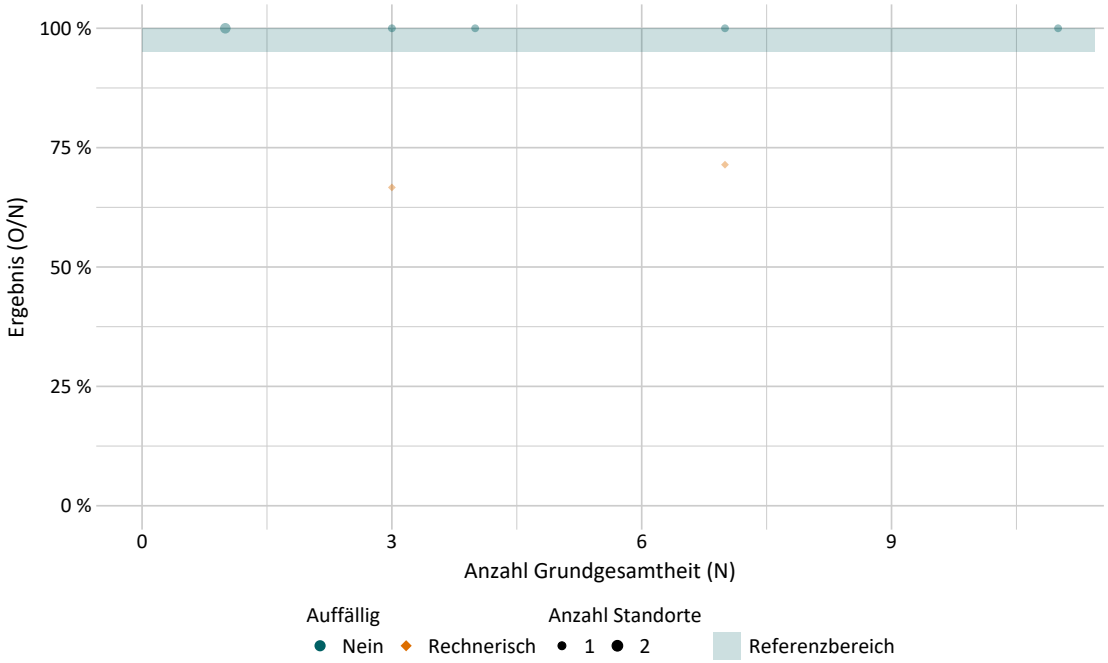
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	47 / 53	88,68	33,33 % 2 / 6

850261: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Leberlebendspenderinnen und Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	8	2	66,67	100,00	100,00

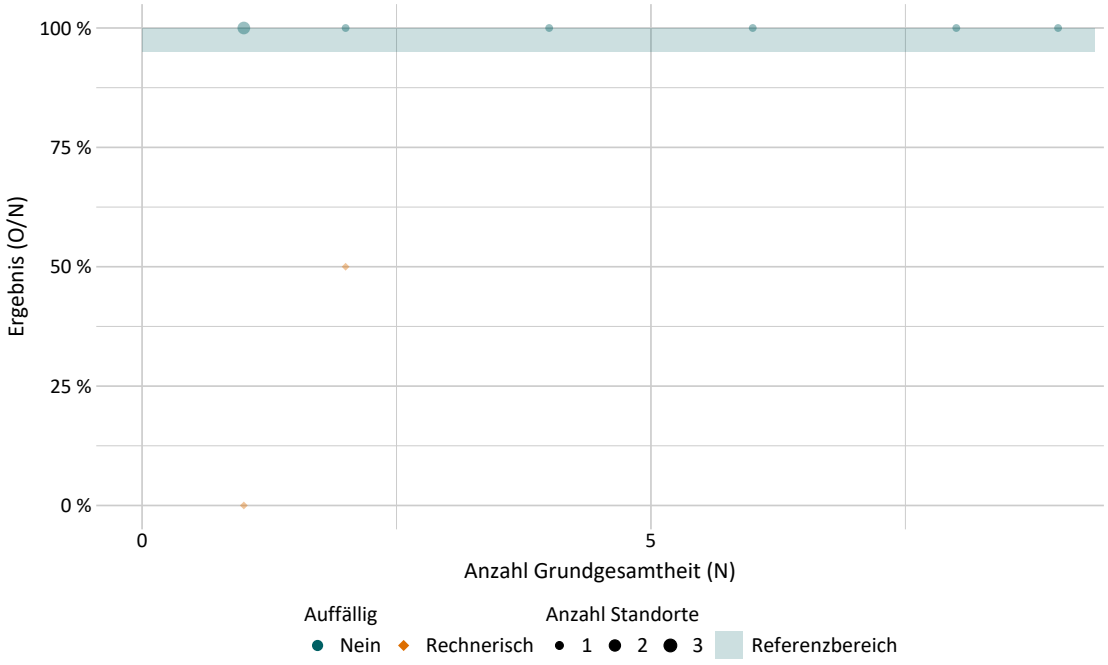
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	34 / 37	91,89	25,00 % 2 / 8

850262: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Leberlebendspende (LLS).
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Leberlebendspenderinnen und Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	10	2	0,00	100,00	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	33 / 35	94,29	20,00 % 2 / 10

Basisauswertung

Basisdaten Spenderinnen und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 67**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	0	0,00
1. Quartal	17	25,37
2. Quartal	10	14,93
3. Quartal	19	28,36
4. Quartal	21	31,34
Entlassungsquartal		
1. Quartal 2024	14	20,90
2. Quartal 2024	11	16,42
3. Quartal 2024	20	29,85
4. Quartal 2025	22	32,84

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 67**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	21	31,34
8 - 14 Tage	36	53,73
15 - 21 Tage	8	11,94
22 - 28 Tage	≤3	x
> 28 Tage	0	0,00

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	67
Minimum	1,00
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	1,00
Median	1,00
Mittelwert	2,39
75. Perzentil	1,00
95. Perzentil	13,60
Maximum	20,00
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	67
Minimum	3,00
5. Perzentil	4,00
25. Perzentil	6,00
Median	7,00
Mittelwert	7,60
75. Perzentil	9,00
95. Perzentil	13,60
Maximum	16,00

	Bund (gesamt)
Gesamtverweildauer (Tage)[1]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	67
Minimum	4,00
5. Perzentil	5,00
25. Perzentil	7,00
Median	9,00
Mittelwert	9,99
75. Perzentil	12,00
95. Perzentil	19,20
Maximum	24,00

[1] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 67**	
Geschlecht		
(1) männlich	32	47,76
(2) weiblich	35	52,24
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 67**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	≤3	x
20 - 29 Jahre	13	19,40
30 - 39 Jahre	27	40,30
40 - 49 Jahre	16	23,88
50 - 59 Jahre	5	7,46
60 - 69 Jahre	5	7,46
70 - 79 Jahre	0	0,00
≥ 80 Jahre	0	0,00

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	67
Minimum	19,00
5. Perzentil	22,80
25. Perzentil	32,00
Mittelwert	38,60
Median	37,00
75. Perzentil	42,00
95. Perzentil	63,00
Maximum	65,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 57**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	0	0,00
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	36	63,16
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	15	26,32
Adipositas (≥ 30)	6	10,53

Operation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 67**	
OPS[2]		
(5-503.3) Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3], zur Lebend-Organspende	37	55,22
(5-503.4) Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente (1), 2, 3, 4a und 4b] zur Lebend-Organspende	5	7,46
(5-503.5) Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend-Organspende	25	37,31
(5-503.6) Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organspende	0	0,00

[2] Mehrfachnennung möglich

Resezierte Lebersegmente

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Leberlebendspenden	**N = 67**	
Segmente		
(Segment II und III) Sektorektomie links lateral	37	55,22
(Segment II, III und IV) Hemihepatektomie links	4	5,97
(Segment V, VI, VII und VIII) Hemihepatektomie rechts	26	38,81
andere	0	0,00

Gewicht der entnommenen Leber

	Bund (gesamt)
Gewichtsverteilung (Gramm)	
Anzahl Leberlebendspenden mit Angaben zum Gewicht von > 0 bis < 9999 Gramm	67
Median	350,00
Mittelwert	490,43

Verlauf

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 67**	
Komplikationen nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	65	97,01
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	≤3	x
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung)	≤3	x
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	0	0,00
(4) Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)	0	0,00
(5) Grad V (Tod)	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation Grad I bis V	**N ≤3**	
Komplikationen[3]		
Blutung	0	0,00
Gallenwegskomplikation	0	0,00
sekundäre Wundheilung	0	0,00
Ileus	0	0,00
akutes Leberversagen	0	0,00
Thrombose	≤3	x
Lungenembolie	0	0,00
Pneumonie	0	0,00
sonstige Komplikationen	≤3	x

[3] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 67**	
Lebertransplantation bei Leberlebendspenderin bzw. Leberlebendspender erforderlich		
(0) nein	67	100,00
(1) ja	0	0,00
davon: als Dominotransplantation		
(0) nein	0	-
(1) ja	0	-

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 67**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	47	70,15
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	20	29,85
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	0	0,00
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	0	0,00
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[4]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[5]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[6]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 67**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[7]		
(1) ja	0	0,00

[4] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[5] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[6] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[7] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

TX-NLS: Nierenlebendspenden

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Nierenlebendspenden. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 9

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 11

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende 13

Details zu den Ergebnissen 16

2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 17

12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 20

Details zu den Ergebnissen 23

12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 24

Details zu den Ergebnissen 27

12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 29

Details zu den Ergebnissen 32

292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 34

2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich 36

12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 39

Details zu den Ergebnissen 42

12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 43

Details zu den Ergebnissen 46

12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) 47

Details zu den Ergebnissen 50

© IQTIG 2026

51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende ... 51
Details zu den Ergebnissen ... 54
51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende ... 55
Details zu den Ergebnissen ... 58
51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende ... 59
Details zu den Ergebnissen ... 62
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 63
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 63
852315: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden ... 63
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 65
850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 65
850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 67
850269: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up ... 69
850270: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up ... 71
850271: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up ... 73
Basisauswertung ... 75
Basisdaten Spenderinnen und Spender ... 75
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 75
Geschlecht ... 77
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag ... 78
Body Mass Index (BMI) ... 79
Anamnese ... 80
Operation ... 81
Operation (nach OPS) ... 81
Verlauf ... 82
Komplikationen ... 82
Entlassung ... 83
Nierenfunktion bei Entlassung ... 83
Todesursache ... 86

Einleitung

Lebendorganspenden werden aufgrund der aktuellen Organknappheit vonseiten der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zunehmend erwünscht. Voraussetzungen für eine Lebendspende sind der gute Gesundheitszustand der Spenderin bzw. des Spenders und die Freiwilligkeit der Organspende, die durch eine unabhängige Lebendspende-Kommission geprüft wird. Vor diesem Hintergrund erlaubt das deutsche Transplantationsgesetz die Nierenlebendspende ausschließlich an Verwandte ersten und zweiten Grades, an Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder Verlobte sowie andere Personen, „die der Spenderin bzw. dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“. Das Qualitätssicherungsverfahren Nierenlebendspende bezieht sich ausschließlich auf die Organspenderin bzw. den Organspender. Bei der Lebendspende soll durch bestmögliche Qualität der medizinischen Behandlung und durch sorgfältige Bewertung der Spenderin bzw. des Spenders vor dem Eingriff ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden. Es gilt, jegliche Komplikation für die Spenderin bzw. den Spender zu vermeiden.

Potenzielle Lebendorganspenderinnen und Lebendorganspender werden in der Regel in einem mehrstufigen Verfahren evaluiert. Dabei werden Einflussfaktoren identifiziert, die das Risiko für eine potenziell tödliche Komplikation erhöhen können. Denn gemäß § 8 Abs. 1 S. 1c TPG (BGBl. I S. 2757) [1] ist eine Organentnahme bei Lebenden nur zulässig, wenn diese nicht über das allgemeine Operationsrisiko hinaus gefährdet werden.

Die Qualitätsindikatoren beziehen sich dementsprechend auf die Erfassung der Sterblichkeit bzw. der Überlebensraten der Spenderinnen und Spender im Langzeitverlauf, den Erhalt der Nierenfunktion sowie Komplikationen im Zusammenhang mit dem Eingriff.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Auswertungsmodul Nierenlebendspende (TX-NLS) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	670 670 0	670	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	37		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	37	37	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	36	36	100,00

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) bzw. Bundeslandes (Länderbericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort (im Rückmeldebericht) als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein „nein“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers (im Rückmeldebericht) innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein „ja“ in der entsprechenden Spalte kenntlich gemacht. Für die Länderauswertungen und Bundesauswertung erfolgt keine Darstellung rechnerischer Auffälligkeiten.

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

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

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

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

hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-tx/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende	≤ 10,00 %	2,54 % O = 17 N = 670
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 670
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 500
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 452
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 418
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	Sentinel Event	O = 4 N = 1.316
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 670
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 451

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 419
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 375
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	≤ 20,00 %	2,77 % O = 12 N = 433
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	≤ 20,00 %	2,28 % O = 9 N = 394
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	≤ 20,00 %	4,25 % O = 15 N = 353

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
852315	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden	= 0	0,00 0 / 670	0,00 % 0 / 37

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,00 % 670 / 670	0,00 % 0 / 37
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,00 % 670 / 670	0,00 % 0 / 37
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	75,81 % 470 / 620	60,53 % 23 / 38
850270	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	78,43 % 440 / 561	62,16 % 23 / 37
850271	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	≥ 95,00 %	80,40 % 406 / 505	51,35 % 19 / 37

© IQTIG 2026

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende

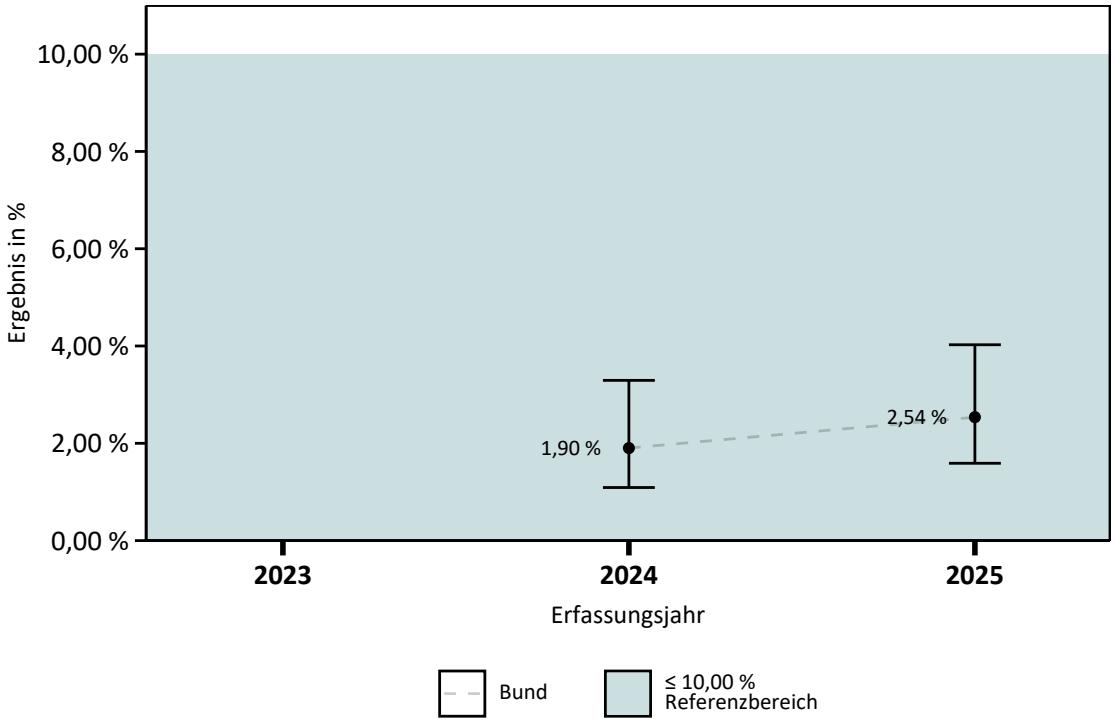
Qualitätsziel	Selten (schwere) intra- oder postoperative Komplikationen nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation (Grad 2 bis 4 nach Clavien-Dindo) und ohne Dialysepflichtigkeit bei Entlassung
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

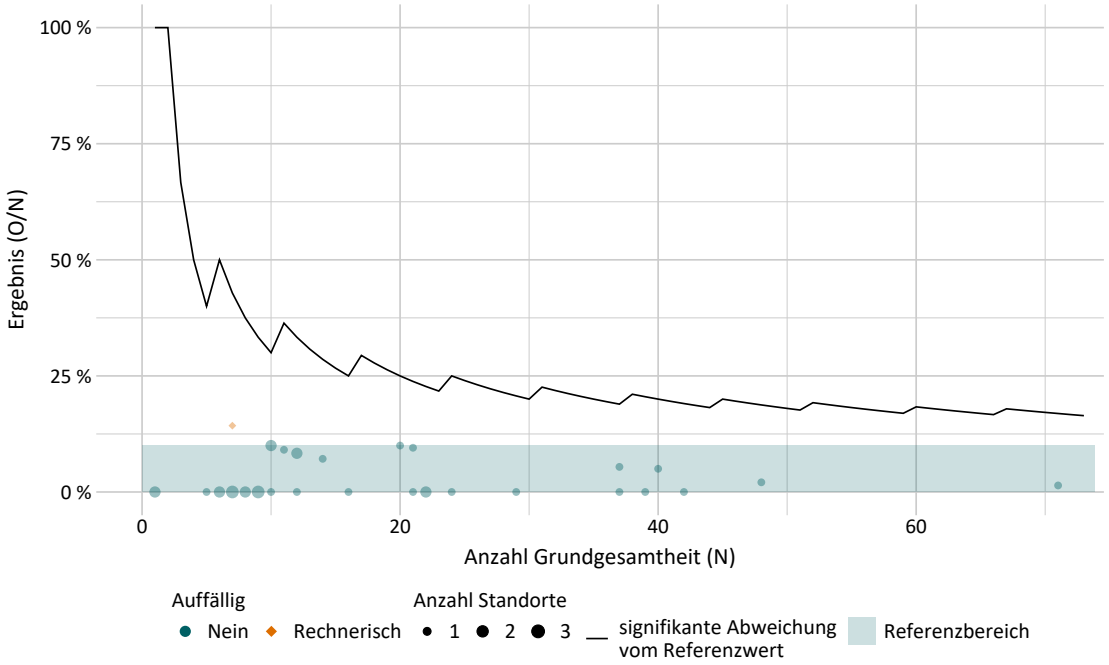
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	12 / 631	1,90	1,09 - 3,29
	2025	17 / 670	2,54	1,59 - 4,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	37	1	0,00	14,29	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 51567** **Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende**[1]	2,54 % 17/670
1.1.1	ID: 29_22000 Blutung	x % ≤3/670
1.1.2	ID: 29_22001 Reoperation erforderlich	0,90 % 6/670
1.1.3	ID: 29_22002 sonstige Komplikationen	3,43 % 23/670

[1] Als schwere Komplikationen sind solche definiert, die mehr als eine Bluttransfusion oder eine Reoperation erfordern bzw. die potenziell zum Tode führen.

2137: Sterblichkeit im Krankenhaus

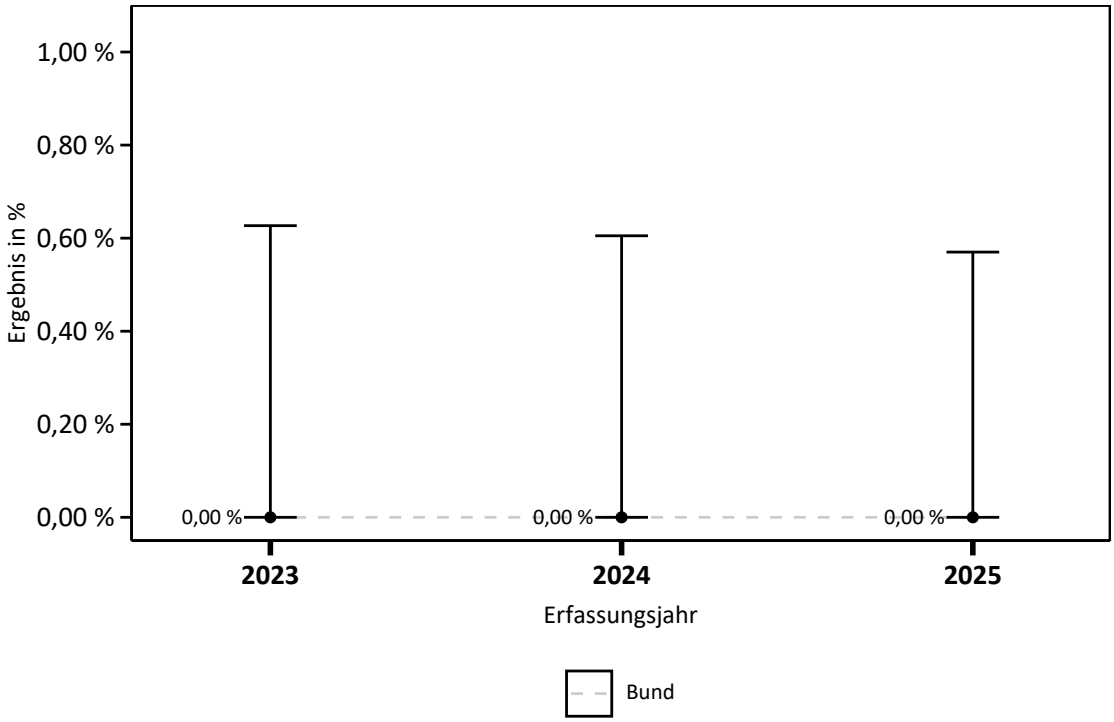
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Zähler	Verstorbene Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

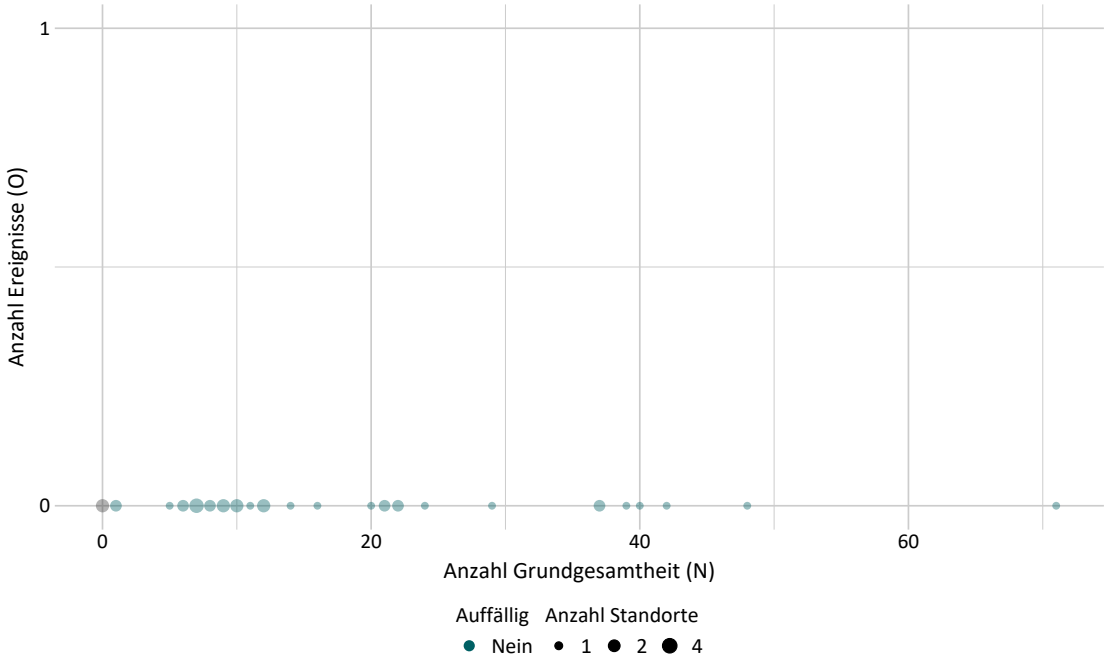
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 609	0,00	0,00 - 0,63
	2024	0 / 631	0,00	0,00 - 0,61
	2025	0 / 670	0,00	0,00 - 0,57

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	37	0	0,00	0,00	0,00

12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

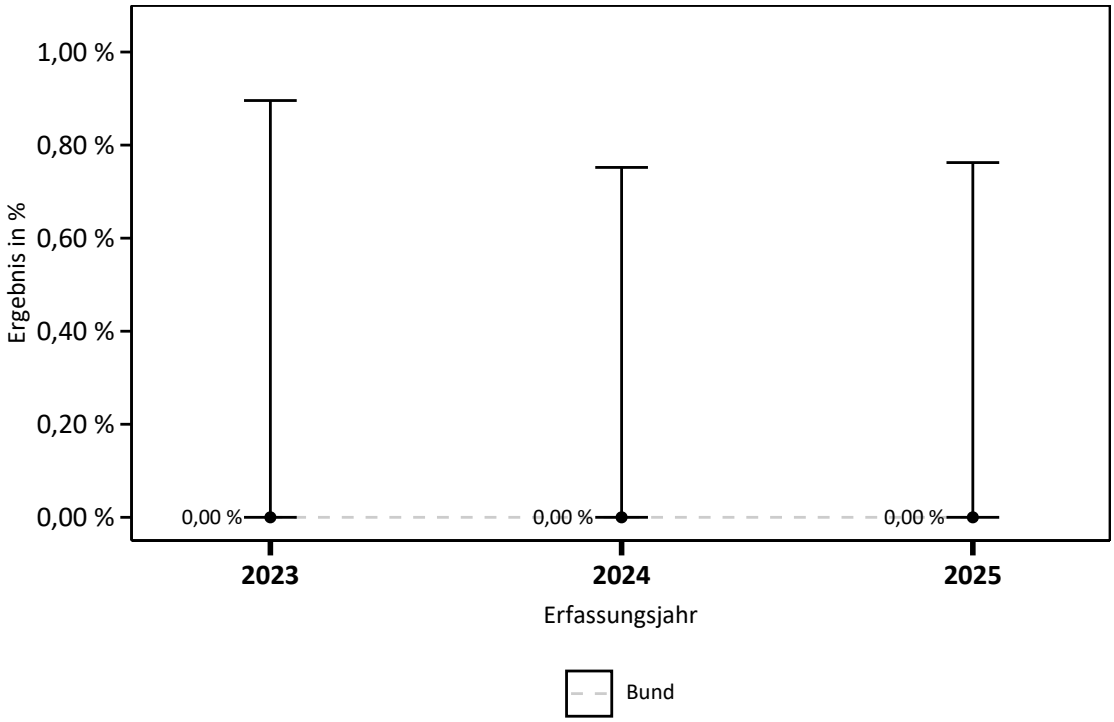
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

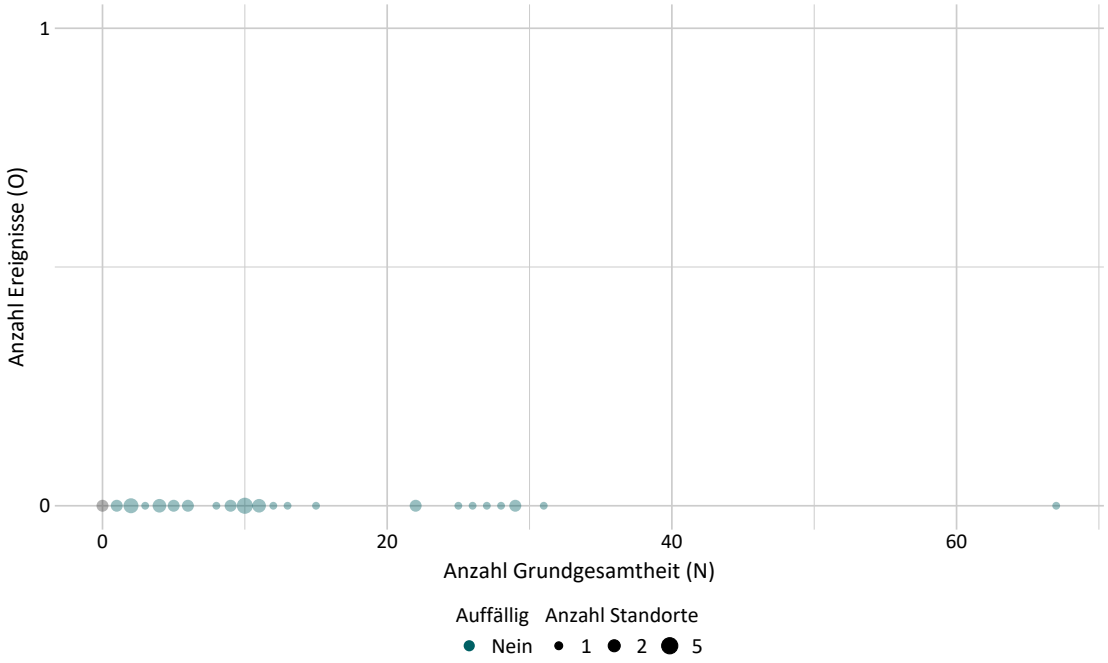
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 425	0,00	0,00 - 0,90
	2024	0 / 507	0,00	0,00 - 0,75
	2025	0 / 500	0,00	0,00 - 0,76

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 29_22003 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 620/620
3.1.1	ID: 29_22004 davon lebend entlassen	100,00 % 620/620
3.1.1.1	ID: 29_22005 Status bekannt	80,65 % 500/620
3.1.1.1.1	ID: 29_22006 davon lebend	100,00 % 500/500
3.1.1.1.2	ID: 29_22007 verstorben innerhalb von 1 Jahr	0,00 % 0/500
3.1.1.2	ID: 29_22009 Status unbekannt	19,35 % 120/620
3.1.1.3	ID: 29_22010 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	19,35 % 120/620

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Verlauf 1-Jahres-Versterben	
3.2.1	ID: 29_22011 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 620/620
3.2.2	1-Jahres-Versterben	
3.2.2.1	**ID: 12440** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende**	0,00 % 0/500
3.2.2.2	ID: 29_22012 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/620

12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

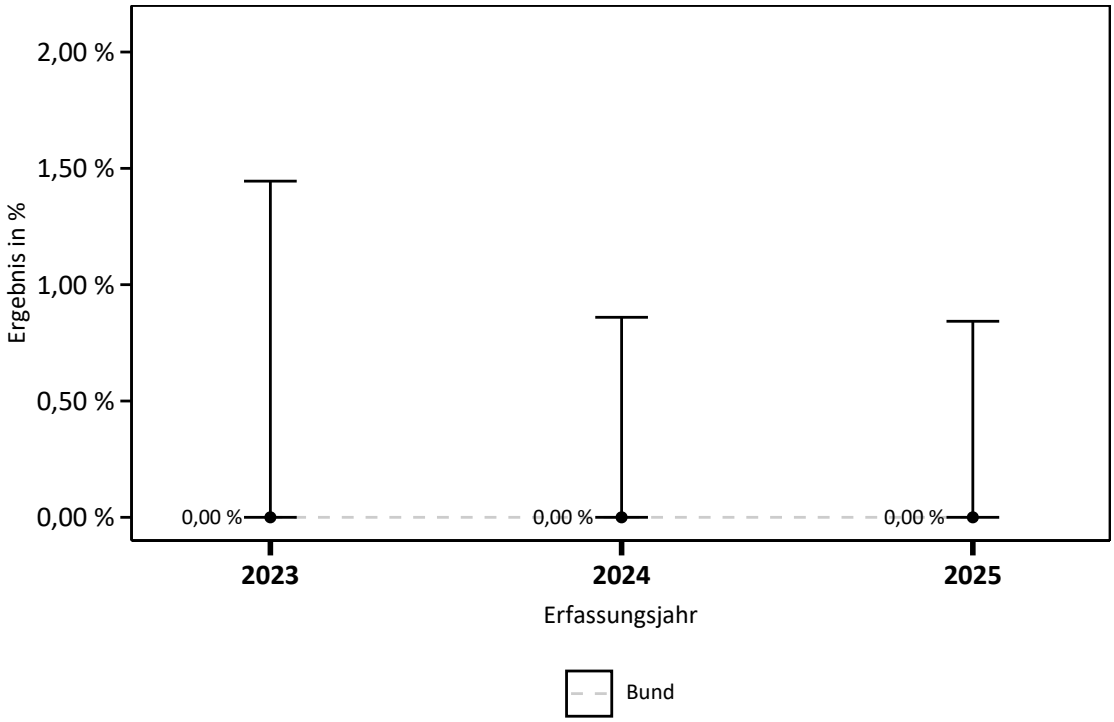
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

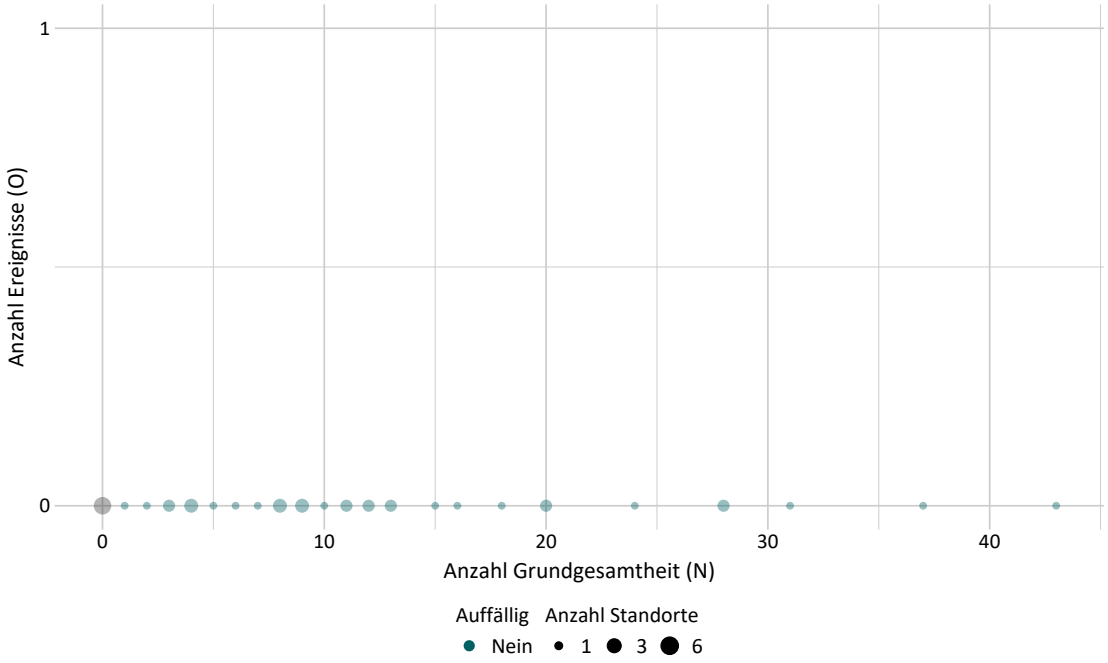
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 262	0,00	0,00 - 1,45
	2024	0 / 443	0,00	0,00 - 0,86
	2025	0 / 452	0,00	0,00 - 0,84

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	34	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 29_22013 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 561/561
4.1.1	ID: 29_22014 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 1 Jahr	100,00 % 561/561
4.1.1.1	ID: 29_22015 Status bekannt	80,57 % 452/561
4.1.1.1.1	ID: 29_22016 davon lebend	100,00 % 452/452
4.1.1.1.2	ID: 29_22017 verstorben innerhalb von 2 Jahren	0,00 % 0/452
4.1.1.2	ID: 29_22019 Status unbekannt	19,43 % 109/561
4.1.1.3	ID: 29_22020 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	19,43 % 109/561

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Verlauf 2-Jahres-Versterben	
4.2.1	ID: 29_22021 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 561/561
4.2.2	1-Jahres-Versterben	
4.2.2.1	ID: 29_22022 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	0,00 % 0/518
4.2.2.2	ID: 29_22023 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/561
4.2.2.3	ID: 29_22024 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	7,66 % 43/561
4.2.3	2-Jahres-Versterben	
4.2.3.1	**ID: 12452** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende**	0,00 % 0/452

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.2	ID: 29_22025 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/561

12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

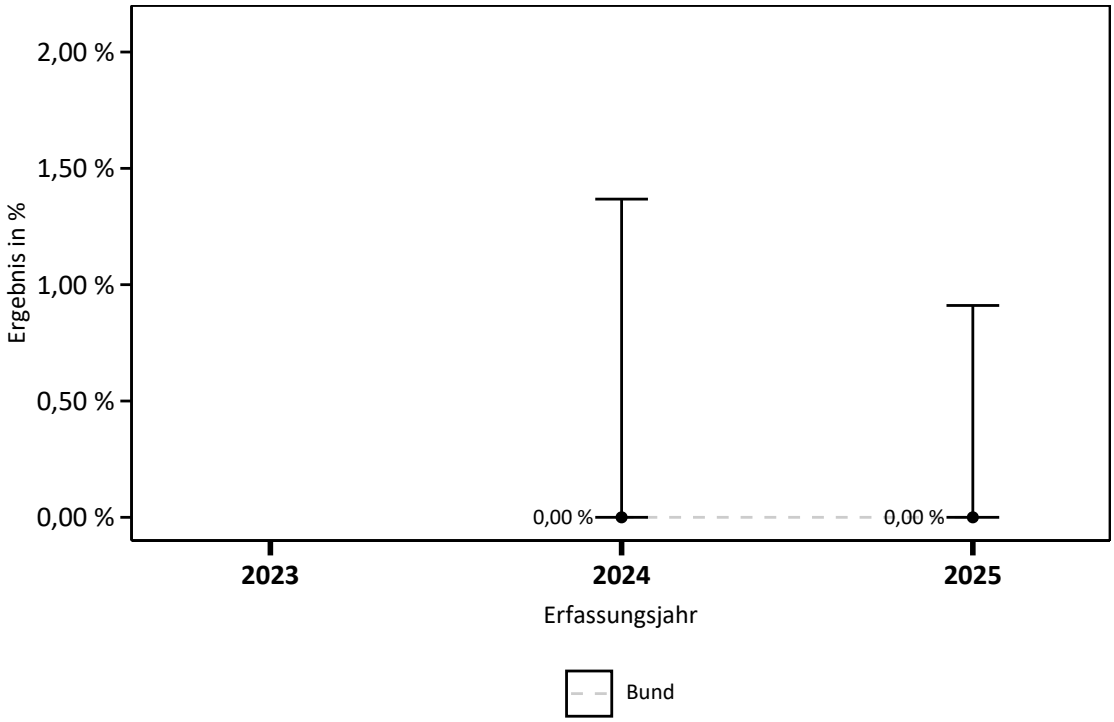
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende verstorben sind
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

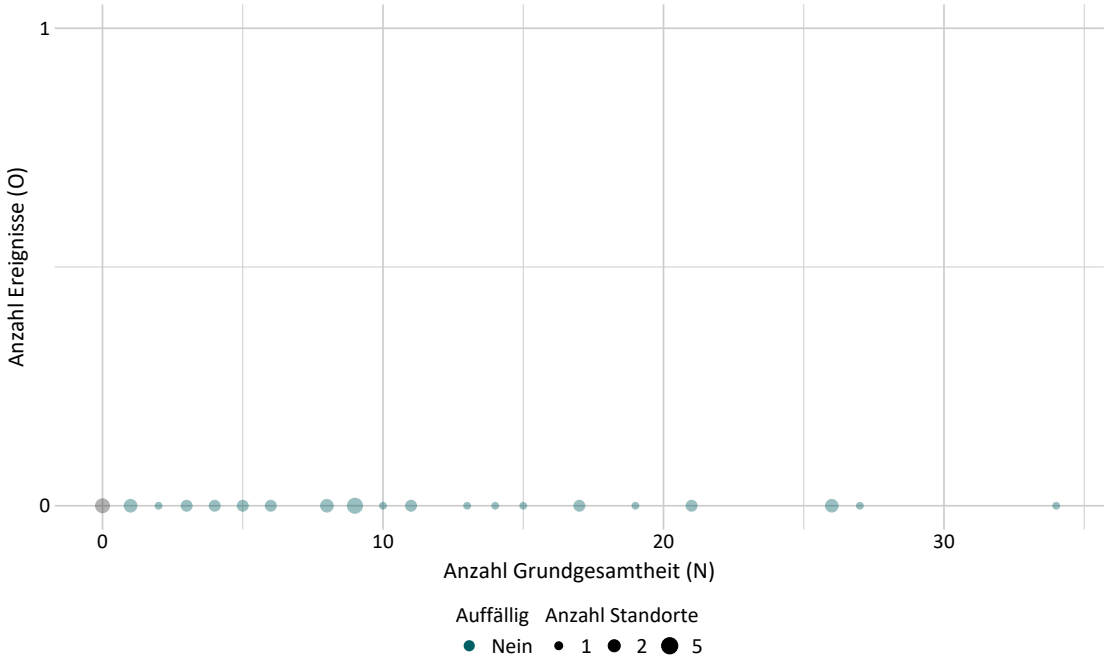
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	0 / 277	0,00	0,00 - 1,37
	2025	0 / 418	0,00	0,00 - 0,91

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	36	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 29_22026 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 505/505
5.1.1	ID: 29_22027 davon ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren	100,00 % 505/505
5.1.1.1	ID: 29_22028 Status bekannt	82,77 % 418/505
5.1.1.1.1	ID: 29_22029 davon lebend	100,00 % 418/418
5.1.1.1.2	ID: 29_22030 verstorben innerhalb von 3 Jahren	0,00 % 0/418
5.1.1.2	ID: 29_22032 Status unbekannt	17,23 % 87/505
5.1.1.3	ID: 29_22033 Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	17,23 % 87/505

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Verlauf 3-Jahres-Versterben	
5.2.1	ID: 29_22034 Lebend entlassene Lebendspenderinnen und Lebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig wurde	100,00 % 505/505
5.2.2	1-Jahres-Versterben	
5.2.2.1	ID: 29_22035 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	0,00 % 0/473
5.2.2.2	ID: 29_22036 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/505
5.2.2.3	ID: 29_22037 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	6,34 % 32/505
5.2.3	2-Jahres-Versterben	
5.2.3.1	ID: 29_22038 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	0,00 % 0/459

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.3.2	ID: 29_22039 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/505
5.2.3.3	ID: 29_22040 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende: Worst-Case-Analyse (unbekannter Status als Tod gezählt)	9,11 % 46/505
5.2.3	3-Jahres-Versterben	
5.2.3.1	**ID: 12468** **Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende**	0,00 % 0/418
5.2.3.2	ID: 29_22041 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende: Best-Case-Analyse (unbekannter Status als lebend gezählt)	0,00 % 0/505

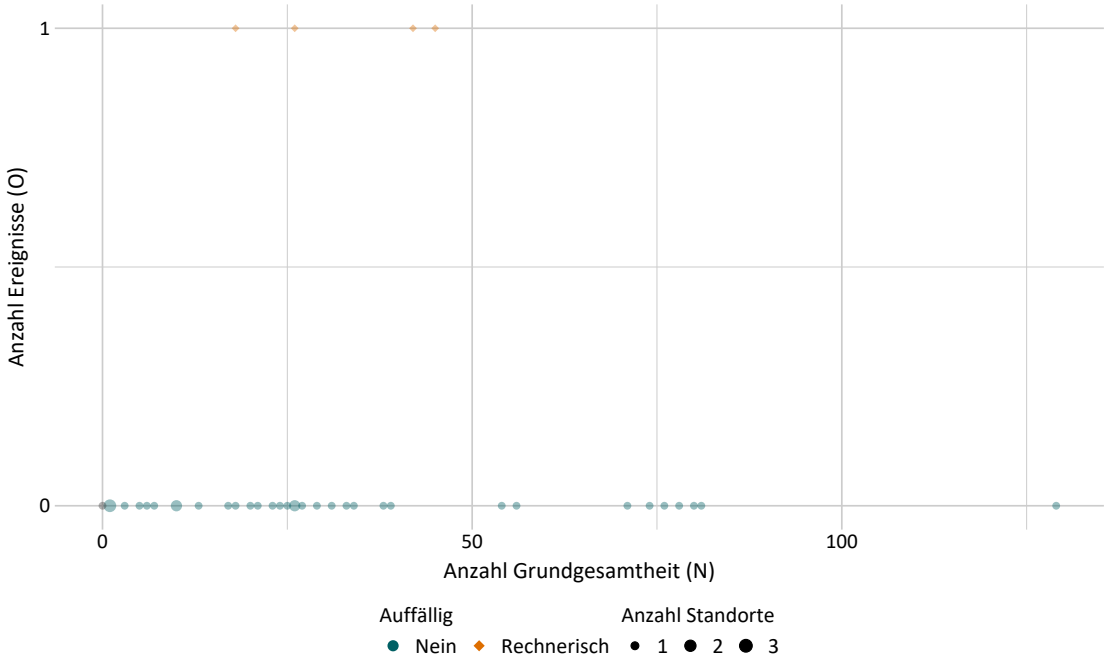
292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Nierenlebendspende, für die das 1, 2- oder 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist und zeitgerecht dokumentiert wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten, für die im jeweils fälligen Follow-up ein unbekannter Status dokumentiert wurde
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Anzahl Ereignisse (O)
Bund	**2023**	10 / 665	10
	2024	≤3 / 1.170	≤3
	2025	4 / 1.316	4

Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in Fall / Fälle	Maximum in Fall / Fälle	Median in Fall / Fälle
2025	39	4	0,00	0,06	0,00

2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich

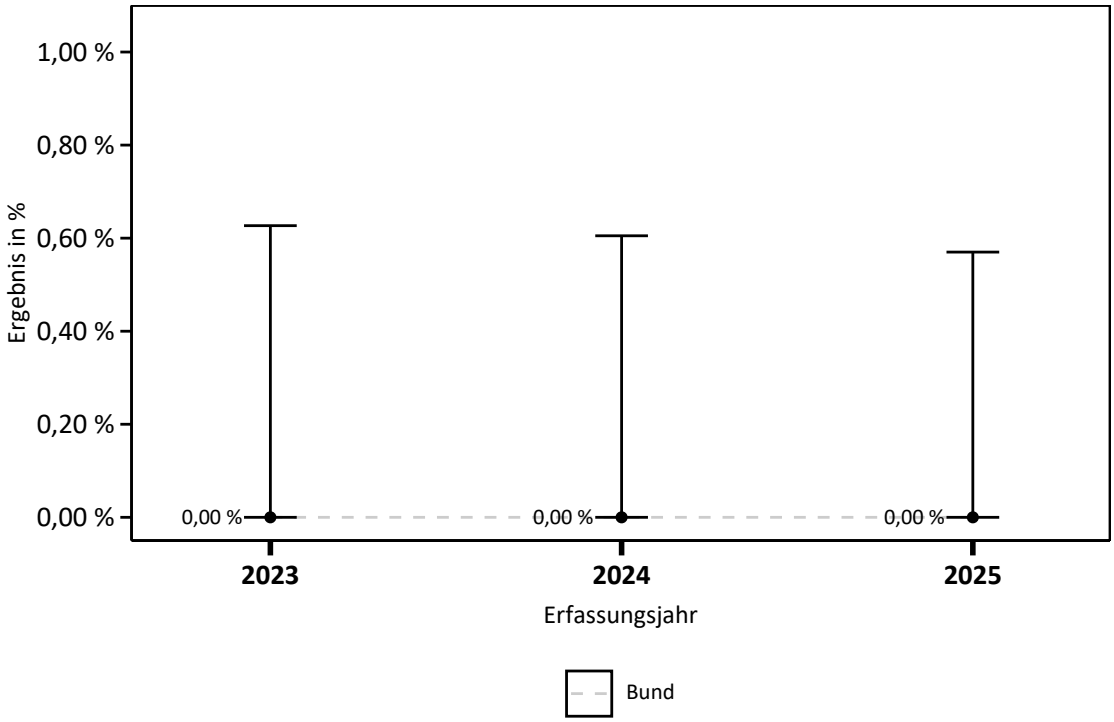
Qualitätsziel	Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die bei Entlassung dialysepflichtig waren
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

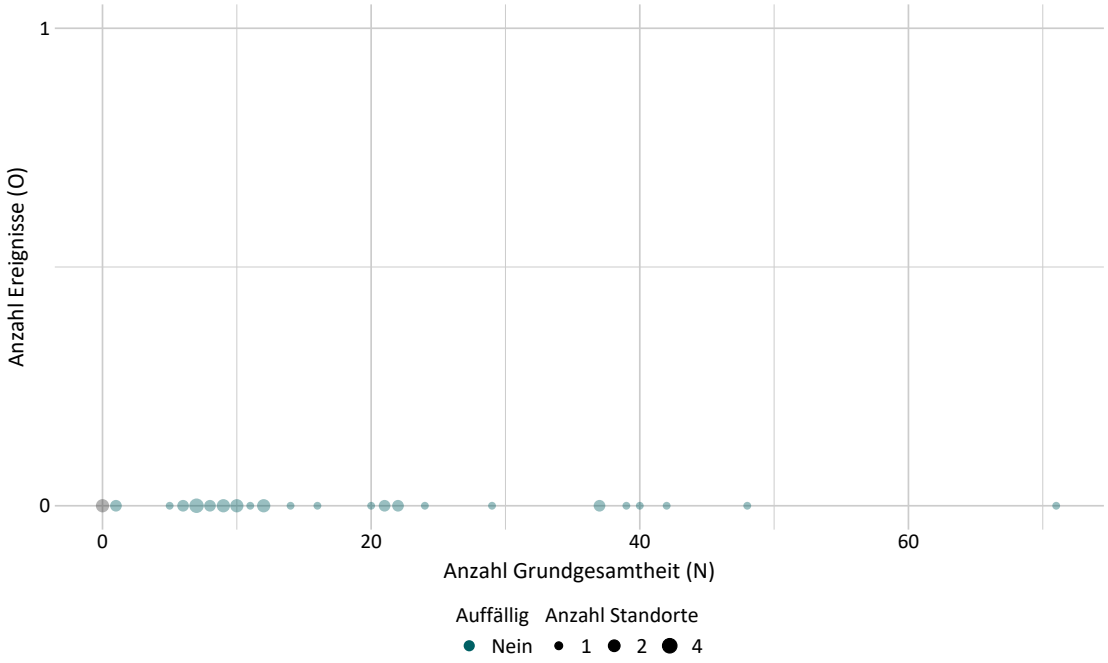
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 609	0,00	0,00 - 0,63
	2024	0 / 631	0,00	0,00 - 0,61
	2025	0 / 670	0,00	0,00 - 0,57

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	37	0	0,00	0,00	0,00

12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)

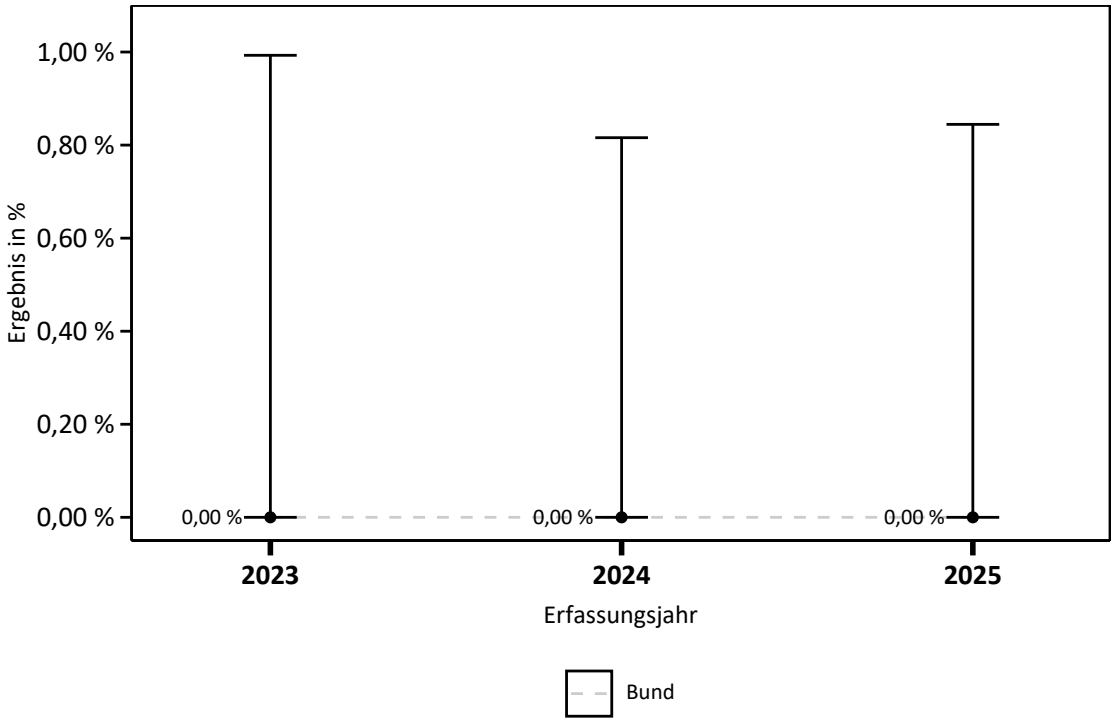
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig) 1 Jahr nach der Spende
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

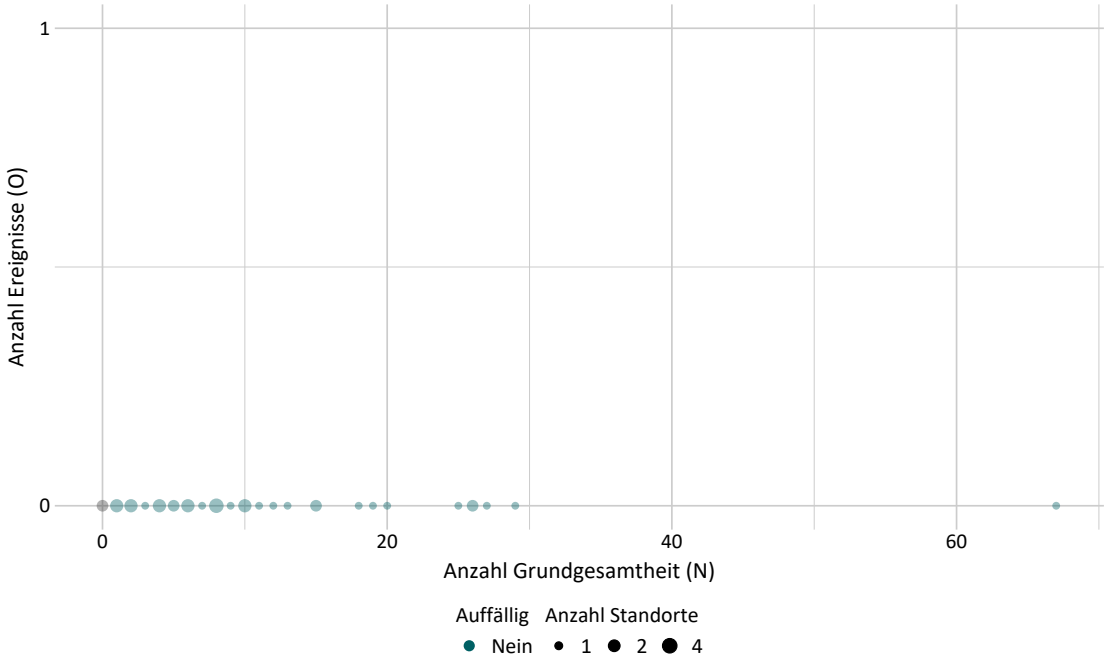
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 383	0,00	0,00 - 0,99
	2024	0 / 467	0,00	0,00 - 0,82
	2025	0 / 451	0,00	0,00 - 0,84

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 29_22045 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2024	100,00 % 620/620
8.1.1	ID: 29_22046 davon Status nach 1 Jahr bekannt und lebend	75,32 % 467/620
8.1.1.1	ID: 29_22047 davon mit plausiblen Laborwerten	96,57 % 451/467
8.1.1.1.1	**ID: 12636** **Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)**	0,00 % 0/451
8.1.1.2	ID: 29_22048 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	3,43 % 16/467

12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)

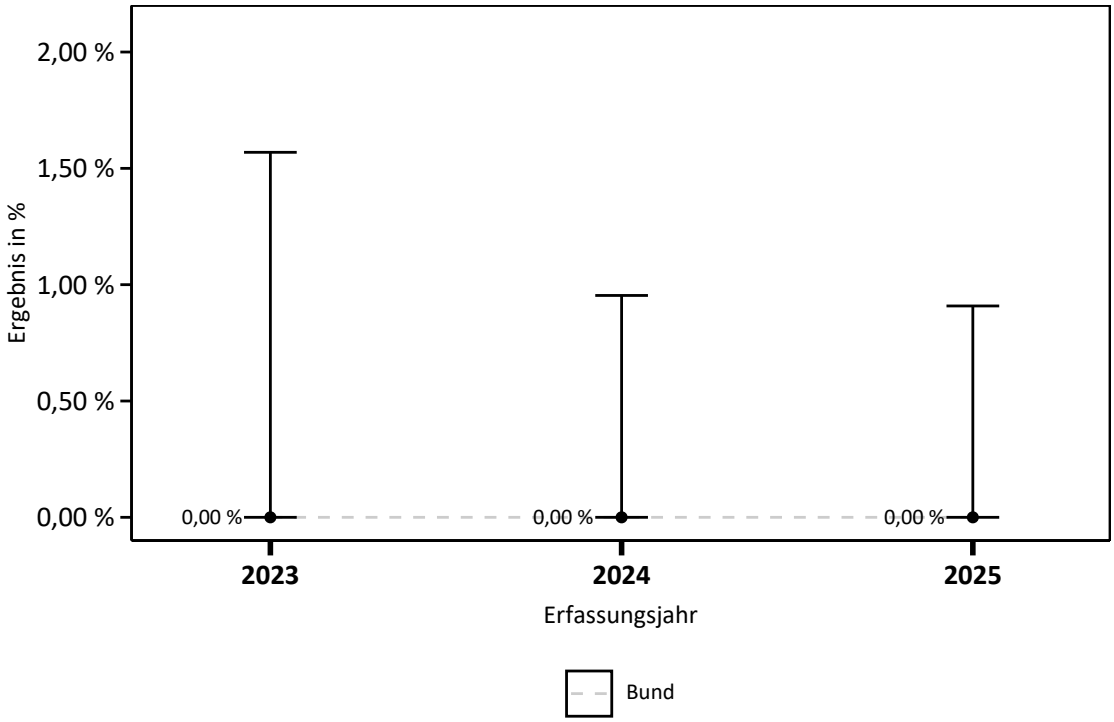
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig) 2 Jahre nach der Spende
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

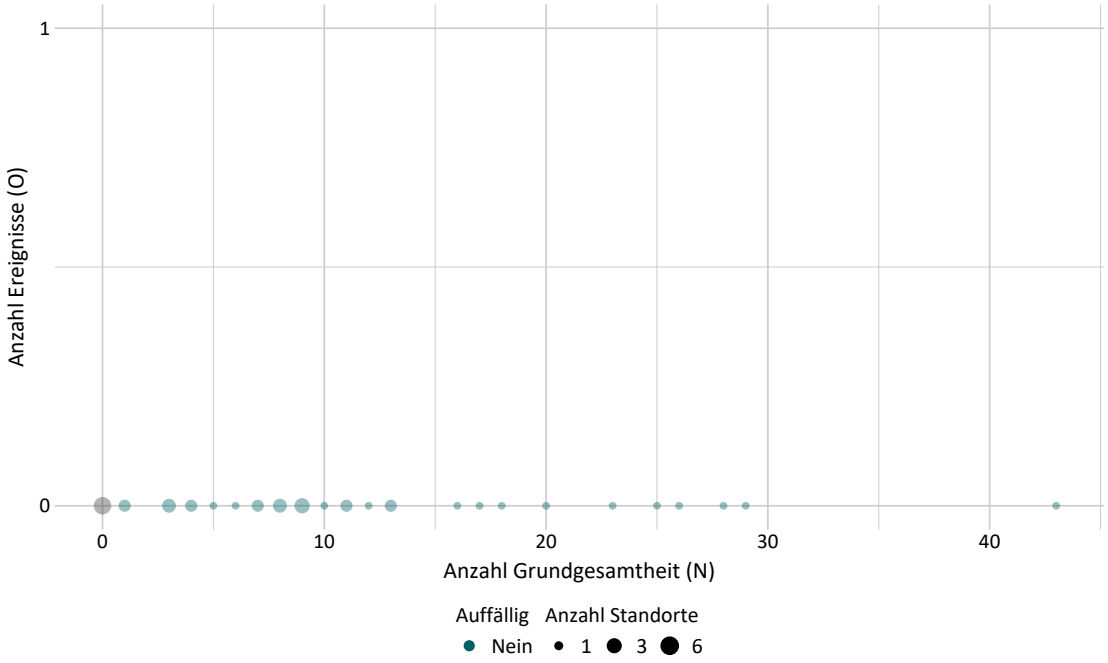
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	0 / 241	0,00	0,00 - 1,57
	2024	0 / 399	0,00	0,00 - 0,95
	2025	0 / 419	0,00	0,00 - 0,91

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	34	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 29_22049 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2023	100,00 % 561/561
9.1.1	ID: 29_22050 davon Status nach 2 Jahren bekannt und lebend	78,07 % 438/561
9.1.1.1	ID: 29_22051 davon mit plausiblen Laborwerten	95,66 % 419/438
9.1.1.1.1	**ID: 12640** **Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)**	0,00 % 0/419
9.1.1.2	ID: 29_22052 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	4,34 % 19/438

12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)

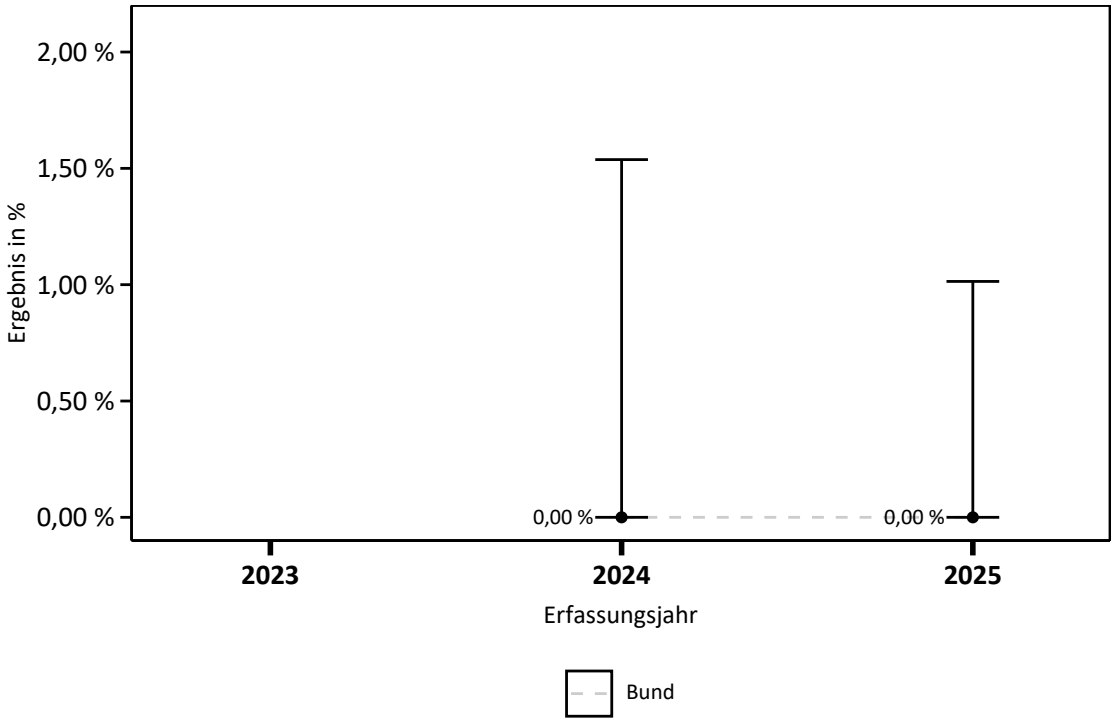
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig) 3 Jahre nach der Spende
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

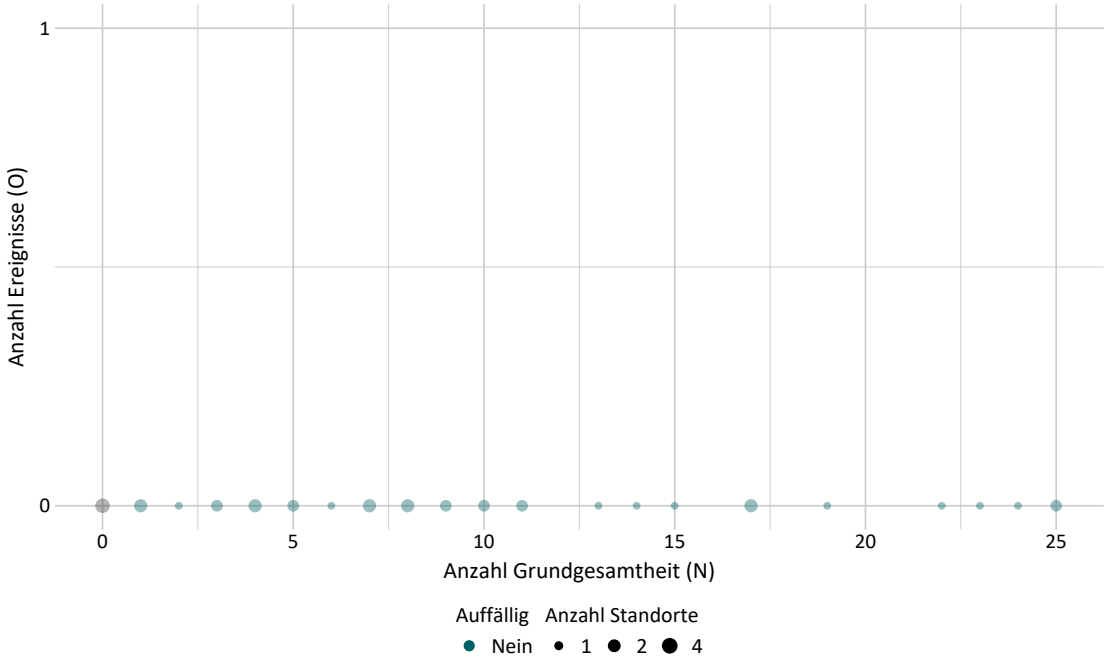
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	0 / 246	0,00	0,00 - 1,54
	2025	0 / 375	0,00	0,00 - 1,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	36	0	0,00	0,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	ID: 29_22053 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2022	100,00 % 505/505
10.1.1	ID: 29_22054 davon Status nach 3 Jahren bekannt und lebend	80,40 % 406/505
10.1.1.1	ID: 29_22055 davon mit plausiblen Laborwerten	92,36 % 375/406
10.1.1.1.1	**ID: 12644** **Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)**	0,00 % 0/375
10.1.1.2	ID: 29_22056 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	7,64 % 31/406

51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

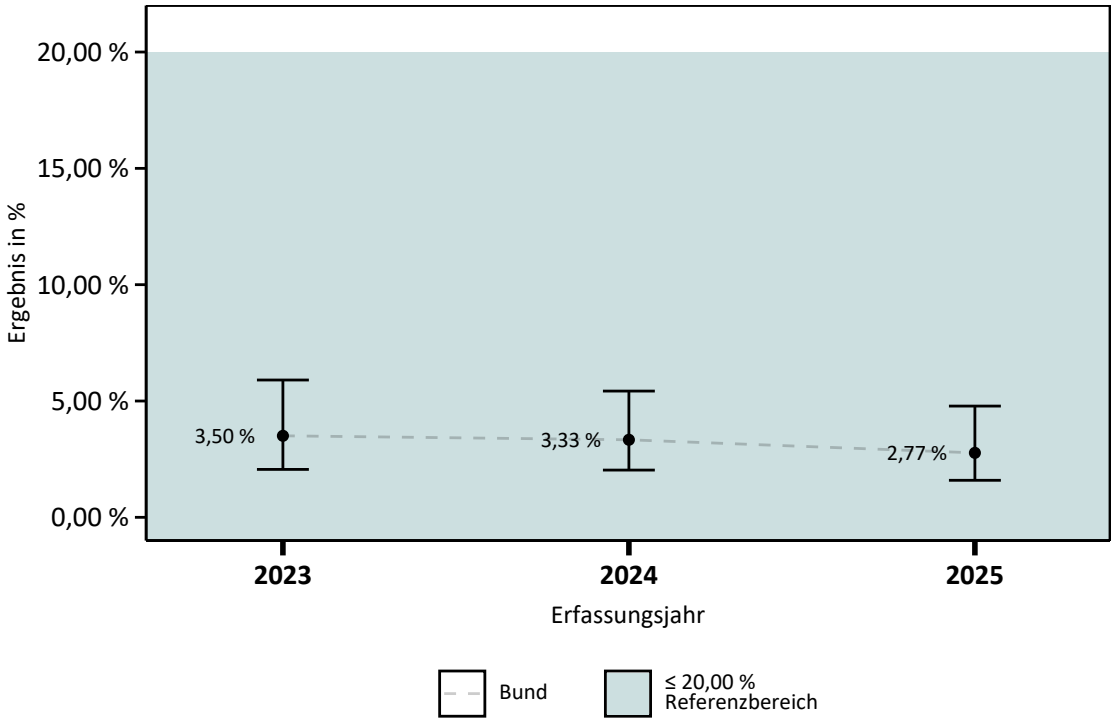
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit Albuminurie (≥ 30 mg/l oder ≥ 30 mg/g) 1 Jahr nach der Spende
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

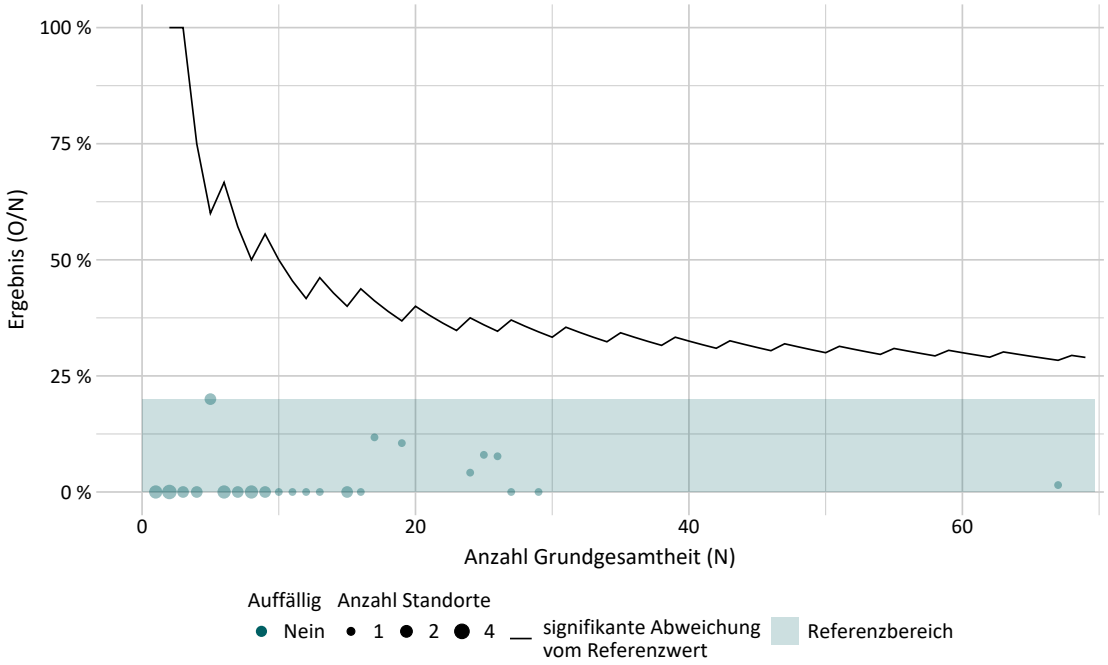
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	13 / 371	3,50	2,06 - 5,90
	2024	15 / 450	3,33	2,03 - 5,43
	2025	12 / 433	2,77	1,59 - 4,78

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	0	0,00	20,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
11.1	ID: 29_22057 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2024	100,00 % 620/620
11.1.1	ID: 29_22058 davon Status nach 1 Jahr bekannt und lebend	75,32 % 467/620
11.1.1.1	ID: 29_22059 davon mit plausiblen Laborwerten	92,72 % 433/467
11.1.1.1.1	**ID: 51997** **Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende**	2,77 % 12/433
11.1.1.2	ID: 29_22060 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	7,28 % 34/467

51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

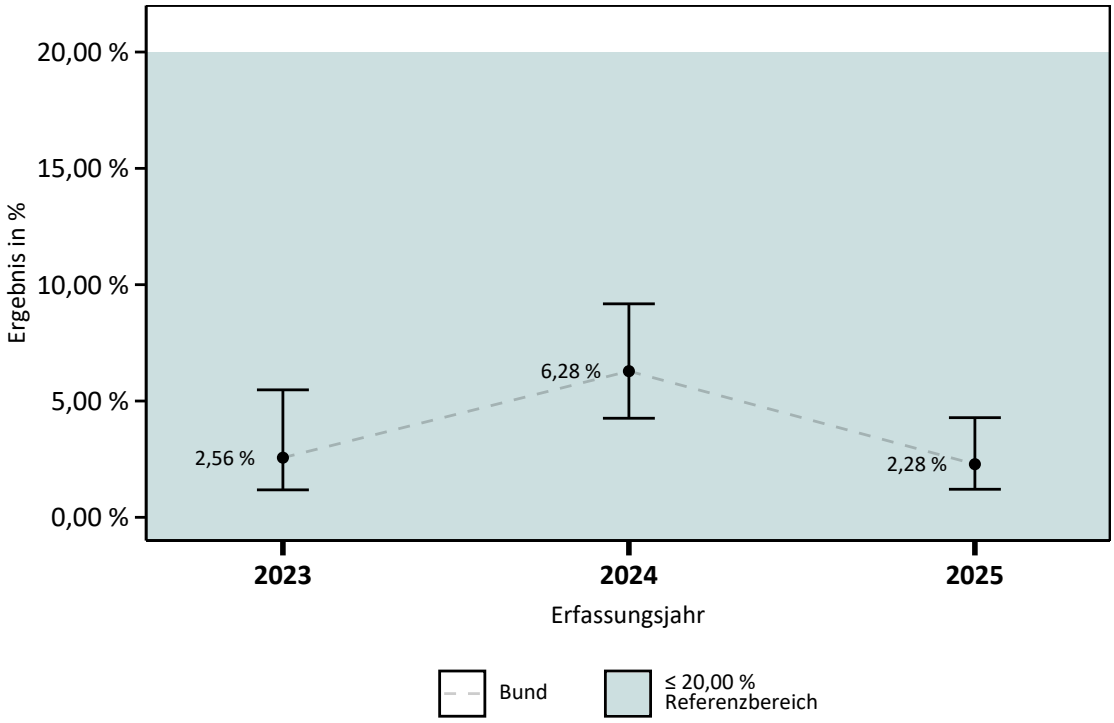
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit Albuminurie (≥ 30 mg/l oder ≥ 30 mg/g) 2 Jahre nach der Spende
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

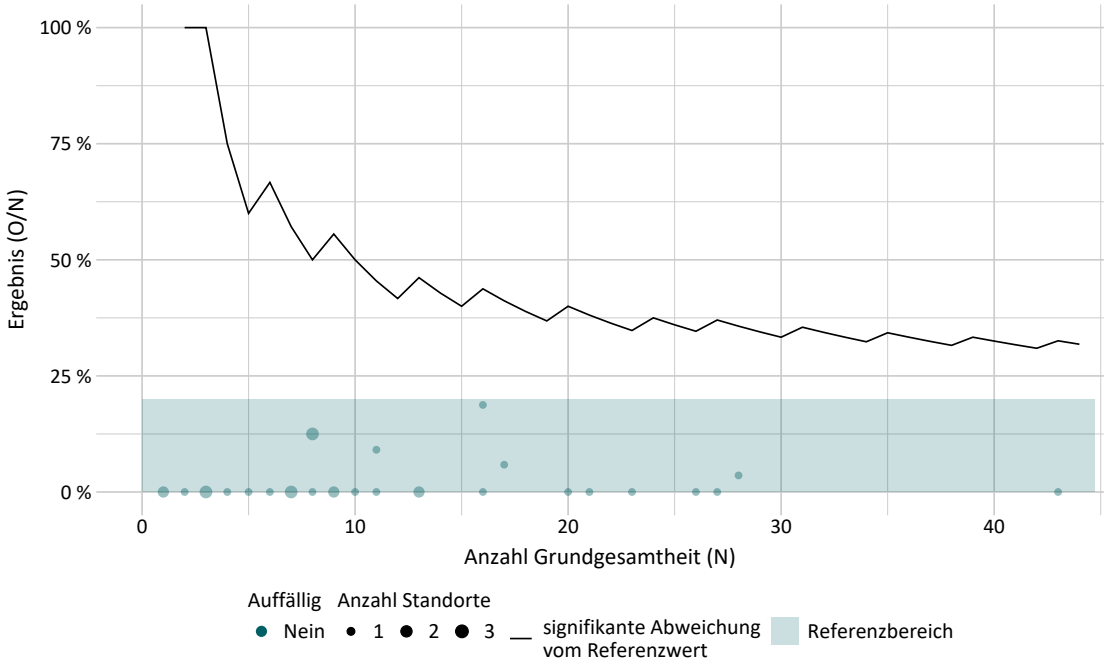
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	6 / 234	2,56	1,18 - 5,48
	2024	24 / 382	6,28	4,26 - 9,18
	2025	9 / 394	2,28	1,21 - 4,28

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	33	0	0,00	18,75	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.1	ID: 29_22061 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2023	100,00 % 561/561
12.1.1	ID: 29_22062 davon Status nach 2 Jahren bekannt und lebend	78,07 % 438/561
12.1.1.1	ID: 29_22063 davon mit plausiblen Laborwerten	89,95 % 394/438
12.1.1.1.1	**ID: 51998** **Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende**	2,28 % 9/394
12.1.1.2	ID: 29_22064 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	10,05 % 44/438

51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

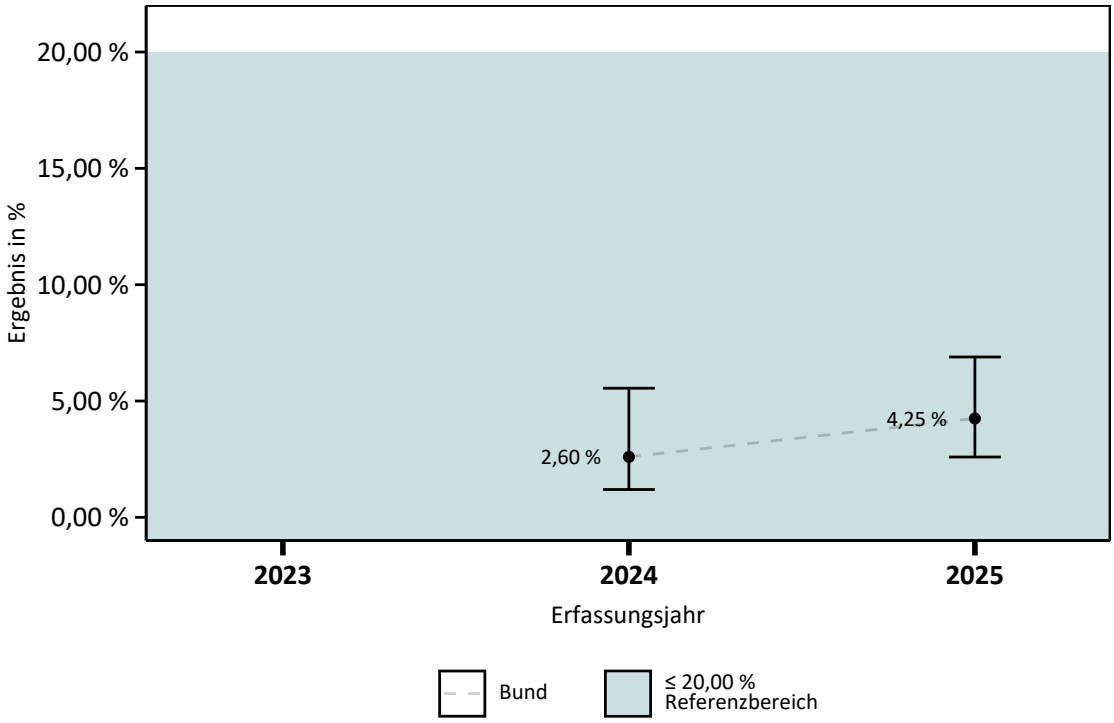
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Zähler	Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit Albuminurie (≥ 30 mg/l oder ≥ 30 mg/g) 3 Jahre nach der Spende
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

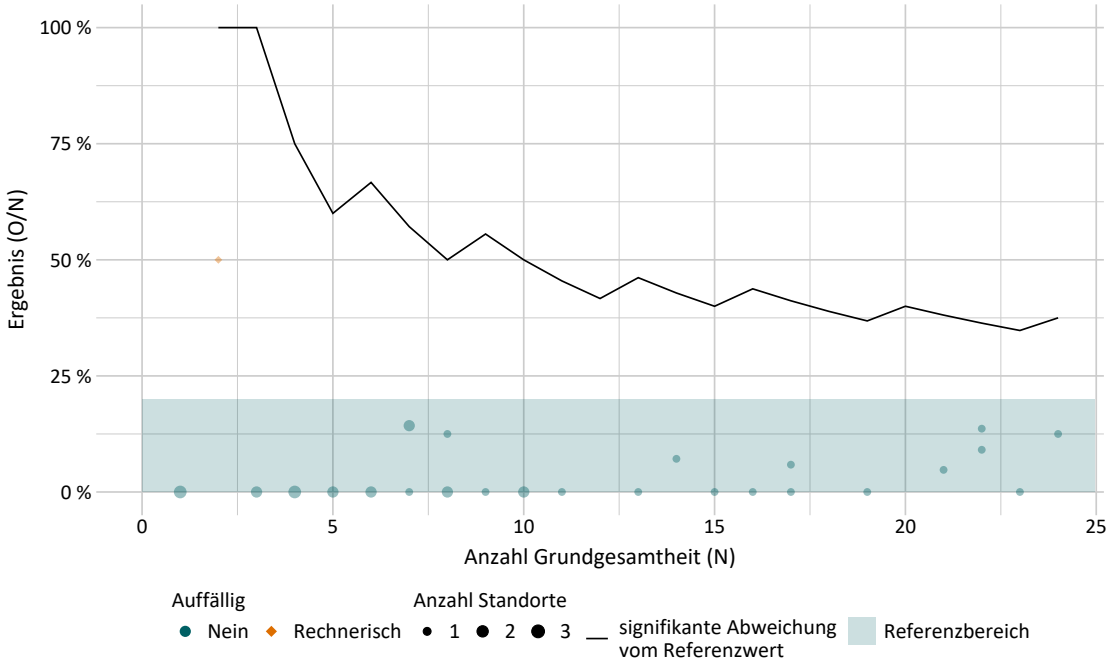
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	6 / 231	2,60	1,20 - 5,55
	2025	15 / 353	4,25	2,59 - 6,89

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	35	1	0,00	50,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
13.1	ID: 29_22065 Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender aus dem Erfassungsjahr 2022	100,00 % 505/505
13.1.1	ID: 29_22066 davon Status nach 3 Jahren bekannt und lebend	80,40 % 406/505
13.1.1.1	ID: 29_22067 davon mit plausiblen Laborwerten	86,95 % 353/406
13.1.1.1.1	**ID: 51999** **Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende**	4,25 % 15/353
13.1.1.2	ID: 29_22068 davon mit unbekannten oder unplausiblen Laborwerten	13,05 % 53/406

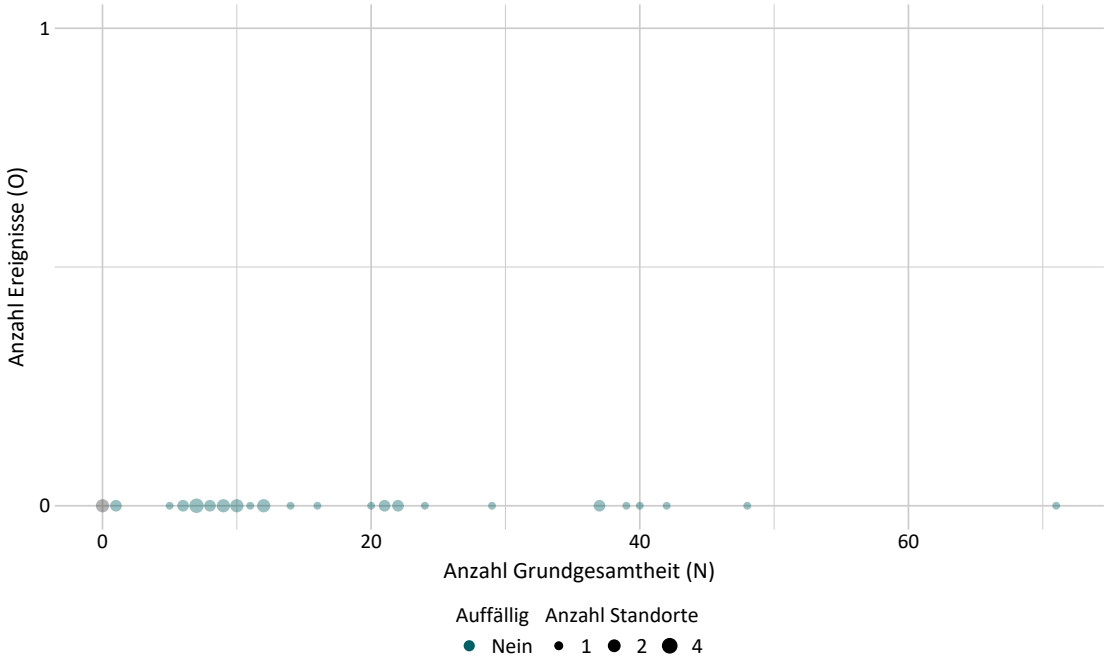
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852315: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebendspenden

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-)Sterblichkeits-QIs und –Kennzahlen haben. **Hypothese** Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Nierenlebendspende während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2025 entlassen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

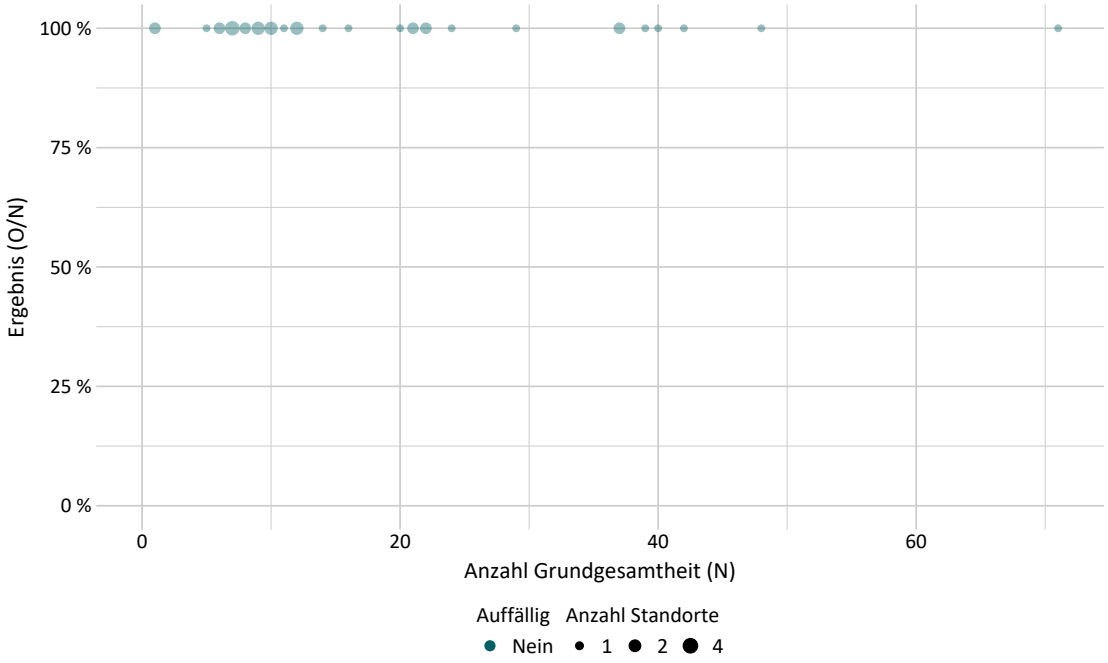
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	0 / 670	0,00	0,00 % 0 / 37

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	37	0	100,00	100,00	100,00

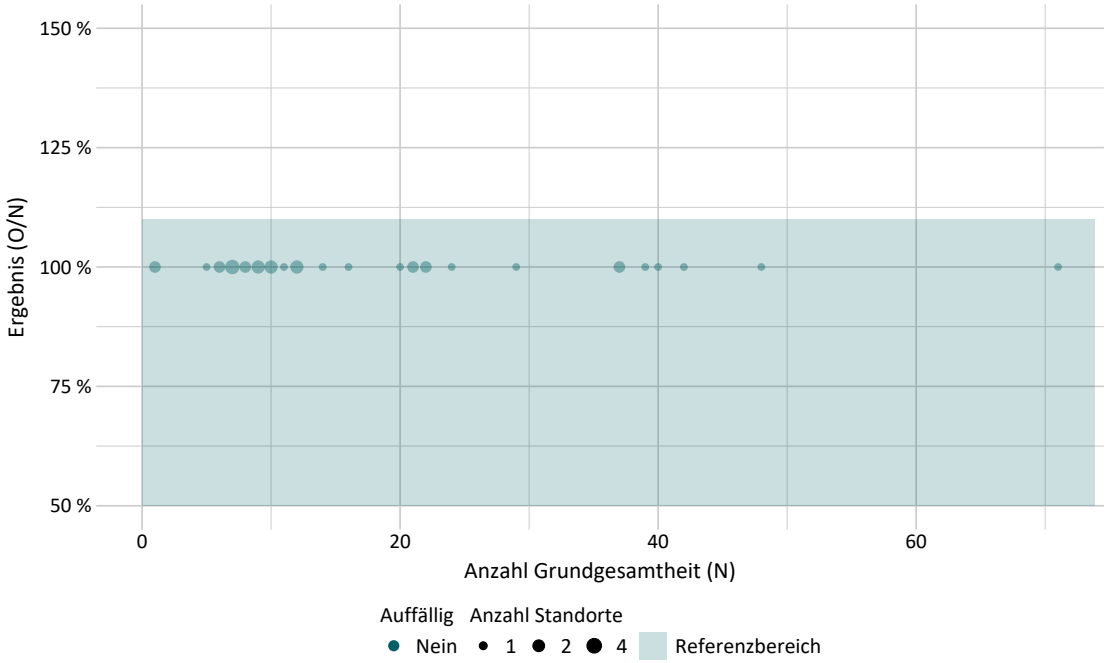
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	670 / 670	100,00	0,00 % 0 / 37

850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	37	0	100,00	100,00	100,00

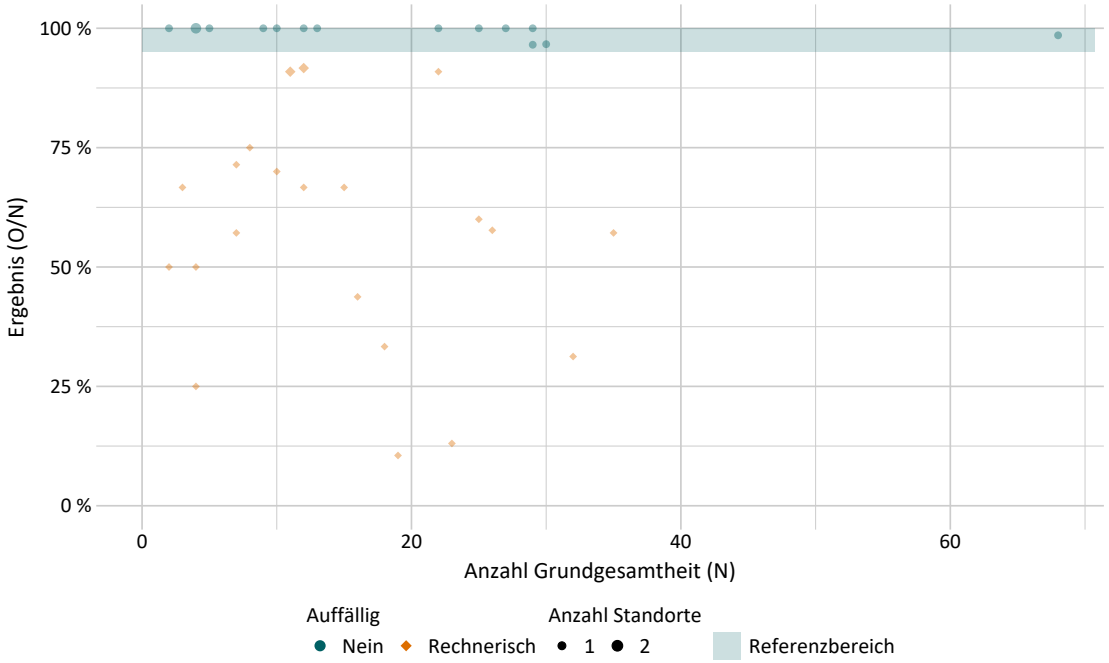
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	670 / 670	100,00	0,00 % 0 / 37

850269: Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	38	23	10,53	100,00	90,91

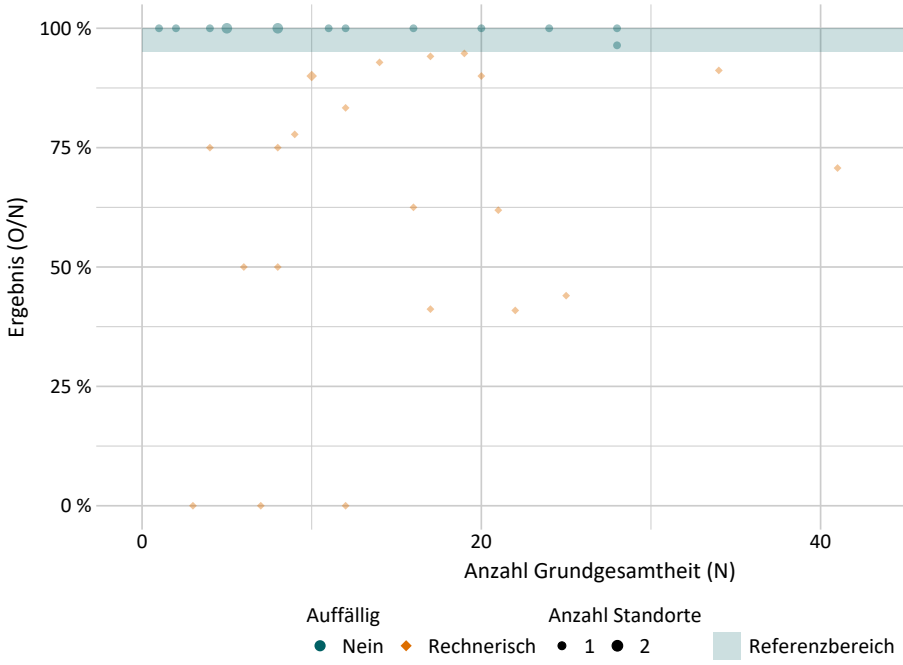
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	470 / 620	75,81	60,53 % 23 / 38

850270: Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden. **Hypothese** Unterdokumentation von Follow-up-Datensätzen im entsprechenden Follow-up-Zeitraum.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	37	23	0,00	100,00	90,00

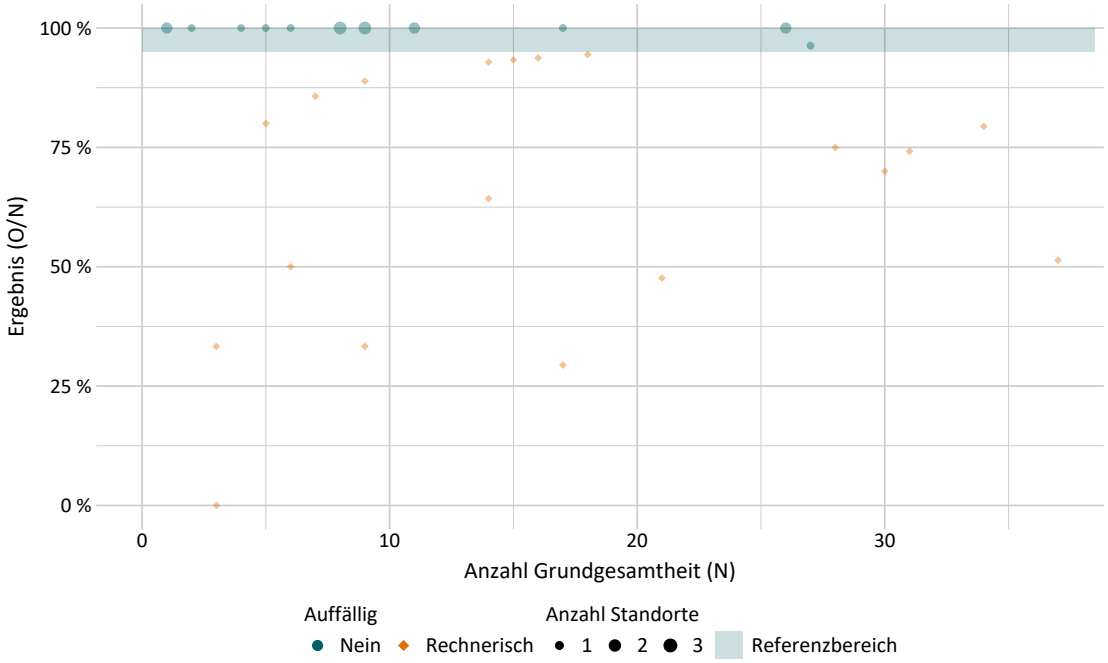
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	440 / 561	78,43	62,16 % 23 / 37

850271: Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierenlebendspende (NLS).
Grundgesamtheit	Anzahl lebend entlassener Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2025 fällig ist
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	37	19	0,00	100,00	94,44

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	406 / 505	80,40	51,35 % 19 / 37

Basisauswertung

Basisdaten Spenderinnen und Spender

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 670**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	0	0,00
1. Quartal	172	25,67
2. Quartal	185	27,61
3. Quartal	162	24,18
4. Quartal	151	22,54
Entlassungsquartal		
1. Quartal 2024	156	23,28
2. Quartal 2024	186	27,76
3. Quartal 2024	159	23,73
4. Quartal 2025	169	25,22

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Fälle	**N = 670**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	438	65,37
8 - 14 Tage	221	32,99
15 - 21 Tage	8	1,19
22 - 28 Tage	≤3	x
> 28 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	670
Minimum	0,00
5. Perzentil	1,00
25. Perzentil	1,00
Median	1,00
Mittelwert	1,33
75. Perzentil	1,00
95. Perzentil	3,00
Maximum	24,00
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	670
Minimum	1,00
5. Perzentil	3,00
25. Perzentil	4,00
Median	5,00
Mittelwert	5,72
75. Perzentil	7,00
95. Perzentil	9,00
Maximum	43,00

	Bund (gesamt)
Gesamtverweildauer (Tage)[2]	
Anzahl Fälle mit Angabe von Werten	670
Minimum	2,00
5. Perzentil	4,00
25. Perzentil	6,00
Median	7,00
Mittelwert	7,06
75. Perzentil	8,00
95. Perzentil	12,00
Maximum	46,00

[2] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 670**	
Geschlecht		
(1) männlich	261	38,96
(2) weiblich	409	61,04
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 670**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	0	0,00
20 - 29 Jahre	5	0,75
30 - 39 Jahre	57	8,51
40 - 49 Jahre	144	21,49
50 - 59 Jahre	235	35,07
60 - 69 Jahre	188	28,06
70 - 79 Jahre	39	5,82
≥ 80 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	670
Minimum	22,00
5. Perzentil	36,00
25. Perzentil	47,00
Mittelwert	54,45
Median	56,00
75. Perzentil	62,00
95. Perzentil	71,00
Maximum	85,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 40 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 1 kg bis ≤ 230 kg	**N = 670**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	≤3	x
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	265	39,55
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	282	42,09
Adipositas (≥ 30)	120	17,91

Anamnese

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 670**	
Hypertonie präoperativ systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg		
(0) nein	509	75,97
(1) ja	161	24,03

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	670
Median	0,80
Mittelwert	0,81
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0,0 und < 9.999,0	670
Median	70,72
Mittelwert	71,42

Operation

Operation (nach OPS)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 670**	
OPS[3]		
(5-554.80) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Offen chirurgisch lumbal	78	11,64
(5-554.81) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Offen chirurgisch abdominal	44	6,57
(5-554.82) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Thorakoabdominal	≤3	x
(5-554.83) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Laparoskopisch	533	79,55
(5-554.8x) Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Sonstige	12	1,79

[3] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	670
Median	151,00
Mittelwert	158,29

Verlauf

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 670**	
Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		
(0) nein	642	95,82
(1) Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)	11	1,64
(2) Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung)	9	1,34
(3) Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)	7	1,04
(4) Grad IV nach Clavien-Dindo und nicht (nur) aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	≤3	x
(5) Grad IV nach Clavien-Dindo ausschließlich aufgrund von Dialysenotwendigkeit (lebensbedrohliche Komplikation)	0	0,00
(6) Grad V (Tod)	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation Grad I bis IV	**N = 28**	
Art der behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikation(en)[4]		
Blutung[5]	≤3	x
Reoperation erforderlich	6	21,43
sonstige Komplikationen	23	82,14

[4] Mehrfachnennung möglich

[5] > 1 EK oder operative Revision

Entlassung

Nierenfunktion bei Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 670**	
Patientin oder Patient bei Entlassung dialysepflichtig?		
(0) nein	670	100,00
(1) ja	0	0,00

	Bund (gesamt)
Kreatininwert i.S. (mg/dl)	
Anzahl lebender Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	670
Median	1,20
Mittelwert	1,26
Kreatininwert i.S. (µmol/l)	
Anzahl lebender Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten > 0,0 und < 9.999,0	670
Median	106,08
Mittelwert	111,13
Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. (mg/g)	
Anzahl lebender Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind mit Angabe von Werten < 9999	414
Median	10,00
Mittelwert	17,45

	Bund (gesamt)
Albumin i. U. ≥ 30 mg/l	
Anzahl lebender Patientinnen und Patienten ohne Angabe des Albumin-Kreatin-Verhältnisses, die bei Entlassung nicht dialysepflichtig sind und deren Albumin-Wert i. U. ≥ 30mg/l ist	25
Median	3,00
Mittelwert	16,16

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 670**	
arterielle Hypertonie systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg		
(0) nein	513	76,57
(1) ja	157	23,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 670**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	551	82,24
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	115	17,16
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,00
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	≤3	x
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	≤3	x
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[6]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[7]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[8]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[9]		
(1) ja	0	0,00

[6] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[7] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[8] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[9] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Todesursache

	Bund (gesamt)	
	n	%
Im Krankenhaus verstorbene Patientinnen und Patienten	**N = 0**	
Todesursache		
(1) Infektion	0	-
(2) kardiovaskulär	0	-
(3) cerebrovaskulär	0	-
(4) andere	0	-
(9) unbekannt	0	-

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen*

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 9
1 Hintergrund 10
2 Einordnung der Ergebnisse 18
2.1 Datengrundlage 18
2.1.1 Überblick 18
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 19
2.1.3 Sozialdaten zu Indexeingriffen aus den Erfassungsjahren 2023 bis 2025 28
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 29
2.2.1 Überblick 29
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 31
2.2.3 Detailergebnisse 50
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 78
2.3.1 Überblick 78
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 79
2.3.3 Detailergebnisse 85
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 92
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 92
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 100
4 Evaluation 107
5 Ausblick 109
Literatur 110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-AK-CHIR 11
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-AK-KATH 12
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-KC 13
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-KC-KOMB.....13
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-MK-CHIR.....14
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-MK-KATH.....15
Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-AK-CHIR.....16
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-AK-KATH.....16
Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-KC 16
Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-MK-CHIR 17
Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-MK-KATH 17
Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-D 17
Tabelle 13: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH.....19
Tabelle 14: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH.....19
Tabelle 15: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH.....20
Tabelle 16: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-AK-CHIR.....20
Tabelle 17: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR.....21
Tabelle 18: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR.....21
Tabelle 19: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-AK-KATH.....22
Tabelle 20: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-AK-KATH.....22
Tabelle 21: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-AK-KATH.....23
Tabelle 22: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-KC.....23
Tabelle 23: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-KC.....24
Tabelle 24: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-KC.....24
Tabelle 25: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-MK-CHIR 25

Tabelle 26: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-MK-CHIR 25
Tabelle 27: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-MK-CHIR..... 26
Tabelle 28: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-MK-KATH 26
Tabelle 29: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-MK-KATH 27
Tabelle 30: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-MK-KATH..... 27
Tabelle 31: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2026) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH 28
Tabelle 32: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-AK-CHIR..... 31
Tabelle 33: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KCHK-AK-CHIR..... 33
Tabelle 34: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-AK-KATH..... 34
Tabelle 35: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KCHK-AK-KATH..... 36
Tabelle 36: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-KC..... 37
Tabelle 37: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KCHK-KC 39
Tabelle 38: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-KC-KOMB 40
Tabelle 39: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-MK-CHIR 42
Tabelle 40: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KCHK-MK-CHIR 45
Tabelle 41: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-MK-KATH..... 46
Tabelle 42: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KCHK-MK-KATH 49
Tabelle 43: QI 382000: Intraprozedurale Komplikationen - KCHK-AK-CHIR..... 51
Tabelle 44: QI 372000: Intraprozedurale Komplikationen - KCHK-AK-KATH..... 52
Tabelle 45: QI 372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts - KCHK-AK-KATH..... 52
Tabelle 46: QI 362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts - KCHK-KC-KOMB..... 52
Tabelle 47: QI 402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts - KCHK-MK-CHIR..... 53

Tabelle 48: QI 392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts - KCHK-MK-KATH 53
Tabelle 49: QI 382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-CHIR 53
Tabelle 50: QI 372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-KATH 54
Tabelle 51: QI 352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC 54
Tabelle 52: QI 362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC-KOMB 55
Tabelle 53: QI 402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-CHIR 55
Tabelle 54: QI 392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-KATH 55
Tabelle 55: QI 362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen - KCHK-KC-KOMB 56
Tabelle 56: QI 402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen - KCHK-MK-CHIR 56
Tabelle 57: QI 392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen - KCHK-MK-KATH 57
Tabelle 58: QI 362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen - KCHK-KC-KOMB 57
Tabelle 59: QI 402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen - KCHK-MK-CHIR 57
Tabelle 60: QI 392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen - KCHK-MK-KATH 58
Tabelle 61: TKez 352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen - KCHK-KC 58
Tabelle 62: TKez 362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen - KCHK-KC-KOMB 58
Tabelle 63: TKez 382002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen - KCHK-AK-CHIR 59
Tabelle 64: QI 362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff - KCHK-KC-KOMB 61
Tabelle 65: QI 402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff - KCHK-MK-CHIR 61
Tabelle 66: QI 392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff - KCHK-MK-KATH 61
Tabelle 67: QI 382003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-CHIR 63
Tabelle 68: QI 372003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-KATH 63
Tabelle 69: QI 352400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC 64
Tabelle 70: QI 362400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC-KOMB 64
Tabelle 71: QI 402008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-CHIR 64
Tabelle 72: QI 392008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-KATH 65
Tabelle 73: QI 382004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-AK-CHIR 65
Tabelle 74: QI 372004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-AK-KATH 65
Tabelle 75: QI 352401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-KC 66
Tabelle 76: QI 362401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-KC-KOMB 66

Tabelle 77: QI 402009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-MK-CHIR 66
Tabelle 78: QI 392009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-MK-KATH 67
Tabelle 79: QI 382006: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-AK-CHIR 69
Tabelle 80: QI 372006: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-AK-KATH 69
Tabelle 81: QI 352007: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-KC 69
Tabelle 82: QI 362019: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-KC-KOMB 70
Tabelle 83: QI 402011: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-MK-CHIR 70
Tabelle 84: QI 392011: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-MK-KATH 71
Tabelle 85: TKez 382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-AK-CHIR 71
Tabelle 86: TKez 372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-AK-KATH 71
Tabelle 87: TKez 352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-KC 72
Tabelle 88: TKez 362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-KC-KOMB 72
Tabelle 89: TKez 402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-MK-CHIR 72
Tabelle 90: TKez 392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-MK-KATH 73
Tabelle 91: QI 382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-CHIR 73
Tabelle 92: QI 372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-KATH 73
Tabelle 93: QI 352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC 74
Tabelle 94: QI 362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC-KOMB 74
Tabelle 95: QI 402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-CHIR 75
Tabelle 96: QI 392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-KATH 75
Tabelle 97: QI 382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-AK-CHIR 75
Tabelle 98: QI 372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-AK-KATH 76
Tabelle 99: QI 352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-KC 76
Tabelle 100: QI 362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-KC-KOMB 77
Tabelle 101: QI 402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-MK-CHIR 77
Tabelle 102: QI 392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-MK-KATH 77
Tabelle 103: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-AK-CHIR 79
Tabelle 104: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-AK-CHIR 79
Tabelle 105: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-AK-KATH 80
Tabelle 106: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-AK-KATH 80
Tabelle 107: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-KC 81
Tabelle 108: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-KC 81
Tabelle 109: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-MK-CHIR 82

Tabelle 110: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-MK-CHIR 82
Tabelle 111: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-MK-KATH 83
Tabelle 112: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-MK-KATH 83
Tabelle 113: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-D 84
Tabelle 114: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-D 84
Tabelle 115: AK 852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 85
Tabelle 116: AK 852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 85
Tabelle 117: AK 852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 86
Tabelle 118: AK 852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 86
Tabelle 119: AK 852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 86
Tabelle 120: AK 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 87
Tabelle 121: AK 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 88
Tabelle 122: AK 850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 88
Tabelle 123: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS KCHK 90
Tabelle 124: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR 92
Tabelle 125: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH 93
Tabelle 126: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC 94
Tabelle 127: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC-KOMB 95
Tabelle 128: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR 97
Tabelle 129: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH 98
Tabelle 130: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR 100
Tabelle 131: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH 101
Tabelle 132: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC 102
Tabelle 133: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR 103
Tabelle 134: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH 104
Tabelle 135: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-D 105

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
KCHK-AK-CHIR	Auswertungsmodul Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
KCHK-AK-KATH	Auswertungsmodul *Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe*
KCHK-KC	Auswertungsmodul *Isolierte Koronarchirurgie*
KCHK-KC-KOMB	Auswertungsmodul *Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie*
KCHK-MK-CHIR	Auswertungsmodul *Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe*
KCHK-MK-KATH	Auswertungsmodul *Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe*
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
O/E	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (*observed to expected ratio*)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	perkutane Koronarintervention (*percutaneous coronary intervention*)
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS KCHK	QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen*
STNV	Stellungnahmeverfahren
TKez	Transparenzkennzahl

1 Hintergrund

Die externe, gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung wird im QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen* (*QS KCHK*) bei den häufig durchgeführten Eingriffen an der Aortenklappe, der Mitralklappe oder den Herzkranzgefäßen (Koronararterien) bei erwachsenen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ausgelöst. Die Eingriffe können dabei isoliert oder seltener in Kombination erfolgen und bilden einen Großteil der herzchirurgischen Routine im deutschen Klinikalltag ab. Damit eignen sich diese Eingriffe gut, die Versorgungsqualität der Leistungserbringer zu sichern und zu vergleichen. Betrachtet werden sowohl die Qualität während des Krankenhausaufenthalts als auch der Zeitraum nach der Operation. Erfasst werden vor allem das Auftreten von Komplikationen, erneuten Eingriffen und Todesfällen.

Das Verfahren soll gemäß DeQS-RL die qualitätsrelevanten Aspekte der Versorgung abbilden und bewerten und verfolgt dabei mehrere Ziele: die Verbesserung der Indikationsstellung sowie der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen. Außerdem soll es dazu beitragen, Komplikationen während und nach den Eingriffen zu verringern sowie Folgeerkrankungen durch die Eingriffe zu reduzieren.

Um die unterschiedlichen Eingriffsarten abzudecken, umfasst das Verfahren *QS KCHK* 6 spezifische Auswertungsmodule:

- *Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe* (*KCHK-AK-CHIR*)
- *Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe* (*KCHK-AK-KATH*)
- *Isolierte Koronarchirurgie* (*KCHK-KC*)
- *Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie* (*KCHK-KC-KOMB*)
- *Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe* (*KCHK-MK-CHIR*)
- *Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe* (*KCHK-MK-KATH*)

In diesen Auswertungsmodulen werden verschiedene Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen ausgewertet. Das ermöglicht eine differenzierte Bewertung der Behandlungsqualität.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Insgesamt umfasst das Verfahren im Auswertungsjahr 2026 wie im Jahr zuvor 51 Qualitätsindikatoren, von denen 12 ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren. Die übrigen 39 beziehen für die Berechnung zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen ein. Über Qualitätsindikatoren, die nur auf der QS-Dokumentation basieren, sowie über Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen kann jeweils in dem auf das Erfassungsjahr folgende Kalenderjahr berichtet werden. Für sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von länger als 30 Tagen ist die Berichterstattung hingegen um ein Jahr verzögert. Grund dafür ist, dass die Sozialdaten erst zu einem späteren Zeitpunkt von den Krankenkassen bereitgestellt und ausgewertet werden. Als Besonderheit kommt es bei den Re-Eingriffen in den Auswertungsmodulen *KCHK-KC* und *KCHK-KC-KOMB* zu einer um noch ein Jahr längeren Latenzzeit, da eine perkutane Koronarintervention

(*percutaneous coronary intervention,* PCI) auch ambulant durchgeführt werden kann und sich die Datenlieferung der Krankenkassen dadurch zusätzlich verzögert.

Die im Auswertungsjahr 2026 verwendeten Indikatoren des Verfahrens *QS KCHK* konzentrieren sich ausschließlich auf die Ergebnisqualität. Sie messen die Behandlungsqualität anhand der Behandlungsergebnisse und liefern entscheidende Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Maßnahmen sowie zur Patientensicherheit. Dazu zählen Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, zur Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen und eines Jahres, zu erneuten Eingriffen innerhalb von 30 Tagen und eines Jahres, zum Auftreten eines Schlaganfalls innerhalb von 30 Tagen sowie zur Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff. Zusätzlich werden das Auftreten einer Endokarditis, intraprozedurale Komplikationen und Gefäßkomplikationen sowie schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen, die sowohl während des stationären Aufenthalts als auch innerhalb von 90 Tagen auftreten können, separat erfasst. Zu den Letztgenannten zählen unter anderem Blutungen, die eine erneute Operation erfordern, akutes Nierenversagen, zerebrovaskuläre Ereignisse, zugangsassoziierte Gefäßkomplikationen und Infektionen, mechanische Komplikationen durch eingebrachtes Fremdmaterial oder Undichtigkeiten am Rand der künstlichen Herzklappe (paravalvuläre Leckagen).

Zusätzlich umfasst das Verfahren ratenbasierte Transparenzkennzahlen zur Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation (in allen Auswertungsmodulen) und zu tiefen Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen (in den Auswertungsmodulen *KCHK-KC*, *KCHK-KC-KOMB* und *KCHK-AK-CHIR*).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-AK-CHIR

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
382000	Intraprozedurale Komplikationen	QS-Dokumentation	2025
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Sterblichkeit			
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2025
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

* Transparenzkennzahl

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-AK-KATH

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
372000	Intraprozedurale Komplikationen	QS-Dokumentation	2025
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2025
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: Sterblichkeit			
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2025
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

* Transparenzkennzahl

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-KC

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Sterblichkeit			
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2025
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

* Transparenzkennzahl

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-KC-KOMB

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2025
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappen-eingriff	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Sterblichkeit			
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2025
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-MK-CHIR

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2025
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappen-eingriff	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: Sterblichkeit			
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2025
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

* Transparenzkennzahl

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KCHK-MK-KATH

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2025
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappen-eingriff	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Sterblichkeit			
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2025
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2025
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS KCHK* gibt es keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, aber 8 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Dazu gehören zum einen Auffälligkeitskriterien, die sich ausschließlich auf die einzelnen Auswertungsmodule (*KCHK-KC*, *KCHK-AK-CHIR*, *KCHK-AK-KATH*, *KCHK-MK-CHIR*, *KCHK-MK-KATH*) beziehen, und zum anderen Auffälligkeitskriterien, die sich auf das gesamte Erfassungsmodul *HCH* (Auswertungsmodul *KCHK-D*) beziehen.

Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Die gelieferten Datensätze zum Erfassungsjahr 2025 bilden die Grundlage für die Auswertung der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien sowie für die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren mit einem 30-Tage-Follow-up (ausgenommen sind die Indikatoren „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen" in den Auswertungsmodulen *KCHK-KC* und *KCHK-KC-KOMB*). Die Grundlage für die Auswertung der übrigen sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren, die sich auf Indexeingriffe des Jahres 2024 bzw. 2023 beziehen, sind die jeweils gelieferten Datensätze der entsprechenden Erfassungsjahre.

Wie im Vorjahr liegt die Vollzähligkeit der Daten für das gesamte Verfahren sowie für die Zählleistungsbereiche *KCHK-AK-KATH*, *KCHK-MK-KATH* und *KCHK-KC* bei über 100 %. Die Anzahl der gelieferten Datensätze lag demzufolge über der erwarteten Anzahl an Datensätzen. In den Zählleistungsbereichen *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-MK-CHIR* zeigt sich in diesem Jahr allerdings eine Unterdokumentation. Ursächlich hierfür ist, dass in den Auswertungsmodulen *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-MK-CHIR* aufgrund einer Umstellung der OPS-Kodes die Anzahl der gelieferten Datensätze in einigen Fällen nicht korrekt ausgewiesen werden konnte. Auf die Auswertung der Qualitätsindikatoren hat dies keine Auswirkungen.

Zudem kam es von Erfassungsjahr 2024 zu Erfassungsjahr 2025 zu einem leichten Anstieg der gelieferten QS-Datensätze und der Anzahl der Leistungserbringer. Der erneute Anstieg der Datensätze im gesamten Verfahren ist vor allem auf die im Auswertungsjahr 2026 häufiger durchgeführten kathetergestützten Eingriffe (*KCHK-AK-KATH* und *KCHK-MK-KATH*) zurückzuführen. Hierbei ist im Bereich der Mitralklappeneingriffe auch eine Zunahme an Leistungserbringern zu verzeichnen. Im Bereich der Aortenklappeneingriffe hat die Anzahl der Leistungserbringer, trotz einer höheren Anzahl an durchgeführten Eingriffen, leicht abgenommen.

Für das Erfassungsjahr 2025 konnten 95,47 % der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem QS-Datensatz verknüpft werden. Die Verknüpfungsrate liegt damit wie in den Vorjahren nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Die Auswertung im Verfahren *QS KCHK* erfolgt standortbezogen, nach dem behandelnden, OPS-abrechnenden Standort (= Auswertungsstandort). Es gab insgesamt 15 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die zwar eine Sollstatistik, aber keine Datensätze geliefert haben.

Datengrundlage Ebene Erfassungsmodul *HCH*

Tabelle 13: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	89.007 88.955 52	88.902	100,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	302		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	324	330	98,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	288	293	98,29

Tabelle 14: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Tabelle 15: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	247	246	100,41

Datengrundlage Ebene Zählleistungsbereiche

Tabelle 16: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-AK-CHIR

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	12.280 12.277 3	13.484	91,07
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	95	98,95
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	76	100,00

Tabelle 17: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.000 12.995 5	12.995	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	96	97,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	78	78	100,00

Tabelle 18: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.145 13.142 3	13.014	101,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	93	90	103,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Tabelle 19: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-AK-KATH

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	28.500 28.492 8	28.464	100,13
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	95	96	98,96
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	79	100,00

Tabelle 20: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-AK-KATH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	26.842 26.832 10	26.750	100,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	98	98	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	81	80	101,25

Tabelle 21: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-AK-KATH

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	25.965 25.955 10	25.681	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	96	95	101,05
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	78	101,28

Tabelle 22: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-KC

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	31.526 31.519 7	31.490	100,11
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	95	96	98,96
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Tabelle 23: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-KC

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	30.951 30.946 5	30.841	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	87		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	98	98,98
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Tabelle 24: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-KC

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	31.208 31.202 6	30.794	101,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	96	93	103,23
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Tabelle 25: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-MK-CHIR

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	11.063 11.061 2	11.279	98,08
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	97	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	78	101,28

Tabelle 26: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-MK-CHIR

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.508 10.502 6	10.504	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	96	97,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	79	100,00

Tabelle 27: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-MK-CHIR

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.117 10.109 8	9.988	101,29
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	91	90	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Tabelle 28: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2025) - KCHK-MK-KATH

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	11.943 11.908 35	11.930	100,11
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	293		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	304	309	98,38
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	287	292	98,29

Tabelle 29: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2024) - KCHK-MK-KATH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.109 10.092 17	10.108	100,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	279		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	287	290	98,97
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	269	270	99,63

Tabelle 30: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2026, EJ 2023) - KCHK-MK-KATH

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.592 8.567 25	8.545	100,55
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	256		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	264	263	100,38
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	247	246	100,41

2.1.3 Sozialdaten zu Indexeingriffen aus den Erfassungsjahren 2023 bis 2025

Tabelle 31: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2026) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

Erfassungs-jahr	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
2025	88.955	95,47 N = 84.924
2024	83.566	95,86 N = 80.109
2023	81.236	95,77 N = 77.796

Die in Tabelle 31 dargestellten Raten der Erfassungsjahre 2024 und 2023 entsprechen nicht den Angaben der zurückliegenden Auswertung bzw. der korrekten Angabe der gelieferten QS-Basisdatensätze in Tabelle 14 und Tabelle 15. Eine Krankenkasse hat mit der für die Auswertung relevanten Lieferung unvollständige Daten geliefert: Bei einem Teil der im Verfahren *QS KCHK* übermittelten Versicherten wurden keine Indexleistungen (OPS-Kodes) übertragen. Dadurch sind diese Fälle nicht als Indexfälle erkennbar und wurden vom Sozialdatenfilter ausgeschlossen. In der Aprillieferung fehlen für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 dementsprechend etwa 3,6 % der Indexfälle. Die falsche Datenlieferung überschreibt dabei die korrekte vorangegangene Lieferung. Die Auswirkungen unterscheiden sich zwischen den Auswertungsmodulen. Grund sind die jeweils unterschiedlichen Grundgesamtheiten, die für die Indikatorberechnung herangezogen werden. Nicht betroffen sind *KCHK-KC* und *KCHK-KC-KOMB*. Nur gering betroffen sind *KCHK-AK-CHIR*, *KCHK-MK-CHIR* und *KCHK-MK-KATH*: Hier fehlen jeweils weniger als 0,3 %, 0,5 % bzw. 0,07 % der Indexfälle. Deutlich betroffen ist hingegen *KCHK-AK-KATH*: Hier fehlen 11 % der Indexfälle, sodass die Qualität der Dokumentationsdaten in diesem Auswertungsmodul erheblich beeinträchtigt ist. Im Erfassungsjahr 2024 zeigen sich bei etwa 83 % und im Erfassungsjahr 2025 bei etwa 90 % der Leistungserbringer in diesem Auswertungsmodul Auswirkungen.

In Bezug auf die Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen bestehen im aktuellen Auswertungsjahr auch weitere Einschränkungen durch Nicht- bzw. Fehllieferungen: So wurden zu allen Versicherten einer bundesweit agierenden Krankenkasse keine Sterbeinformationen übermittelt. Diese Krankenkasse deckt ca. 2 % aller gesetzlich Versicherten ab, wodurch die Mortalität in allen sozialdatenbasierten Indikatoren um 2 % unterschätzt wird. Des Weiteren fehlten bei der letzten Quartalslieferung von drei Krankenkassen Daten eines Monats. Hiervon betroffen sind Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die für das Erfassungsjahr 2025 Daten aus dem ersten Quartal des Jahres 2026 verwenden. Das heißt, für alle sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up von 30 Tagen sind über alle Auffälligkeiten hinweg Beeinträchtigungen möglich.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Auswertungsjahr 2026 werden die Ergebnisse der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2025 und der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu den Erfassungsjahren 2023, 2024 und 2025 dargestellt und bewertet.

Mit Blick auf die Bundesergebnisse aller im Verfahren *QS KCHK* eingesetzten Qualitätsindikatoren ist grundsätzlich weiterhin eine gute Versorgungsqualität erkennbar. Die jeweiligen Raten liegen sowohl bei den Komplikations- als auch bei den Sterblichkeitsindikatoren auf niedrigem Niveau. Für alle Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen, die eine Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr zulassen, zeigen sich gegenüber dem Vorjahr auf Bundesebene ein ähnliches Qualitätsniveau bzw. leichte Qualitätsverbesserungen.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 konzentrierten sich der Großteil der rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten im Verfahren *QS KCHK* auf das Auswertungsmodul *KCHK-MK-KATH*: Im Qualitätsindikator „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts“ (ID 392002) waren 4 von 23 rechnerisch auffälligen Ergebnissen auch qualitativ auffällig, im Indikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ (ID 392012) 14 von 23 und im Indikator „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ (ID 392003) 7 von 15. Gründe für eine qualitativ auffällige Bewertung waren Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, z. B. eine unzureichende präoperative Diagnostik, Indikationsstellung oder Risikoanalyse oder auch peri- oder postprozedurale Abläufe, die nicht ausreichend angemessen waren. Qualitativ auffällige Bewertungen aufgrund keiner oder nicht ausreichend erklärender Gründe für die rechnerische Auffälligkeit ergaben sich zumeist aus zu kurzen bzw. wenig aussagekräftigen Bewertungen oder bei Ausbleiben einer genauen Ursachenanalyse durch den Leistungserbringer.

Der GBA beauftragte das IQTIG 2022 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS KCHK*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Dabei ergab sich für einige Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen Überarbeitungsbedarf. Außerdem wurde für einige Qualitätsindikatoren eine Streichung oder Umwandlung von Qualitätsindikator zu Transparenzkennzahl empfohlen. Im Auswertungsjahr 2026 wurde für die folgenden betroffenen Qualitätsindikatoren der Referenzbereich ausgesetzt, da bis zur Umsetzung der Empfehlung zum Erfassungsjahr 2026 auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet werden soll:

- Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen (IDs 392004 und 402004)
- Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres (IDs 392007 und 402007)
- Sterblichkeit im Krankenhaus (IDs 352007, 372006, 382006, 392011 und 402011)
- Sterblichkeit innerhalb eines Jahres (IDs 352009, 372008, 382008, 392013 und 402013)

Zudem werden im Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* sämtliche Referenzbereiche ausgesetzt. Bei *KCHK-KC-KOMB* handelt es sich um ein sehr heterogenes Auswertungsmodul, das Eingriffe mit sehr unterschiedlicher Komplexität kombiniert. So kann es beispielsweise vorkommen, dass ein Leistungserbringer einen Bypass auf die vordere linke Herzkranzarterie (Ramus interventricularis anterior, RIVA) und eine kleine Rekonstruktion an einer Klappe unternimmt, während ein anderer Leistungserbringer in einem Eingriff vier Bypässe, einen schwierigen Mitralklappenersatz und noch eine weitere Klappenrekonstruktion bei einem Patienten unternimmt. Diese Komplexitätsunterschiede erschweren eine vergleichbare Bewertung der Ergebnisse und damit auch den Vergleich der Leistungserbringer. Bei deutlich unterschiedlichen Voraussetzungen ist eine einheitliche Interpretation der Indikatorergebnisse nicht möglich. Daher wird vorerst auf ein Stellungnahmeverfahren für Qualitätsindikatoren dieses Auswertungsmoduls verzichtet. Dem Rechnung tragend wurde im Herbst 2025 gemeinsam mit dem Expertengremium die Streichung dieses Auswertungsmoduls konsentiert. Eine entsprechende Empfehlung wird voraussichtlich zum Erfassungsjahr 2028 erfolgen.

Bei der Auswertung der auf Sozialdaten basierenden Follow-up-Indikatoren des Auswertungsmoduls *KCHK-AK-KATH* ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse erheblich beeinträchtigt sind, da eine Krankenkasse unvollständige Daten übermittelt hat: Bei einigen Versicherten fehlen die OPS-Kodes für die Indexleistungen, sodass diese Fälle nicht als Indexfälle erkannt wurden und folglich nicht bei der Berechnung der Bundes- und Leistungserbringerergebnisse berücksichtigt werden konnten. In den anderen Auswertungsmodulen gibt es entweder keine Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse oder sie sind als gering einzuschätzen. In *KCHK-AK-KATH* fehlen jedoch 11 % der Indexfälle, was die Dokumentationsqualität stark verschlechtert; betroffen sind etwa 83 % der Leistungserbringer für das Erfassungsjahr 2024 und 90 % für das Erfassungsjahr 2025 in diesem Auswertungsmodul. Das Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2026 wurde demnach für die betroffenen Indikatoren in *KCHK-AK-KATH* ausgesetzt.

Auch sind hinsichtlich der Auswertung der auf Sozialdaten basierenden Follow-up-Indikatoren auch die weiteren Fehl- und Nichtlieferungen zu berücksichtigen. Hierzu zählt zum einen die fehlende Lieferung einer bundesweit agierenden Krankenkasse, die keine Sterbeinformationen übermittelt hat und ca. 2 % aller gesetzlich Versicherten abdeckt, wodurch die Mortalität in allen sozialdatenbasierten Indikatoren um 2 % unterschätzt wird. Zum anderen fehlten bei der letzten Quartalslieferung von drei Krankenkassen Daten eines Monats, wodurch für alle sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up von 30 Tagen Beeinträchtigungen möglich sind.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 32: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-AK-CHIR

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
382000	Intraprozedurale Komplikationen	0,74 % O = 54 N = 7.271	0,74 % O = 58 N = 7.808 (≤ 3,11 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 195 / 194,05 2,92 % O/N = 195 / 6.681	0,98 O/E = 205 / 208,18 2,85 % O/N = 205 / 7.203 (≤ 3,04; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	2,23 % O = 166 N = 7.434	2,34 % O = 168 N = 7.194	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	0,54 % O = 39 N = 7.181	0,53 % O = 41 N = 7.670 (≤ 2,72 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	1,79 % O = 133 N = 7.442	1,72 % O = 124 N = 7.204 (≤ 4,57 %; 95. Perzentil)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	2,04 % O = 143 N = 7.008	2,34 % O = 176 N = 7.536	vergleichbar
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,05 O/E = 204 / 194,23 2,81 % O/N = 204 / 7.271	1,09 O/E = 231 / 211,87 2,96 % O/N = 231 / 7.808 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,06 O/E = 224 / 211,67 3,12 % O/N = 224 / 7.181	1,08 O/E = 250 / 230,55 3,26 % O/N = 250 / 7.670 (≤ 2,65; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,00 O/E = 511 / 509,40 6,87 % O/N = 511 / 7.442	1,00 O/E = 492 / 491,44 6,83 % O/N = 492 / 7.204 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 33: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KCHK-AK-CHIR

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
382000	Intraprozedurale Komplikationen	2024	3 / 83	3,61	1
		2025	3 / 85	3,53	0
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2024	3 / 83	3,61	1
		2025	6 / 85	7,06	1
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation					
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	2025	4 / 85	4,71	-
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	2024	4 / 83	4,82	-
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2024	3 / 83	3,61	0
		2025	4 / 85	4,71	1

Tabelle 34: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-AK-KATH

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
372000	Intraprozedurale Komplikationen	1,33 % O = 355 N = 26.771	1,25 % O = 357 N = 28.455 (≤ 2,58 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	0,84 % O = 225 N = 26.771	0,82 % O = 233 N = 28.455 (≤ 2,23 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen**	1,02 O/E = 788 / 776,02 3,19 % O/N = 788 / 24.700	1,13 O/E = 820 / 728,26 3,49 % O/N = 820 / 23.507 (≤ 2,03; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen**	0,19 % O = 50 N = 26.484	0,26 % O = 66 N = 25.091 (≤ 1,15 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres**	0,55 % O = 142 N = 25.759	0,58 % O = 137 N = 23.732 (≤ 2,18 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	1,79 % O = 477 N = 26.593	1,76 % O = 497 N = 28.303	vergleichbar
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,01 O/E = 518 / 513,36 1,93 % O/N = 518 / 26.771	0,99 O/E = 532 / 539,96 1,87 % O/N = 532 / 28.455 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen**	1,02 O/E = 742 / 729,70 2,80 % O/N = 742 / 26.484	0,97 O/E = 663 / 681,89 2,64 % O/N = 663 / 25.091 (≤ 1,93; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres**	1,01 O/E = 3.419 / 3.386,63 13,27 % O/N = 3.419 / 25.759	1,01 O/E = 3.128 / 3.089,94 13,18 % O/N = 3.128 / 23.732 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

** Die Datengrundlage der Ergebnisse der auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen im Modul *KCHK-AK-KATH* sind erheblich beeinträchtigt. Für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 (Auswertungsjahr 2026) fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle in diesem Auswertungsmodul. Im Erfassungsjahr 2024 sind davon etwa 83 % und im Erfassungsjahr 2025 etwa 90 % aller Leistungserbringer in diesem Auswertungsmodul betroffen.

© IQTIG 2026

Tabelle 35: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KCHK-AK-KATH

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
372000	Intraprozedurale Komplikationen	2024	4 / 85	4,71	0
		2025	3 / 83	3,61	0
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	2024	4 / 85	4,71	3
		2025	5 / 83	6,02	1
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen*	2024	3 / 85	3,53	0
		2025	3 / 83	3,61	0
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation					
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen*	2025	4 / 83	4,82	-
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres*	2024	5 / 85	5,88	-
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen*	2024	4 / 85	4,71	2
		2025	5 / 83	6,02	1

* Die Datengrundlage der Ergebnisse der auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen im Modul *KCHK-AK-KATH* sind erheblich beeinträchtigt. Für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 (Auswertungsjahr 2026) fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle in diesem Auswertungsmodul. Im Erfassungsjahr 2024 sind davon etwa 83 % und im Erfassungsjahr 2025 etwa 90 % aller Leistungserbringer in diesem Auswertungsmodul betroffen. Das Stellungnahmeverfahren für die betreffenden Qualitätsindikatoren entfällt vor diesem Hintergrund in diesem Auswertungsmodul.

Tabelle 36: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-KC

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 543 / 537,08 2,31 % O/N = 543 / 23.538	1,07 O/E = 587 / 549,10 2,42 % O/N = 587 / 24.294 (≤ 2,33; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	4,86 % O = 1.226 N = 25.207	4,86 % O = 1.211 N = 24.916	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	2,26 % O = 570 N = 25.226	2,28 % O = 569 N = 24.937 (≤ 6,41 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	5,43 % O = 1.325 N = 24.385	5,63 % O = 1.360 N = 24.168 (≤ 11,01 %; 95. Perzentil)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	1,67 % O = 358 N = 21.454	1,64 % O = 362 N = 22.094	vergleichbar
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,07 O/E = 707 / 659,65 2,81 % O/N = 707 / 25.117	1,06 O/E = 711 / 670,70 2,75 % O/N = 711 / 25.852 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,09 O/E = 734 / 674,58 2,97 % O/N = 734 / 24.745	1,13 O/E = 780 / 691,54 3,05 % O/N = 780 / 25.585 (≤ 2,51; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,02 O/E = 1.679 / 1.645,43 6,66 % O/N = 1.679 / 25.226	0,99 O/E = 1.573 / 1.590,45 6,31 % O/N = 1.573 / 24.937 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 37: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KCHK-KC

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2024	5 / 86	5,81	0
		2025	4 / 86	4,65	0
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation					
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	2024	4 / 86	4,65	-
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	2023	5 / 86	5,81	-
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2024	3 / 86	3,49	1
		2025	3 / 86	3,49	0

Tabelle 38: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-KC-KOMB

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	20,87 % O = 414 N = 1.984	21,80 % O = 438 N = 2.009 (nicht definiert)	vergleichbar
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 244 / 241,52 4,57 % O/N = 244 / 5.338	1,02 O/E = 247 / 241,25 4,73 % O/N = 247 / 5.218 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	1,06 % O = 19 N = 1.795	1,05 % O = 19 N = 1.813 (nicht definiert)	vergleichbar
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	10,93 % O = 214 N = 1.958	10,45 % O = 206 N = 1.972 (nicht definiert)	nicht vergleichbar
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	5,56 % O = 318 N = 5.722	5,33 % O = 306 N = 5.741	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	8,73 % O = 171 N = 1.958	9,28 % O = 183 N = 1.972 (nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	1,97 % O = 113 N = 5.727	2,49 % O = 143 N = 5.745 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	4,38 % O = 250 N = 5.702	4,19 % O = 232 N = 5.533 (nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit				
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	5,84 % O = 316 N = 5.414	5,74 % O = 304 N = 5.294	vergleichbar
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,04 O/E = 412 / 395,98 7,12 % O/N = 412 / 5.785	1,03 O/E = 391 / 380,56 6,97 % O/N = 391 / 5.613 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,04 O/E = 436 / 418,16 7,65 % O/N = 436 / 5.697	1,01 O/E = 407 / 404,49 7,32 % O/N = 407 / 5.560 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 790 / 781,68 13,79 % O/N = 790 / 5.727	1,01 O/E = 794 / 784,95 13,82 % O/N = 794 / 5.745 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 39: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-MK-CHIR

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	11,36 % O = 674 N = 5.935	11,75 % O = 762 N = 6.484 (≤ 22,52 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 206 / 203,50 3,81 % O/N = 206 / 5.402	1,01 O/E = 221 / 219,30 3,73 % O/N = 221 / 5.922 (≤ 2,75; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,63 % O = 31 N = 4.899	0,87 % O = 46 N = 5.283 (nicht definiert)	vergleichbar
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	6,79 % O = 377 N = 5.549	6,90 % O = 407 N = 5.895 (≤ 16,38 %; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	5,41 % O = 300 N = 5.549	5,11 % O = 301 N = 5.895 (nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	0,87 % O = 51 N = 5.848	0,78 % O = 50 N = 6.413 (≤ 2,93 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	2,49 % O = 138 N = 5.549	2,21 % O = 130 N = 5.895 (≤ 7,15 %; 95. Perzentil)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	3,04 % O = 173 N = 5.685	2,91 % O = 182 N = 6.258	vergleichbar
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,03 O/E = 247 / 238,65 4,16 % O/N = 247 / 5.935	0,96 O/E = 239 / 249,78 3,69 % O/N = 239 / 6.484 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,03 O/E = 271 / 262,66 4,63 % O/N = 271 / 5.848	0,92 O/E = 257 / 279,21 4,01 % O/N = 257 / 6.413 (≤ 2,03; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 453 / 448,00 8,16 % O/N = 453 / 5.549	1,02 O/E = 471 / 463,51 7,99 % O/N = 471 / 5.895 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 40: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KCHK-MK-CHIR

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	2024	6 / 83	7,23	1
		2025	5 / 81	6,17	1
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2024	5 / 83	6,02	2
		2025	6 / 81	7,41	1
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	2024	4 / 83	4,82	-
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation					
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	2025	4 / 81	4,94	-
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	2024	5 / 83	6,02	-
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2024	6 / 83	7,23	0
		2025	5 / 81	6,17	2

Tabelle 41: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - KCHK-MK-KATH

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	2,89 % O = 287 N = 9.940	2,64 % O = 311 N = 11.762 (≤ 7,40 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	0,96 O/E = 102 / 106,28 1,12 % O/N = 102 / 9.136	1,04 O/E = 132 / 127,14 1,21 % O/N = 132 / 10.913 (≤ 4,17; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,44 % O = 37 N = 8.389	0,31 % O = 31 N = 9.854 (nicht definiert)	vergleichbar
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	4,03 % O = 338 N = 8.391	4,15 % O = 409 N = 9.855 (≤ 10,40 %; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	24,10 % O = 2.022 N = 8.391	24,10 % O = 2.375 N = 9.855 (nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	3,34 % O = 328 N = 9.821	3,65 % O = 426 N = 11.659 (≤ 24,62 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	6,07 % O = 509 N = 8.391	6,80 % O = 670 N = 9.855 (≤ 24,38 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit				
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	1,88 % O = 185 N = 9.847	2,02 % O = 236 N = 11.695	vergleichbar
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,03 O/E = 215 / 209,75 2,16 % O/N = 215 / 9.940	1,11 O/E = 258 / 231,76 2,19 % O/N = 258 / 11.762 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 327 / 322,68 3,33 % O/N = 327 / 9.821	1,02 O/E = 372 / 363,82 3,19 % O/N = 372 / 11.659 (≤ 3,31; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 1.564 / 1.545,69 18,64 % O/N = 1.564 / 8.391	1,05 O/E = 1.796 / 1.714,16 18,22 % O/N = 1.796 / 9.855 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

© IQTIG 2026

Tabelle 42: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KCHK-MK-KATH

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	2024	23 / 277	8,30	5
		2025	25 / 291	8,59	2
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2024	15 / 276	5,43	0
		2025	16 / 289	5,54	1
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	2024	22 / 277	7,94	-
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation					
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	2025	12 / 289	4,15	-
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	2024	21 / 277	7,58	-
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2024	23 / 277	8,30	5
		2025	29 / 289	10,03	5

2.2.3 Detailergebnisse

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Ein wichtiges Qualitätsziel bei der Durchführung eines koronarchirurgischen Eingriffs oder eines Eingriffs an den Herzklappen ist das möglichst seltene Auftreten schwerwiegender Komplikationen.

In der Gruppe „Schwerwiegende Komplikationen" werden folgende Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen einzeln erfasst:

- Intraprozedurale Komplikationen (IDs 372000 und 382000)
- Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts (ID 372001)
- Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (IDs 352001,362005, 372002, 382001, 392003 und 402003)
- Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen (IDs 362006, 392004 und 402004)
- Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen (IDs 352002, 362008 und 382002)
- Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts (IDs 362004, 392002 und 402002)
- Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (IDs 362007, 392005 und 402005)

Die Indikatoren „Intraprozedurale Komplikationen" (IDs 382000 und 372000) messen das Auftreten von relevanten Komplikationen, die in direktem Zusammenhang mit einer Operation an der Aortenklappe stehen. Zu diesen relevanten Komplikationen zählen Device-Fehlpositionierung, Koronarostienverschluss, Aortendissektion, Annulus-Ruptur, Perikardtamponade, linksventrikuläre Dekompensation (kardiale Dekompensation), Hirnembolie, Aortenregurgitation ≥ 2. Grades und Device-Embolisation.

Der Indikator „Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts" (ID 372001) adressiert das Auftreten von vaskulären Komplikationen, die in direktem Zusammenhang mit einer kathetergestützten Operation an der Aortenklappe stehen. Aufgrund des Zugangswegs treten Gefäßkomplikationen bei einem kathetergestützten Aortenklappenersatz häufiger auf als bei einem offen-chirurgischen Eingriff. Klinische Erscheinungsbilder solcher Komplikationen können Gefäßrupturen, -verschlüsse oder -dissektionen oder Ischämien sein. Erfasst werden Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine Gefäßkomplikation aufgetreten ist.

Die Indikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen" (IDs 382001, 372002, 352001, 362005, 402003 und 392003) adressieren postprozedurale zerebrovaskuläre Ereignisse mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder Schlaganfalldiagnosen beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tage nach dem Eingriff.

Die Indikatoren „Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen" (IDs 362006, 402004 und 392004) adressieren das Auftreten ebendieser Komplikation, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff steht.

Die der Gruppe „Schwerwiegende Komplikationen" zugeordneten Transparenzkennzahlen „Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen" (IDs 352002, 362008 und 382002) adressieren das Auftreten dieser Komplikationen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff stehen. Der Anteil der Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis soll dabei möglichst niedrig sein.

Relevante Komplikationen, die nicht in einem eigenständigen Indikator erfasst sind, werden von den Indikatoren „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts" (IDs 362004, 402002 und 392002) und „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen" (IDs 362007, 402005 und 392005) adressiert. Beide umfassen dabei Komplikationen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff stehen und entweder während des Krankenhausaufhalts oder innerhalb von 90 Tagen nach einem herzchirurgischen Eingriff aufgetreten sind. Diese Komplikationen haben einen direkten Einfluss auf die Morbidität und Mortalität der Patientinnen und Patienten und ermöglichen Rückschlüsse auf die Qualität des Eingriffs.

Generell ermöglicht die systematische Erfassung von schwerwiegenden Komplikationen Auskünfte zur Versorgungsqualität und kann darüber hinaus mögliche Defizitbereiche in der Versorgung offenlegen sowie Anstoß zur Implementierung und Steuerung von Strategien zur Qualitätsverbesserung geben.

Tabelle 43: QI 382000: Intraprozedurale Komplikationen - KCHK-AK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,75 % O = 56 N = 7.479	0,74 % O = 54 N = 7.271	**0,74 %** **O = 58** **N = 7.808**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 83 4,82 %	3 / 83 3,61 %	**3 / 85** **3,53 %** **(Refbereich: ≤ 3,11 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 0,00 %	**2 / 3** **66,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 83 0,00 %	**2 / 83** **2,41 %**	n. a.

Tabelle 44: QI 372000: Intraprozedurale Komplikationen - KCHK-AK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,51 % O = 391 N = 25.873	1,33 % O = 355 N = 26.771	**1,25 %** **O = 357** **N = 28.455**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 84 5,95 %	4 / 85 4,71 %	**3 / 83** **3,61 %** **(Refbereich: ≤ 2,58 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 20,00 %	**2 / 4** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 84 1,19 %	**2 / 85** **2,35 %**	n. a.

Tabelle 45: QI 372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts - KCHK-AK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06 % O = 273 N = 25.873	0,84 % O = 225 N = 26.771	**0,82 %** **O = 233** **N = 28.455**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 84 4,76 %	4 / 85 4,71 %	**5 / 83** **6,02 %** **(Refbereich: ≤ 2,23 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 50,00 %	**2 / 4** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 84 2,38 %	**2 / 85** **2,35 %**	n. a.

Tabelle 46: QI 362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	20,94 % O = 414 N = 1.977	20,87 % O = 414 N = 1.984	**21,80 %** **O = 438** **N = 2.009**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 82 7,32 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 6 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 82 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 47: QI 402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	11,77 % O = 657 N = 5.581	11,36 % O = 674 N = 5.935	**11,75 %** **O = 762** **N = 6.484**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 82 6,10 %	6 / 83 7,23 %	**5 / 81** **6,17 %** **(Refbereich: ≤ 22,52 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 60,00 %	**2 / 6** **33,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 82 3,66 %	**2 / 83** **2,41 %**	n. a.

Tabelle 48: QI 392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,57 % O = 301 N = 8.425	2,89 % O = 287 N = 9.940	**2,64 %** **O = 311** **N = 11.762**
rechnerische Auffälligkeiten	24 / 254 9,45 %	23 / 277 8,30 %	**25 / 291** **8,59 %** **(Refbereich: ≤ 7,40 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 24 29,17 %	**4 / 23** **17,39 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 254 2,76 %	**4 / 277** **1,44 %**	n. a.

Tabelle 49: QI 382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,98 O/E = 196 / 199,57 2,82 % O/N = 196 / 6.951	1,00 O/E = 195 / 194,05 2,92 % O/N = 195 / 6.681	**0,98** **O/E = 205 / 208,18** **2,85 %** **O/N = 205 / 7.203**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 83 3,61 %	3 / 83 3,61 %	**6 / 85** **7,06 %** **(Refbereich: ≤ 3,04; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 3 0,00 %	**1 / 3** **33,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 83 0,00 %	**1 / 83** **1,20 %**	n. a.

Tabelle 50: QI 372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,99 O/E = 747 / 757,87 3,11 % O/N = 747 / 24.009	1,02 O/E = 788 / 776,02 3,19 % O/N = 788 / 24.700	**1,13** **O/E = 820 / 728,26** **3,49 %** **O/N = 820 / 23.507**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 84 4,76 %	3 / 85 3,53 %	**3 / 83** **3,61 %** **(Refbereich: ≤ 2,03; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 0,00 %	**2 / 3** **66,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 84 0,00 %	**2 / 85** **2,35 %**	n. a.

Tabelle 51: QI 352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,03 O/E = 561 / 543,36 2,36 % O/N = 561 / 23.726	1,01 O/E = 543 / 537,08 2,31 % O/N = 543 / 23.538	**1,07** **O/E = 587 / 549,10** **2,42 %** **O/N = 587 / 24.294**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 86 3,49 %	5 / 86 5,81 %	**4 / 86** **4,65 %** **(Refbereich: ≤ 2,33; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 3 100,00 %	**1 / 5** **20,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 86 3,49 %	**1 / 86** **1,16 %**	n. a.

Tabelle 52: QI 362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,99 O/E = 243 / 244,23 4,55 % O/N = 243 / 5.341	1,01 O/E = 244 / 241,52 4,57 % O/N = 244 / 5.338	**1,02** **O/E = 247 / 241,25** **4,73 %** **O/N = 247 / 5.218**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 83 3,61 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 3 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 83 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 53: QI 402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,99 O/E = 189 / 190,26 3,76 % O/N = 189 / 5.031	1,01 O/E = 206 / 203,50 3,81 % O/N = 206 / 5.402	**1,01** **O/E = 221 / 219,30** **3,73 %** **O/N = 221 / 5.922**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 82 6,10 %	5 / 83 6,02 %	**6 / 81** **7,41 %** **(Refbereich: ≤ 2,75; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 60,00 %	**1 / 5** **20,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 82 3,66 %	**1 / 83** **1,20 %**	n. a.

Tabelle 54: QI 392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,04 O/E = 96 / 92,10 1,24 % O/N = 96 / 7.727	0,96 O/E = 102 / 106,28 1,12 % O/N = 102 / 9.136	**1,04** **O/E = 132 / 127,14** **1,21 %** **O/N = 132 / 10.913**
rechnerische Auffälligkeiten	10 / 253 3,95 %	15 / 276 5,43 %	**16 / 289** **5,54 %** **(Refbereich: ≤ 4,17; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 10 20,00 %	**7 / 15** **46,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 253 0,79 %	**7 / 276** **2,54 %**	n. a.

Tabelle 55: QI 362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,75 % O = 15 N = 1.998	1,06 % O = 19 N = 1.795	**1,05 %** **O = 19** **N = 1.813**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 82 2,44 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 2 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 82 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 56: QI 402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,65 % O = 30 N = 4.605	0,63 % O = 31 N = 4.899	**0,87 %** **O = 46** **N = 5.283**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 83 6,02 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 5 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 83 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 57: QI 392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,43 % O = 32 N = 7.391	0,44 % O = 37 N = 8.389	**0,31 %** **O = 31** **N = 9.854**
rechnerische Auffälligkeiten	10 / 235 4,26 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 10 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 235 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 58: QI 362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	10,89 % O = 235 N = 2.157	10,93 % O = 214 N = 1.958	**10,45 %** **O = 206** **N = 1.972**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 82 3,66 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 3 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 82 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 59: QI 402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	7,20 % O = 374 N = 5.196	6,79 % O = 377 N = 5.549	**6,90 %** **O = 407** **N = 5.895**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 83 4,82 %	n. a.	**4 / 83** **4,82 %** **(Refbereich: ≤ 16,38 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 25,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 83 1,20 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 60: QI 392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,95 % O = 292 N = 7.394	4,03 % O = 338 N = 8.391	**4,15 %** **O = 409** **N = 9.855**
rechnerische Auffälligkeiten	17 / 235 7,23 %	n. a.	**22 / 277** **7,94 %** **(Refbereich: ≤ 10,40 %;** **95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 17 29,41 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 235 2,13 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 61: TKez 352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen - KCHK-KC

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	4,94 % O = 1.202 N = 24.336	4,86 % O = 1.226 N = 25.207	**4,86 %** **O = 1.211** **N = 24.916**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 62: TKez 362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	5,02 % O = 286 N = 5.694	5,56 % O = 318 N = 5.722	**5,33 %** **O = 306** **N = 5.741**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 63: TKez 382002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen - KCHK-AK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,14 % O = 136 N = 6.354	2,23 % O = 166 N = 7.434	**2,34 %** **O = 168** **N = 7.194**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Mit Blick auf die Bundesergebnisse aller im Verfahren *QS KCHK* eingesetzten Qualitätsindikatoren der Gruppe „Schwerwiegende Komplikationen" zeigt sich grundsätzlich weiterhin eine gute Versorgungsqualität.

Wie in den Jahren zuvor ist im Bereich der isolierten Aortenklappeneingriffe die bundesdurchschnittliche Rate der intraprozeduralen Komplikationen und der Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts weiterhin auf einem niedrigen Niveau .

Für die Indikatoren zu den Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts und den intraprozeduralen Komplikationen zeigte sich im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025, dass die Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten zumeist sehr unterschiedlich gelagert waren und keine einheitliche Ursache zu identifizieren war.

Auch sind weiterhin die höheren Raten der meisten schwerwiegenden Komplikationen im Auswertungsmodul der kombinierten Eingriffe (*KCHK-KC-KOMB*) im Vergleich zu den Ergebnissen innerhalb der isolierten Eingriffe auffällig. Damit wird erneut deutlich, dass es sich beim Modul *KCHK-KC-KOMB* um ein sehr heterogenes, verschiedene komplexe Eingriffe kombinierendes Modul handelt, in dem folglich das Auftreten von mehr Komplikationen plausibel sein kann und es zudem auch, aufgrund eben dieser Komplexität, zu Schwierigkeiten bei der Datenerhebung/ Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter kommen kann, die das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Vor allem die leistungserbringerbezogenen Komplexitätsunterschiede dieses Auswertungsmoduls erschweren eine vergleichbare Bewertung der Ergebnisse und damit den Vergleich zwischen den Leistungserbringern. Deshalb wurden bei allen Qualitätsindikatoren im Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB*, die bislang mit einem Referenzbereich versehen waren, die Referenzbereiche ausgesetzt. Entsprechend wird weiterhin auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet.

Für die Indikatoren „Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen" bleiben ebenso weiterhin die Referenzbereiche ausgesetzt. Hier zeigte sich bei niedrigen Bundesraten der letzten Jahre im Stellungnahmeverfahren kein Verbesserungspotenzial. Daher wurde für diese Indikatoren die Streichung zum Erfassungsjahr 2026 beschlossen. Auf das Stellungnahmeverfahren wird bereits jetzt verzichtet.

Zu schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts und innerhalb von 90 Tagen zählen intraprozedurale, postprozedurale und zugangsassoziierte Komplikationen. Am häufigsten kamen in absteigender Reihenfolge Blutungen, komplikationsbedingte notfallmäßige Re-Eingriffe und Perikardtamponaden vor. Da sehr viele unterschiedliche Komplikationen in diese Indikatoren einfließen, lässt sich keine übergreifende Ursache aus den Stellungnahmen ableiten.

Auch die Indikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen" weisen für alle Versorgungsbereiche keine erhöhten Raten im Bundesdurchschnitt auf, sondern die Ergebnisse liegen in den letzten Jahren konstant auf niedrigem Niveau und entsprechen den Schlaganfallraten in internationalen Publikationen (Koo et al. 2025). Es handelt sich um risikoadjustierte Qualitätsindikatoren, sodass bei der Berechnung der Leistungserbringerergebnisse dem unterschiedlichen Patientenkollektiv Rechnung getragen wird.

Allerdings ist zu berücksichtigen, wie oben bereits ausgeführt, dass die Ergebnisse der Kennzahlen im Modul *KCHK-AK-KATH* erheblich beeinträchtigt sind. Für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle in diesem Auswertungsmodul. Im Erfassungsjahr 2024 sind davon etwa 83 % und im Erfassungsjahr 2025 etwa 90 % aller Leistungserbringer in diesem Auswertungsmodul betroffen. Das Stellungnahmeverfahren für den Qualitätsindikator „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen" entfällt vor diesem Hintergrund in diesem Auswertungsmodul.

Qualitätsindikatoren zur Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Die Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres wird in den Auswertungsmodulen erfasst, die Mitralklappeneingriffe betreffen (*KCHK-KC-KOMB*, *KCHK-MK-CHIR*, *KCHK-MK-KATH*). Die entsprechenden Qualitätsindikatoren (IDs 362010, 402007 und 392007) adressieren eine erneute stationäre Aufnahme aufgrund einer Herzinsuffizienz nach einem kardialen Eingriff innerhalb eines Jahres, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff steht. Dies stellt ein relevantes Ereignis dar, welches häufig mit einem verschlechterten Zustand der Patientinnen und Patienten einhergeht, möglicherweise auf postprozedurale Komplikationen und eine erhöhte Mortalität hindeuten (Fischer et al. 2014, Myles 2014) und daher mit der Versorgungsqualität in Verbindung gebracht werden kann (Fischer et al. 2014). Mit diesen Indikatoren sollen krankheitsspezifische bzw. notfallmäßige Wiederaufnahmen betrachtet werden, die mit der ursprünglichen durchgeführten Maßnahme in Zusammenhang stehen (Fischer et al. 2014).

Tabelle 64: QI 362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	8,72 % O = 188 N = 2.157	8,73 % O = 171 N = 1.958	**9,28 %** **O = 183** **N = 1.972**
rechnerische Auffälligkeiten	12 / 82 14,63 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 12 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 82 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 65: QI 402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	5,43 % O = 282 N = 5.196	5,41 % O = 300 N = 5.549	**5,11 %** **O = 301** **N = 5.895**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 83 6,02 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 5 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 83 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 66: QI 392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	25,11 % O = 1.857 N = 7.394	24,10 % O = 2.022 N = 8.391	**24,10 %** **O = 2.375** **N = 9.855**
rechnerische Auffälligkeiten	29 / 235 12,34 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 29 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 235 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Diese Qualitätsindikatoren werden mit dem Erfassungsjahr 2026 in Transparenzkennzahlen umgewandelt. Da aber bereits jetzt auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet werden soll, wurden die Referenzbereiche seit dem Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt. Die Umwandlung zu Transparenzkennzahlen ergibt sich aus der Verfahrensüberprüfung, in der für diese Indikatoren aufgrund einer geringen Spezifizität der ein- und ausgeschlossenen Patientengruppen eine geringe Validität festgestellt wurde. Nichtsdestotrotz steht eine erneute stationäre Aufnahme nach einem kardialen Eingriff in einem engen Zusammenhang mit der Versorgungsqualität und kann möglicherweise auf postprozedurale Komplikationen und eine erhöhte Mortalität hindeuten. Dementsprechend ist das Qualitätsmerkmal von besonderer Relevanz und sollte somit nicht aus dem Fokus der Qualitätssicherung genommen werden. Da das Stellungnahmeverfahren jedoch weiterhin, insbesondere durch den unspezifischen Patientenausschluss, aber auch durch den langen Follow-up-Zeitraum nach dem Indexeingriff beeinträchtigt wäre, erfolgt zum Erfassungsjahr 2026 die Umwandlung der Indikatoren in Transparenzkennzahlen, sodass es weiterhin möglich bleibt, Veränderungen und Trends hinsichtlich dieses Qualitätsmerkmals und somit auch der Versorgungsqualität insgesamt im Blick zu behalten.

Das Bundesergebnis bewegt sich in allen drei Versorgungsbereichen auf ähnlichem Niveau der letzten Auswertungsjahre.

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Ein wichtiges Qualitätsziel eines herzchirurgischen Eingriffs an den Koronararterien und/oder mindestens einer Herzklappe ist die möglichst seltene Durchführung von Reinterventionen bzw. Reoperationen. In der Gruppe „Reintervention bzw. Reoperation" werden jeweils zwei sozialdatenbasierte Indikatoren in allen sechs Auswertungsmodulen mit zwei verschiedenen Follow-up-Zeiträumen differenziert eingesetzt:

- Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen (IDs 382003, 372003, 352400, 362400, 402008 und 392008)
- Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres (IDs 382004, 372004, 352401, 362401, 402009 und 392009)

Ein erneuter koronarchirurgischer Eingriff stellt ein Ereignis dar, das auf einen frühen Bypassverschluss zurückgeführt werden könnte (Aldea et al. 2009) und mit einem postoperativen Myokardinfarkt und erhöhter Sterblichkeit (van Eck et al. 2002) verbunden sein kann. In den Auswertungsmodulen *KCHK-KC* und *KCHK-KC-KOMB* werden mit diesen Indikatoren Patientinnen und Patienten erfasst, die entweder einen erneuten koronarchirurgischen Eingriff oder eine PCI innerhalb von 30 Tagen bzw. einem Jahr nach einem herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien oder einem kombinierten herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien und an mindestens einer Herzklappe erhalten haben.

Erneute Eingriffe oder Operationen an einer offen-chirurgisch implantierten Aortenklappenprothese innerhalb von 30 Tagen sind zur Beurteilung der Ergebnisqualität des primären Eingriffs geeignet (Tamburino et al. 2012). Ursächlich für eine frühe Reintervention oder Reoperation können prothetische Dysfunktionen, Klappenthrombosen, paravalvuläre Leckagen, Endokarditiden

und Klappenmigrationen sein (Otto et al. 2021). In den Auswertungsmodulen *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-AK-KATH* werden Patientinnen und Patienten erfasst, die einen erneuten Aortenklappeneingriff oder eine Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen bzw. einem Jahr nach einem Aortenklappeneingriff oder einem kombinierten herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien und der Aortenklappe erhalten haben.

Ursächlich für einen erneuten Mitralklappeneingriff können technische oder klappenbezogene Komplikationen wie eine Infektion, ein Fortschreiten der Mitralklappeninsuffizienz bzw. -stenose oder eine Thrombose sein (Shuhaiber und Anderson 2007). Innerhalb der Auswertungsmodule *KCHK-MK-CHIR* und *KCHK-MK-KATH* erfassen die Indikatoren Patientinnen und Patienten, die einen erneuten Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen bzw. einem Jahr nach einem Mitralklappeneingriff oder einem kombinierten herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien und an der Mitralklappe erhalten haben.

Tabelle 67: QI 382003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,54 % O = 39 N = 7.181	**0,53 %** **O = 41** **N = 7.670**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 83 3,61 %	n. a.	**4 / 85** **4,71 %** **(Refbereich: ≤ 2,72 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 3 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 83 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 68: QI 372003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,19 % O = 50 N = 26.484	**0,26 %** **O = 66** **N = 25.091**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 84 4,76 %	n. a.	**4 / 83** **4,82 %** **(Refbereich: ≤ 1,15 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 84 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 69: QI 352400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	2,26 % O = 570 N = 25.226	**2,28 %** **O = 569** **N = 24.937**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**4 / 86** **4,65 %** **(Refbereich: ≤ 6,41 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 70: QI 362400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	1,97 % O = 113 N = 5.727	**2,49 %** **O = 143** **N = 5.745**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 71: QI 402008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,87 % O = 51 N = 5.848	**0,78 %** **O = 50** **N = 6.413**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 82 6,10 %	n. a.	**4 / 81** **4,94 %** **(Refbereich: ≤ 2,93 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 5 40,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 82 2,44 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 72: QI 392008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	3,34 % O = 328 N = 9.821	**3,65 %** **O = 426** **N = 11.659**
rechnerische Auffälligkeiten	15 / 254 5,91 %	n. a.	**12 / 289** **4,15 %** **(Refbereich: ≤ 24,62 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 15 26,67 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 254 1,57 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 73: QI 382004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-AK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	1,79 % O = 133 N = 7.442	**1,72 %** **O = 124** **N = 7.204**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**4 / 83** **4,82 %** **(Refbereich: ≤ 4,57 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 74: QI 372004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-AK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,55 % O = 142 N = 25.759	**0,58 %** **O = 137** **N = 23.732**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**5 / 85** **5,88 %** **(Refbereich: ≤ 2,18 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 75: QI 352401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-KC

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	5,43 % O = 1.325 N = 24.385	**5,63 %** **O = 1.360** **N = 24.168**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**5 / 86** **5,81 %** **(Refbereich: ≤ 11,01 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 76: QI 362401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	4,38 % O = 250 N = 5.702	**4,19 %** **O = 232** **N = 5.533**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 77: QI 402009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	2,49 % O = 138 N = 5.549	**2,21 %** **O = 130** **N = 5.895**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 83 4,82 %	n. a.	**5 / 83** **6,02 %** **(Refbereich: ≤ 7,15 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 75,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 83 3,61 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 78: QI 392009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	6,07 % O = 509 N = 8.391	**6,80 %** **O = 670** **N = 9.855**
rechnerische Auffälligkeiten	23 / 235 9,79 %	n. a.	**21 / 277** **7,58 %** **(Refbereich: ≤ 24,38 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 23 21,74 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 235 2,13 %	**n. a.**	n. a.

Nach Zusammenlegung aller Indikatoren zu Re-Eingriffen im Auswertungsjahr 2025 wurde zum aktuellen Auswertungsjahr erstmalig ein Referenzbereich eingeführt (außer in *KCHK-KC-KOMB*). Sofern sich in den obigen Tabellen Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) befinden, beziehen sich diese auf die Qualitätsindikatoren vor Zusammenlegung („Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen", „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres" oder „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen"). Daher können zu diesen Indikatoren, die in die neuen Qualitätsindikatoren eingegangen sind, Aussagen zum Stellungnahmeverfahren des entsprechenden Auswertungsjahres getroffen werden. So wird aus dem Stellungnahmeverfahren zu diesen Indikatoren deutlich, dass vor allem die Re-Eingriffe innerhalb eines Jahres von den Leistungserbringern schwierig nachzuvollziehen sind. Oft wurden diese Eingriffe nicht von dem Leistungserbringer durchgeführt, der den Indexeingriff vorgenommen hat. So sind die Nachvollziehbarkeit und die Kausalität eingeschränkt. Die Bundesergebnisse verbleiben auf dem Niveau des Vorjahres.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, wie oben bereits ausgeführt, dass die Ergebnisse dieser beiden Qualitätsindikatoren im Modul *KCHK-AK-KATH* erheblich beeinträchtigt sind. Für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle in diesem Auswertungsmodul. Im Erfassungsjahr 2024 sind davon etwa 83 % und im Erfassungsjahr 2025 etwa 90 % aller Leistungserbringer in diesem Auswertungsmodul betroffen. Vor diesem Hintergrund entfällt für diese beiden betreffenden Qualitätsindikatoren im aktuellen Auswertungsjahr das Stellungnahmeverfahren.

Gruppe: Sterblichkeit

Ein zentrales Qualitätsziel des herzchirurgischen QS-Verfahrens ist eine niedrige Anzahl an Todesfällen im Zusammenhang mit dem Eingriff. In der Gruppe „Sterblichkeit" werden jeweils die vier folgenden einzelnen Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen in allen sechs Auswertungsmodulen differenziert eingesetzt:

- Sterblichkeit im Krankenhaus (IDs 382006, 372006, 352007, 362019, 402011 und 392011)
- Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation (IDs 382005, 372005, 352006, 362018, 402010 und 392010)
- Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (IDs 382007, 372007, 352008, 362020, 402012 und 392012)
- Sterblichkeit innerhalb eines Jahres (IDs 382008, 372008, 352009, 362021, 402013 und 392013)

Im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" werden Patientinnen und Patienten erfasst, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind.

Aufgrund der Komplexität umfasst die Gruppe „Sterblichkeit" die nicht risikoadjustierte Transparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation". Diese erfasst den Anteil der während des stationären Aufenthalts verstorbenen Patientinnen und Patienten, deren Operation elektiv oder dringlich durchgeführt wurde und eben kein Notfalleingriff oder Ultima-Ratio-Eingriff war.

Zusätzlich werden auch die Indikatoren „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen" und „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres" in der Gruppe „Sterblichkeit" einzeln ausgewiesen. Erfasst werden Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen bzw. eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind.

Die Zusammensetzung der Patientengruppen kann sich im Hinblick auf ihre persönlichen Risiken zwischen einzelnen Krankenhäusern stark unterscheiden. Um faire Vergleiche zwischen den Leistungserbringern zu ermöglichen, werden Risikoadjustierungsmodelle (auf Basis einer logistischen Regression) verwendet. Die Aussagen zur Ergebnisqualität eines Krankenhauses werden also in Abhängigkeit des Risikoprofils der dort behandelten Patientinnen und Patienten (Patientenkollektiv) dargestellt.

Das Auswertungsjahr 2026 ist das letzte Jahr, in dem alle 4 Kennzahlen ausgewertet werden. Zum Erfassungsjahr 2026 werden die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation" und der Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" als Ergebnis der Verfahrensüberprüfung des Jahres 2024 gestrichen. Der Qualitätsindikator „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres" wird in ebendiesem Zusammenhang in eine Transparenzkennzahl umgewandelt.

Tabelle 79: QI 382006: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-AK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06 O/E = 227 / 215,15 3,04 % O/N = 227 / 7.479	1,05 O/E = 204 / 194,23 2,81 % O/N = 204 / 7.271	**1,09** **O/E = 231 / 211,87** **2,96 %** **O/N = 231 / 7.808**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 83 3,61 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 33,33 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 83 1,20 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 80: QI 372006: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-AK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,97 O/E = 487 / 504,35 1,88 % O/N = 487 / 25.873	1,01 O/E = 518 / 513,36 1,93 % O/N = 518 / 26.771	**0,99** **O/E = 532 / 539,96** **1,87 %** **O/N = 532 / 28.455**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 84 4,76 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 75,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 84 3,57 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 81: QI 352007: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-KC

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06 O/E = 721 / 679,74 2,84 % O/N = 721 / 25.389	1,07 O/E = 707 / 659,65 2,81 % O/N = 707 / 25.117	**1,06** **O/E = 711 / 670,70** **2,75 %** **O/N = 711 / 25.852**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 86 4,65 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 50,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 86 2,33 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 82: QI 362019: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,96 O/E = 386 / 401,49 6,69 % O/N = 386 / 5.767	1,04 O/E = 412 / 395,98 7,12 % O/N = 412 / 5.785	**1,03** **O/E = 391 / 380,56** **6,97 %** **O/N = 391 / 5.613**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 83 3,61 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 3 100,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 83 3,61 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 83: QI 402011: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,98 O/E = 223 / 227,96 4,00 % O/N = 223 / 5.581	1,03 O/E = 247 / 238,65 4,16 % O/N = 247 / 5.935	**0,96** **O/E = 239 / 249,78** **3,69 %** **O/N = 239 / 6.484**
rechnerische Auffälligkeiten	7 / 82 8,54 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 7 14,29 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 82 1,22 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 84: QI 392011: Sterblichkeit im Krankenhaus - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,13 O/E = 219 / 193,95 2,60 % O/N = 219 / 8.425	1,03 O/E = 215 / 209,75 2,16 % O/N = 215 / 9.940	**1,11** **O/E = 258 / 231,76** **2,19 %** **O/N = 258 / 11.762**
rechnerische Auffälligkeiten	22 / 254 8,66 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 22 45,45 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs-erbringer in diesem QI)	10 / 254 3,94 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 85: TKez 382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-AK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,21 % O = 159 N = 7.208	2,04 % O = 143 N = 7.008	**2,34 %** **O = 176** **N = 7.536**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 86: TKez 372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-AK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,72 % O = 443 N = 25.688	1,79 % O = 477 N = 26.593	**1,76 %** **O = 497** **N = 28.303**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 87: TKez 352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-KC

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,61 % O = 348 N = 21.600	1,67 % O = 358 N = 21.454	**1,64 %** **O = 362** **N = 22.094**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 88: TKez 362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	5,48 % O = 296 N = 5.400	5,84 % O = 316 N = 5.414	**5,74 %** **O = 304** **N = 5.294**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 89: TKez 402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,92 % O = 155 N = 5.312	3,04 % O = 173 N = 5.685	**2,91 %** **O = 182** **N = 6.258**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 90: TKez 392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,38 % O = 199 N = 8.354	1,88 % O = 185 N = 9.847	**2,02 %** **O = 236** **N = 11.695**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 91: QI 382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06 O/E = 247 / 232,62 3,34 % O/N = 247 / 7.399	1,06 O/E = 224 / 211,67 3,12 % O/N = 224 / 7.181	**1,08** **O/E = 250 / 230,55** **3,26 %** **O/N = 250 / 7.670**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 83 4,82 %	3 / 83 3,61 %	**4 / 85** **4,71 %** **(Refbereich: ≤ 2,65; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 25,00 %	**3 / 3** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 83 1,20 %	**3 / 83** **3,61 %**	n. a.

Tabelle 92: QI 372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-AK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,98 O/E = 704 / 716,02 2,74 % O/N = 704 / 25.730	1,02 O/E = 742 / 729,70 2,80 % O/N = 742 / 26.484	**0,97** **O/E = 663 / 681,89** **2,64 %** **O/N = 663 / 25.091**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 84 7,14 %	4 / 85 4,71 %	**5 / 83** **6,02 %** **(Refbereich: ≤ 1,93; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 6 50,00 %	**2 / 4** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 84 3,57 %	**2 / 85** **2,35 %**	n. a.

Tabelle 93: QI 352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,11 O/E = 779 / 699,98 3,10 % O/N = 779 / 25.102	1,09 O/E = 734 / 674,58 2,97 % O/N = 734 / 24.745	**1,13** **O/E = 780 / 691,54** **3,05 %** **O/N = 780 / 25.585**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 86 4,65 %	3 / 86 3,49 %	**3 / 86** **3,49 %** **(Refbereich: ≤ 2,51; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 75,00 %	**3 / 3** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 86 3,49 %	**3 / 86** **3,49 %**	n. a.

Tabelle 94: QI 362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,93 O/E = 394 / 422,38 6,94 % O/N = 394 / 5.681	1,04 O/E = 436 / 418,16 7,65 % O/N = 436 / 5.697	**1,01** **O/E = 407 / 404,49** **7,32 %** **O/N = 407 / 5.560**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 83 3,61 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 3 66,67 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 83 2,41 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 95: QI 402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,00 O/E = 254 / 253,38 4,61 % O/N = 254 / 5.506	1,03 O/E = 271 / 262,66 4,63 % O/N = 271 / 5.848	**0,92** **O/E = 257 / 279,21** **4,01 %** **O/N = 257 / 6.413**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 82 7,32 %	6 / 83 7,23 %	**5 / 81** **6,17 %** **(Refbereich: ≤ 2,03; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 6 33,33 %	**5 / 6** **83,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 82 2,44 %	**5 / 83** **6,02 %**	n. a.

Tabelle 96: QI 392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,02 O/E = 307 / 299,78 3,66 % O/N = 307 / 8.378	1,01 O/E = 327 / 322,68 3,33 % O/N = 327 / 9.821	**1,02** **O/E = 372 / 363,82** **3,19 %** **O/N = 372 / 11.659**
rechnerische Auffälligkeiten	22 / 254 8,66 %	23 / 277 8,30 %	**29 / 289** **10,03 %** **(Refbereich: ≤ 3,31; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 22 31,82 %	**14 / 23** **60,87 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 254 2,76 %	**14 / 277** **5,05 %**	n. a.

Tabelle 97: QI 382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-AK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,96 O/E = 449 / 468,73 7,06 % O/N = 449 / 6.358	1,00 O/E = 511 / 509,40 6,87 % O/N = 511 / 7.442	**1,00** **O/E = 492 / 491,44** **6,83 %** **O/N = 492 / 7.204**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 83 6,02 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 5 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 83 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 98: QI 372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-AK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,01 O/E = 3.252 / 3.231,00 13,71 % O/N = 3.252 / 23.718	1,01 O/E = 3.419 / 3.386,63 13,27 % O/N = 3.419 / 25.759	**1,01** **O/E = 3.128 / 3.089,94** **13,18 %** **O/N = 3.128 / 23.732**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 84 5,95 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 5 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 84 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 99: QI 352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-KC

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,05 O/E = 1.765 / 1.687,64 7,25 % O/N = 1.765 / 24.357	1,02 O/E = 1.679 / 1.645,43 6,66 % O/N = 1.679 / 25.226	**0,99** **O/E = 1.573 / 1.590,45** **6,31 %** **O/N = 1.573 / 24.937**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 83 4,82 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 83 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 100: QI 362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-KC-KOMB

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,03 O/E = 852 / 829,45 14,95 % O/N = 852 / 5.699	1,01 O/E = 790 / 781,68 13,79 % O/N = 790 / 5.727	**1,01** **O/E = 794 / 784,95** **13,82 %** **O/N = 794 / 5.745**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 83 4,82 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 83 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 101: QI 402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-MK-CHIR

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,11 O/E = 445 / 402,19 8,56 % O/N = 445 / 5.196	1,01 O/E = 453 / 448,00 8,16 % O/N = 453 / 5.549	**1,02** **O/E = 471 / 463,51** **7,99 %** **O/N = 471 / 5.895**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 83 4,82 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 83 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 102: QI 392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres - KCHK-MK-KATH

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,07 O/E = 1.462 / 1.370,56 19,77 % O/N = 1.462 / 7.394	1,01 O/E = 1.564 / 1.545,69 18,64 % O/N = 1.564 / 8.391	**1,05** **O/E = 1.796 / 1.714,16** **18,22 %** **O/N = 1.796 / 9.855**
rechnerische Auffälligkeiten	32 / 235 13,62 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 32 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 235 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Die Bundesraten aller Sterblichkeitsindikatoren und -transparenzkennzahlen liegen seit Jahren auf stabilem Niveau und weisen mit Blick auf die Entwicklung der rohen Rate über die Auswertungsjahre 2024 bis 2026 eher eine Verbesserungstendenz auf. Zudem sind die Mortalitäten mit der internationalen Literatur vergleichbar (Beckmann et al. 2019, Mohr et al. 2014, Vassileva et al. 2013).

Aber auch hier ist zu berücksichtigen, wie oben bereits ausgeführt, dass die Ergebnisse der Kennzahlen im Modul *KCHK-AK-KATH* erheblich beeinträchtigt sind. Für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle in diesem Auswertungsmodul. Im Erfassungsjahr 2024 sind davon etwa 83 % und im Erfassungsjahr 2025 etwa 90 % aller Leistungserbringer in diesem Auswertungsmodul betroffen. Das Stellungnahmeverfahren für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ entfällt vor diesem Hintergrund.

Die Referenzbereiche der Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ und „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ bleiben ebenfalls aufgrund der Streichung („Sterblichkeit im Krankenhaus“) bzw. der Umwandlung in eine Transparenzkennzahl („Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“) zum Erfassungsjahr 2026 ausgesetzt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2026 deuten außer in den Auswertungsmodulen *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-MK-CHIR* in allen weiteren Auswertungsmodulen des Verfahrens *QS KCKH* auf eine gute Dokumentationsqualität hin. Das Bundesergebnis von 91,07 % im Auswertungsmodul *KCHK-AK-CHIR* und das Ergebnis von 98,08 % im Auswertungsmodul *KCHK-MK-CHIR* und die damit im Zusammenhang stehende Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist hierbei allerdings, bedingt durch die Umstellung von OPS-Kodes, nicht korrekt ausgewiesen. Das heißt, dass die hier dargestellten Ergebnisse nicht der tatsächlichen Vollzähligkeit entsprechen und dies daher keine Auswirkungen auf die Auswertung der Qualitätsindikatoren hat. Das Stellungnahmeverfahren der beiden Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation (IDs 852107 und 852113) wird aber für dieses Auswertungsjahr ausgesetzt.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 103: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	91,07 % 12.280/13.484 (≥ 100,00 %)

Tabelle 104: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	65 / 95	68,42	8

Tabelle 105: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,13 % 28.500/28.464 (≥ 100,00 %)

Tabelle 106: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	5 / 96	5,21	3

Tabelle 107: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,11 % 31.526/31.490 (≥ 100,00 %)

Tabelle 108: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	6 / 96	6,25	0

Tabelle 109: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	98,08 % 11.063/11.279 (≥ 100,00 %)

Tabelle 110: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	36 / 97	37,11	0

Tabelle 111: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,11 % 11.943/11.930 (≥ 100,00 %)

Tabelle 112: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	17 / 309	5,50	3

Tabelle 113: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,12 % 89.007/88.902 (≥ 100,00 %)
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,12 % 89.007/88.902 (≤ 110,00 %)
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,06 % 52/88.902 (≤ 5,00 %)

Tabelle 114: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	16 / 330	4,85	2
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	1 / 330	0,30	0
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	6 / 330	1,82	0

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 115: AK 852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,01 % O = 13.145 N = 13.014	100,04 % O = 13.000 N = 12.995	**91,07 %** **O = 12.280** **N = 13.484**
rechnerische Auffälligkeiten	9 / 90 10,00 %	13 / 96 13,54 %	**65 / 95** **68,42 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 9 33,33 %	**7 / 13** **53,85 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 90 3,33 %	**7 / 96** **7,29 %**	n. a.

Tabelle 116: AK 852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,11 % O = 25.965 N = 25.681	100,34 % O = 26.842 N = 26.750	**100,13 %** **O = 28.500** **N = 28.464**
rechnerische Auffälligkeiten	8 / 96 8,33 %	8 / 98 8,16 %	**5 / 96** **5,21 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 8 87,50 %	**8 / 8** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	7 / 96 7,29 %	**8 / 98** **8,16 %**	n. a.

Tabelle 117: AK 852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,34 % O = 31.208 N = 30.794	100,36 % O = 30.951 N = 30.841	**100,11 %** **O = 31.526** **N = 31.490**
rechnerische Auffälligkeiten	10 / 94 10,64 %	7 / 98 7,14 %	**6 / 96** **6,25 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 10 90,00 %	**7 / 7** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	9 / 94 9,57 %	**7 / 98** **7,14 %**	n. a.

Tabelle 118: AK 852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,29 % O = 10.117 N = 9.988	100,04 % O = 10.508 N = 10.504	**98,08 %** **O = 11.063** **N = 11.279**
rechnerische Auffälligkeiten	13 / 91 14,29 %	5 / 96 5,21 %	**36 / 97** **37,11 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 13 69,23 %	**5 / 5** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	9 / 91 9,89 %	**5 / 96** **5,21 %**	n. a.

Tabelle 119: AK 852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,55 % O = 8.592 N = 8.545	100,01 % O = 10.109 N = 10.108	**100,11 %** **O = 11.943** **N = 11.930**
rechnerische Auffälligkeiten	12 / 264 4,55 %	19 / 290 6,55 %	**17 / 309** **5,50 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 12 100,00 %	**18 / 19** **94,74 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	12 / 264 4,55 %	**18 / 290** **6,21 %**	n. a.

Tabelle 120: AK 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,12 % O = 81.306 N = 80.403	100,26 % O = 83.625 N = 83.406	**100,12 %** **O = 89.007** **N = 88.902**
rechnerische Auffälligkeiten	13 / 281 4,63 %	13 / 312 4,17 %	**16 / 330** **4,85 %** **(Refbereich: ≥ 100,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 13 92,31 %	**12 / 13** **92,31 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	12 / 281 4,27 %	**12 / 312** **3,85 %**	n. a.

Der Referenzbereich für das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation liegt bei ≥ 100,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner).

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100%-Vollzähligkeit vorlag. Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Unterdokumentation vorgelegen haben.

In den Zählleistungsbereichen *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-MK-CHIR* werden in diesem Jahr sehr niedrige Vollzähligkeitsraten ausgewiesen (91,07 % bzw. 98,08 %). Entsprechend erscheint auch die Zahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen erhöht. Diese Angaben sind jedoch aufgrund der Umstellung der OPS-Kodes nicht korrekt ausgewiesen. Die hier dargestellten Ergebnisse entsprechen daher nicht der tatsächlichen Vollzähligkeit. Auf die Auswertung der Qualitätsindikatoren hat dies keine Auswirkungen. Das Stellungnahmeverfahren der beiden Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation (IDs 852107 und 852113) wird allerdings für dieses Auswertungsjahr ausgesetzt.

In Bezug auf die restlichen Ergebnisse zeigt sich für das Verfahren *QS KCHK* eine Dokumentationsrate von 100,12 %. In den einzelnen Auswertungsmodulen (ohne *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-MK-CHIR*) lag die Dokumentationsrate zwischen 100,11 % und 100,13 % und damit ebenfalls in diesem Bereich.

Wie bereits eingangs erwähnt, zeigt sich eine intensive Auseinandersetzung der Leistungserbringer mit den angenommenen Auffälligkeiten. So wurde beispielsweise die Unterdokumentationen im Stellungnahmeverfahren wie in den Jahren zuvor in den allermeisten Fällen eingeräumt und Maßnahmen initiiert, um Dokumentationsprobleme zukünftig zu vermeiden. Auch im aktuellem Auswertungsjahr lag in einigen Fällen die Unterdokumentation an Softwarefehlern. Nur selten wurden Fälle nicht fristgerecht dokumentiert oder weitergegeben.

Tabelle 121: AK 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,12 % O = 81.306 N = 80.403	100,26 % O = 83.625 N = 83.406	**100,12 %** **O = 89.007** **N = 88.902**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 281 0,00 %	2 / 312 0,64 %	**1 / 330** **0,30 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**2 / 2** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 281 0,00 %	**2 / 312** **0,64 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 110,00 % bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul *HCH* eine Dokumentationsrate von 100,12 %. Auf Leistungserbringerebene gab es nur einen von 330 Leistungserbringern (0,30 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis.

Tabelle 122: AK 850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,06 % O = 45 N = 80.403	0,05 % O = 39 N = 83.406	**0,06 %** **O = 52** **N = 88.902**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 281 0,71 %	0 / 312 0,00 %	**6 / 330** **1,82 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 2 100,00 %	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 281 0,71 %	**0 / 312** **0,00 %**	n. a.

Der Referenzbereich für das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) liegt bei ≤ 5,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,06 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS angelegt wurde. Auf Leistungserbringerebene hatten im Auswertungsjahr 2026 6 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

Im Modul *KCHK* werden in den Erfassungsjahren 2024 und 2025 jeweils 15 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.[1] Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 7 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 123 sind die im Auswertungsjahr 2026 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 123: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS KCHK

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen		Vollzähligkeit der Daten	
			EJ 2024	EJ 2025	EJ 2024	EJ 2025
30	Fehlende Datenlieferung	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	3 von 93	3 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 100 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,22 %.
28	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 93	1 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären Fälle nach § 301 SGB V liegt bei 96,40 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären Fälle nach § 301 SGB V liegt bei 96,40 %.

[1] Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6448/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-CHE-TX-KCHK-ab-2024.pdf (abgerufen am 25.06.2026).

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen		Vollzähligkeit der Daten	
			EJ 2024	EJ 2025	EJ 2024	EJ 2025
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Sterbefällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 93	1 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98,05 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98,05 %.

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegen keine Sterbeinformationen vor. Hierdurch wird die Sterblichkeit um vermutlich 2 % unterschätzt. Durch die fehlende aktuelle Lieferung von drei Krankenkassen wurden die Auffälligkeiten in PK 30 „Fehlende Datenlieferung“ erzeugt. Hierdurch ist die Vollständigkeit von Daten aus dem letzten von 13 Follow-up-Monaten betroffen. Zudem fehlen 3,6 % der Versicherten mit Indexereignis (PK 28), da im Sozialdatenmodul *KCHK* für einen Teil der übermittelten Versicherten keine Indexleistungen (definiert über relevante OPS-Kodes) übermittelt wurden. Da diese nicht mehr als Indexfälle zu erkennen sind, wurden sie durch den Sozialdatenfilter der Spezifikation ausgeschlossen. Von diesem Defizit ist das Modul *KCHK-AK-KATH* am stärksten (11 % der Indexfälle fehlen) und die Module *KCHK-AK-CHIR*, *KCHK-MK-KATH* und *KCHK-MK-CHIR* nur geringfügig (weniger als 0,5 % der Indexfälle fehlen) betroffen. Module *KCHK-KC* und *KCHK-KC-KOMB* sind nicht betroffen. Über alle Auffälligkeiten hinweg ist eine Beeinträchtigung von 40 der 42 sozialdatenbasierten Kennzahlen möglich.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse – mit Ausnahme von Modul *KCHK-AK-KATH* – als gering einzuschätzen.

© IQTIG 2026

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 124: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	498	-	581	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	498	100,00	249	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	22	4,42	9	3,61
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	22	100,00	9	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	22	100,00	9	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	8	36,36	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	14	63,64	9	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	14	100,00	9	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	12	54,55	3	33,33
Bewertung als qualitativ auffällig	2	9,09	6	66,67
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	0	0,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 125: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	588	-	678	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	588	100,00	340	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	32	5,44	15	4,41
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	32	100,00	15	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	32	100,00	15	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	9	28,12	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	23	71,88	15	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	23	100,00	15	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	1	6,67

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	14	43,75	6	40,00
Bewertung als qualitativ auffällig	9	28,12	8	53,33
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	0	0,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 126: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	682	-	513	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	682	100,00	172	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	29	4,25	8	4,65
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	29	100,00	8	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	29	100,00	8	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	16	55,17	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	13	44,83	8	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	13	100,00	8	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	7,69	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	2	6,90	3	37,50
Bewertung als qualitativ auffällig	9	31,03	4	50,00
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	3,45	1	12,50
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 127: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC-KOMB

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.323	-	833	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	825	100,00	0	-
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	67	8,12	0	-
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	-

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	67	100,00	0	-
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	67	100,00	0	-
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	-
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	-
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	55	82,09	0	-
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	12	17,91	0	-
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	12	100,00	0	-
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	-
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	-
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	-
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	4	5,97	0	-
Bewertung als qualitativ auffällig	7	10,45	0	-
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	1,49	0	-
Sonstiges	0	0,00	0	-
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 128: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	907	-	825	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	907	100,00	249	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	86	9,48	17	6,83
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	86	100,00	17	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	86	100,00	17	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	50	58,14	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	36	41,86	17	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	36	100,00	17	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	3	8,33	1	5,88
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	18	20,93	7	41,18
Bewertung als qualitativ auffällig	15	17,44	8	47,06
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	1	5,88
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 129: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	2.698	-	2.654	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.698	100,00	830	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	259	9,60	61	7,35
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	259	100,00	61	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	259	100,00	61	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	126	48,65	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	133	51,35	61	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	133	100,00	61	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	0,75	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	79	30,50	33	54,10
Bewertung als qualitativ auffällig	40	15,44	25	40,98
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	13	5,02	3	4,92
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im gesamten Verfahren *QS KCHK* waren von insgesamt 6.084 Indikatorenergebnissen 110 rechnerisch auffällig, verteilt auf 78 Leistungserbringer. Allen rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnissen wurde im Stellungnahmeverfahren nachgegangen. Aufgrund von wiederholt festgestellten qualitativen Problemen in einem Indikator bzw. einer festgestellten mehrfachen qualitativen Problematik in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren in einem Auswertungsjahr erfolgten im Verfahren *QS KCHK* zum Auswertungsjahr 2025 ein kollegiales Gespräch und eine Begehung, um den Bewertungsprozess zu unterstützen. Diese beiden Maßnahmen des erweiterten Stellungnahmeverfahrens fanden erst nach dem Stichtag des 15. März 2025 statt. Daher sind sie in den Tabellen noch nicht abgebildet und konnten zum Berichtszeitpunkt noch nicht abschließend bewertet werden. Betroffen waren 2 Leistungserbringer mit vermehrten rechnerischen Auffälligkeiten, insbesondere in den Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit und schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen. Konkret handelte es sich um die Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ im Auswertungsmodul *KCHK-MK-CHIR* sowie „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikation während des stationären Aufenthalts“ im Auswertungsmodul *KCHK-AK-KATH*. Gründe für die 51 qualitativ auffälligen Bewertungen (bei 34 Leistungserbringern) im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 waren u. a. Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Allen Leistungserbringern wurden individuelle Hinweise und Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung gegeben, die zusätzlich zu den von den Leistungserbringern bereits selbst eingeleiteten Maßnahmen erfolgen sollten. Bei 52 Indikatorergebnissen von 47 Leistungserbringern konnten die rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet werden, da es sich um keine strukturellen Mängel bei komplexen Einzelfällen handelte und dennoch durch die Leistungserbringer bereits eine umfangreiche Ursachenanalyse erfolgte. Bei 5 Leistungserbringern konnten Dokumentationsfehler hinreichend plausibel erklärt werden, wobei Maßnahmen zu deren Vermeidung abgeleitet wurden.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 130: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	93	100,00	97	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	9	9,68	13	13,40
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	9	100,00	13	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	9	100,00	13	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	100,00	13	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	6	66,67	6	46,15
Bewertung als qualitativ auffällig	3	33,33	7	53,85
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 131: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	98	100,00	98	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	8	8,16	8	8,16
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	8	100,00	8	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	8	100,00	8	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	8	100,00	8	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	12,50	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	7	87,50	8	100,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 132: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	97	100,00	99	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	10	10,31	7	7,07
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	10	100,00	7	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	100,00	7	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	10	100,00	7	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	10,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	9	90,00	7	100,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 133: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	94	100,00	96	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	13	13,83	5	5,21
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	13	100,00	5	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	13	100,00	5	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	13	100,00	5	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	4	30,77	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	9	69,23	5	100,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 134: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	265	100,00	291	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	12	4,53	19	6,53
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	12	100,00	19	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	12	100,00	19	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	12	100,00	19	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	1	5,26
Bewertung als qualitativ auffällig	12	100,00	18	94,74
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 135: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-D

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	847	100,00	938	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	15	1,77	15	1,60
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	15	100,00	15	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	15	100,00	15	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	15	100,00	15	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	6,67	1	6,67
Bewertung als qualitativ auffällig	14	93,33	14	93,33
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Aus insgesamt 1.619 Ergebnissen, verteilt auf 6 Auffälligkeitskriterien, resultierten 67 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 39 Leistungserbringer verteilen. Allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden im Stellungnahmeverfahren nachgegangen. Daraus ergaben sich 59 qualitativ auffällige Bewertungen. Gründe waren unter anderem Fehldokumentationen, ein nicht fristgerechter Export der QS-Daten oder technische Probleme mit den Softwaresystemen. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten in den Auffälligkeitskriterien hat in den vergangenen Jahren in der Tendenz leicht abgenommen. So waren es im Auswertungsjahr 2023 45 Leitungserbringer mit 59 rechnerischen Auffälligkeiten, im Auswertungsjahr 2024 waren es 42

Leistungserbringer mit 67 rechnerischen Auffälligkeiten. Dies ist auf die Variabilität des Indikatorensets sowie die zunehmende Akzeptanz der Leistungserbringer zurückzuführen, wie sich aus den Stellungnahmen und den abgeleiteten Maßnahmen entnehmen lassen konnte. Unter anderem werden seitens der Leistungserbringer Abläufe und Prüfprozesse optimiert sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschult.

4 Evaluation

Insgesamt zeigt sich im Verfahren *QS KCHK* weiterhin eine überwiegend gute Versorgungsqualität. Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL fließen fortlaufend in die Verfahrenspflege ein. Im Vergleich der Vorjahre unterscheiden sich die Qualitätsindikatorergebnisse nicht wesentlich. Der Aufbau des QS-Verfahrens ist das Ergebnis einer längeren historischen Entwicklung, wodurch eine heterogene Struktur der Qualitätsindikatoren und zugehörigen Auswertungsmodule entstanden ist. Infolgedessen verursachten Umfang und Komplexität des Verfahrens *QS KCHK* einen erhöhten Aufwand für alle beteiligten Akteure. Im Rahmen der regelmäßigen Verfahrenspflege wird das Verfahren daher fortlaufend weiterentwickelt mit dem Ziel, den Aufwand zu verringern und den Fokus zu schärfen. In enger Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene wurde das Indikatorenset bereits deutlich reduziert. Diese Reduktion ist Ergebnis einer kontinuierlichen Prüfung und Bewertung des Verfahrens. Ziel bleibt, die Transparenz und Übersichtlichkeit der Qualitätsbewertung in diesem Versorgungsbereich zu erhöhen und gleichzeitig den Aufwand der Beteiligten, insbesondere im Stellungnahmeverfahren, zu minimieren.

Im Folgenden wird eingeordnet, welche Qualitätsaspekte das Verfahren *QS KCHK* mit seinen Indikatoren abbildet und inwieweit die Ziele der DeQS-RL damit abgedeckt werden.

Da im QS-Verfahren stationär erbrachte Indexeingriffe und damit verbundene Folgeereignisse (Follow-up) bewertet werden, bildet das Verfahren vor allem die Qualitätsdimensionen Patientensicherheit und Wirksamkeit des IQTIG-Rahmenkonzepts ab. Darüber hinaus benennt die DeQS-RL Qualitätsziele, die mit dem Verfahren verfolgt werden:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Durch die vorgenommene Reduktion des Indikatorensets wird das Richtlinienziel „Verbesserung der Durchführung der Eingriffe“ nicht mehr vollständig abgedeckt, da hierfür aktuell kein entsprechender Indikator zur Prozessqualität vorliegt. Um das Ziel wieder besser abzubilden, wird mit dem Expertengremium derzeit die Einführung eines neuen Prozessindikators zur arteriellen Versorgung in der Koronarchirurgie diskutiert, der die Qualität der Eingriffsdurchführung fokussiert.

Die Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung führte darüber hinaus zu zahlreichen Empfehlungen, darunter zur Streichung weiterer Qualitätsindikatoren, Transparenzkennzahlen und zugehöriger Datenfelder. Daneben besteht im Rahmen der routinemäßigen Verfahrenspflege ein fortlaufender Anpassungsbedarf bei Indikatoren und Rechenregeln. Diese Anpassungen werden ebenfalls kontinuierlich mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt.

Wiederkehrende Diskussionsschwerpunkte bilden die Heterogenität und Komplexität des Auswertungsmoduls *KCHK-KC-KOMB*, wodurch eine vergleichbare Bewertung der Ergebnisse und damit ein fairer Vergleich der Leistungserbringer erschwert wird. Vor diesem Hintergrund wurden ab dem Auswertungsjahr 2025 die Referenzbereiche in diesem Modul ausgesetzt. Der seitdem geführte Evaluationsprozess mündete in der mit dem Expertengremium konsentierten Empfehlung, das Auswertungsmodul für das Erfassungsjahr 2028 zu streichen. Ein entsprechendes Beteiligungsverfahren findet in diesem Jahr statt.

5 Ausblick

In enger Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene wurde das Indikatorenset von *QS KCHK* in den vergangenen Jahren bereits deutlich reduziert. Diese Reduktion ist Ergebnis einer kontinuierlichen Prüfung und Bewertung des Verfahrens. Die weitere Schärfung und Fokussierung des Indikatorensets bleibt auch 2026 zentrales Ziel der Weiterentwicklung des Verfahrens *QS KCHK*, um die Übersichtlichkeit der Qualitätsbewertung in diesem Versorgungsbereich zu erhöhen und den Dokumentationsaufwand der beteiligten Akteure weiter zu reduzieren.

Auf Grundlage der bisherigen Evaluation und zur Vervollständigung des Indikatorensets soll für das Auswertungsmodul zur isolierten Koronarchirurgie die Einführung eines Komplikationsindikators zum Erfassungsjahr 2028 vorgeschlagen werden, der Komplikationen während des stationären Aufenthalts und innerhalb von 90 Tagen erfasst.

Die perspektivische Qualitätssicherung der Eingriffe an den Trikuspidalklappen gewinnt weiterhin an Bedeutung. Aufbauend auf den Indikatoren, die bereits für Aorten- und Mitralklappeneingriffe entwickelt wurden, wird die Entwicklung entsprechender Qualitätsindikatoren für Trikuspidalinterventionen vorangetrieben. Auch hier ist eine Empfehlung zum Erfassungsjahr 2028 vorgesehen und wird im Beteiligungsverfahren 2026 thematisiert. Schwerpunkt ist die Abbildung von Komplikationen, Re-Eingriffen und der Sterblichkeit zur Sicherstellung der Behandlungsqualität in diesem wachsenden Versorgungsfeld.

Die anhaltende Heterogenität und Komplexität des Auswertungsmoduls *KCHK-KC-KOMB* erschwert eine vergleichbare Bewertung der Ergebnisse und damit den fairen Leistungserbringervergleich. Vor diesem Hintergrund wurde bereits die Aussetzung der Referenzbereiche ab dem Auswertungsjahr 2025 beschlossen. Der seitdem geführte Evaluationsprozess hat zur konsentierten Empfehlung geführt, das Auswertungsmodul zu streichen. Diese Empfehlung zur Streichung soll ebenfalls zum Erfassungsjahr 2028 erfolgen und wird auch im laufenden Beteiligungsverfahren 2026 adressiert. Ziel ist, die Vergleichbarkeit und Aussagekraft des Verfahrens insgesamt zu verbessern und Aufwände zu reduzieren.

Weiterhin wird die Prüfung einer Risikoadjustierung aller verbleibenden Indikatoren fortgesetzt. Voraussichtlich erfolgt die Risikoadjustierung der Indikatoren zu den erneuten Eingriffen zum Auswertungsjahr 2027. Die Risikoadjustierung der verbleibenden Indikatoren erfolgt anschließend im darauffolgenden Auswertungsjahr. Parallel wird die Möglichkeit einer Risikoadjustierung über Sozialdaten bei den Krankenkassen geprüft. Zudem bleibt die erneute Entwicklung sowohl eines Indikators zur Prüfung der Indikationsstellung (*KCHK-MK-CHIR* und *KCHK-MK-KATH*) wie auch eines Indikators zur Prozessqualität (*KCHK-KC*) ein wichtiges Ziel, um die Richtlinienzielsetzung Verbesserung der Indikationsstellung und die Qualitätsdimension Angemessenheit wieder direkt abzubilden.

Literatur

Aldea, GS; Mokadam, NA; Melford, R, Jr; Stewart, D; Maynard, C; Reisman, M; et al. (2009): Changing Volumes, Risk Profiles, and Outcomes of Coronary Artery Bypass Grafting and Percutaneous Coronary Interventions. *The Annals of Thoracic Surgery* 87(6): 1828-1838. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2009.03.067.

Beckmann, A; Meyer, R; Lewandowski, J; Markewitz, A; Harringer, W (2019): German Heart Surgery Report 2018: The Annual Updated Registry of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon* 67(5): 331-344. DOI: 10.1055/s-0039-1693022.

Fischer, C; Lingsma, HF; Marang-van de Mheen, PJ; Kringos, DS; Klazinga, NS; Steyerberg, EW (2014): Is The Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence. *PLoS One* 9(11): e112282. DOI: 10.1371/journal.pone.0112282.

Koo, AB; Zhou, L; Hameed, I; Rivier, CA; Clocchiatti-Tuozzo, S; Kamel, H; et al. (2025): Acute Ischemic Stroke Risk Following Cardiac Interventions in the United States From 2016 to 2021. *Neurology* 105(1): e213766. DOI: 10.1212/wnl.0000000000213766.

Mohr, FW; Holzhey, D; Möllmann, H; Beckmann, A; Veit, C; Figulla, HR; et al. (2014): The German Aortic Valve Registry: 1-year results from 13680 patients with aortic valve disease. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 46(5): 808-816. DOI: 10.1093/ejcts/ezu290.

Myles, PS (2014): Meaningful Outcome Measures in Cardiac Surgery. *The Journal of ExtraCorporeal Technology* 46(1): 23-27. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557506/pdf/ject-46-23.pdf (abgerufen am: 21.07.2026).

Otto, CM; Nishimura, RA; Bonow, RO; Carabello, BA; P., EJ; Gentile, F; et al. (2021): 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology* 77(4): e25-e197. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.11.018.

Reardon, MJ; Van Mieghem, NM; Popma, JJ; Kleiman, NS; Søndergaard, L; Mumtaz, M; et al. (2017): Surgical or Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *The New England Journal of Medicine* 376(14): 1321-1331. DOI: 10.1056/NEJMoa1700456.

Shuhaiber, J; Anderson, RJ (2007): Meta-analysis of clinical outcomes following surgical mitral valve repair or replacement. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 31(2): 267-275. DOI: 10.1016/j.ejcts.2006.11.014.

Tamburino, C; Barbanti, M; Capodanno, D; Mignosa, C; Gentile, M; Aruta, P; et al. (2012): Comparison of Complications and Outcomes to One Year of Transcatheter Aortic Valve Implantation Versus Surgical Aortic Valve Replacement in Patients With Severe Aortic Stenosis. *The American Journal of Cardiology* 109(10): 1487-1493. DOI: 10.1016/j.amjcard.2012.01.364.

van Eck, FM; Noyez, L; Verheugt, FWA; Brouwer, RMHJ (2002): Analysis of Mortality Within the First Six Months After Coronary Reoperation. *The Annals of Thoracic Surgery* 74(6): 2106-2112. DOI: 10.1016/s0003-4975(02)03986-3.

Vassileva, CM; Mishkel, G; McNeely, C; Boley, T; Markwell, S; Scaife, S; et al. (2013): Long-Term Survival of Patients Undergoing Mitral Valve Repair and Replacement. A Longitudinal Analysis of Medicare Fee-for-Service Beneficiaries. *Circulation* 127(18): 1870-1876. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.002200.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-AK-CHIR: Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2024 und 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 15

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 17

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 17

382000: Intraprozedurale Komplikationen 17

382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 20

382002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen 24

Details zu den Ergebnissen 27

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 29

382003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 29

382004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 32

Gruppe: Sterblichkeit 35

382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 35

382006: Sterblichkeit im Krankenhaus 38

382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 42

382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 46

Details zu den Ergebnissen 50

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 52

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 52

852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 52

Basisauswertung 54

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 54
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 55
Patientin / Patient ... 57
Body Mass Index (BMI) ... 58
Anamnese / präoperative Befunde ... 59
Kardiale Befunde ... 62
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 64
Weitere Begleiterkrankungen ... 65
Operation / Prozedur ... 69
OP-Basisdaten ... 69
präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung ... 72
Intraprozedurale Komplikationen ... 72
Postoperativer Verlauf ... 75
Entlassung / Verlegung ... 78

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

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

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

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2024 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2025 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2024).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	89.007 88.955 52	88.902	100,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	302		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	324	330	98,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	288	293	98,29

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	247	246	100,41

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2025 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) 2025
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) 2025
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) 2025
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) 2025
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) 2025

Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	12.280 12.277 3	13.484	91,07
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	95	98,95
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	76	100,00

Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.000 12.995 5	12.995	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	96	97,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	78	78	100,00

Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.145 13.142 3	13.014	101,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	93	90	103,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2025	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	88.955	95,47 N = 84.924

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.566	95,86 N = 80.109

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.236	95,77 N = 77.796

Ergebnisübersicht

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

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2025 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
382000	Intraprozedurale Komplikationen	≤ 3,11 % (95. Perzentil)	0,74 % O = 58 N = 7.808
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,04 (95. Perzentil)	0,98 O/E = 205 / 208,18 2,85 % O/N = 205 / 7.203
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,72 % (95. Perzentil)	0,53 % O = 41 N = 7.670

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit			
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	2,34 % O = 176 N = 7.536
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	1,09 O/E = 231 / 211,87 2,96 % O/N = 231 / 7.808
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,65 (95. Perzentil)	1,08 O/E = 250 / 230,55 3,26 % O/N = 250 / 7.670

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

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	Transparenzkennzahl	2,34 % O = 168 N = 7.194
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	≤ 4,57 % (95. Perzentil)	1,72 % O = 124 N = 7.204
Gruppe: Sterblichkeit			
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	1,00 O/E = 492 / 491,44 6,83 % O/N = 492 / 7.204

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden hingegen auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	91,07 % 12.280 / 13.484	68,42 % 65 / 95

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

382000: Intraprozedurale Komplikationen

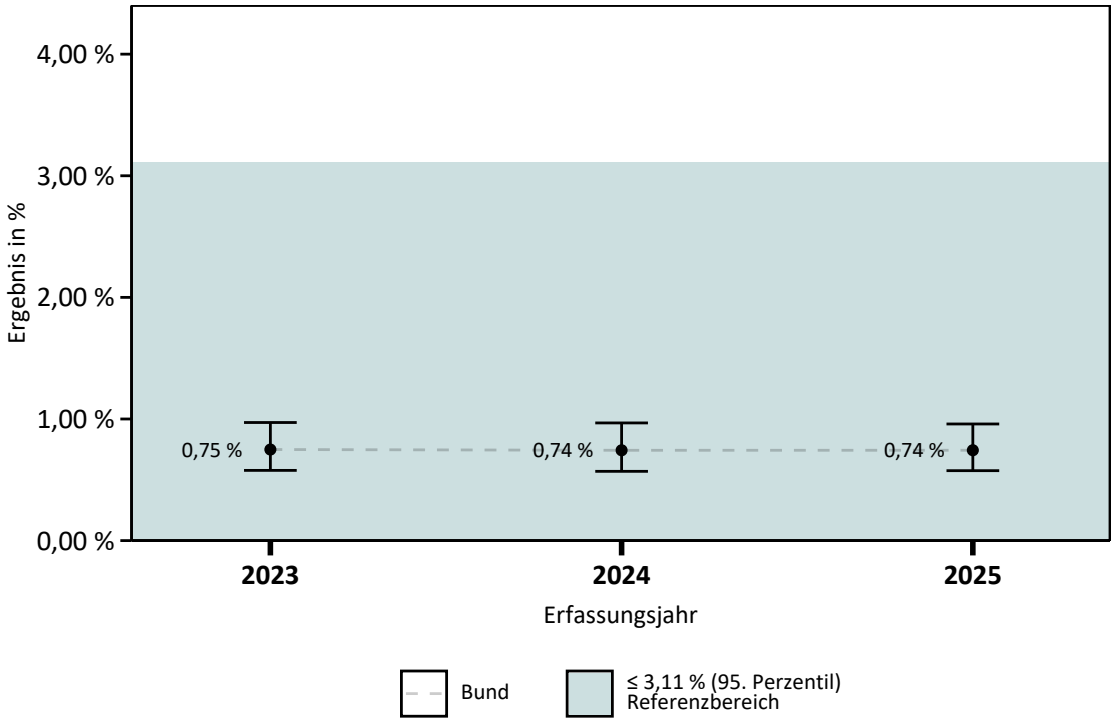
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine schwere intraprozedurale Komplikation aufgetreten ist
Referenzbereich	≤ 3,11 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

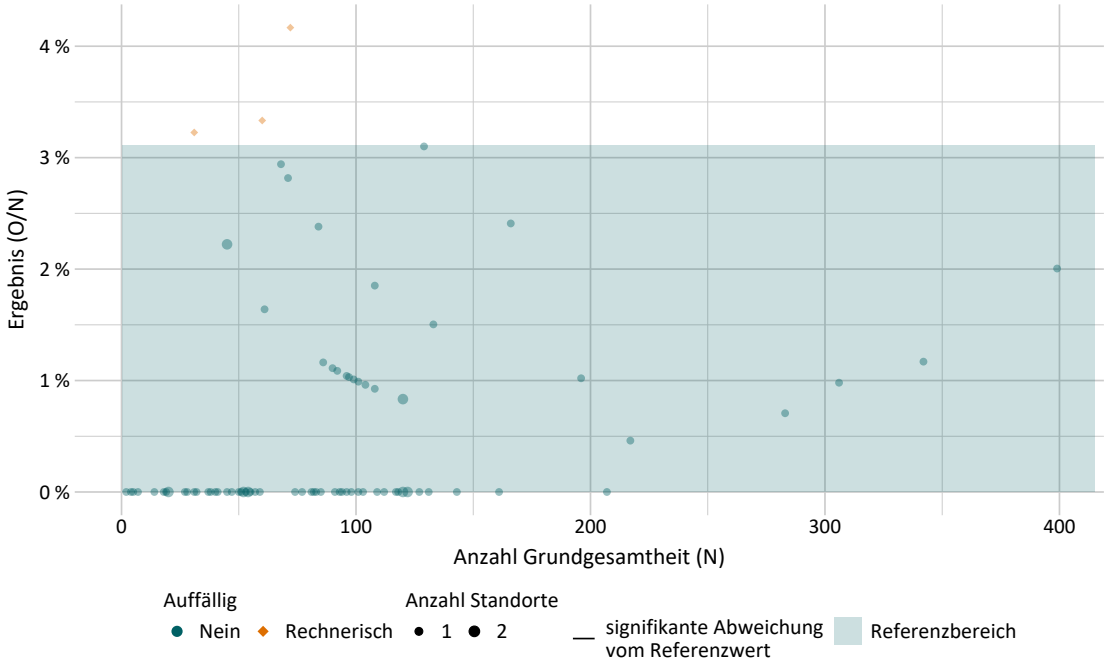
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	56 / 7.479	0,75	0,58 - 0,97
	2024	54 / 7.271	0,74	0,57 - 0,97
	2025	58 / 7.808	0,74	0,58 - 0,96

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	85	3	0,00	4,17	0,00

382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKChirScore für ID 382001
Referenzbereich	≤ 3,04 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

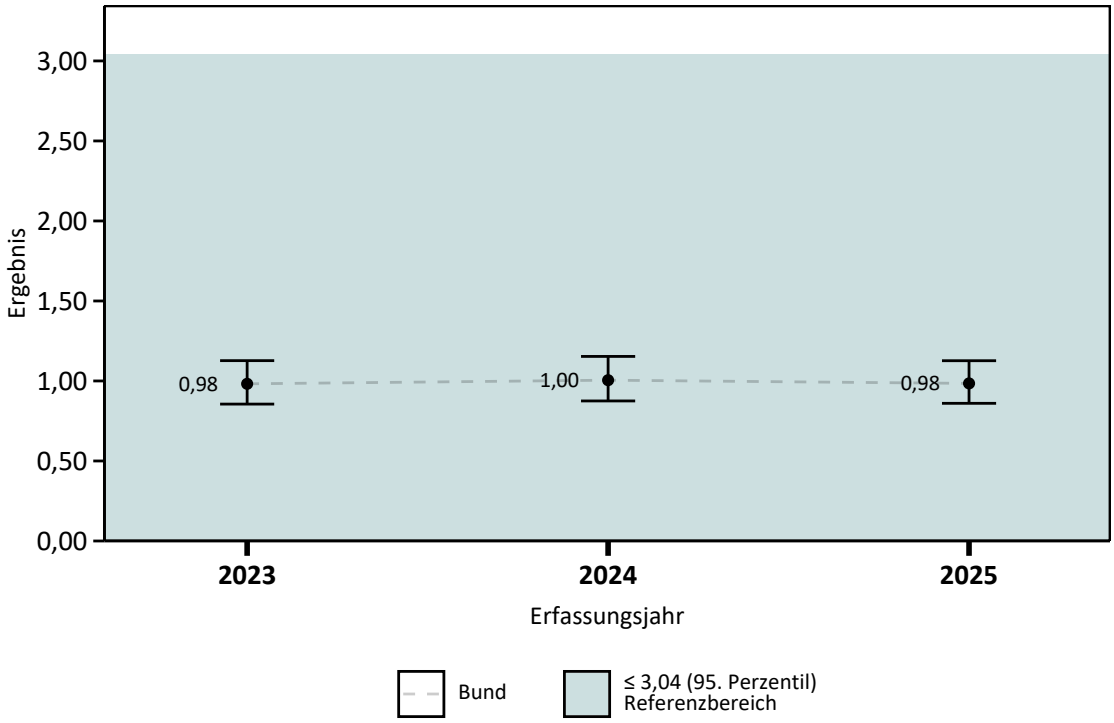
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	6.951	196 / 199,57	0,98	0,86 - 1,13
	2024	6.681	195 / 194,05	1,00	0,87 - 1,15
	2025	7.203	205 / 208,18	0,98	0,86 - 1,13

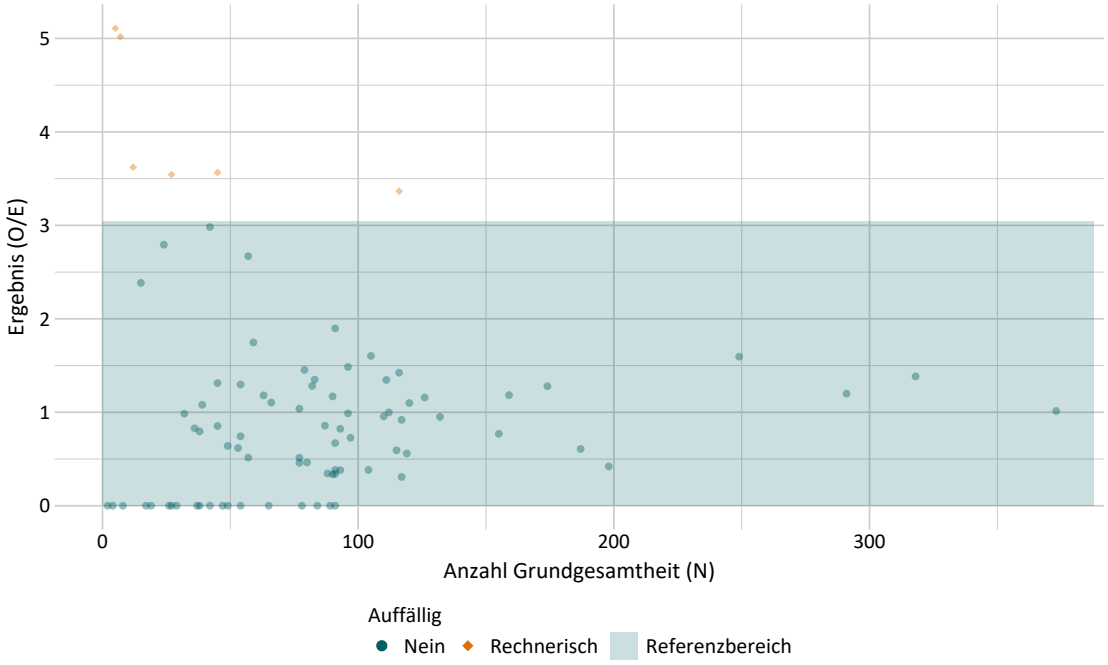
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

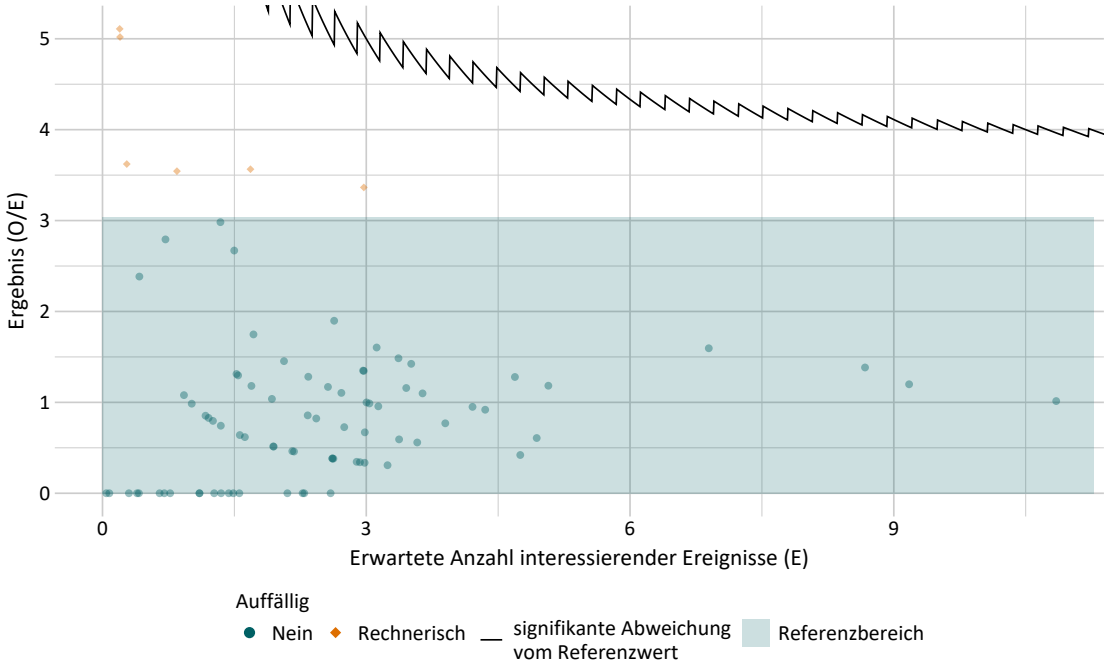
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



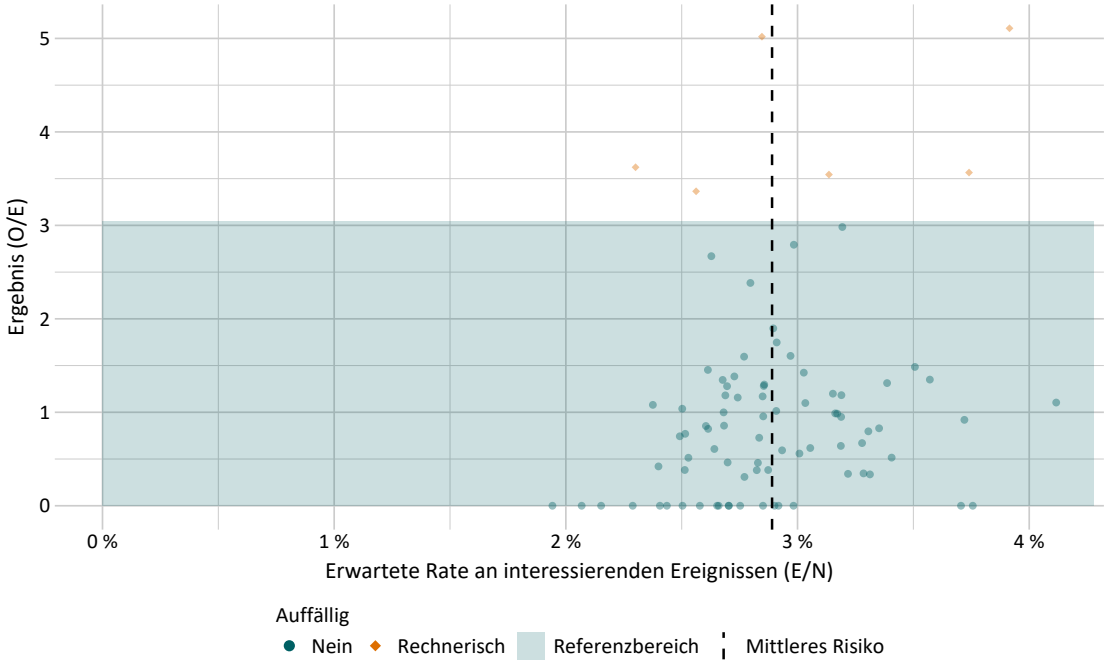
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	85	6	0,00	5,11	0,83

382002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

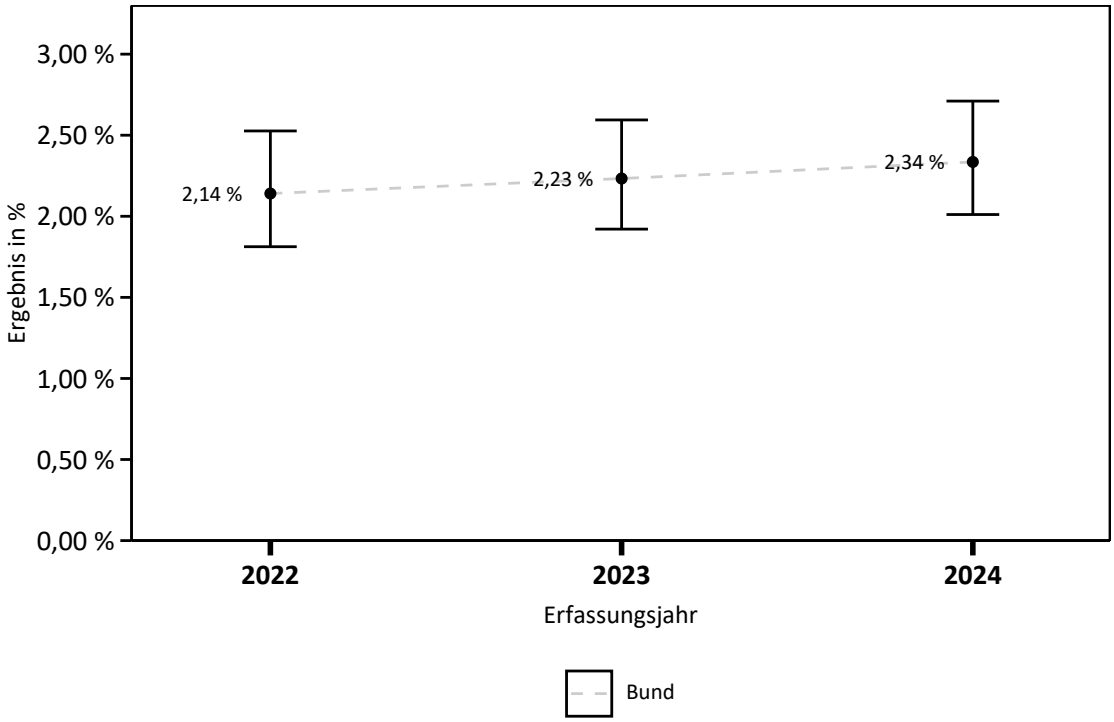
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben, ohne präoperative Mediastinitis oder Wundinfektion des Thorax
Zähler	Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung einer postoperativen tiefen Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

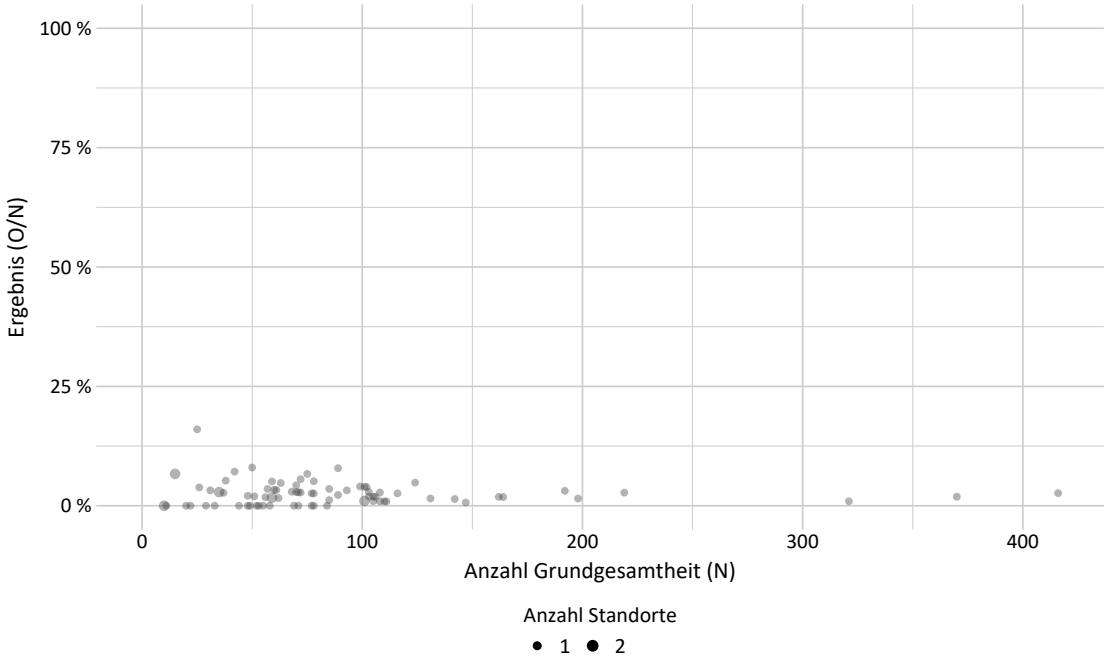
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	136 / 6.354	2,14	1,81 - 2,53
	2023	166 / 7.434	2,23	1,92 - 2,59
	2024	168 / 7.194	2,34	2,01 - 2,71

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	16,00	1,96

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 382000** **Mind. eine intraprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben**	0,74 % 58/7.808
1.1.1	ID: 38_22000 Device-Fehlpositionierung	0,12 % 9/7.808
1.1.2	ID: 38_22001 Koronarostienverschluss	0,09 % 7/7.808
1.1.3	ID: 38_22002 Aortendissektion	x % ≤3/7.808
1.1.4	ID: 38_22003 Annulus-Ruptur	0,13 % 10/7.808
1.1.5	ID: 38_22004 Perikardtamponade	0,08 % 6/7.808
1.1.6	ID: 38_22005 LV-Dekompensation	0,17 % 13/7.808
1.1.7	ID: 38_22006 Hirnembolie	0,00 % 0/7.808
1.1.8	ID: 38_22007 Aortenregurgitation > = 2. Grades	0,13 % 10/7.808
1.1.9	ID: 38_22008 Device-Embolisation	0,06 % 5/7.808

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.2.1.1	ID: O_382001 O/N (observed, beobachtet)	2,85 % 205/7.203
1.2.1.2	ID: E_382001 E/N (expected, erwartet)	2,89 % 208,18/7.203
1.2.1.3	**ID: 382001** **O/E**	0,98
1.2.1.3.1	ID: 38_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	3,51 % 74/2.110
1.2.1.3.2	ID: 38_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[1]	3,26 % 10/307

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.1.3.3	ID: 38_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	3,85 % 12/312

[1] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 382002** **Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen**	2,34 % 168/7.194

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

382003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

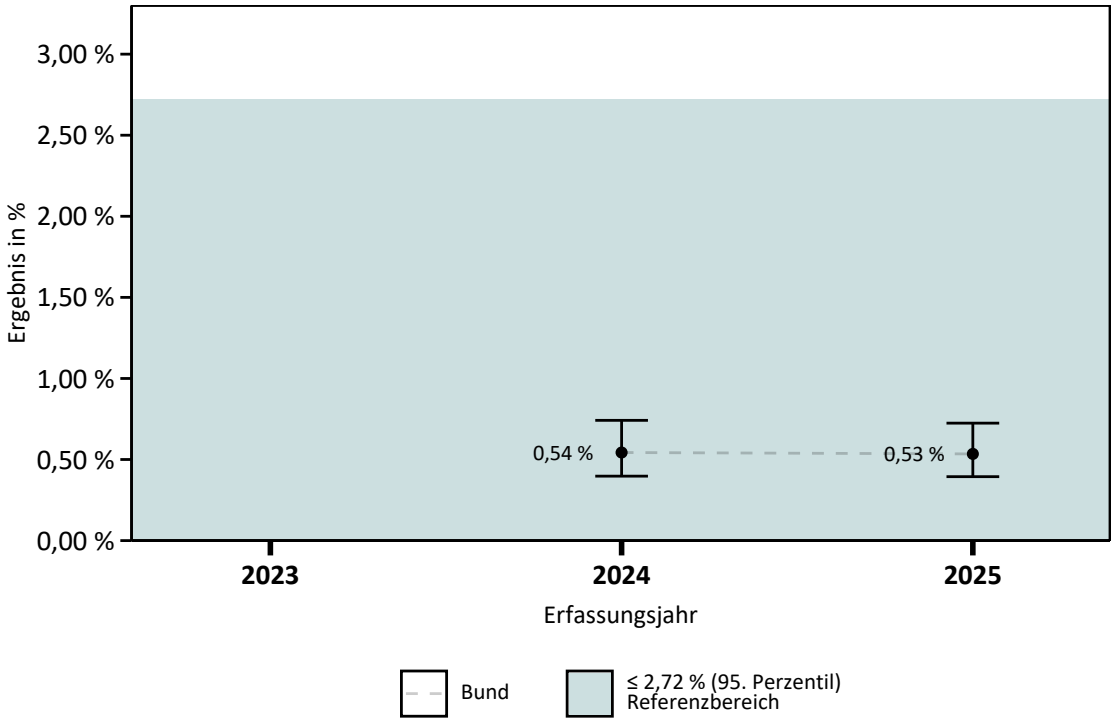
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	≤ 2,72 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

Detailergebnisse

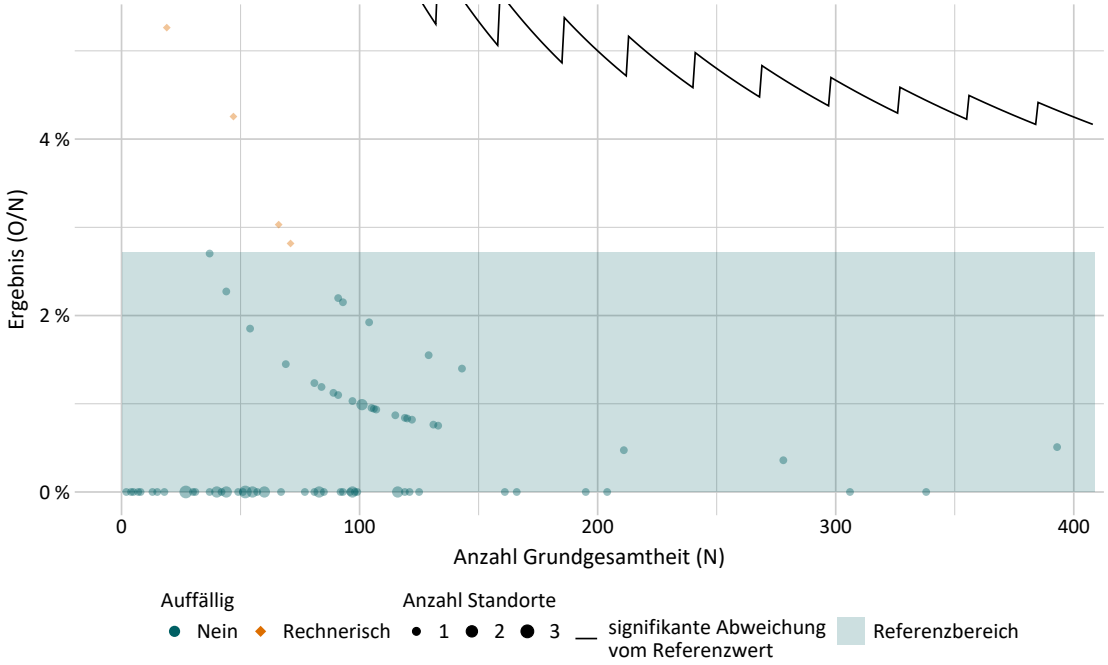
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	39 / 7.181	0,54	0,40 - 0,74
	2025	41 / 7.670	0,53	0,39 - 0,72

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	85	4	0,00	5,26	0,00

382004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

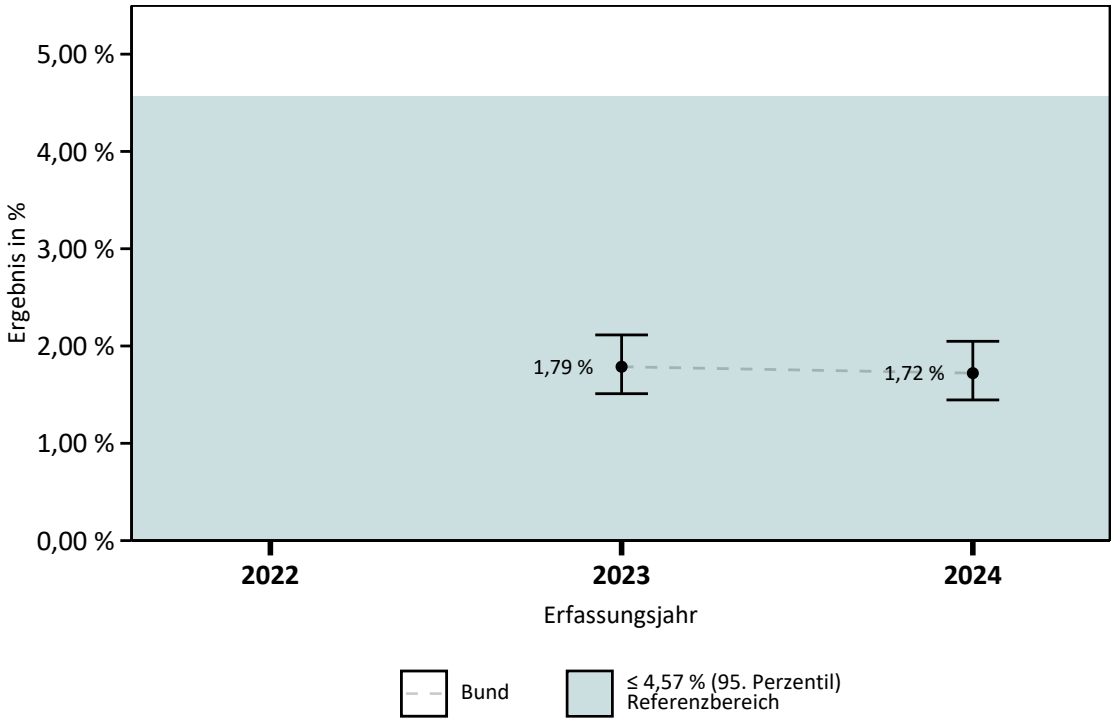
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	≤ 4,57 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

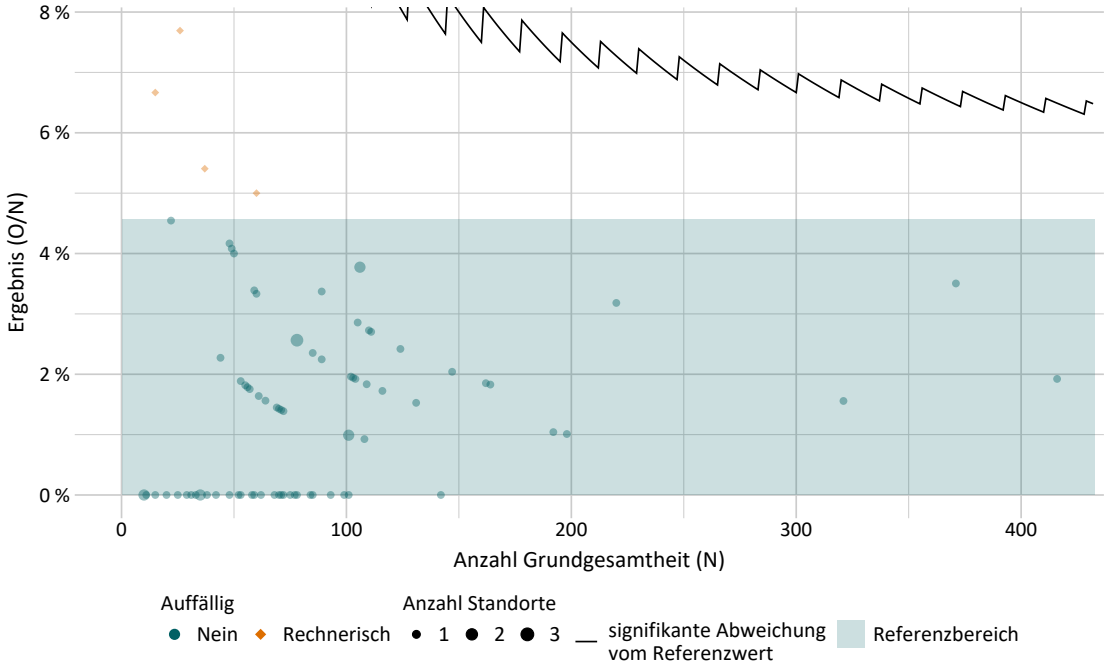
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	133 / 7.442	1,79	1,51 - 2,11
	2024	124 / 7.204	1,72	1,45 - 2,05

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	4	0,00	7,69	1,53

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

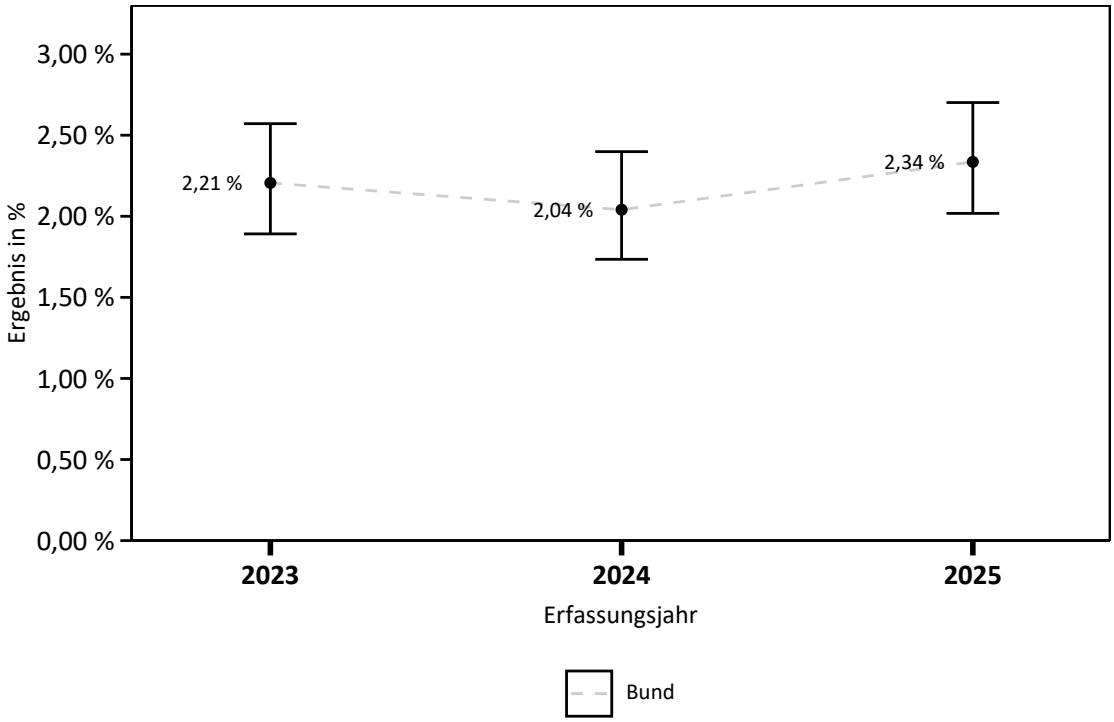
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

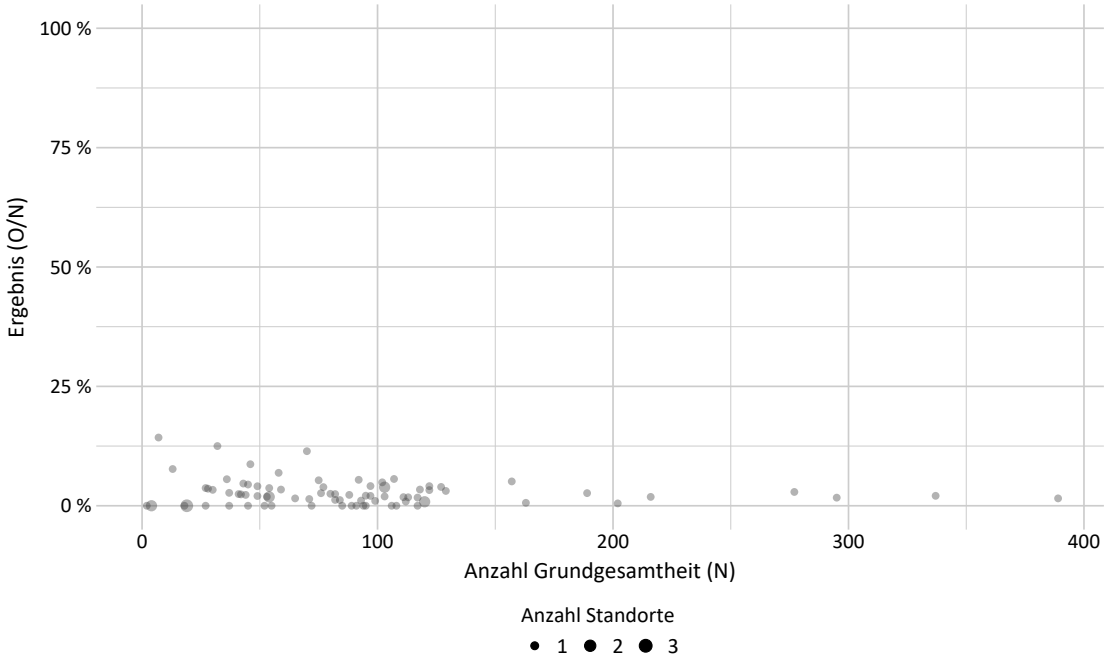
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	159 / 7.208	2,21	1,89 - 2,57
	2024	143 / 7.008	2,04	1,73 - 2,40
	2025	176 / 7.536	2,34	2,02 - 2,70

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	85	0	0,00	14,29	2,04

382006: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Chir-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 22 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Arterielle Gefäßerkrankung Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

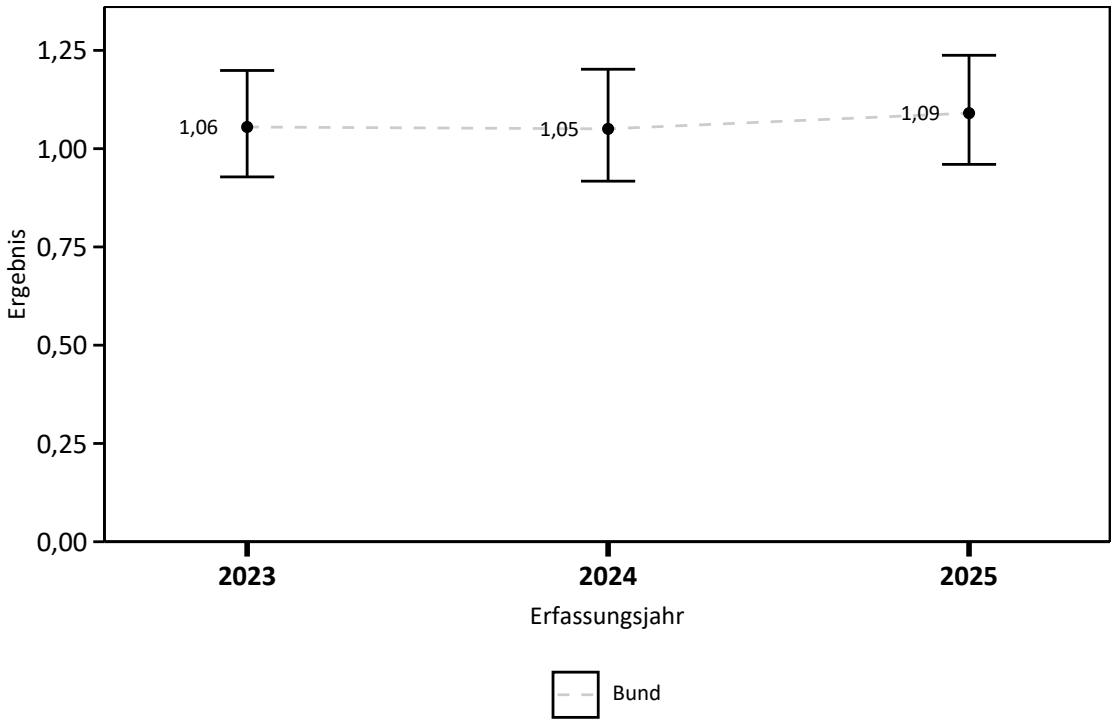
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	7.479	227 / 215,15	1,06	0,93 - 1,20
	2024	7.271	204 / 194,23	1,05	0,92 - 1,20
	2025	7.808	231 / 211,87	1,09	0,96 - 1,24

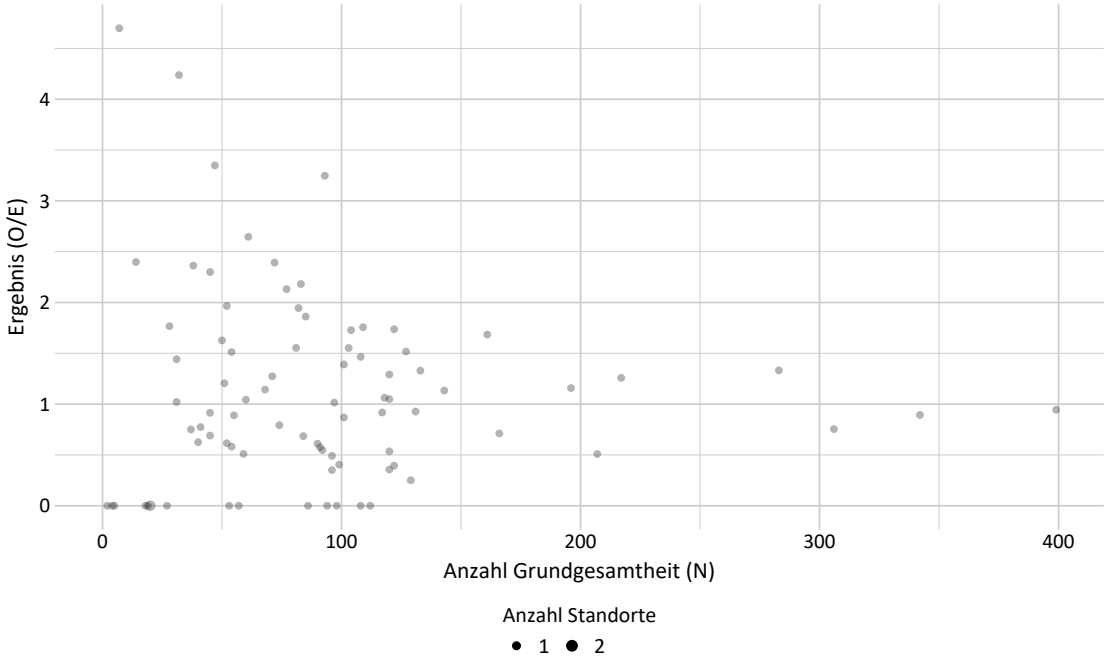
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

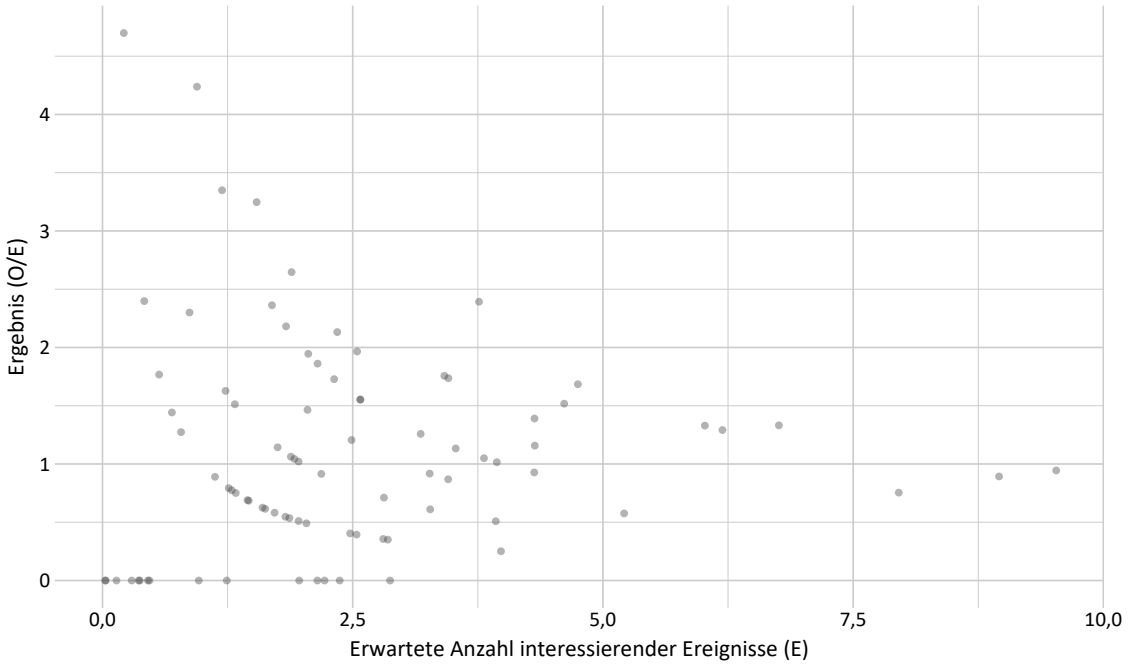
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



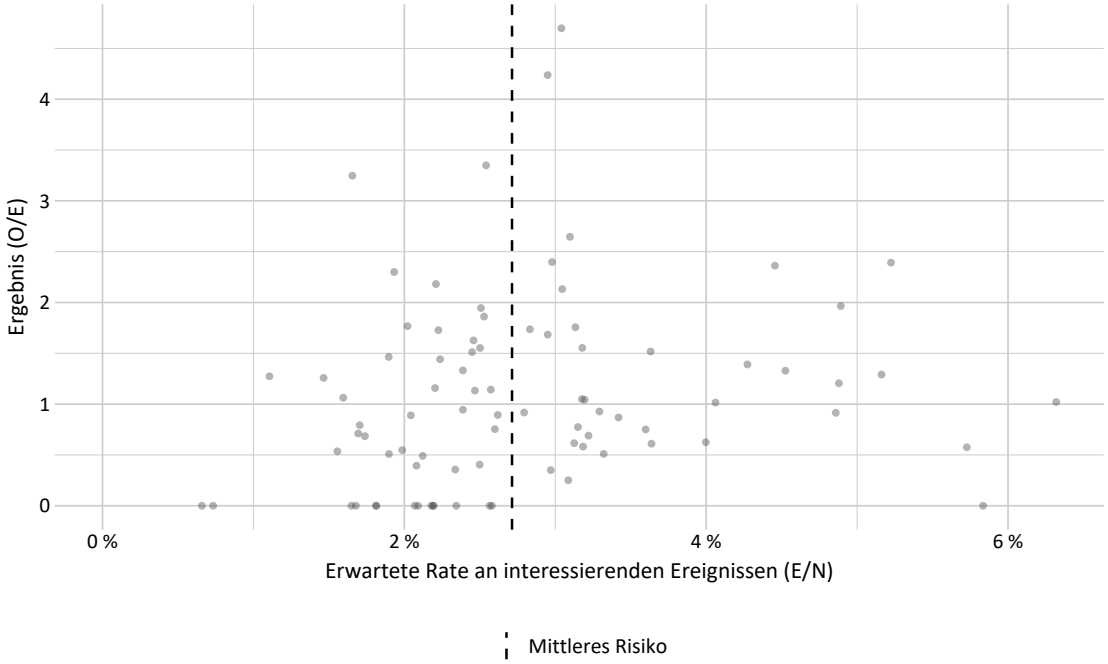
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	85	0	0,00	4,70	0,93

382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Chir-30d-Score
Referenzbereich	≤ 2,65 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 22 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Arterielle Gefäßerkrankung Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

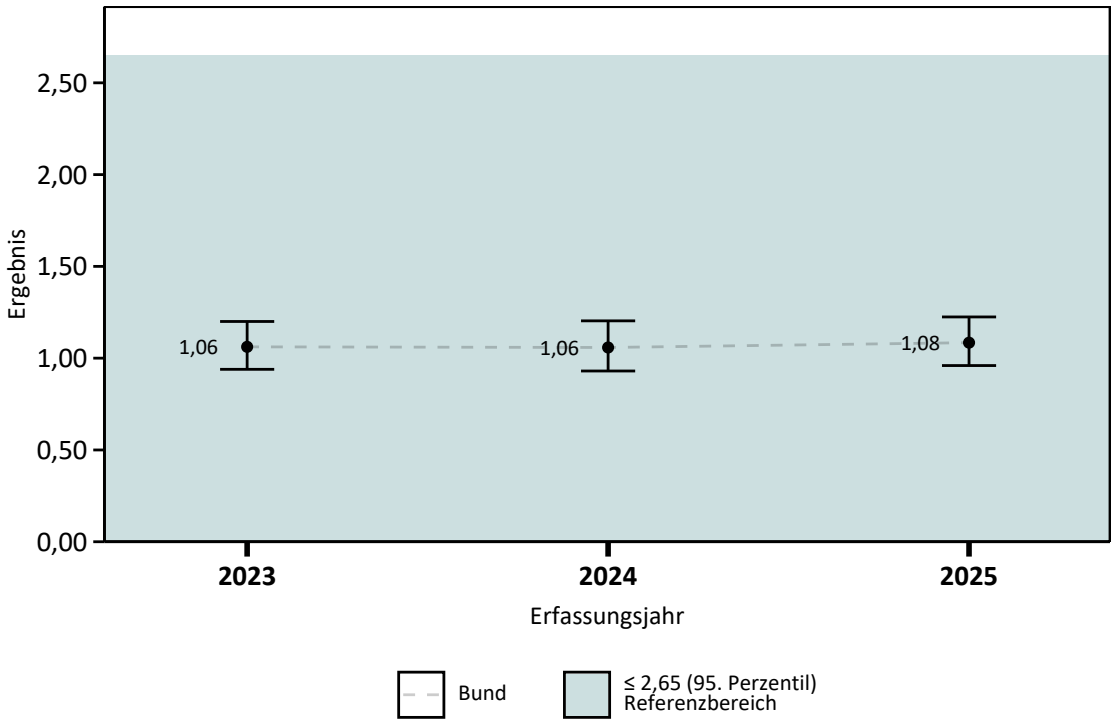
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	7.399	247 / 232,62	1,06	0,94 - 1,20
	2024	7.181	224 / 211,67	1,06	0,93 - 1,20
	2025	7.670	250 / 230,55	1,08	0,96 - 1,22

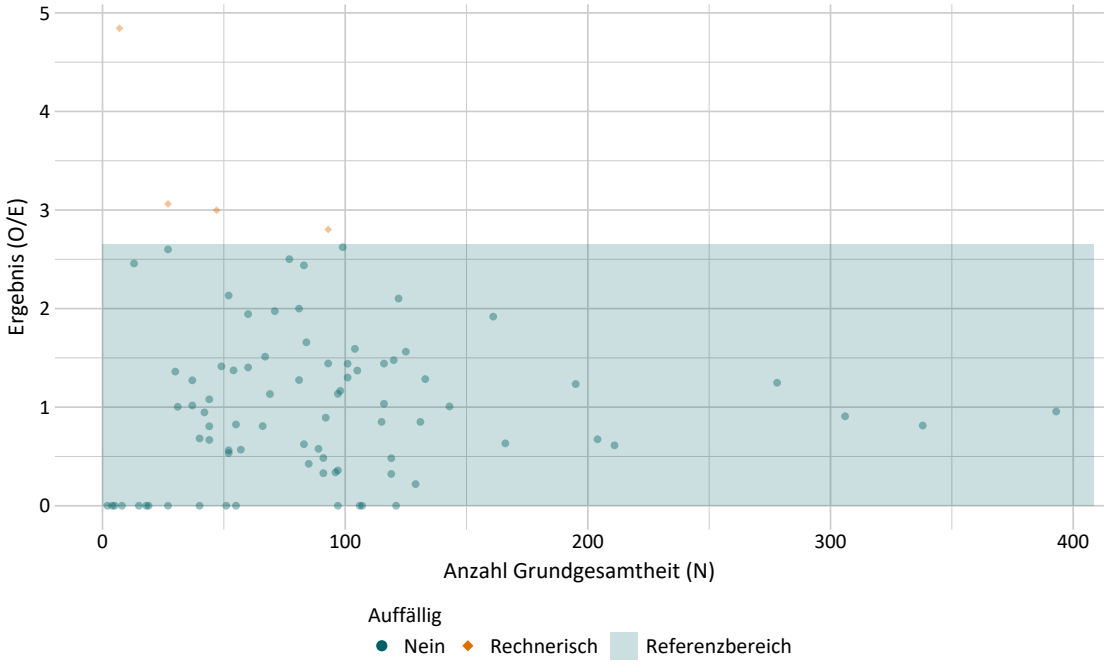
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

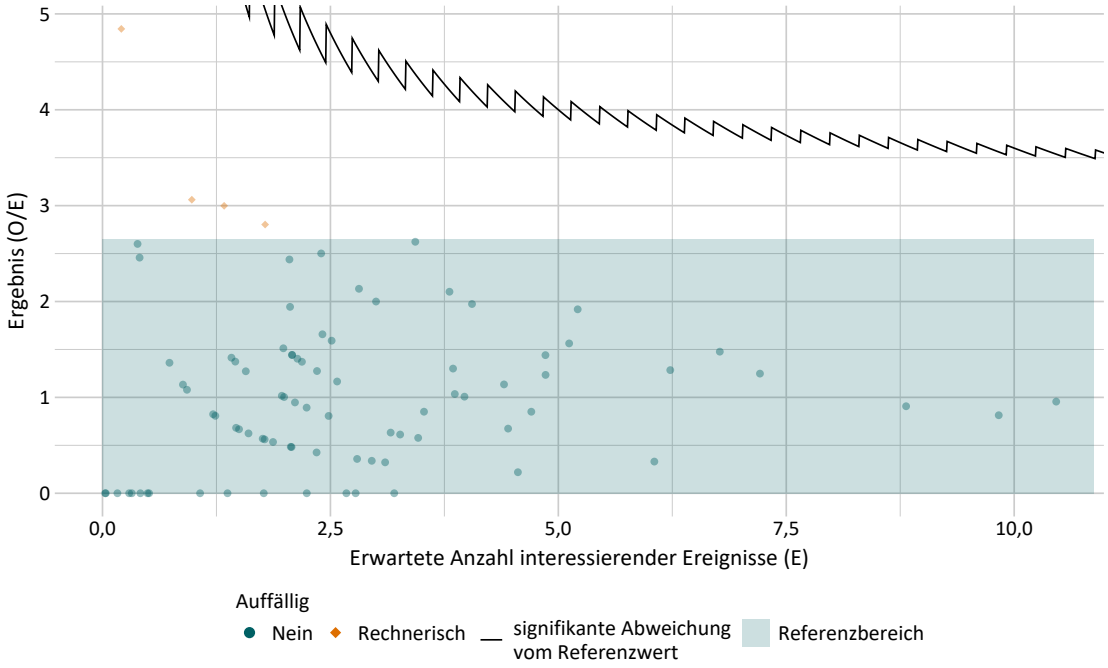
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



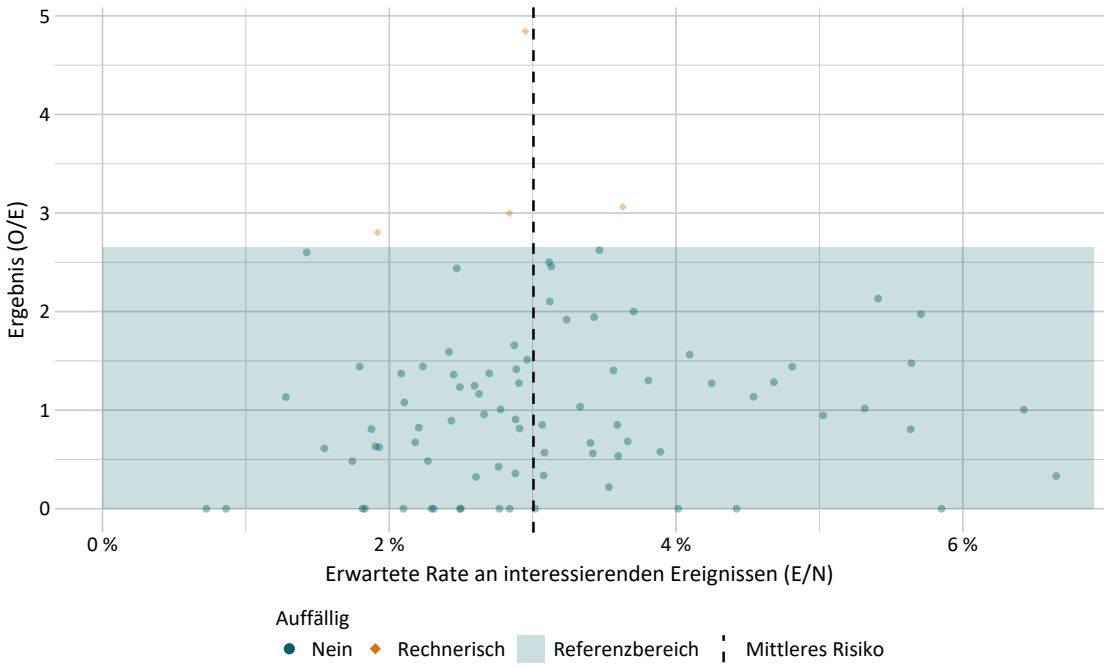
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	85	4	0,00	4,84	0,96

382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Chir-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 31 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 2- oder 3-Gefäßerkrankung Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

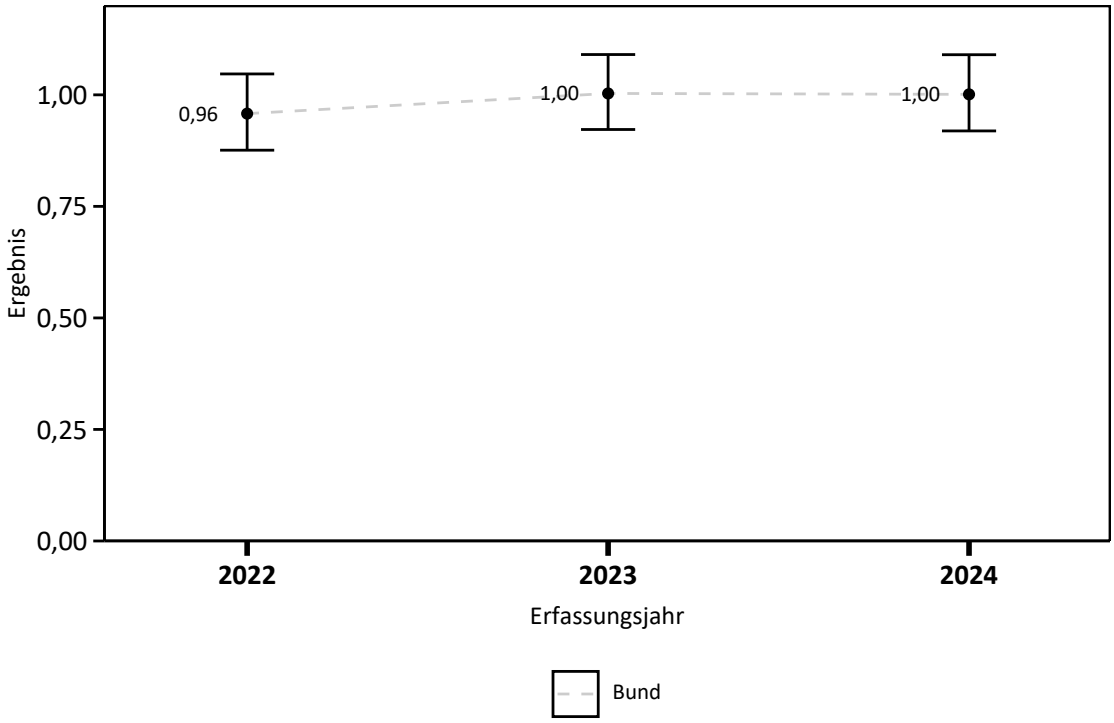
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	6.358	449 / 468,73	0,96	0,88 - 1,05
	2023	7.442	511 / 509,40	1,00	0,92 - 1,09
	2024	7.204	492 / 491,44	1,00	0,92 - 1,09

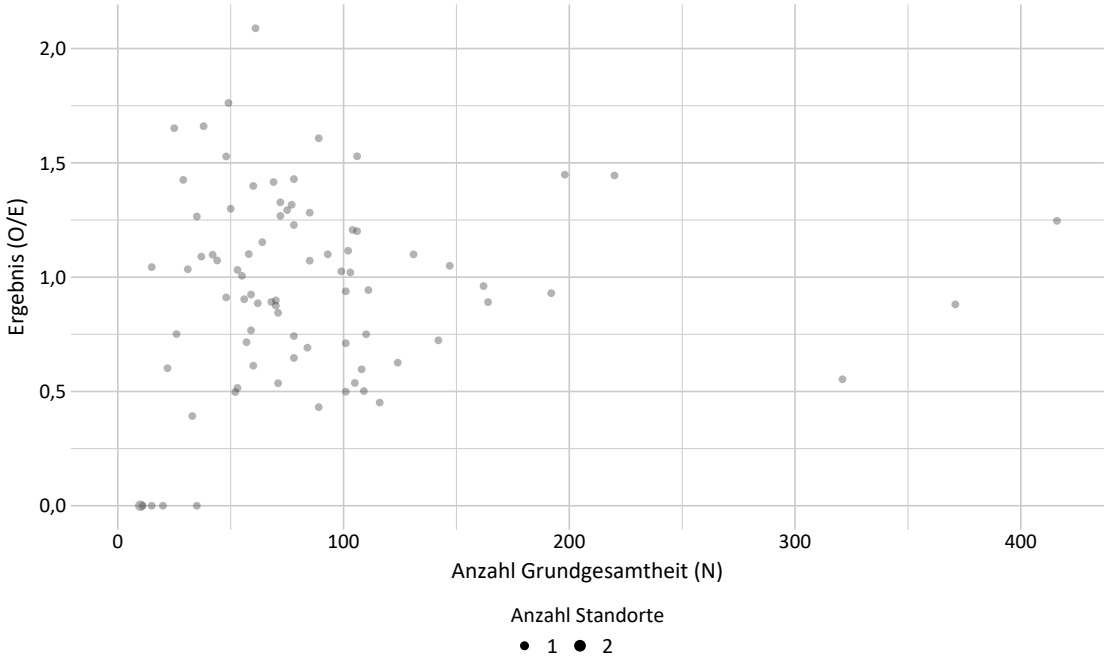
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

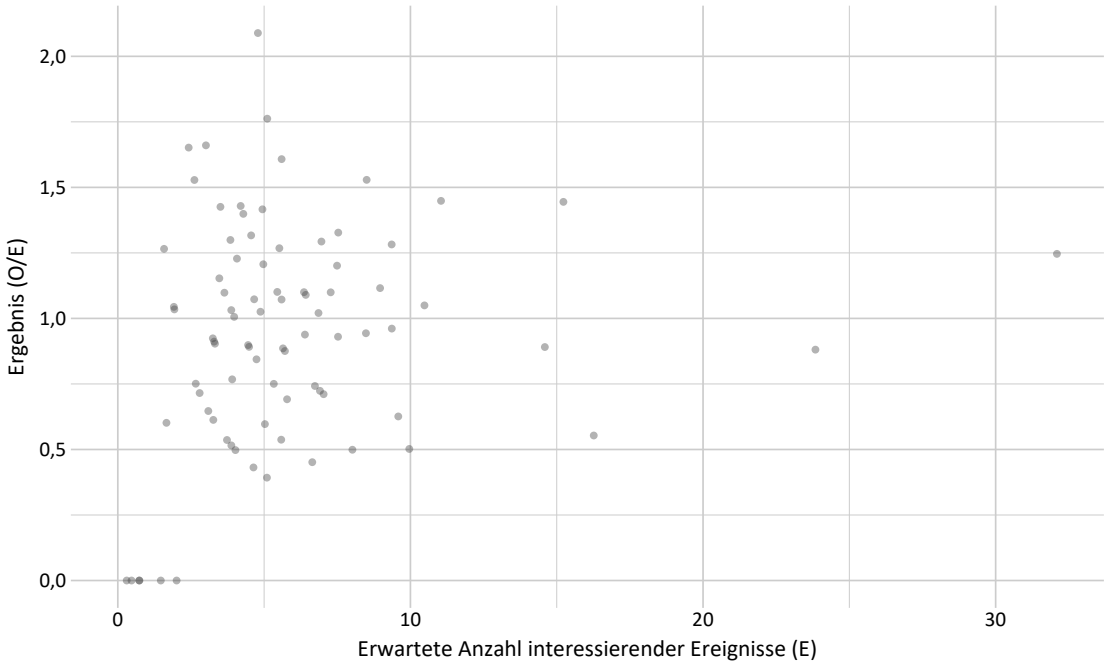
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



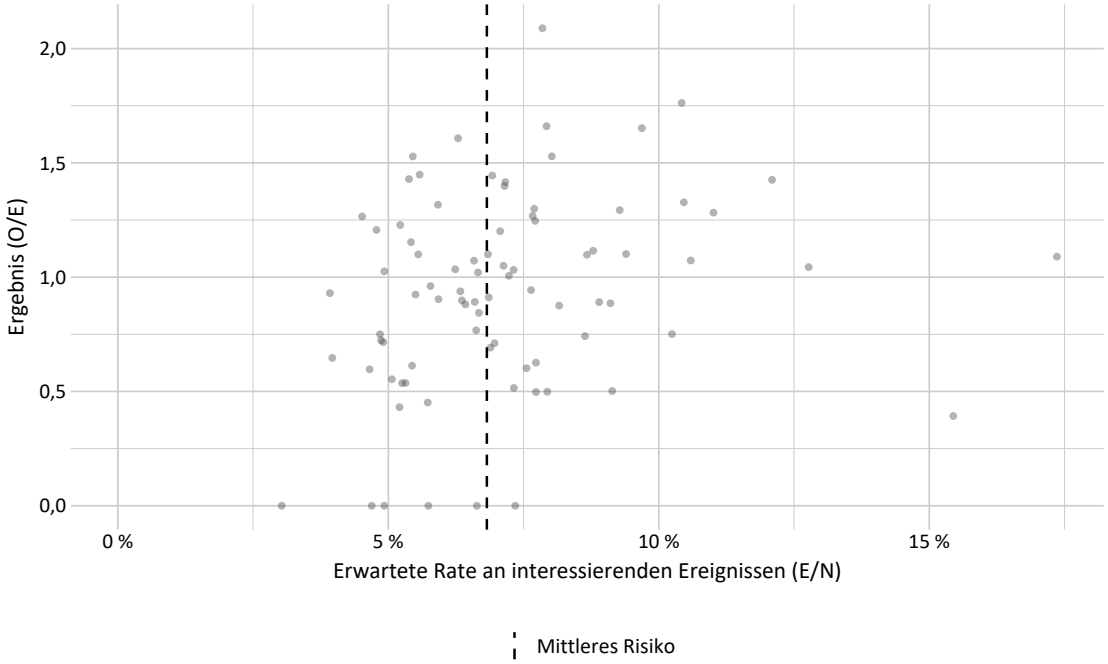
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	83	0	0,00	2,09	0,94

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 38_22013 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben	2,96 % 231/7.808
3.1.1	**ID: 382005** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	2,34 % 176/7.536
3.1.2	ID: 38_22014 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	20,22 % 55/272

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Chir-Score	
3.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in AKL-Chir-Score Risikoklassen	
3.2.1.1	ID: 38_22016 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,32 % 86/6.525
3.2.1.2	ID: 38_22017 Risikoklasse 3 - < 6 %	5,04 % 32/635
3.2.1.3	ID: 38_22018 Risikoklasse 6 - < 10 %	9,47 % 25/264
3.2.1.4	ID: 38_22019 Risikoklasse ≥ 10 %	22,92 % 88/384
3.2.1.5	ID: 38_22020 Summe AKL-Chir-Score Risikoklassen	2,96 % 231/7.808
3.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in AKL-Chir-Score Risikoklassen	
3.2.2.1	ID: 38_22021 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,06 % 69,41/6.525
3.2.2.2	ID: 38_22022 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,17 % 26,49/635
3.2.2.3	ID: 38_22023 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,70 % 20,32/264
3.2.2.4	ID: 38_22024 Risikoklasse ≥ 10 %	24,91 % 95,66/384
3.2.2.5	ID: 38_22025 Summe AKL-Chir-Score Risikoklassen	2,71 % 211,87/7.808
3.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.3.1	ID: O_382006 O/N (observed, beobachtet)	2,96 % 231/7.808
3.2.3.2	ID: E_382006 E/N (expected, erwartet)	2,71 % 211,87/7.808
3.2.3.3	**ID: 382006** **O/E**	1,09

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Chir-30d-Score	
3.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.3.1.1	ID: O_382007 O/N (observed, beobachtet)	3,26 % 250/7.670
3.3.1.2	ID: E_382007 E/N (expected, erwartet)	3,01 % 230,55/7.670
3.3.1.3	**ID: 382007** **O/E**	1,08

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Chir-365d-Score	
3.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.4.1.1	ID: O_382008 O/N (observed, beobachtet)	6,83 % 492/7.204
3.4.1.2	ID: E_382008 E/N (expected, erwartet)	6,82 % 491,44/7.204
3.4.1.3	**ID: 382008** **O/E**	1,00

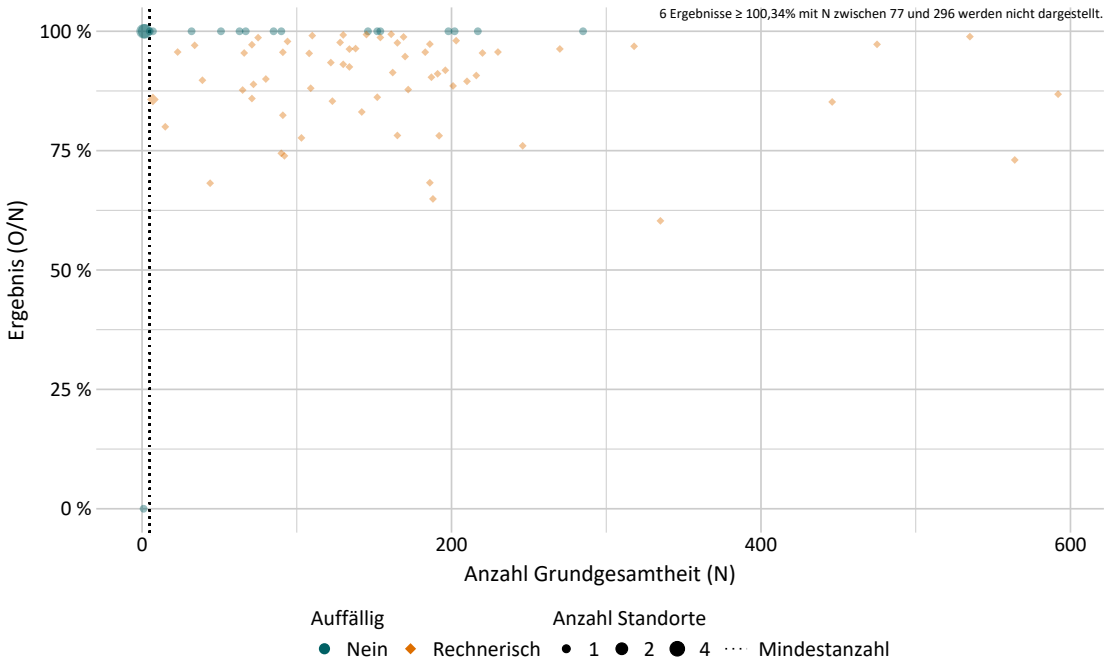
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	95	65	0,00	103,81	96,30

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	12.280 / 13.484	91,07	68,42 % 65 / 95

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	88.955	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal isoliert offen-chirurgisch an der Aortenklappe operiert wurden	7.842	8,82

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	89.510	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	26.051	29,10
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.632	6,29
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	28.526	31,87
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.873	8,80
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	11.831	13,22
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.587	7,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	150	1,91
1. Quartal	2.114	26,96
2. Quartal	2.049	26,13
3. Quartal	2.032	25,91
4. Quartal	1.497	19,09
Entlassungsquartal		
1. Quartal	1.886	24,05
2. Quartal	2.067	26,36
3. Quartal	2.054	26,19
4. Quartal	1.835	23,40

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	928	11,83
8 - 14 Tage	4.301	54,85
15 - 21 Tage	1.332	16,99
22 - 28 Tage	532	6,78
> 28 Tage	749	9,55

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[3]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	7.842
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	3,53
Median	1,00
95. Perzentil	15,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	7.842
5. Perzentil	5,00
Mittelwert	11,63
Median	9,00
95. Perzentil	28,00
Gesamtverweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	7.842
5. Perzentil	7,00
Mittelwert	15,16
Median	12,00
95. Perzentil	37,85

[3] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[4] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[5] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	727	9,27
50 – 59 Jahre	1.370	17,47
60 – 64 Jahre	1.551	19,78
65 – 69 Jahre	1.853	23,63
70 – 74 Jahre	1.577	20,11
75 – 79 Jahre	526	6,71
80 – 89 Jahre	236	3,01
≥ 90 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	7.842
5. Perzentil	42,00
25. Perzentil	59,00
Mittelwert	63,63
Median	65,00
75. Perzentil	71,00
95. Perzentil	77,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
Geschlecht		
(1) männlich	5.300	67,58
(2) weiblich	2.542	32,42
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 7.750**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	67	0,86
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	2.061	26,59
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	2.824	36,44
Adipositas (≥ 30)	2.798	36,10

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	865	11,03
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	3.061	39,03
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	3.510	44,76
(IV) Beschwerden in Ruhe	406	5,18
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	3.456	44,07
(1) ja	4.386	55,93
Angina Pectoris		
(0) nein	6.001	76,52
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	595	7,59
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	776	9,90
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	389	4,96
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	81	1,03
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	7.420	94,62
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	38	0,48
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	71	0,91
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	85	1,08
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	222	2,83
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	5	0,06
(9) unbekannt	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	6.806	86,79
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	231	2,95
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	384	4,90
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	413	5,27
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	7	0,09
(9) unbekannt	≤3	x
Reanimation		
(0) nein	7.738	98,67
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	38	0,48
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	27	0,34
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	37	0,47
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	≤3	x
(9) unbekannt	0	0,00

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	2.145
5. Perzentil	18,00
Mittelwert	32,75
Median	30,00
95. Perzentil	56,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	5.697	72,65
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	6.901	88,00
(2) Vorhofflimmern	769	9,81
(9) anderer Rhythmus	172	2,19
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	6.461	82,39
(1) paroxysmal	897	11,44
(2) persistierend	322	4,11
(3) permanent	162	2,07
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	7.541	96,16
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	221	2,82
(2) Schrittmacher mit CRT-System	29	0,37
(3) Defibrillator ohne CRT-System	32	0,41
(4) Defibrillator mit CRT-System	19	0,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[6]		
(1) normaler, gesunder Patient	100	1,28
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	551	7,03
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4.921	62,75
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	2.175	27,74
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	95	1,21

[6] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
LVEF		
< 15%	13	0,17
15 - 30%	326	4,16
31 - 50%	2.026	25,84
> 50%	4.977	63,47
LVEF unbekannt	500	6,38
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	7.342
5. Perzentil	32,00
Mittelwert	53,64
Median	55,00
95. Perzentil	67,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	6.030	76,89
(1) 1-Gefäßerkrankung	866	11,04
(2) 2-Gefäßerkrankung	471	6,01
(3) 3-Gefäßerkrankung	371	4,73
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	1.514	88,64
(1) ja, operativ	120	7,03
(2) ja, interventionell	74	4,33
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	104	1,33
Hauptstammstenose		
(0) nein	7.792	99,36
(1) ja, gleich oder größer 50%	50	0,64

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	7.519	95,88
(1) ja	323	4,12
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	6.923	88,28
(1) eine	820	10,46
(2) zwei	84	1,07
(3) drei	6	0,08
(4) vier	4	0,05
(5) fünf oder mehr	≤3	x
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	≤3	x
(9) unbekannt	0	0,00

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
akute Infektionen[7]		
(0) keine	6.886	87,81
(1) Mediastinitis	14	0,18
(2) Sepsis	68	0,87
(3) broncho-pulmonale Infektion	65	0,83
(4) oto-laryngologische Infektion	≤3	x
(5) floride Endokarditis	822	10,48
(6) Peritonitis	0	0,00
(7) Wundinfektion Thorax	≤3	x
(8) Pleuraempym	0	0,00
(9) Venenkatheterinfektion	≤3	x
(10) Harnwegsinfektion	34	0,43
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	17	0,22
(12) HIV-Infektion	6	0,08
(13) Hepatitis B oder C	15	0,19
(18) andere Wundinfektion	5	0,06
(88) sonstige Infektion	65	0,83
Diabetes mellitus		
(0) nein	6.098	77,76
(1) ja, diätetisch behandelt	193	2,46
(2) ja, orale Medikation	967	12,33
(3) ja, mit Insulin behandelt	533	6,80
(4) ja, unbehandelt	15	0,19
(9) unbekannt	36	0,46

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	6.645	84,74
(1) ja	1.146	14,61
davon:[8]		
periphere AVK	349	30,45
Arteria Carotis	355	30,98
Aortenaneurysma	339	29,58
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	353	30,80
(9) unbekannt	51	0,65
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	6.611	84,30
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	453	5,78
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	232	2,96
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	527	6,72
(9) unbekannt	19	0,24

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	7.078	90,26
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	438	5,59
(2) ja, ZNS, andere	184	2,35
(3) ja, peripher	115	1,47
(4) ja, Kombination	16	0,20
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	202	44,49
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	108	23,79
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	83	18,28
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	43	9,47
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	10	2,20
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	8	1,76
(9) unbekannt	11	0,14
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	7.654	97,60
(1) akut	61	0,78
(2) chronisch	127	1,62

[7] Mehrfachnennung möglich
[8] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[9]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	7.654
5. Perzentil	0,60
Mittelwert	1,00
Median	0,90
95. Perzentil	1,60
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	7.654
5. Perzentil	53,04
Mittelwert	88,68
Median	79,56
95. Perzentil	141,44

[9] (letzter Wert vor OP)
[10] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.873**	
Operation[11]		
(5-351.0*) Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe	6.813	86,54
(5-352.0*) Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe	771	9,79

[11] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.873**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	6.683	84,89
(1) ja	1.190	15,11
davon:[12]		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	143	12,02
Vorhofablation	291	24,45
Eingriff an herznahen Gefäßen	302	25,38
Herzohrverschluss/-amputation	491	41,26
interventioneller Koronareingriff (PCI)	0	0,00
sonstige	399	33,53

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.873**	
Konversionseingriff		
(0) nein	7.738	98,29
(1) ja	135	1,71
Zugang (AORT)[13]		
(1) konventionelle Sternotomie	4.008	50,91
(2) minimalinvasiver operativer Zugang	3.865	49,09
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	6.059	76,96
(1) ja	1.814	23,04
Dringlichkeit		
(1) elektiv	6.280	79,77
(2) dringlich	1.298	16,49
(3) Notfall	248	3,15
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	47	0,60
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	7.842	99,61
(1) ja	31	0,39
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	7.209	91,57
(1) ja	664	8,43
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	7.679	97,54
(1) ja	194	2,46

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.873**	
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	7.832	99,48
(1) ja, IABP	13	0,17
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	23	0,29
(3) ja, andere	5	0,06
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	7.543	95,81
(2) bedingt aseptische Eingriffe	82	1,04
(3) kontaminierte Eingriffe	25	0,32
(4) septische Eingriffe	223	2,83

[13] offen chirurgisch

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl isolierter offen-chirurgischer Eingriffe an der Aortenklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999	7.872
5. Perzentil	112,00
Mittelwert	194,69
Median	184,00
95. Perzentil	312,35

präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.873**	
Stenose		
(0) nein	1.814	23,04
(1) ja	6.059	76,96
Insuffizienz		
(0) nein	3.434	43,62
(1) ja	4.439	56,38

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.873**	
intraprozedurale Komplikationen		
(0) nein	7.696	97,75
(1) ja	177	2,25
davon:[14]		
Device-Fehlpositionierung	9	5,08
Koronarostienverschluss	7	3,95
Aortendissektion	≤3	x
Aortenregurgitation > = 2. Grades	10	5,65
Annulus-Ruptur	12	6,78
Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	18	10,17
davon:		
(1) ohne Therapiebedarf	≤3	x

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.873**	
(2) mit Therapiebedarf	16	88,89
Perikardtamponade	6	3,39
kardiale Dekompensation	13	7,34
Hirnembolie	0	0,00
Rhythmusstörungen	7	3,95
Device-Embolisation	5	2,82
vaskuläre Komplikation	34	19,21
Low Cardiac Output	54	30,51
davon: Therapie des Low Cardiac Output		
(0) keine Therapie erforderlich	≤3	x
(1) medikamentös	7	12,96
(2) IABP	6	11,11
(3) VAD	≤3	x
(4) ECMO	34	62,96
(9) sonstige	≤3	x
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	60	33,90
davon:		
(1) schwerwiegend	48	80,00
(2) lebensbedrohlich	12	20,00
Patient verstarb im OP/Katheterlabor	4	2,26

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 7.873**	
Konversion		
(0) nein	7.788	98,92
(1) ja, zu Sternotomie	85	1,08
(2) ja, zu transapikal	0	0,00
(3) ja, zu endovaskulär	0	0,00
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	16	18,82
(2) intraprozedurale Komplikationen	42	49,41
(9) sonstige	27	31,76

[14] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	7.792	99,36
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	36	0,46
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	14	0,18
Reanimation		
(0) nein	7.682	97,96
(1) ja	160	2,04
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	7.411	94,50
(1) ja	431	5,50
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	7.300	93,09
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	264	3,37
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	238	3,03
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	40	0,51
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	7.820	99,72
(1) ja	22	0,28
Perikardtamponade		
(0) nein	7.592	96,81
(1) ja	250	3,19

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	7.414	94,54
(1) schwerwiegend	297	3,79
(2) lebensbedrohlich	131	1,67
Mediastinitis[15]		
(0) nein	7.830	99,85
(1) ja	12	0,15
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	7.628	97,27
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	137	1,75
(2) ja, ZNS, andere	77	0,98
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	68	31,78
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	23	10,75
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	41	19,16
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	27	12,62
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	18	8,41
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	20	9,35
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	17	7,94

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	7.483	95,42
(1) ja	359	4,58
davon:[16]		
Infektion(en)	53	14,76
Sternuminstabilität	35	9,75
Gefäßruptur	5	1,39
Dissektion	4	1,11
therapierelevante Blutung/Hämatom	233	64,90
Ischämie	14	3,90
AV-Fistel	0	0,00
Aneurysma spurium	6	1,67
sonstige	63	17,55

[15] nach den KISS-Definitionen

[16] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	7.217	92,03
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	527	6,72
(2) Schrittmacher mit CRT-System	26	0,33
(3) Defibrillator ohne CRT-System	45	0,57
(4) Defibrillator mit CRT-System	27	0,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Aortenklappeneingriff	**N = 7.842**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	4.957	63,21
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	171	2,18
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	6	0,08
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	29	0,37
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.401	17,87
(07) Tod	240	3,06
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[17]	19	0,24
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	1.002	12,78
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	13	0,17
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[18]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[19]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[20]		
(1) ja	≤3	x

[17] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[18] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[19] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[20] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-AK-KATH: Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2024 und 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 15

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 17

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 17

372000: Intraprozedurale Komplikationen 17

372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts 20

372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 23

Details zu den Ergebnissen 27

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 29

372003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 29

372004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 32

Gruppe: Sterblichkeit 35

372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 35

372006: Sterblichkeit im Krankenhaus 38

372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 42

372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 46

Details zu den Ergebnissen 50

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 52

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 52

852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 52

Basisauswertung 54

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 54
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 55
Patientin / Patient ... 57
Body Mass Index (BMI) ... 58
Anamnese / präoperative Befunde ... 59
Kardiale Befunde ... 62
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 64
Weitere Begleiterkrankungen ... 65
Operation / Prozedur ... 69
OP-Basisdaten ... 69
präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung ... 72
Dosis-Flächen-Produkt ... 72
Kontrastmittelmenge ... 73
Intraprozedurale Komplikationen ... 73
Postoperativer Verlauf ... 76
Entlassung / Verlegung ... 79

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

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

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

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2024 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2025 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2024).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	89.007 88.955 52	88.902	100,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	302		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	324	330	98,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	288	293	98,29

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	247	246	100,41

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2025 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) 2025
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) 2025
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) 2025
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) 2025
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) 2025

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	28.500 28.492 8	28.464	100,13
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	95	96	98,96
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	79	100,00

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	26.842 26.832 10	26.750	100,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	98	98	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	81	80	101,25

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	25.965 25.955 10	25.681	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	96	95	101,05
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	78	101,28

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2025	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	88.955	95,47 N = 84.924

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.566	95,86 N = 80.109

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.236	95,77 N = 77.796

Ergebnisübersicht

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

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2025 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
372000	Intraprozedurale Komplikationen	≤ 2,58 % (95. Perzentil)	1,25 % O = 357 N = 28.455
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	≤ 2,23 % (95. Perzentil)	0,82 % O = 233 N = 28.455
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen[1]	≤ 2,03 (95. Perzentil)	1,13 O/E = 820 / 728,26 3,49 % O/N = 820 / 23.507
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen[2]	≤ 1,15 % (95. Perzentil)	0,26 % O = 66 N = 25.091

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit			
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	1,76 % O = 497 N = 28.303
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	0,99 O/E = 532 / 539,96 1,87 % O/N = 532 / 28.455
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen[3]	≤ 1,93 (95. Perzentil)	0,97 O/E = 663 / 681,89 2,64 % O/N = 663 / 25.091

[1] Aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse ist die Datengrundlage dieses Ergebnisses beeinträchtigt.

[2] Aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse ist die Datengrundlage dieses Ergebnisses beeinträchtigt.

[3] Aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse ist die Datengrundlage dieses Ergebnisses beeinträchtigt.

© IQTIG 2026

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

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres[4]	≤ 2,18 % (95. Perzentil)	0,58 % O = 137 N = 23.732
Gruppe: Sterblichkeit			
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres[5]	Nicht definiert	1,01 O/E = 3.128 / 3.089,94 13,18 % O/N = 3.128 / 23.732

[4] Aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse ist die Datengrundlage dieses Ergebnisses beeinträchtigt.

[5] Aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse ist die Datengrundlage dieses Ergebnisses beeinträchtigt.

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden hingegen auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,13 % 28.500 / 28.464	5,21 % 5 / 96

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

372000: Intraprozedurale Komplikationen

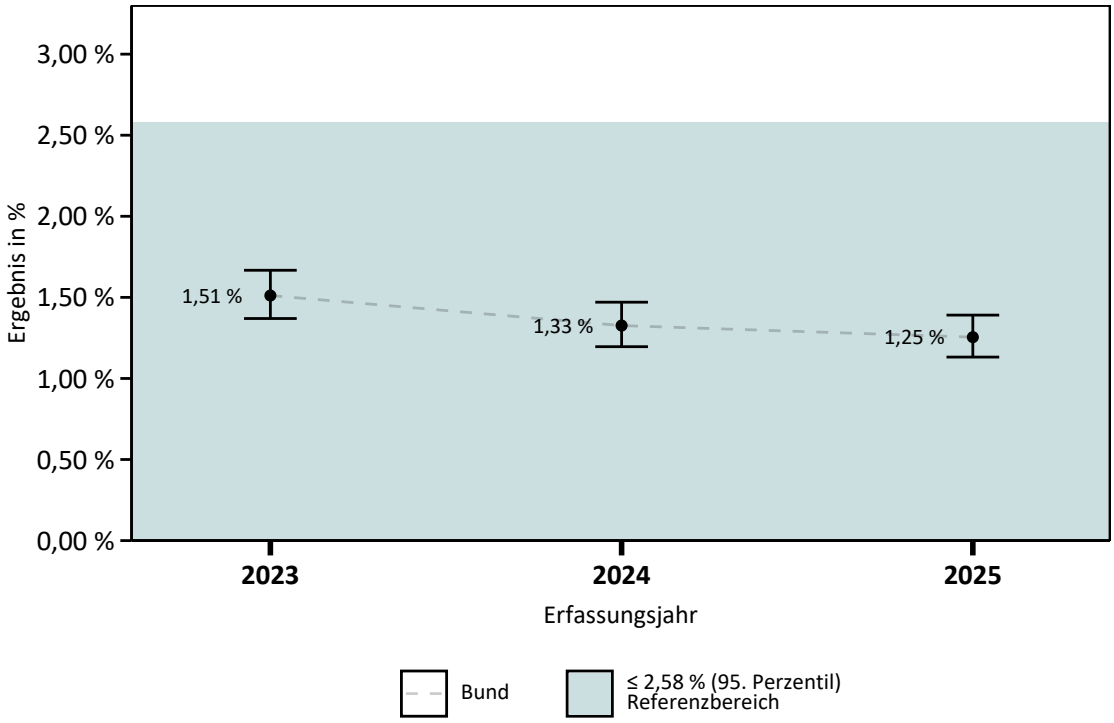
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine schwere intraprozedurale Komplikation aufgetreten ist
Referenzbereich	≤ 2,58 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

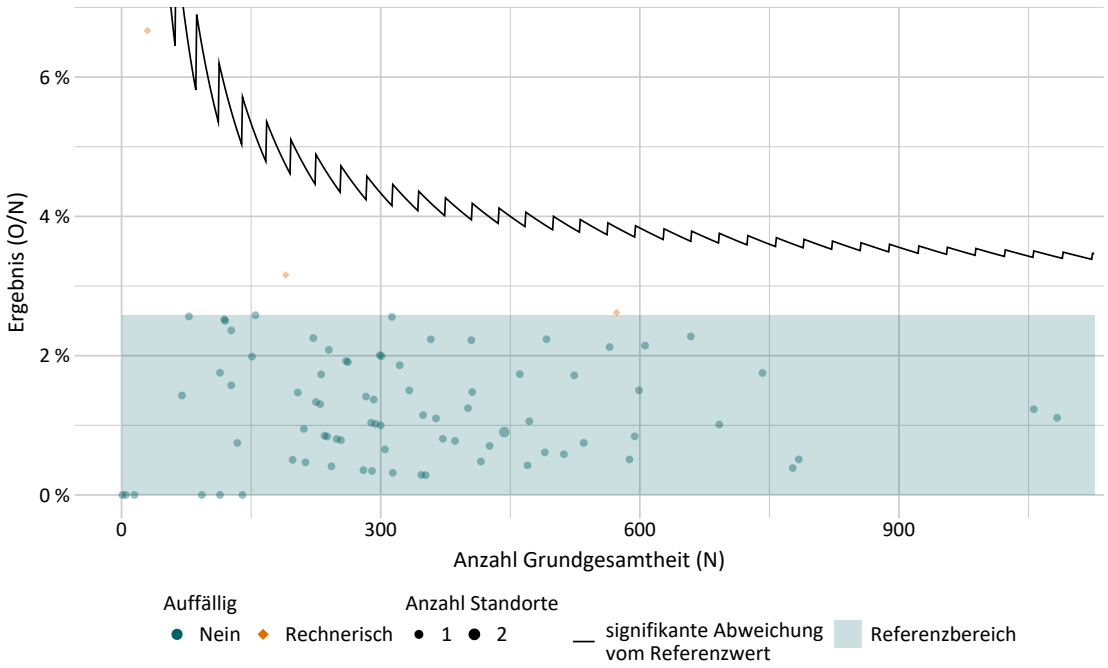
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	391 / 25.873	1,51	1,37 - 1,67
	2024	355 / 26.771	1,33	1,20 - 1,47
	2025	357 / 28.455	1,25	1,13 - 1,39

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	83	3	0,00	6,67	1,11

372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts

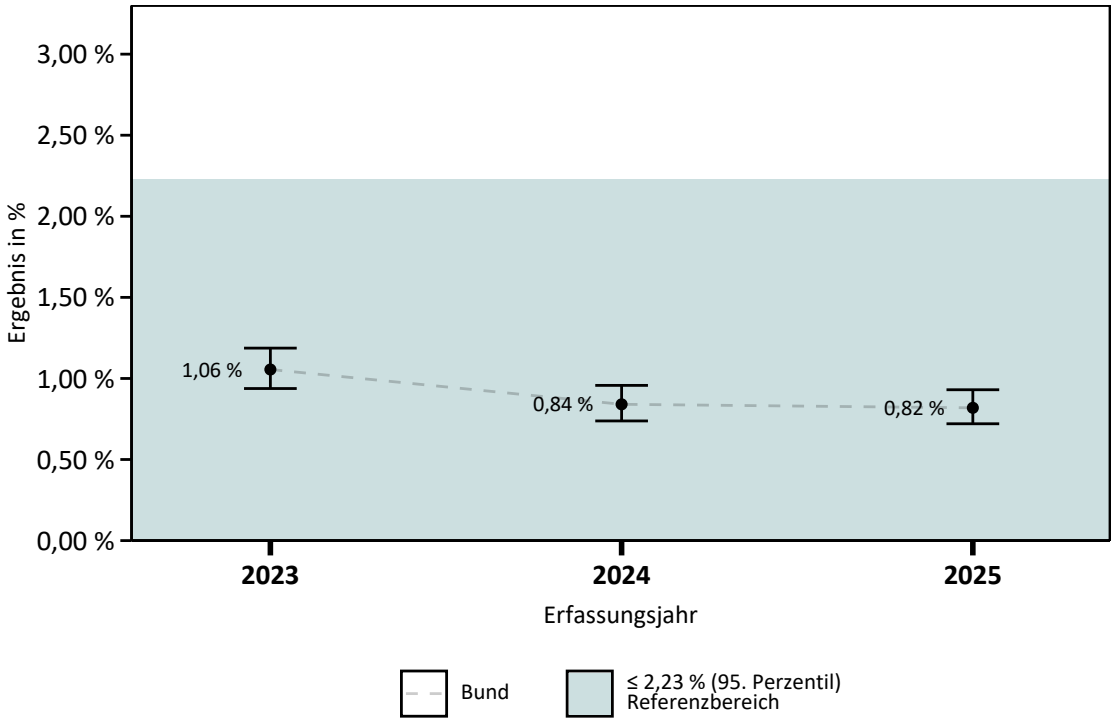
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine Gefäßkomplikation aufgetreten ist
Referenzbereich	≤ 2,23 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

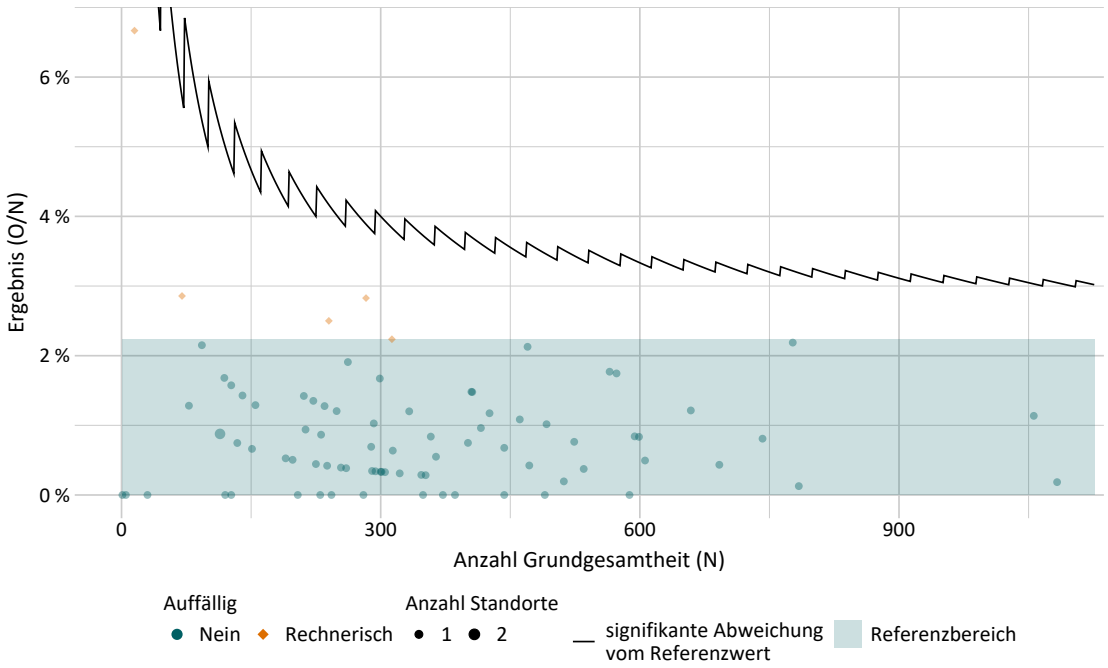
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	273 / 25.873	1,06	0,94 - 1,19
	2024	225 / 26.771	0,84	0,74 - 0,96
	2025	233 / 28.455	0,82	0,72 - 0,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	83	5	0,00	6,67	0,75

372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKKathScore für ID 372002
Referenzbereich	≤ 2,03 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Arterielle Gefäßerkrankung Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026
Hinweise	Die Datengrundlage des Ergebnisses dieses Qualitätsindikators ist erheblich beeinträchtigt. Für das Erfassungsjahr 2025 fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle. Hiervon sind etwa 90 % aller Leistungserbringer betroffen. Das Stellungnahmeverfahren für diesen Qualitätsindikator entfällt vor diesem Hintergrund.

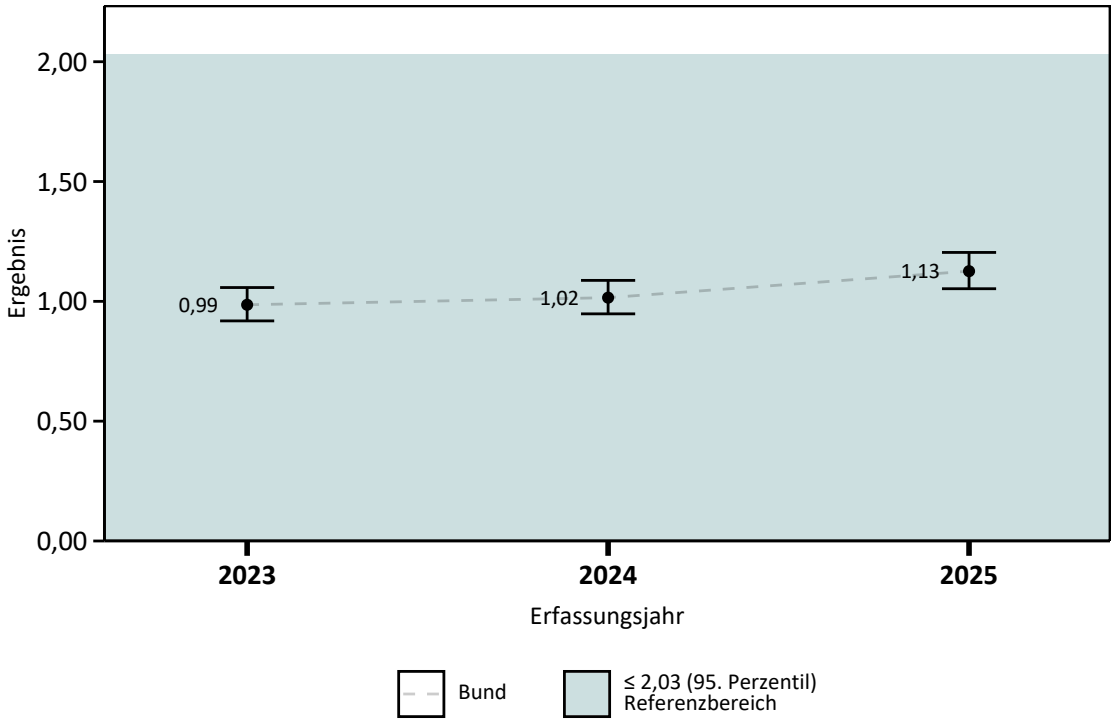
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	24.009	747 / 757,87	0,99	0,92 - 1,06
	2024	24.700	788 / 776,02	1,02	0,95 - 1,09
	2025	23.507	820 / 728,26	1,13	1,05 - 1,20

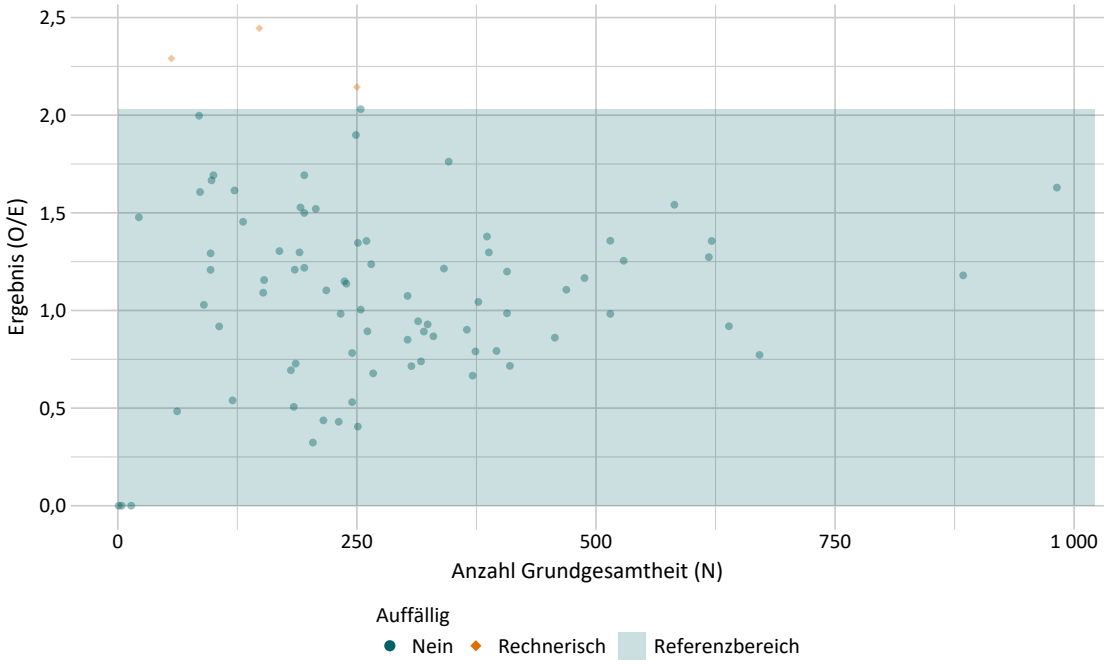
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

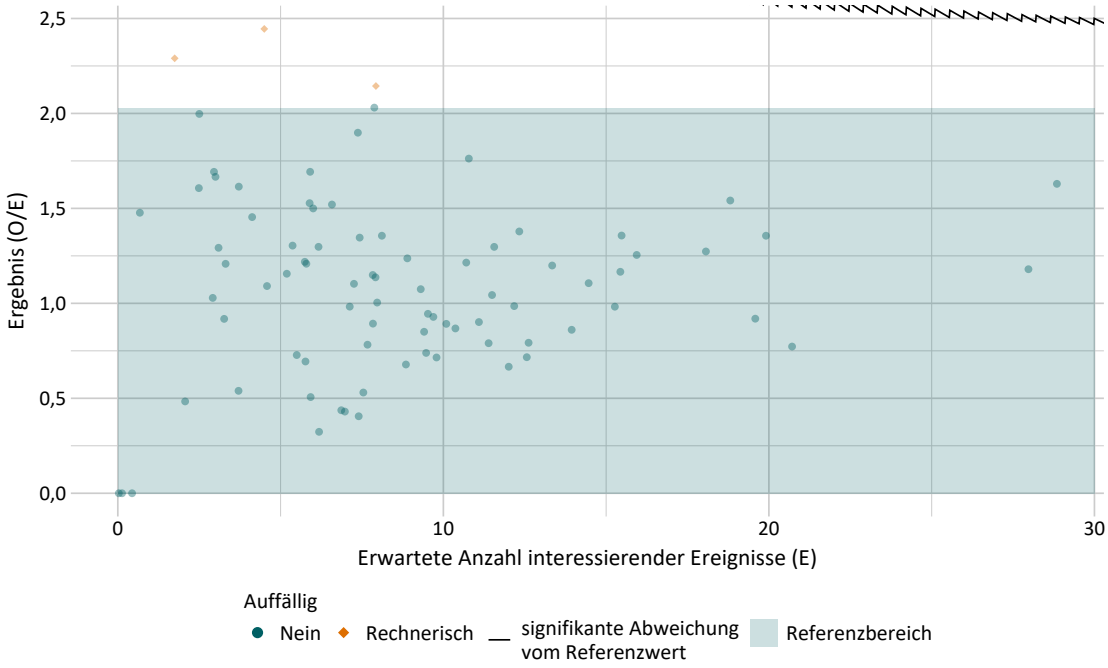
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



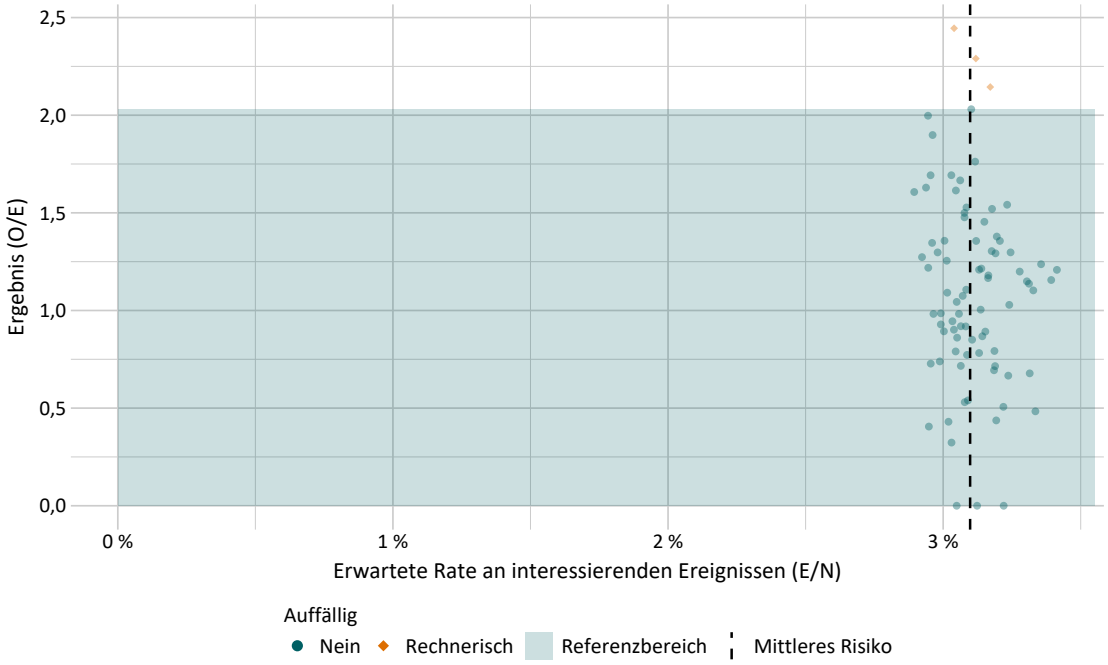
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	83	3	0,00	2,45	1,11

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 372000** **Mind. eine intraprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben**	1,25 % 357/28.455
1.1.1	ID: 37_22000 Device-Fehlpositionierung	0,30 % 85/28.455
1.1.2	ID: 37_22001 Koronarostienverschluss	0,09 % 25/28.455
1.1.3	ID: 37_22002 Aortendissektion	0,06 % 16/28.455
1.1.4	ID: 37_22003 Annulus-Ruptur	0,09 % 26/28.455
1.1.5	ID: 37_22004 Perikardtamponade	0,33 % 93/28.455
1.1.6	ID: 37_22005 LV-Dekompensation	0,29 % 83/28.455
1.1.7	ID: 37_22006 Hirnembolie	0,08 % 24/28.455
1.1.8	ID: 37_22007 Aortenregurgitation ≥ 2. Grades	0,11 % 31/28.455
1.1.9	ID: 37_22008 Device-Embolisation	0,14 % 40/28.455

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 372001** **Mind. eine Gefäßkomplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben**	0,82 % 233/28.455
1.2.1	ID: 37_22009 Gefäßruptur	0,12 % 33/28.455
1.2.2	ID: 37_22010 Dissektion	0,48 % 136/28.455
1.2.3	ID: 37_22011 Ischämie	0,26 % 73/28.455

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.3.1.1	ID: O_372002 O/N (observed, beobachtet)	3,49 % 820/23.507
1.3.1.2	ID: E_372002 E/N (expected, erwartet)	3,10 % 728,26/23.507
1.3.1.3	**ID: 372002** **O/E**	1,13
1.3.1.3.1	ID: 37_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	3,52 % 782/22.214
1.3.1.3.2	ID: 37_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[6]	3,75 % 49/1.308
1.3.1.3.3	ID: 37_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	4,78 % 86/1.800

[6] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

372003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

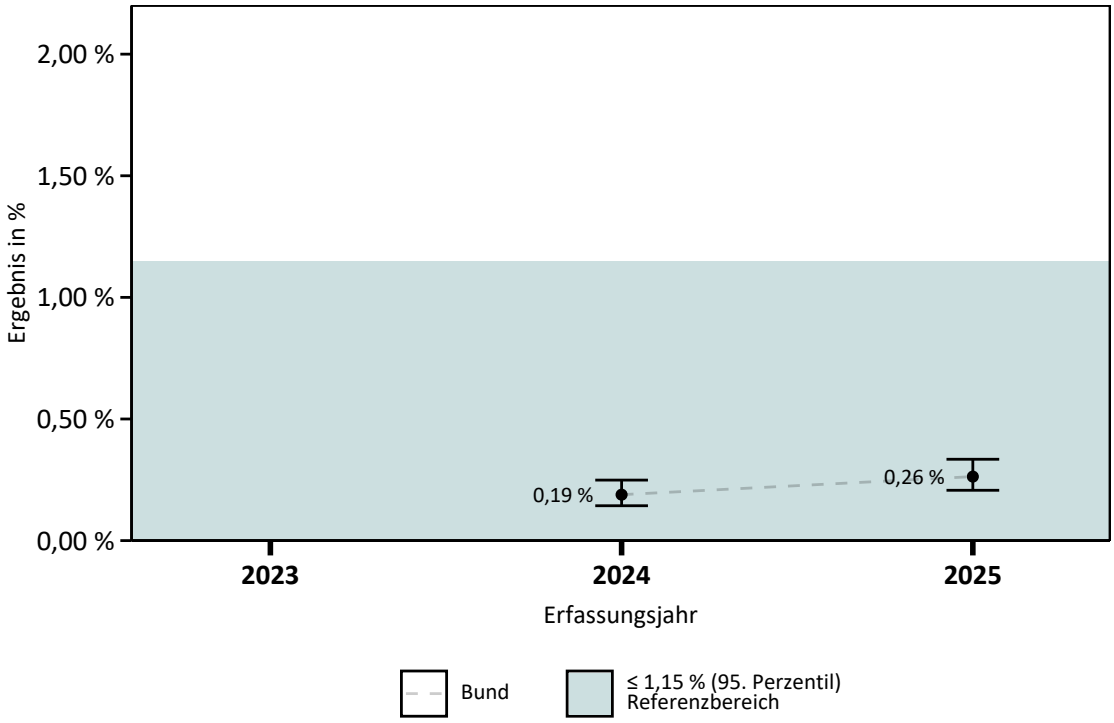
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	≤ 1,15 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026
Hinweise	Die Datengrundlage des Ergebnisses dieses Qualitätsindikators ist erheblich beeinträchtigt. Für das Erfassungsjahr 2025 fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle. Hiervon sind etwa 90 % aller Leistungserbringer betroffen. Das Stellungnahmeverfahren für diesen Qualitätsindikator entfällt vor diesem Hintergrund.

Detailergebnisse

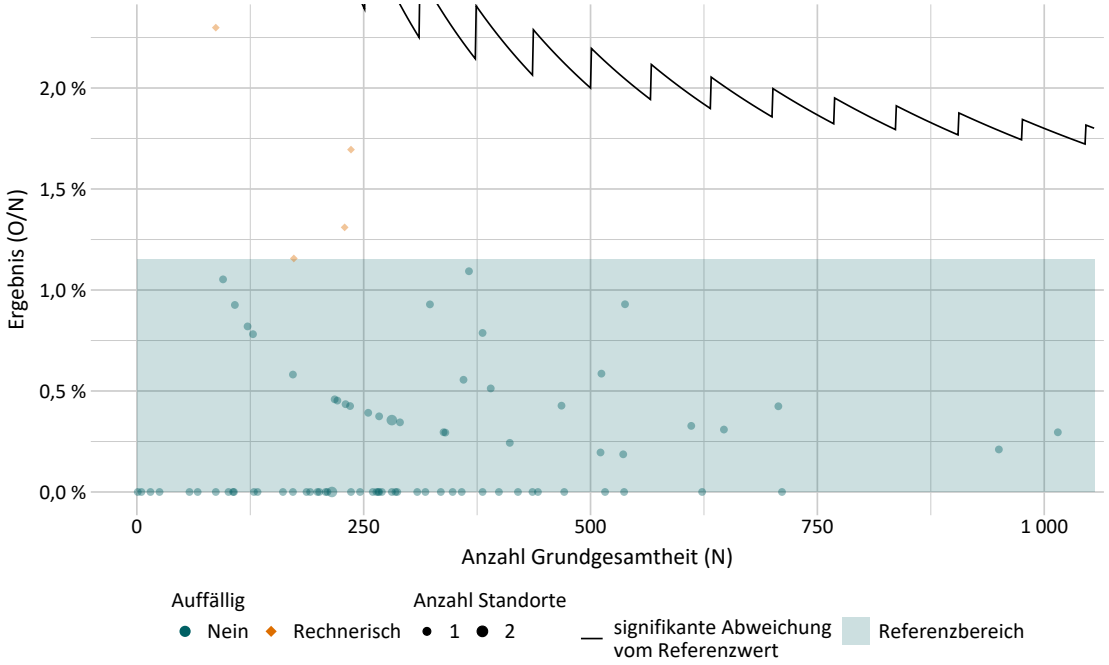
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	50 / 26.484	0,19	0,14 - 0,25
	2025	66 / 25.091	0,26	0,21 - 0,33

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	83	4	0,00	2,30	0,00

372004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

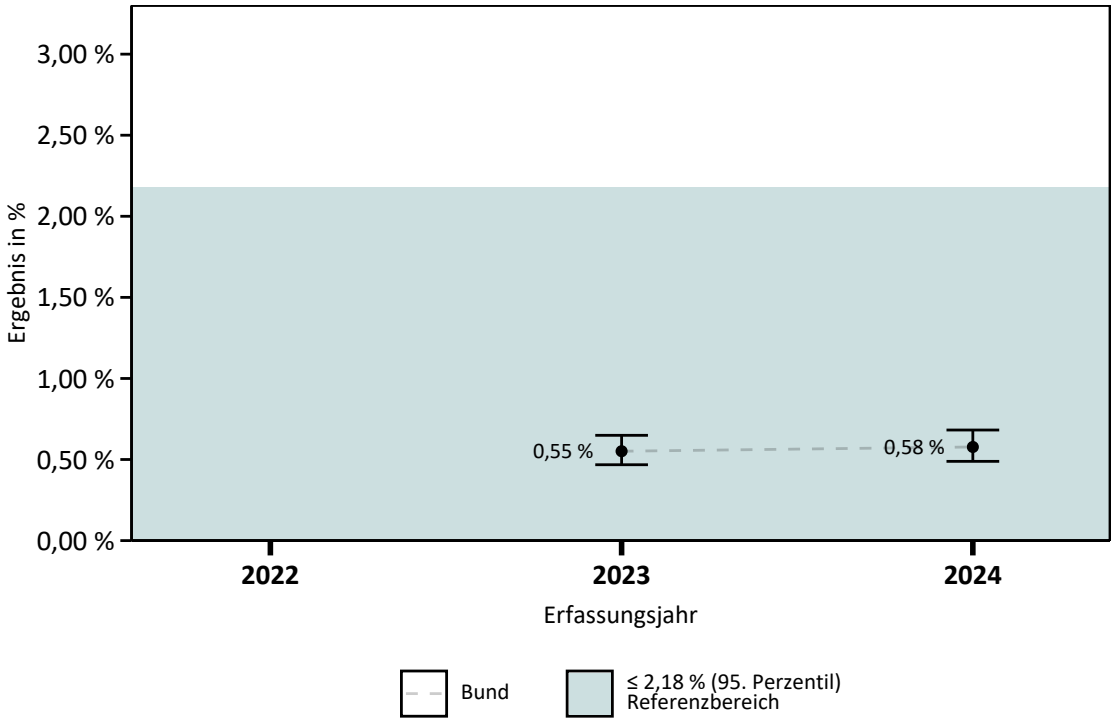
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	≤ 2,18 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025
Hinweise	Die Datengrundlage des Ergebnisses dieses Qualitätsindikators ist erheblich beeinträchtigt. Für das Erfassungsjahr 2024 fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle. Hiervon sind etwa 83 % aller Leistungserbringer betroffen. Das Stellungnahmeverfahren für diesen Qualitätsindikator entfällt vor diesem Hintergrund.

Detailergebnisse

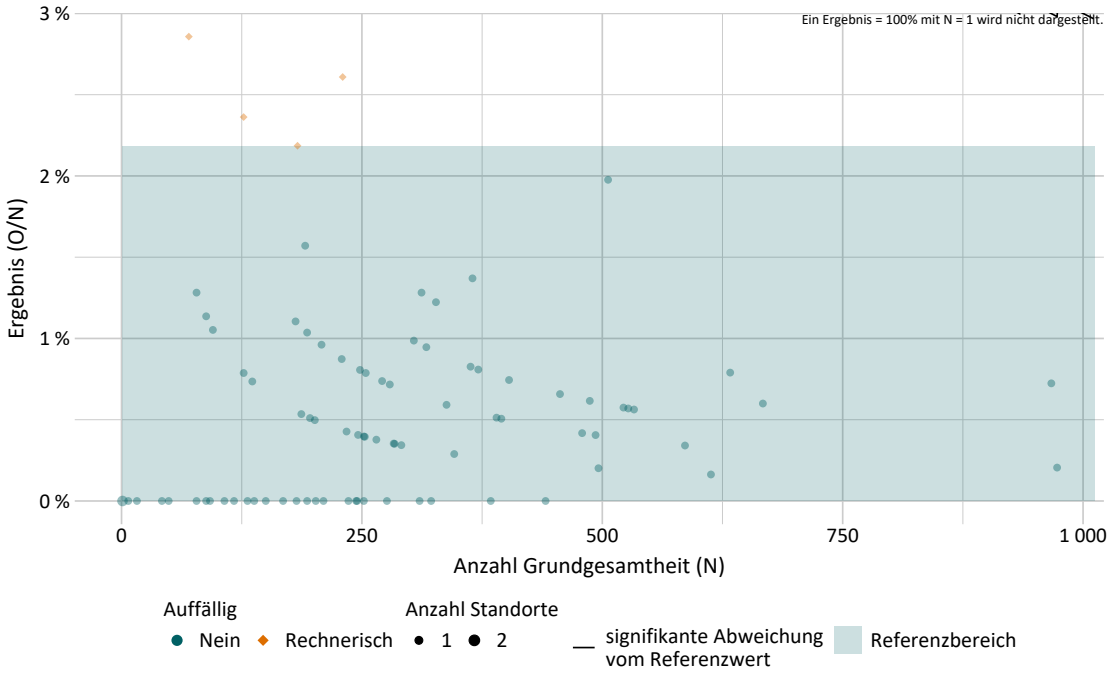
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	142 / 25.759	0,55	0,47 - 0,65
	2024	137 / 23.732	0,58	0,49 - 0,68

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	85	5	0,00	100,00	0,43

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

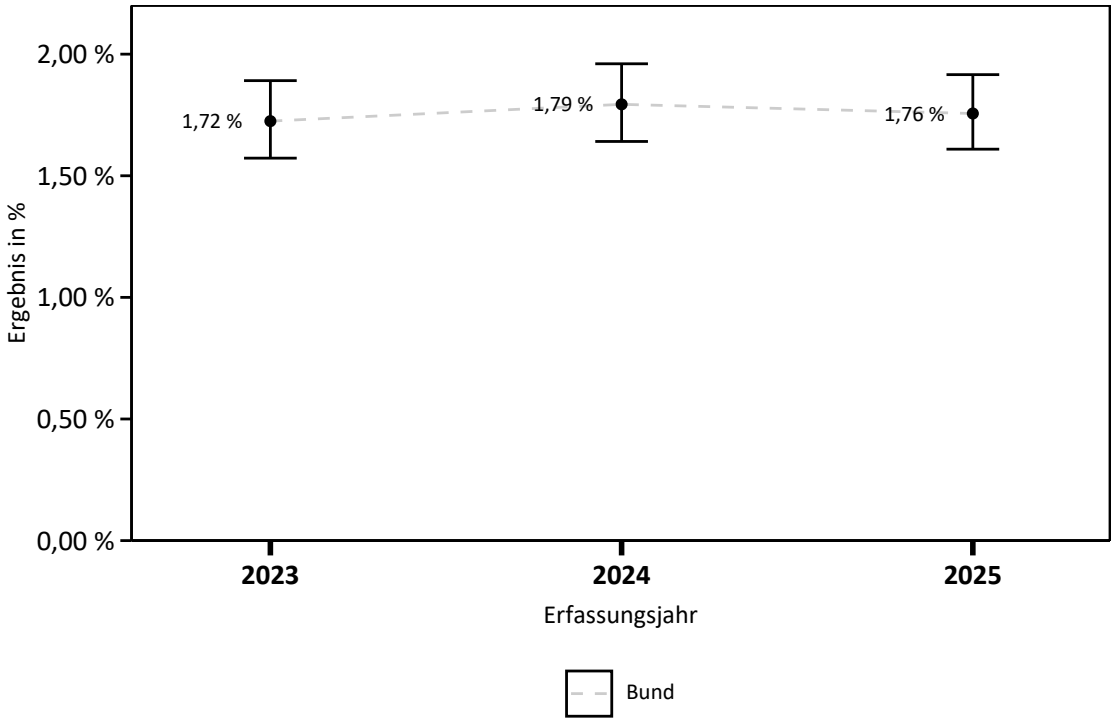
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben und mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

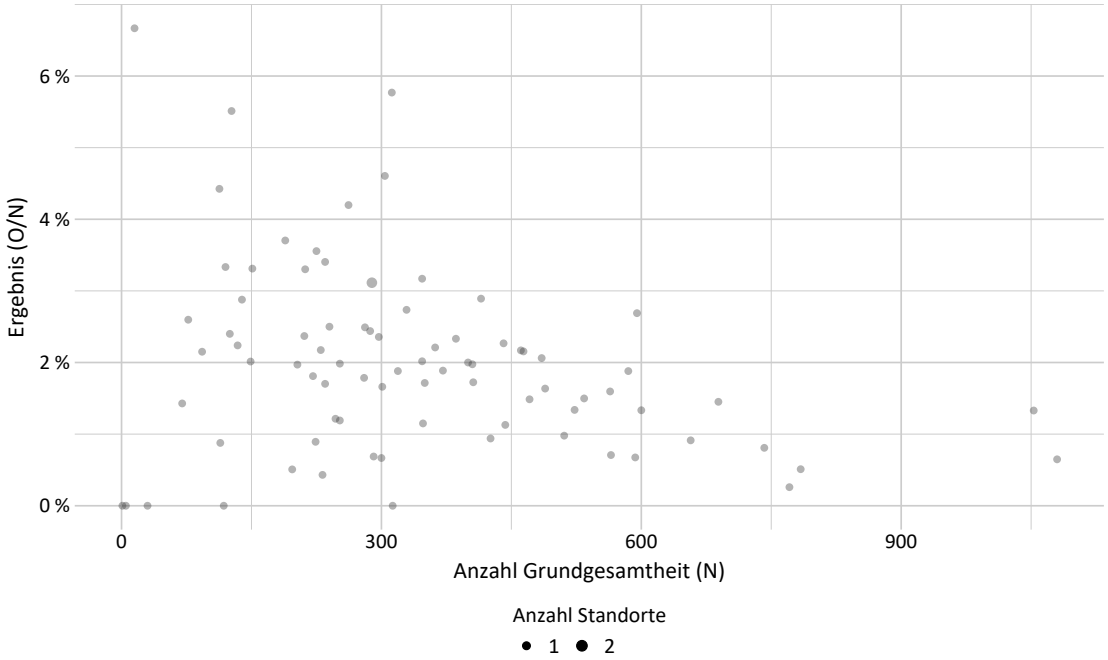
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	443 / 25.688	1,72	1,57 - 1,89
	2024	477 / 26.593	1,79	1,64 - 1,96
	2025	497 / 28.303	1,76	1,61 - 1,92

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	83	0	0,00	6,67	1,89

372006: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Kath-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 22 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 2- oder 3-Gefäßerkrankung Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

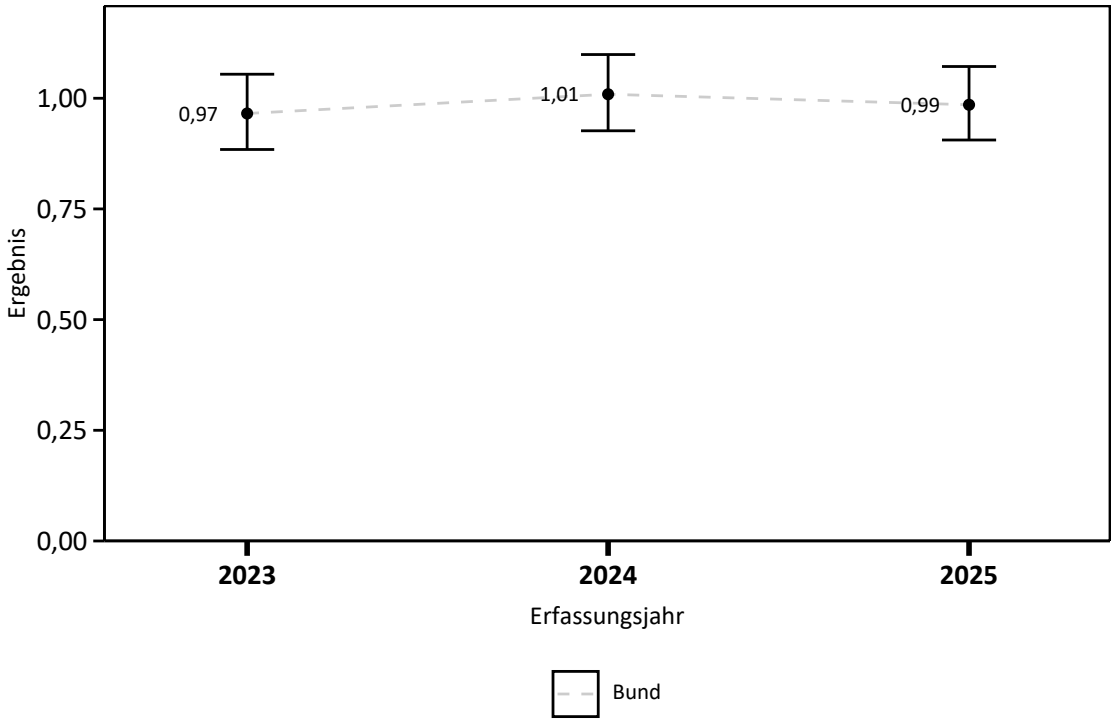
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	25.873	487 / 504,35	0,97	0,88 - 1,05
	2024	26.771	518 / 513,36	1,01	0,93 - 1,10
	2025	28.455	532 / 539,96	0,99	0,91 - 1,07

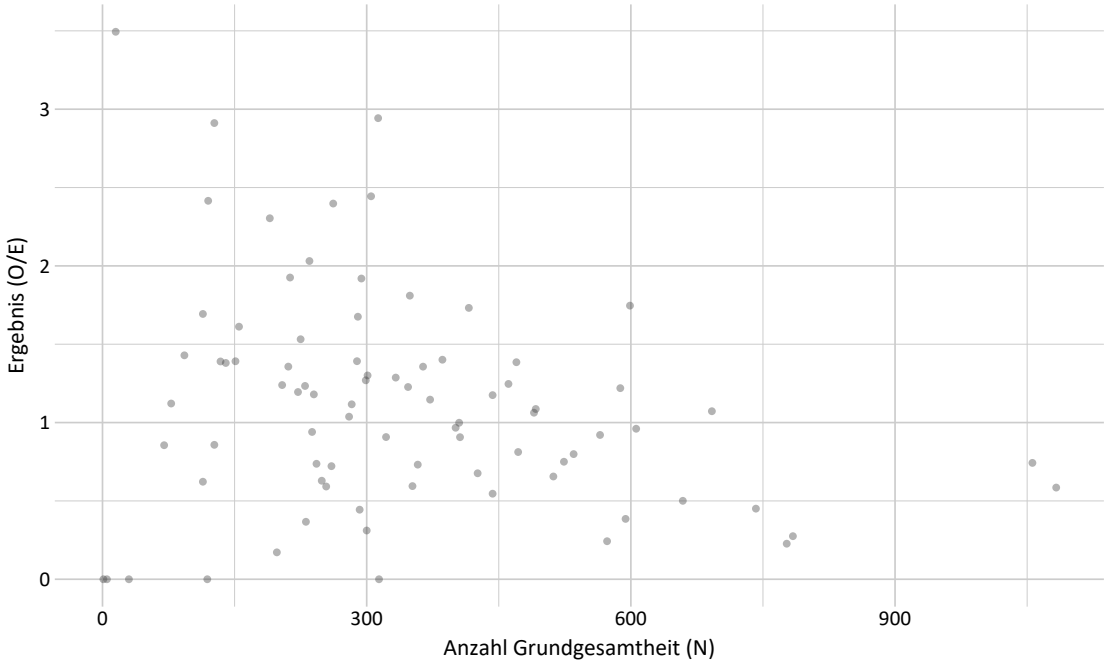
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

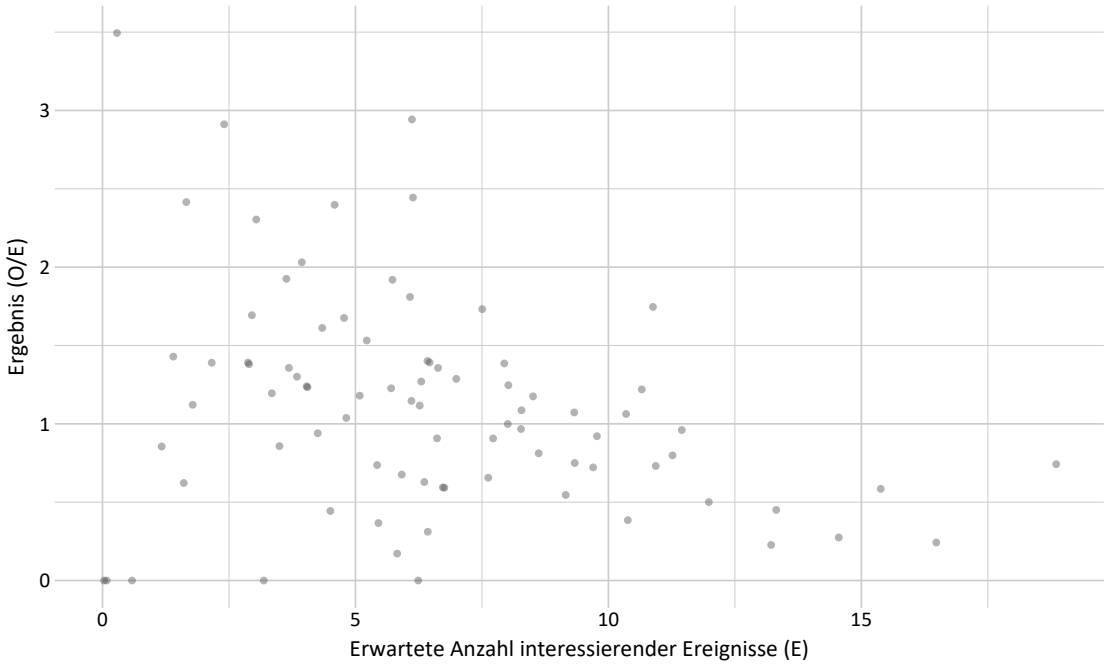
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



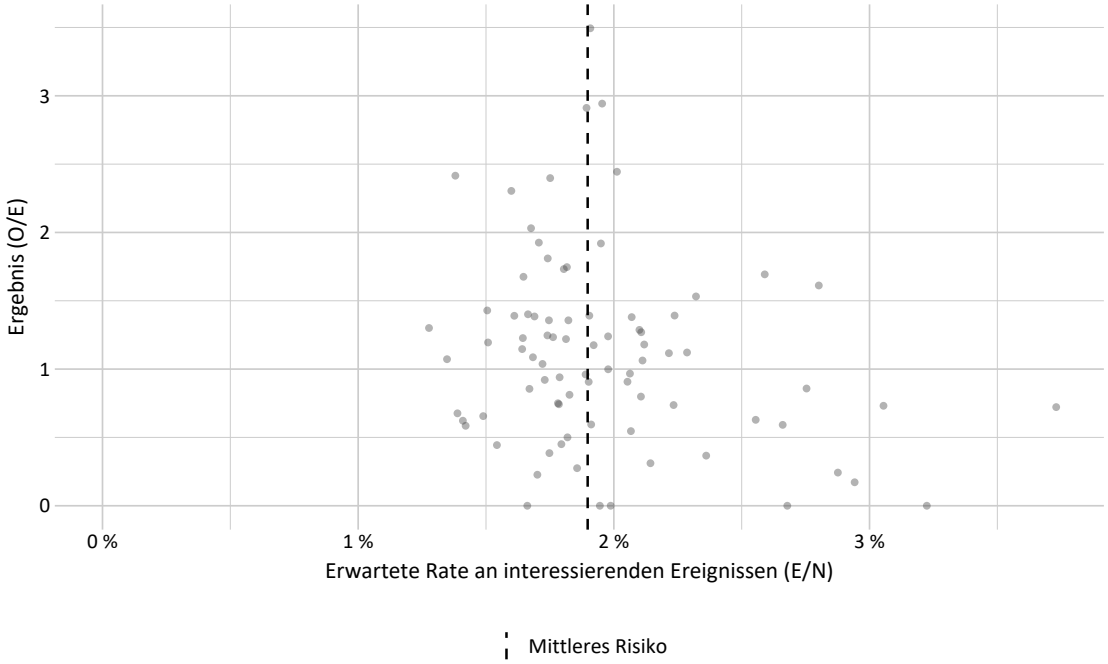
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	83	0	0,00	3,49	1,07

372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten, kathetergestützten Aortenklappeneingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Kath-30d-Score
Referenzbereich	≤ 1,93 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 22 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 2- oder 3-Gefäßerkrankung Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026
Hinweise	Die Datengrundlage des Ergebnisses dieses Qualitätsindikators ist erheblich beeinträchtigt. Für das Erfassungsjahr 2025 fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle. Hiervon sind etwa 90 % aller Leistungserbringer betroffen. Das Stellungnahmeverfahren für diesen Qualitätsindikator entfällt vor diesem Hintergrund.

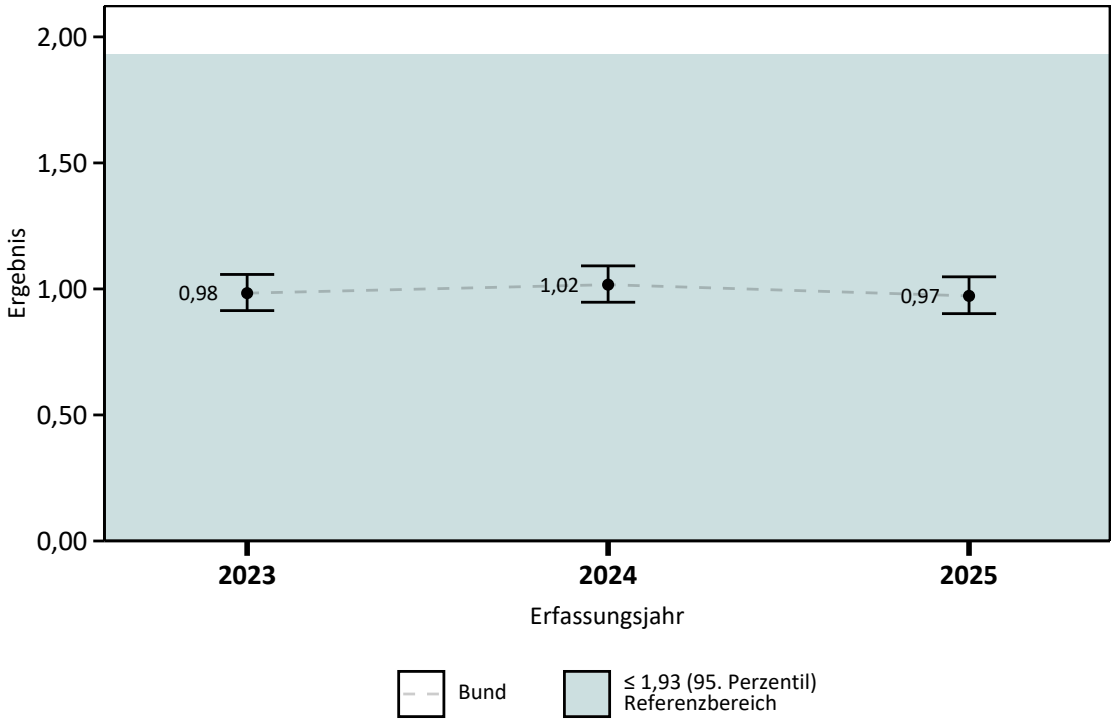
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	25.730	704 / 716,02	0,98	0,91 - 1,06
	2024	26.484	742 / 729,70	1,02	0,95 - 1,09
	2025	25.091	663 / 681,89	0,97	0,90 - 1,05

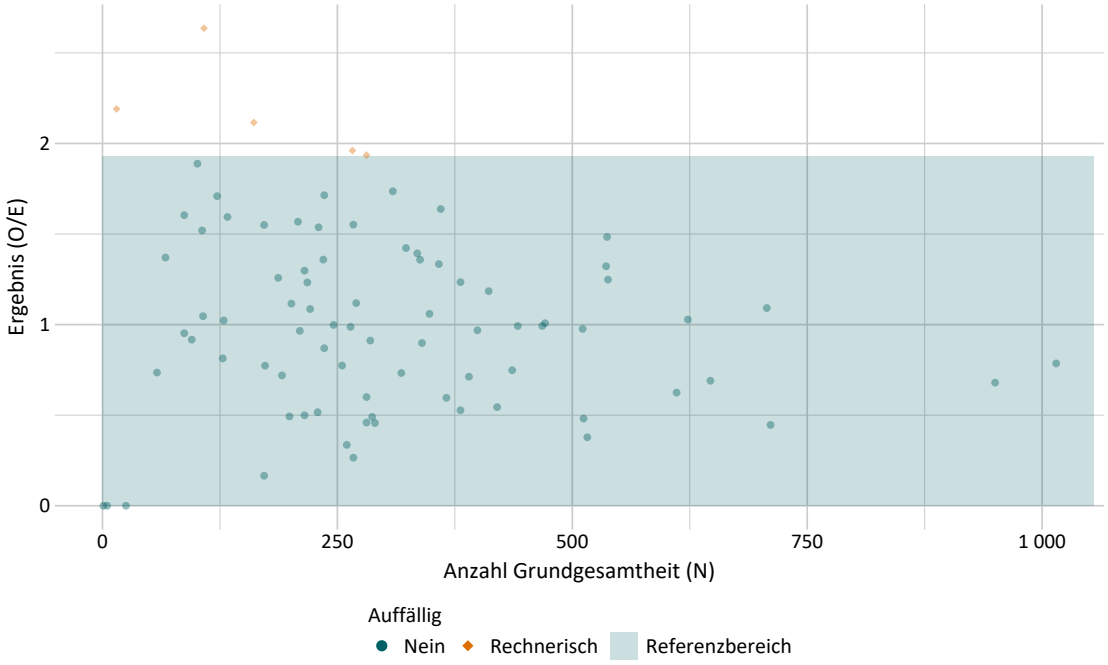
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

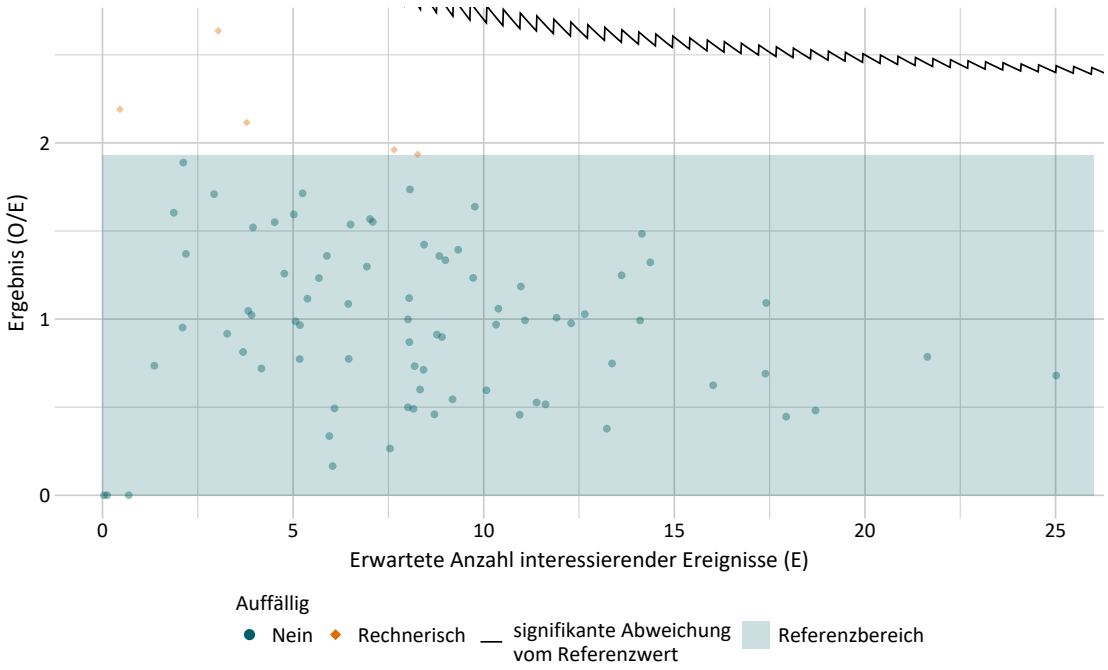
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



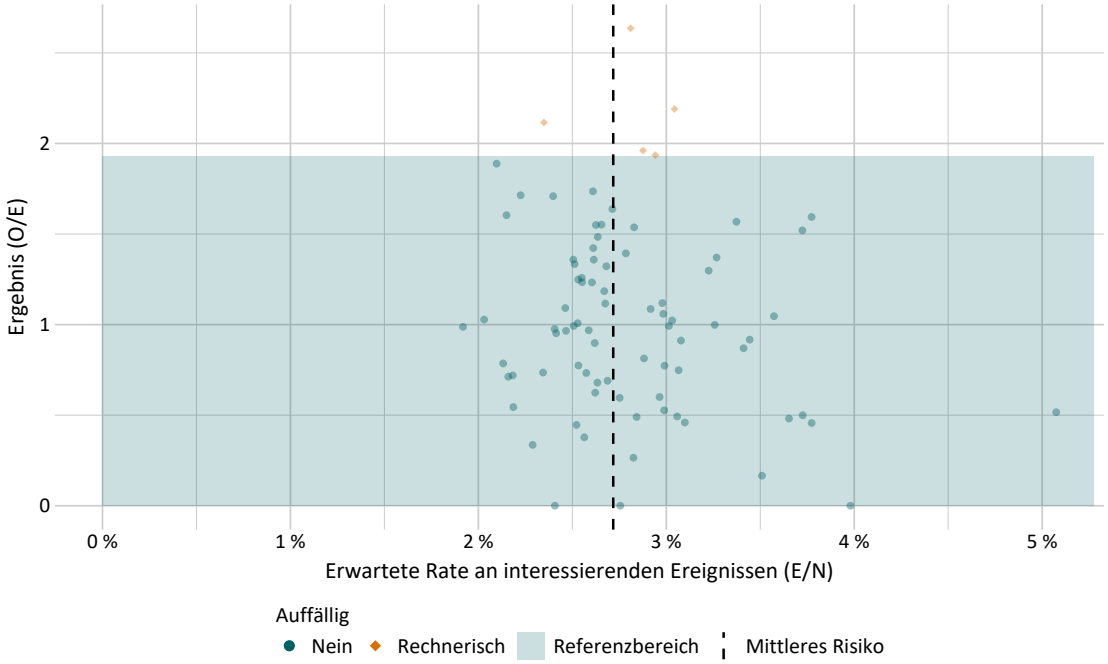
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	83	5	0,00	2,64	0,99

372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Kath-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 22 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Pulmonale Hypertonie > 55 mmHg Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 31 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 2- oder 3-Gefäßerkrankung Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD oder andere Neurologische Dysfunktion Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025
Hinweise	Die Datengrundlage des Ergebnisses dieses Qualitätsindikators ist erheblich beeinträchtigt. Für das Erfassungsjahr 2024 fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle. Hiervon sind etwa 83 % aller Leistungserbringer betroffen.

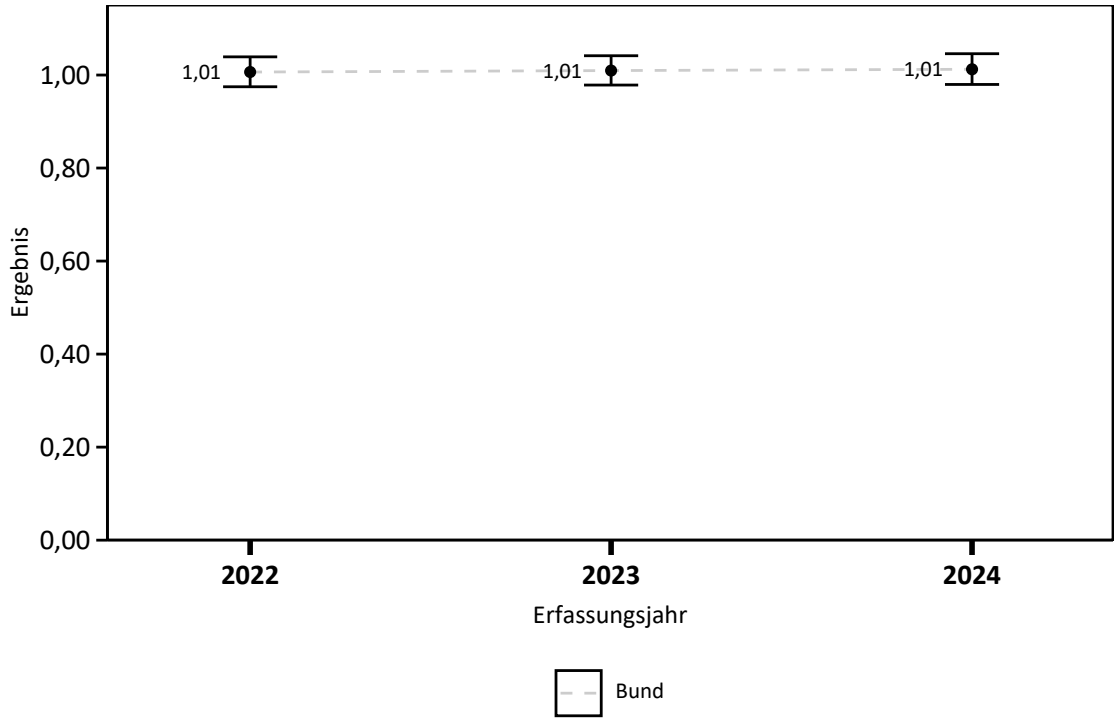
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	23.718	3.252 / 3.231,00	1,01	0,97 - 1,04
	2023	25.759	3.419 / 3.386,63	1,01	0,98 - 1,04
	2024	23.732	3.128 / 3.089,94	1,01	0,98 - 1,05

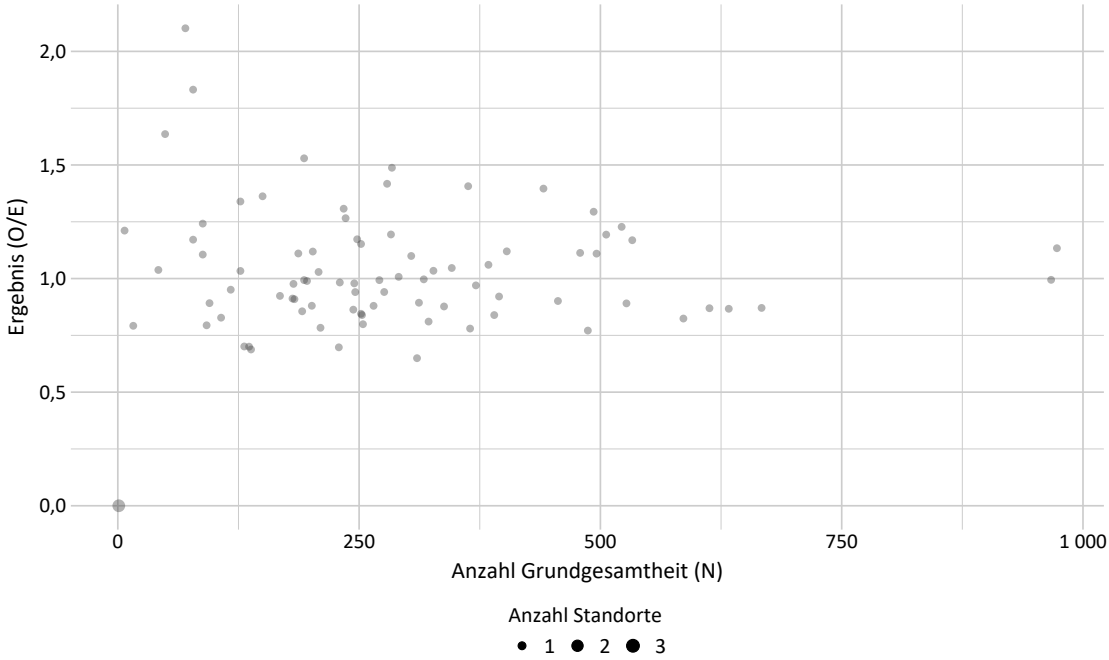
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

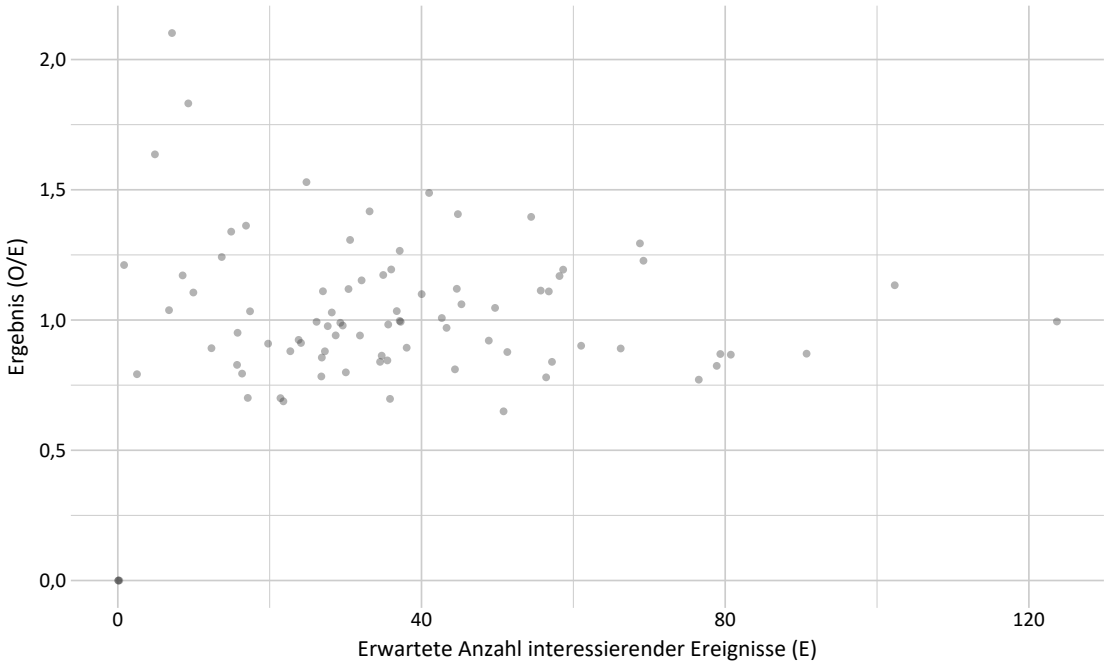
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



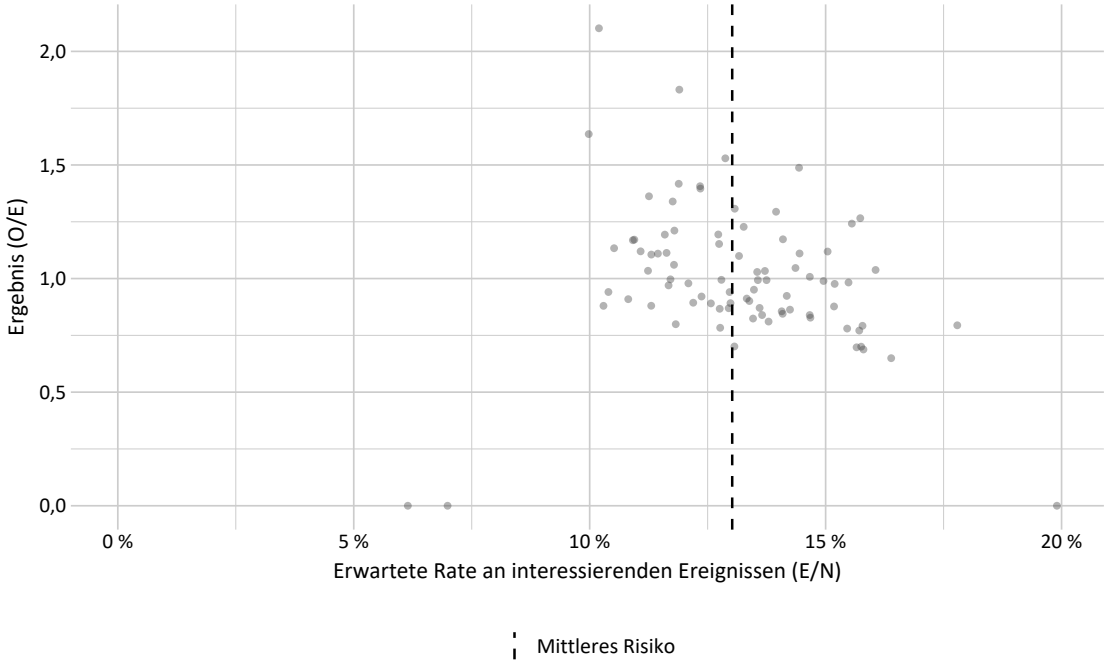
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	85	0	0,00	2,10	0,98

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 37_22086 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben	1,87 % 532/28.455
3.1.1	**ID: 372005** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	1,76 % 497/28.303
3.1.2	ID: 37_22087 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	23,03 % 35/152

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Kath-Score	
3.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in AKL-Kath-Score Risikoklassen	
3.2.1.1	ID: 37_22089 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,34 % 337/25.074
3.2.1.2	ID: 37_22090 Risikoklasse 3 - < 6 %	3,94 % 99/2.514
3.2.1.3	ID: 37_22091 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,14 % 40/560
3.2.1.4	ID: 37_22092 Risikoklasse ≥ 10 %	18,24 % 56/307
3.2.1.5	ID: 37_22093 Summe AKL-Kath-Score Risikoklassen	1,87 % 532/28.455
3.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in AKL-Kath-Score Risikoklassen	
3.2.2.1	ID: 37_22094 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,33 % 333,23/25.074
3.2.2.2	ID: 37_22095 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,03 % 101,38/2.514
3.2.2.3	ID: 37_22096 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,52 % 42,12/560
3.2.2.4	ID: 37_22097 Risikoklasse ≥ 10 %	20,59 % 63,22/307
3.2.2.5	ID: 37_22098 Summe AKL-Kath-Score Risikoklassen	1,90 % 539,96/28.455
3.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[7]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.3.1	ID: O_372006 O/N (observed, beobachtet)	1,87 % 532/28.455
3.2.3.2	ID: E_372006 E/N (expected, erwartet)	1,90 % 539,96/28.455
3.2.3.3	**ID: 372006** **O/E**	0,99

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Kath-30d-Score	
3.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.3.1.1	ID: O_372007 O/N (observed, beobachtet)	2,64 % 663/25.091
3.3.1.2	ID: E_372007 E/N (expected, erwartet)	2,72 % 681,89/25.091
3.3.1.3	**ID: 372007** **O/E**	0,97

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	Risikoadjustierung nach logistischem AKL-Kath-365d-Score	
3.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.4.1.1	ID: O_372008 O/N (observed, beobachtet)	13,18 % 3.128/23.732
3.4.1.2	ID: E_372008 E/N (expected, erwartet)	13,02 % 3.089,94/23.732
3.4.1.3	**ID: 372008** **O/E**	1,01

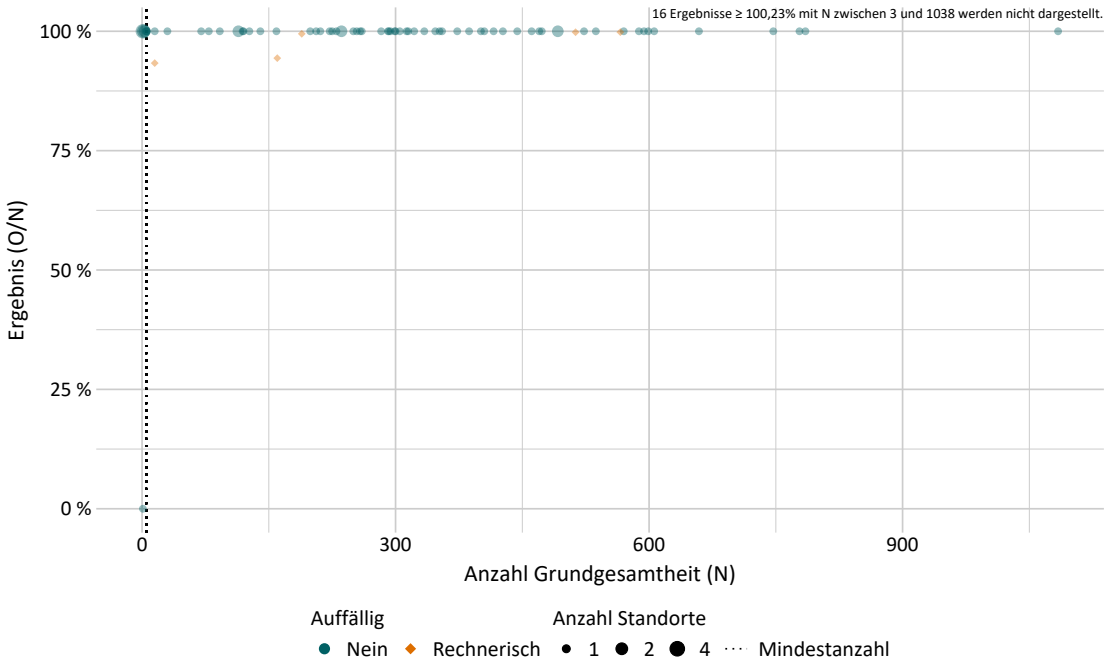
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	96	5	0,00	133,33	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	28.500 / 28.464	100,13	5,21 % 5 / 96

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	88.955	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal isoliert kathetergestützt an der Aortenklappe operiert wurden	28.465	32,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	89.510	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	26.051	29,10
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.632	6,29
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	28.526	31,87
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.873	8,80
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	11.831	13,22
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.587	7,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	233	0,82
1. Quartal	7.448	26,17
2. Quartal	7.049	24,76
3. Quartal	7.501	26,35
4. Quartal	6.234	21,90
Entlassungsquartal		
1. Quartal	6.859	24,10
2. Quartal	7.088	24,90
3. Quartal	7.518	26,41
4. Quartal	7.000	24,59

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	15.150	53,22
8 - 14 Tage	8.849	31,09
15 - 21 Tage	2.290	8,04
22 - 28 Tage	1.043	3,66
> 28 Tage	1.133	3,98

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[8]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	28.465
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	3,65
Median	1,00
95. Perzentil	15,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[9]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	28.465
5. Perzentil	2,00
Mittelwert	6,20
Median	5,00
95. Perzentil	14,00
Gesamtverweildauer (Tage)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	28.465
5. Perzentil	3,00
Mittelwert	9,85
Median	7,00
95. Perzentil	26,00

[8] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten kathetergestützten Aortenklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[9] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten kathetergestützten Aortenklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[10] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	23	0,08
50 – 59 Jahre	187	0,66
60 – 64 Jahre	393	1,38
65 – 69 Jahre	968	3,40
70 – 74 Jahre	3.044	10,69
75 – 79 Jahre	5.608	19,70
80 – 89 Jahre	16.548	58,13
≥ 90 Jahre	1.694	5,95

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten	28.465
5. Perzentil	69,00
25. Perzentil	77,00
Mittelwert	80,95
Median	82,00
75. Perzentil	86,00
95. Perzentil	90,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
Geschlecht		
(1) männlich	15.109	53,08
(2) weiblich	13.356	46,92
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 28.139**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	449	1,60
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	10.199	36,25
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	10.537	37,45
Adipositas (≥ 30)	6.954	24,71

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	1.147	4,03
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	7.361	25,86
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	18.391	64,61
(IV) Beschwerden in Ruhe	1.566	5,50
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	8.575	30,12
(1) ja	19.890	69,88
Angina Pectoris		
(0) nein	22.640	79,54
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	1.827	6,42
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	2.782	9,77
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	1.036	3,64
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	180	0,63
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	26.146	91,85
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	107	0,38
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	343	1,20
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	468	1,64
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	1.382	4,86
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	12	0,04
(9) unbekannt	7	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	22.453	78,88
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	706	2,48
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	2.104	7,39
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	3.149	11,06
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	46	0,16
(9) unbekannt	7	0,02
Reanimation		
(0) nein	28.176	98,98
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	73	0,26
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	65	0,23
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	149	0,52
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	≤3	x
(9) unbekannt	≤3	x

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	16.844
5. Perzentil	20,00
Mittelwert	38,82
Median	37,00
95. Perzentil	65,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	11.621	40,83
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	19.554	68,69
(2) Vorhofflimmern	7.781	27,34
(9) anderer Rhythmus	1.130	3,97
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	17.633	61,95
(1) paroxysmal	4.442	15,61
(2) persistierend	3.003	10,55
(3) permanent	3.387	11,90
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	25.268	88,77
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	2.580	9,06
(2) Schrittmacher mit CRT-System	283	0,99
(3) Defibrillator ohne CRT-System	197	0,69
(4) Defibrillator mit CRT-System	137	0,48

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[11]		
(1) normaler, gesunder Patient	105	0,37
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	1.727	6,07
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	17.279	60,70
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	9.207	32,34
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	147	0,52

[11] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
LVEF		
< 15%	48	0,17
15 - 30%	1.530	5,38
31 - 50%	7.676	26,97
> 50%	18.323	64,37
LVEF unbekannt	888	3,12
dokumentierter Wert 0	≤3	x

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	27.574
5. Perzentil	30,00
Mittelwert	52,93
Median	55,00
95. Perzentil	67,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	11.892	41,78
(1) 1-Gefäßerkrankung	5.474	19,23
(2) 2-Gefäßerkrankung	4.483	15,75
(3) 3-Gefäßerkrankung	6.366	22,36
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	13.824	84,69
(1) ja, operativ	296	1,81
(2) ja, interventionell	2.203	13,50
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	250	0,88
Hauptstammstenose		
(0) nein	27.362	96,13
(1) ja, gleich oder größer 50%	1.103	3,87

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	23.200	81,50
(1) ja	5.265	18,50
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	24.929	87,58
(1) eine	3.067	10,77
(2) zwei	195	0,69
(3) drei	32	0,11
(4) vier	4	0,01
(5) fünf oder mehr	≤3	x
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	234	0,82
(9) unbekannt	≤3	x

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
akute Infektionen[12]		
(0) keine	27.773	97,57
(1) Mediastinitis	23	0,08
(2) Sepsis	16	0,06
(3) broncho-pulmonale Infektion	218	0,77
(4) oto-laryngologische Infektion	12	0,04
(5) floride Endokarditis	11	0,04
(6) Peritonitis	≤3	x
(7) Wundinfektion Thorax	0	0,00
(8) Pleuraempym	≤3	x
(9) Venenkatheterinfektion	≤3	x
(10) Harnwegsinfektion	178	0,63
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	45	0,16
(12) HIV-Infektion	7	0,02
(13) Hepatitis B oder C	15	0,05
(18) andere Wundinfektion	10	0,04
(88) sonstige Infektion	189	0,66
Diabetes mellitus		
(0) nein	20.139	70,75
(1) ja, diätetisch behandelt	989	3,47
(2) ja, orale Medikation	4.428	15,56
(3) ja, mit Insulin behandelt	2.802	9,84
(4) ja, unbehandelt	71	0,25
(9) unbekannt	36	0,13

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	21.525	75,62
(1) ja	6.931	24,35
davon:[13]		
periphere AVK	3.940	56,85
Arteria Carotis	2.355	33,98
Aortenaneurysma	871	12,57
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	1.805	26,04
(9) unbekannt	9	0,03
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	24.230	85,12
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	2.170	7,62
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	494	1,74
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	1.555	5,46
(9) unbekannt	16	0,06

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	25.609	89,97
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	1.675	5,88
(2) ja, ZNS, andere	670	2,35
(3) ja, peripher	453	1,59
(4) ja, Kombination	53	0,19
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	739	42,77
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	462	26,74
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	373	21,59
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	126	7,29
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	20	1,16
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	8	0,46
(9) unbekannt	5	0,02
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	27.431	96,37
(1) akut	104	0,37
(2) chronisch	930	3,27

[12] Mehrfachnennung möglich
[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[14]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	27.431
5. Perzentil	0,64
Mittelwert	1,17
Median	1,00
95. Perzentil	2,00
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[15]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	27.431
5. Perzentil	57,00
Mittelwert	102,99
Median	88,40
95. Perzentil	176,80

[14] (letzter Wert vor OP)
[15] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 28.526**	
Operation[16]		
(5-35a.0*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz	28.526	100,00
(5-35a.01 oder 5-35a.02) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz - transapikal	0	0,00
(5-35a.03 oder 5-35a.04) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz - endovaskulär	0	0,00

[16] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 28.526**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	28.360	99,42
(1) ja	166	0,58
davon:[17]		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	0	0,00
Vorhofablation	0	0,00
Eingriff an herznahen Gefäßen	6	3,61
Herzohrverschluss/-amputation	0	0,00
interventioneller Koronareingriff (PCI)	133	80,12
sonstige	29	17,47

[17] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 28.526**	
Konversionseingriff		
(0) nein	28.318	99,27
(1) ja	208	0,73
Zugang (AORT)[18]		
(3) endovaskulärer Zugang, arteriell	27.214	95,40
(4) endovaskulärer Zugang, venös	914	3,20
(5) transapikaler Zugang	398	1,40
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	26.165	91,72
(1) ja	2.361	8,28
Dringlichkeit		
(1) elektiv	25.929	90,90
(2) dringlich	2.442	8,56
(3) Notfall	134	0,47
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	21	0,07
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	28.398	99,55
(1) ja	128	0,45
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	23.788	83,39
(1) ja	4.738	16,61
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	28.202	98,86
(1) ja	324	1,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 28.526**	
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	28.464	99,78
(1) ja, IABP	24	0,08
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	24	0,08
(3) ja, andere	14	0,05
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	28.426	99,65
(2) bedingt aseptische Eingriffe	36	0,13
(3) kontaminierte Eingriffe	5	0,02
(4) septische Eingriffe	59	0,21

[18] kathetergestützt

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Aortenklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999	28.522
5. Perzentil	27,00
Mittelwert	54,94
Median	49,00
95. Perzentil	105,00

präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 28.526**	
Stenose		
(0) nein	1.129	3,96
(1) ja	27.397	96,04
Insuffizienz		
(0) nein	19.057	66,81
(1) ja	9.469	33,19

Dosis-Flächen-Produkt

	Bund (gesamt)
Dosis-Flächen-Produkt ((cGy)* cm²)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Aortenklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999.999	27.945
5. Perzentil	456,00
Mittelwert	3.559,26
Median	2.382,00
95. Perzentil	9.431,70

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 28.526**	
Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt)	435	1,52
dokumentierter Wert 0	146	0,51

Kontrastmittelmenge

	Bund (gesamt)
Kontrastmittelmenge (ml)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Aortenklappe mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 999	28.190
5. Perzentil	40,00
Mittelwert	108,98
Median	100,00
95. Perzentil	210,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 28.526**	
kein Kontrastmittel appliziert oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (kein Kontrastmittel appliziert)	336	1,18
dokumentierter Wert 0	0	0,00

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 28.526**	
intraprozedurale Komplikationen		
(0) nein	27.116	95,06
(1) ja	1.410	4,94
davon:[19]		
Device-Fehlpositionierung	86	6,10
Koronarostienverschluss	26	1,84
Aortendissektion	16	1,13

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 28.526**	
Aortenregurgitation > = 2. Grades	31	2,20
Annulus-Ruptur	26	1,84
Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	42	2,98
davon:		
(1) ohne Therapiebedarf	9	21,43
(2) mit Therapiebedarf	33	78,57
Perikardtamponade	93	6,60
kardiale Dekompensation	83	5,89
Hirnembolie	24	1,70
Rhythmusstörungen	534	37,87
Device-Embolisation	40	2,84
vaskuläre Komplikation	498	35,32
Low Cardiac Output	138	9,79
davon: Therapie des Low Cardiac Output		
(0) keine Therapie erforderlich	≤3	x
(1) medikamentös	89	64,49
(2) IABP	≤3	x
(3) VAD	≤3	x
(4) ECMO	30	21,74
(9) sonstige	14	10,14
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	116	8,23
davon:		
(1) schwerwiegend	67	57,76
(2) lebensbedrohlich	49	42,24

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe	**N = 28.526**	
Patient verstarb im OP/Katheterlabor	35	2,48
Konversion		
(0) nein	28.444	99,71
(1) ja, zu Sternotomie	63	0,22
(2) ja, zu transapikal	6	0,02
(3) ja, zu endovaskulär	13	0,05
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	5	6,10
(2) intraprozedurale Komplikationen	71	86,59
(9) sonstige	6	7,32

[19] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	28.407	99,80
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	49	0,17
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	9	0,03
Reanimation		
(0) nein	28.086	98,67
(1) ja	379	1,33
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	28.282	99,36
(1) ja	183	0,64
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	27.612	97,00
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	648	2,28
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	171	0,60
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	34	0,12
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	28.446	99,93
(1) ja	19	0,07
Perikardtamponade		
(0) nein	28.299	99,42
(1) ja	166	0,58

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	28.134	98,84
(1) schwerwiegend	212	0,74
(2) lebensbedrohlich	119	0,42
Mediastinitis[20]		
(0) nein	28.453	99,96
(1) ja	12	0,04
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	27.793	97,64
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	579	2,03
(2) ja, ZNS, andere	93	0,33
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	147	21,88
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	81	12,05
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	219	32,59
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	108	16,07
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	39	5,80
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	31	4,61
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	47	6,99

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	27.293	95,88
(1) ja	1.172	4,12
davon:[21]		
Infektion(en)	75	6,40
Sternuminstabilität	≤3	x
Gefäßruptur	33	2,82
Dissektion	136	11,60
therapierelevante Blutung/Hämatom	452	38,57
Ischämie	73	6,23
AV-Fistel	21	1,79
Aneurysma spurium	355	30,29
sonstige	197	16,81

[20] nach den KISS-Definitionen

[21] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	22.107	77,66
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	5.593	19,65
(2) Schrittmacher mit CRT-System	405	1,42
(3) Defibrillator ohne CRT-System	207	0,73
(4) Defibrillator mit CRT-System	153	0,54

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Aortenklappeneingriff	**N = 28.465**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	23.498	82,55
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	515	1,81
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	19	0,07
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	147	0,52
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	2.631	9,24
(07) Tod	535	1,88
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[22]	23	0,08
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	897	3,15
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	177	0,62
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[23]	4	0,01
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[24]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	6	0,02
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[25]		
(1) ja	8	0,03

[22] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[23] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[24] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[25] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-KC:
Isolierte Koronarchirurgie

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2023, 2024 und 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Isolierte Koronarchirurgie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026

Abgabe 14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 14

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 15

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 17

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 17

352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 17

352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen 22

Details zu den Ergebnissen 25

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 26

352400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 26

352401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 29

Gruppe: Sterblichkeit 32

352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 32

352007: Sterblichkeit im Krankenhaus 35

352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 39

352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 43

Details zu den Ergebnissen 47

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 49

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 49

852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 49

Basisauswertung ... 51
Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 51
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 52
Patientin / Patient ... 54
Body Mass Index (BMI) ... 55
Anamnese / präoperative Befunde ... 56
Kardiale Befunde ... 59
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 61
Weitere Begleiterkrankungen ... 62
Operation / Prozedur ... 66
OP-Basisdaten ... 66
Intraprozedurale Komplikationen ... 69
Postoperativer Verlauf ... 70
Entlassung / Verlegung ... 73

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

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

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

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2024 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2025 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2024).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik
• eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	89.007 88.955 52	88.902	100,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	302		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	324	330	98,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	288	293	98,29

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	247	246	100,41

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2025 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) 2025
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) 2025
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) 2025
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) 2025
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) 2025

Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	31.526 31.519 7	31.490	100,11
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	95	96	98,96
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	30.951 30.946 5	30.841	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	87		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	98	98,98
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	31.208 31.202 6	30.794	101,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	96	93	103,23
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2025	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	88.955	95,47 N = 84.924

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.566	95,86 N = 80.109

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.236	95,77 N = 77.796

Ergebnisübersicht

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

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2025 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,33 (95. Perzentil)	1,07 O/E = 587 / 549,10 2,42 % O/N = 587 / 24.294
Gruppe: Sterblichkeit			
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	1,64 % O = 362 N = 22.094
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	1,06 O/E = 711 / 670,70 2,75 % O/N = 711 / 25.852
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,51 (95. Perzentil)	1,13 O/E = 780 / 691,54 3,05 % O/N = 780 / 25.585

© IQTIG 2026

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

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	Transparenzkennzahl	4,86 % O = 1.211 N = 24.916
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	≤ 6,41 % (95. Perzentil)	2,28 % O = 569 N = 24.937
Gruppe: Sterblichkeit			
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	0,99 O/E = 1.573 / 1.590,45 6,31 % O/N = 1.573 / 24.937

© IQTIG 2026

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

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	≤ 11,01 % (95. Perzentil)	5,63 % O = 1.360 N = 24.168

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden hingegen auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,11 % 31.526 / 31.490	6,25 % 6 / 96

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KCScore für ID 352001.
Referenzbereich	≤ 2,33 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung: Arteria Carotis Inotrope i.v. (präoperativ) Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

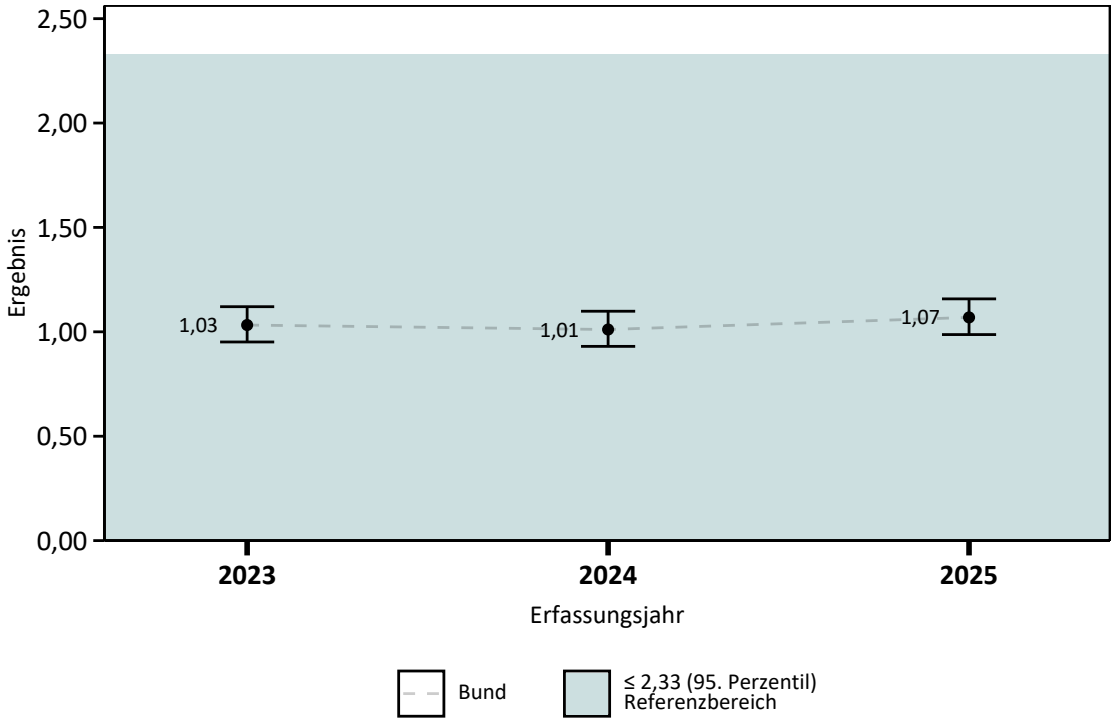
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	23.726	561 / 543,36	1,03	0,95 - 1,12
	2024	23.538	543 / 537,08	1,01	0,93 - 1,10
	2025	24.294	587 / 549,10	1,07	0,99 - 1,16

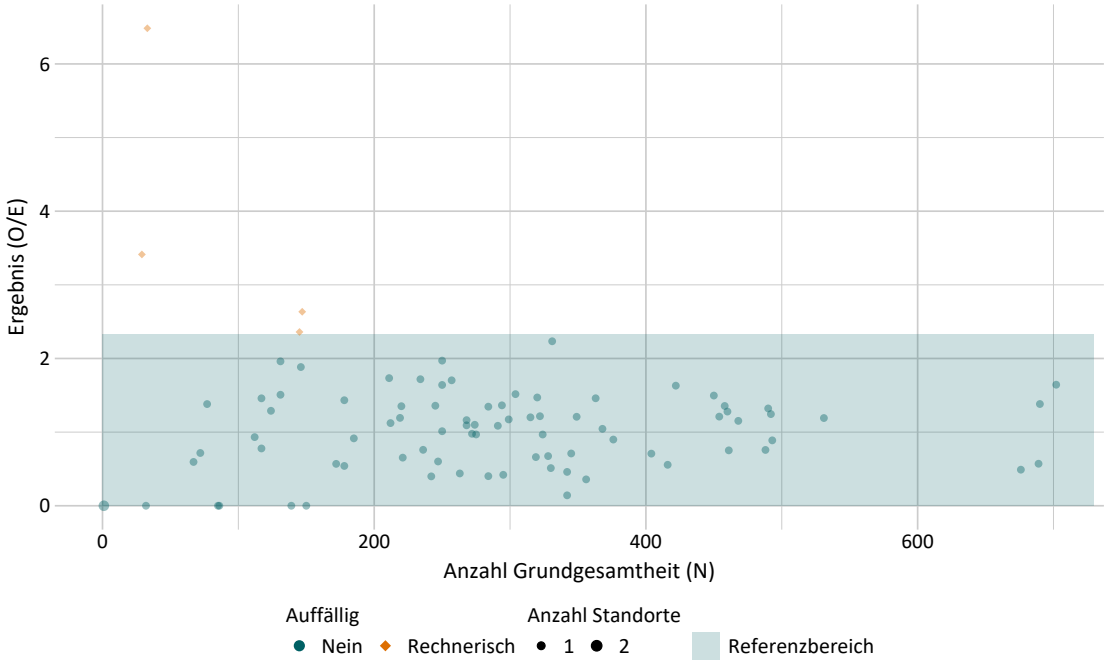
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

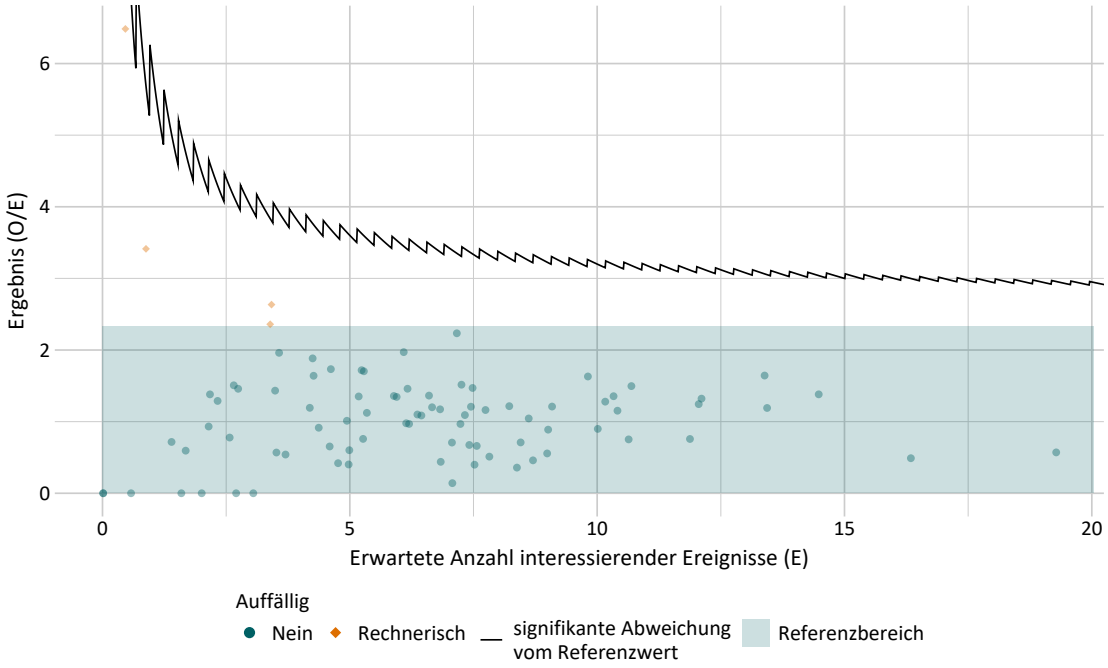
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



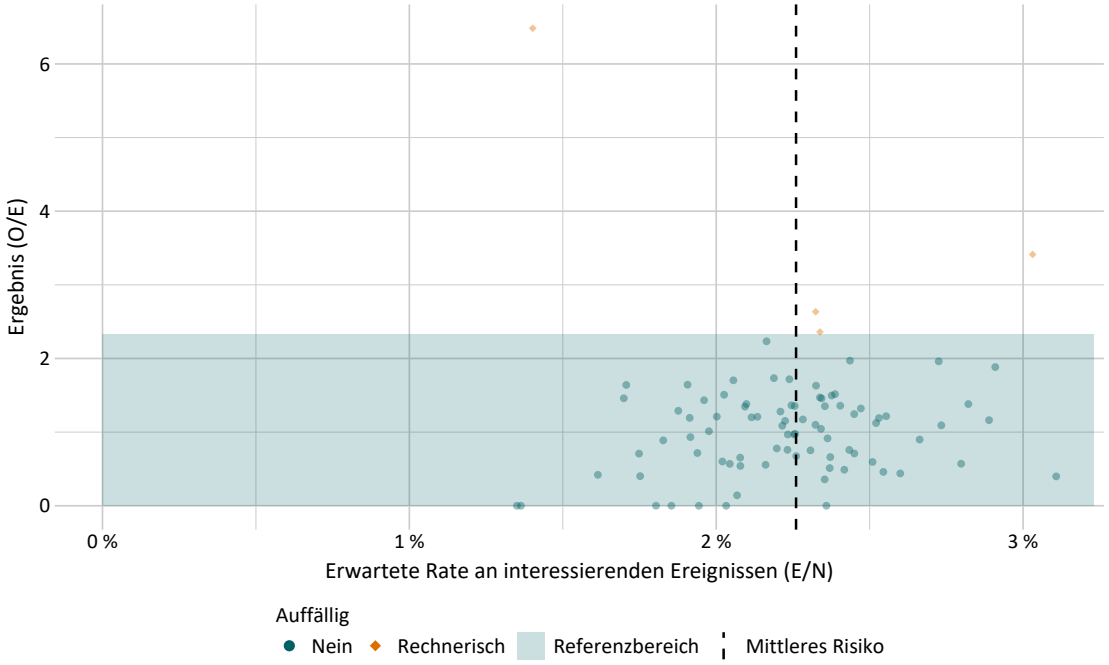
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	86	4	0,00	6,48	1,10

352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

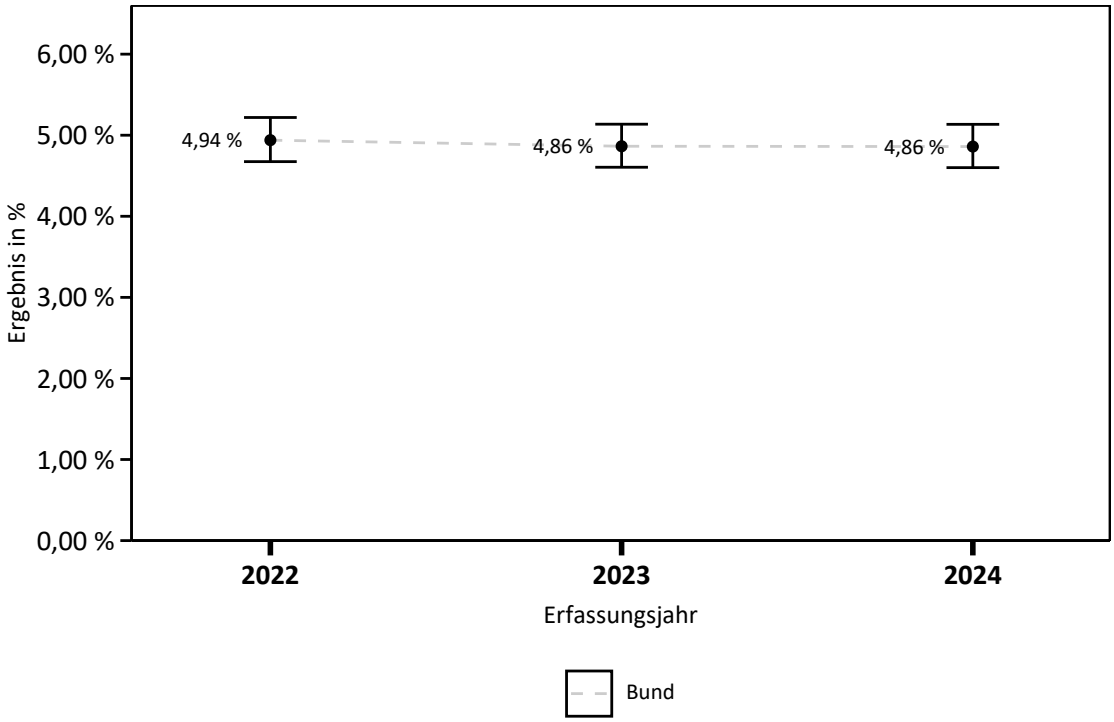
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden, ohne präoperative Mediastinitis und Wundinfektion des Thorax
Zähler	Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung einer postoperativen tiefen Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

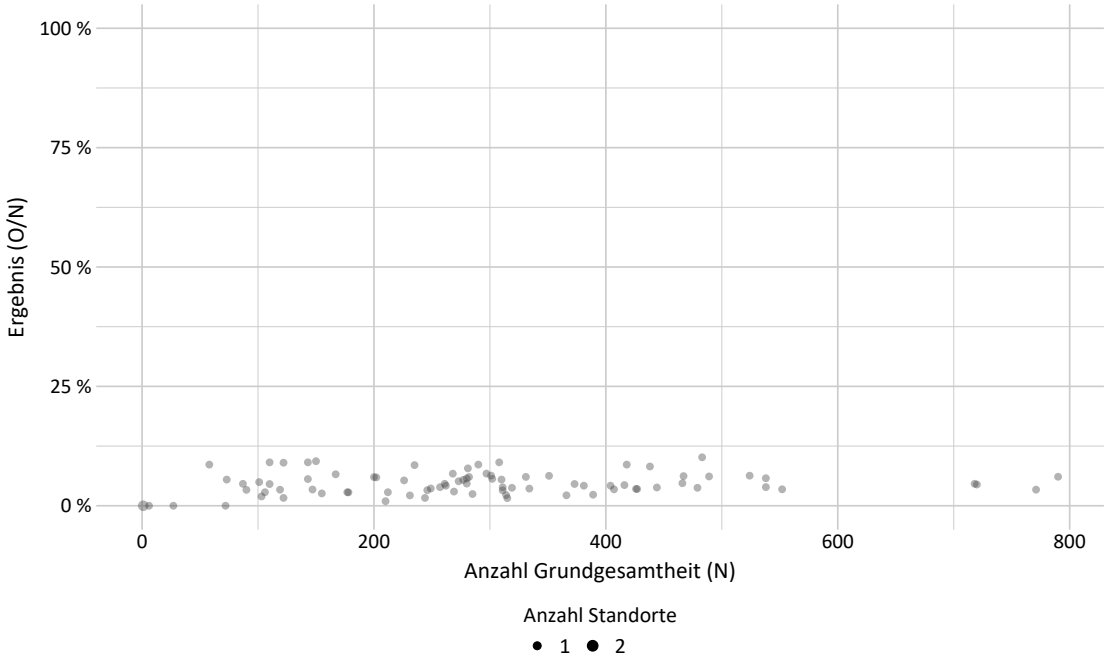
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	1.202 / 24.336	4,94	4,67 - 5,22
	2023	1.226 / 25.207	4,86	4,60 - 5,14
	2024	1.211 / 24.916	4,86	4,60 - 5,13

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	86	0	0,00	10,14	4,39

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.1.1.1	ID: O_352001 O/N (observed, beobachtet)	2,42 % 587/24.294
1.1.1.2	ID: E_352001 E/N (expected, erwartet)	2,26 % 549,10/24.294
1.1.1.3	**ID: 352001** **O/E**	1,07
1.1.1.3.1	ID: 35_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	2,93 % 280/9.555
1.1.1.3.2	ID: 35_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[1]	6,55 % 114/1.740
1.1.1.3.3	ID: 35_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	3,75 % 85/2.269

[1] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 352002** **Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen**	4,86 % 1.211/24.916

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

352400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

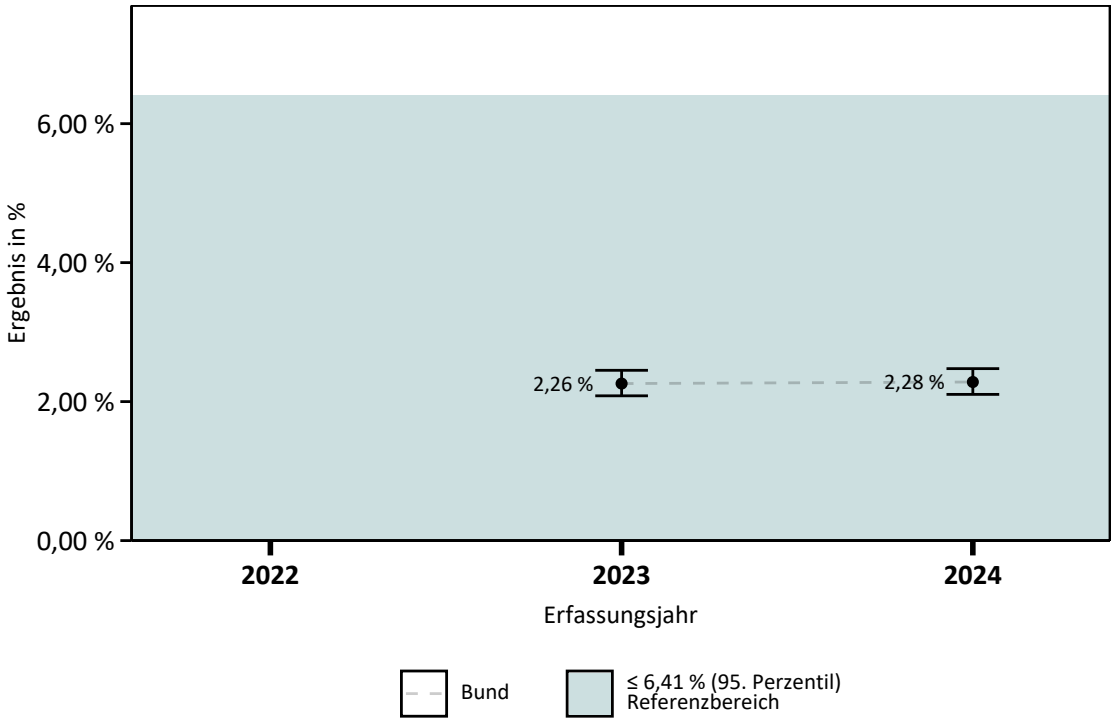
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem koronarchirurgischem Eingriff oder perkutaner Koronarintervention (PCI) innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	≤ 6,41 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

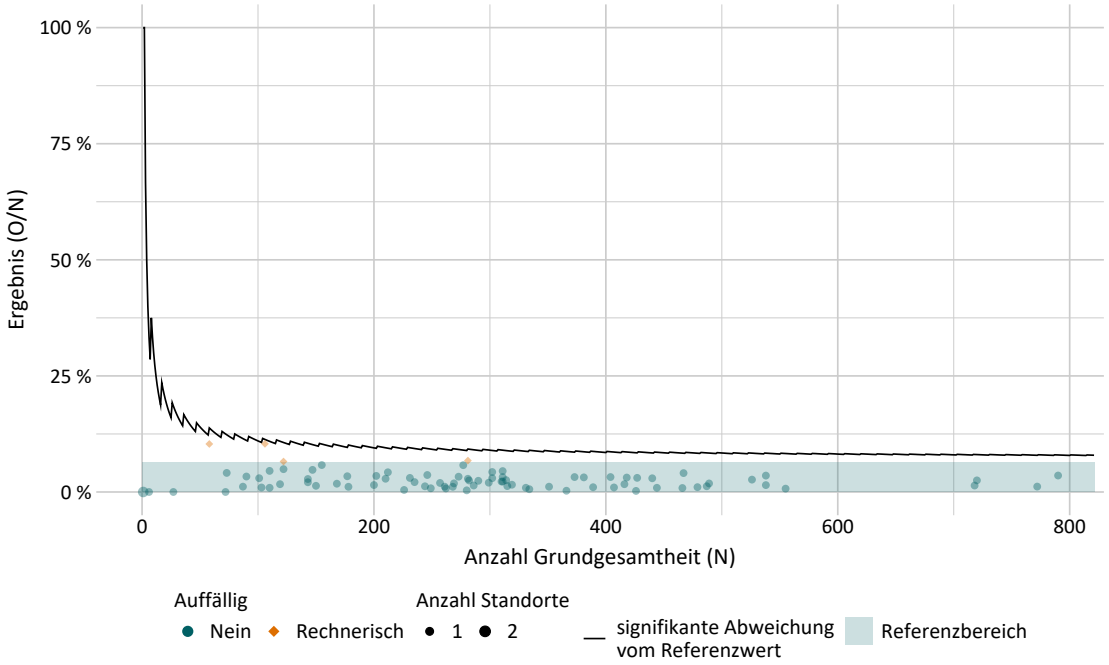
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	570 / 25.226	2,26	2,08 - 2,45
	2024	569 / 24.937	2,28	2,10 - 2,47

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	86	4	0,00	10,38	2,05

352401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

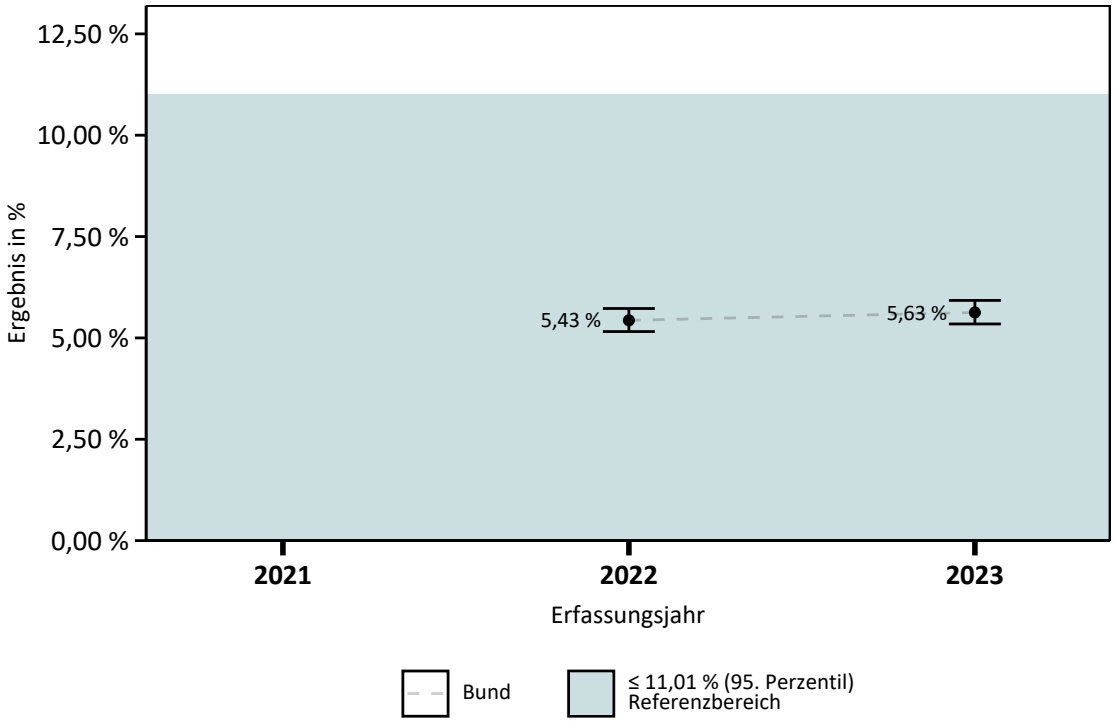
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem koronarchirurgischem Eingriff oder perkutaner Koronarintervention (PCI) innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	≤ 11,01 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

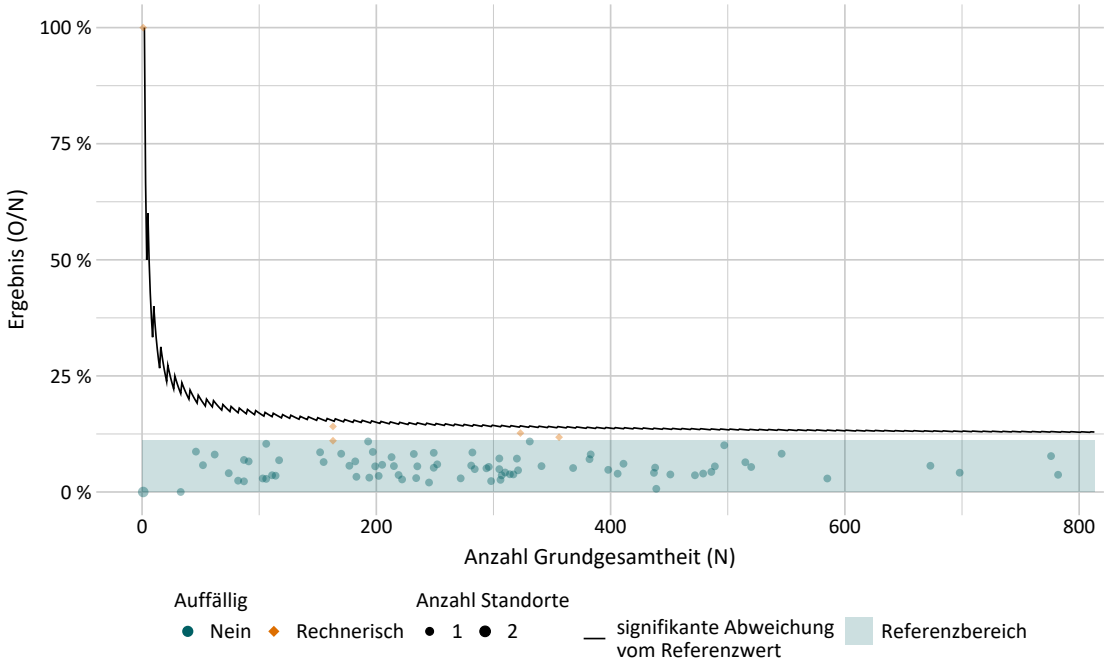
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	1.325 / 24.385	5,43	5,16 - 5,73
	2023	1.360 / 24.168	5,63	5,34 - 5,92

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	86	5	0,00	100,00	5,40

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

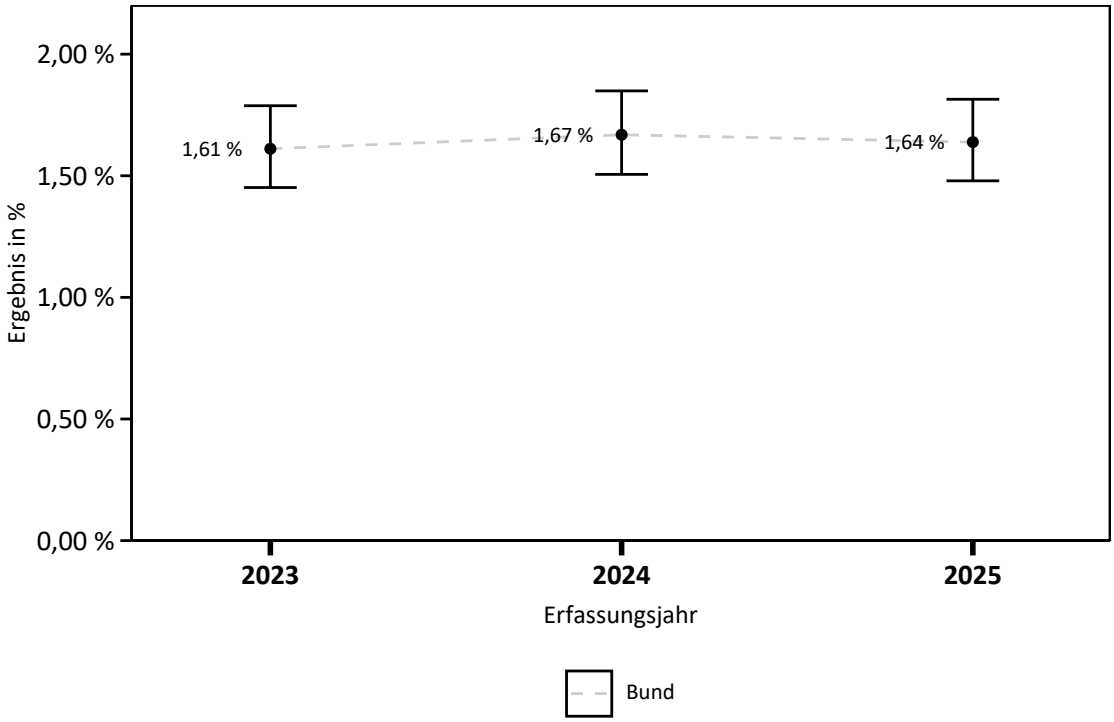
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

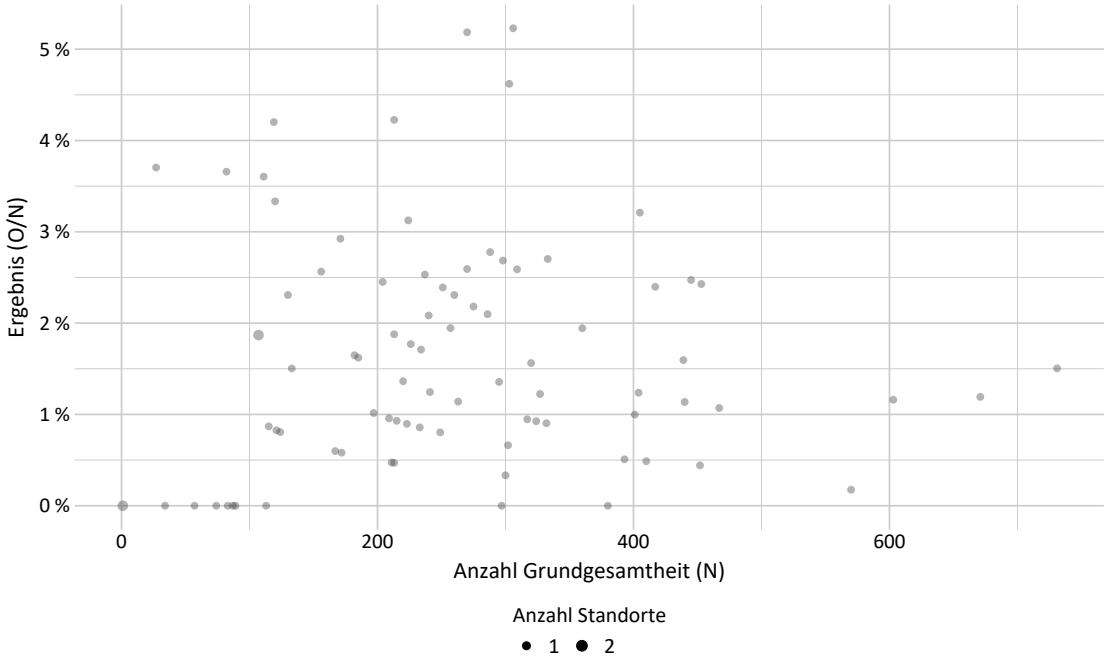
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	348 / 21.600	1,61	1,45 - 1,79
	2024	358 / 21.454	1,67	1,51 - 1,85
	2025	362 / 22.094	1,64	1,48 - 1,81

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	86	0	0,00	5,23	1,36

352007: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KCH-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) über 40 Herzinsuffizienz NYHA IV Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD Lungenerkrankung: Andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

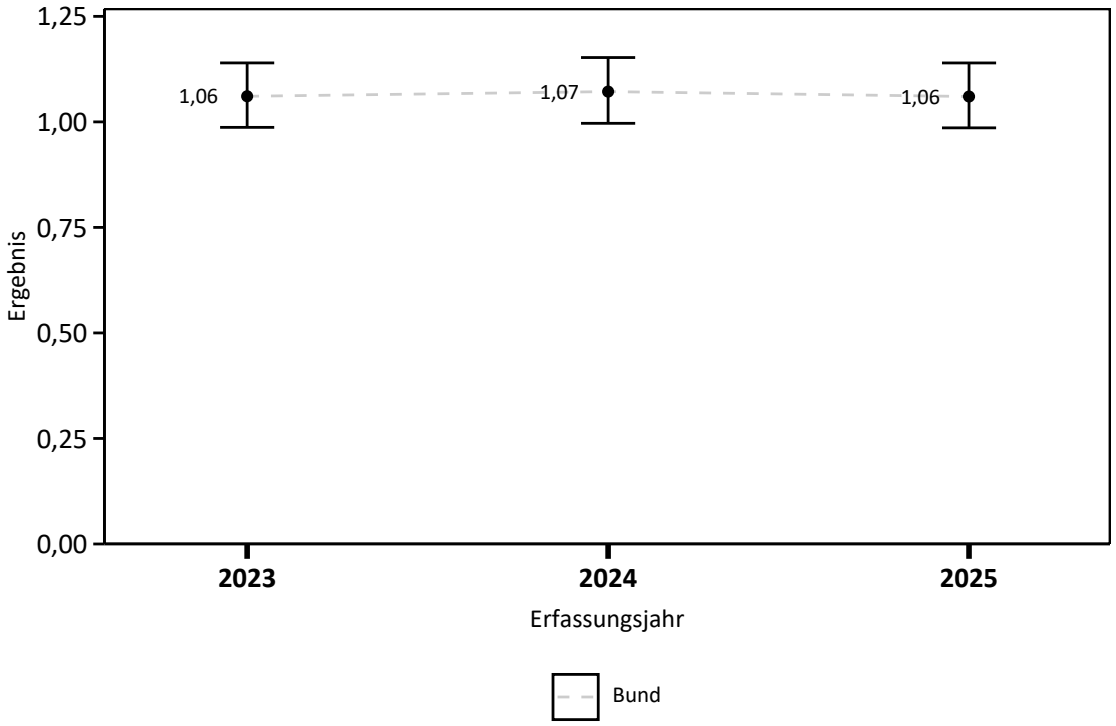
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	25.389	721 / 679,74	1,06	0,99 - 1,14
	2024	25.117	707 / 659,65	1,07	1,00 - 1,15
	2025	25.852	711 / 670,70	1,06	0,99 - 1,14

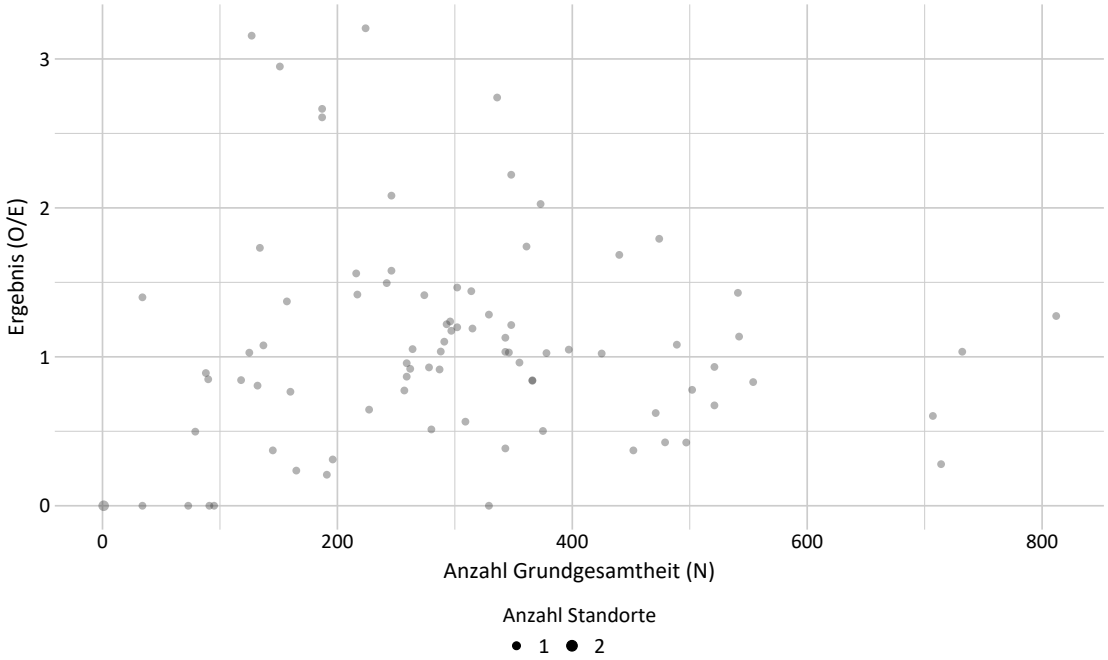
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

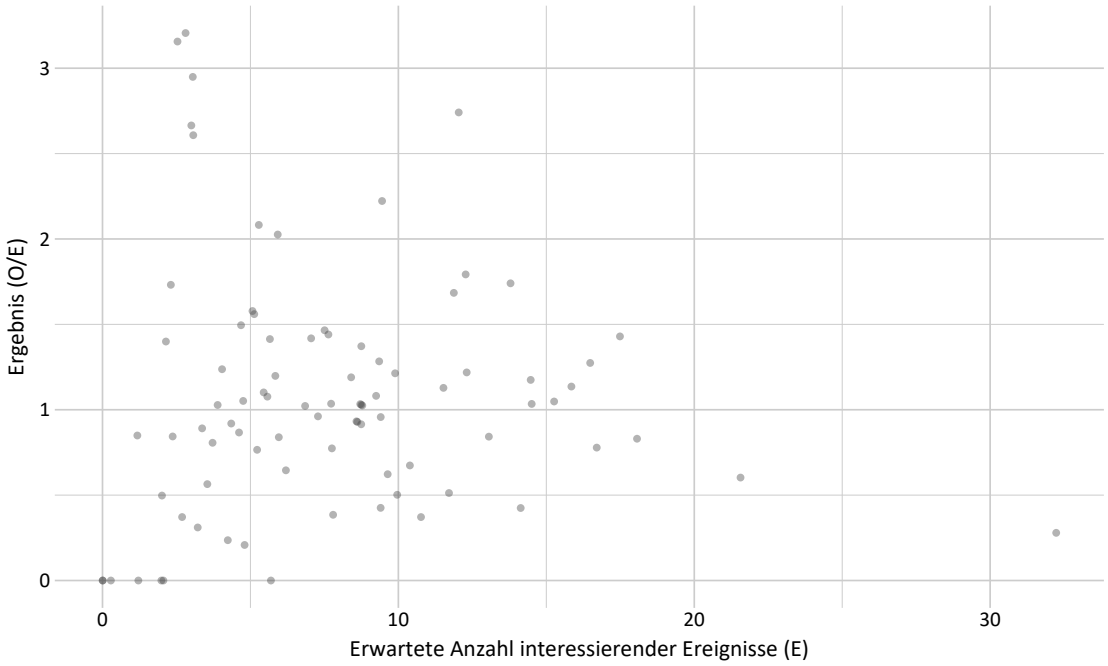
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



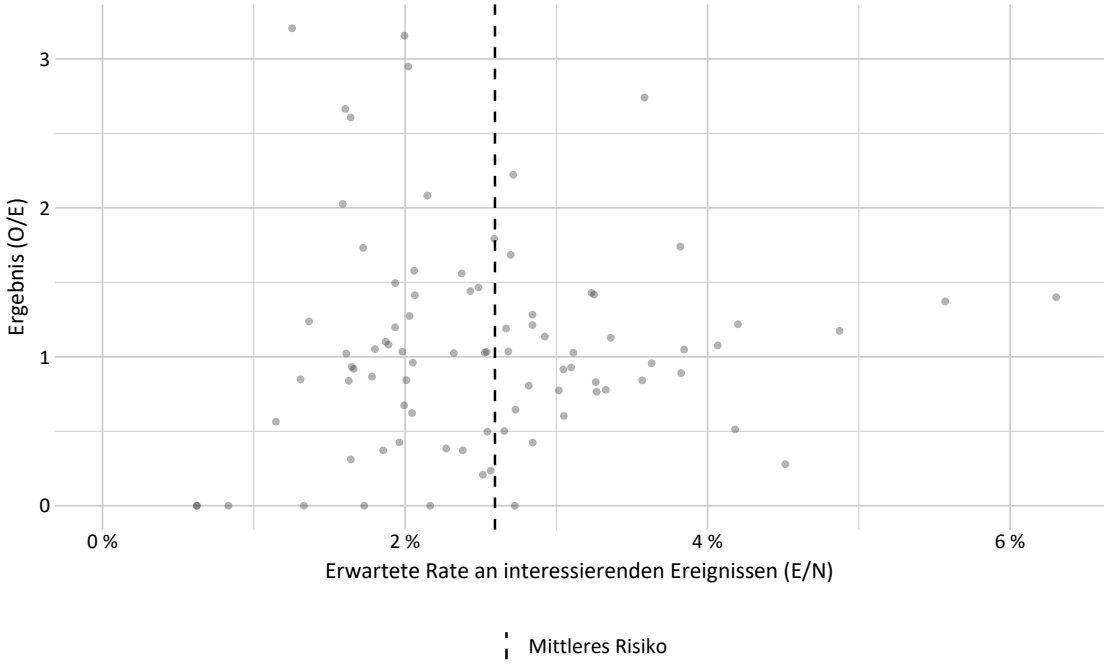
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	86	0	0,00	3,21	1,03

352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KCH-30d-Score
Referenzbereich	≤ 2,51 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) über 40 Herzinsuffizienz NYHA IV Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD Lungenerkrankung: Andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

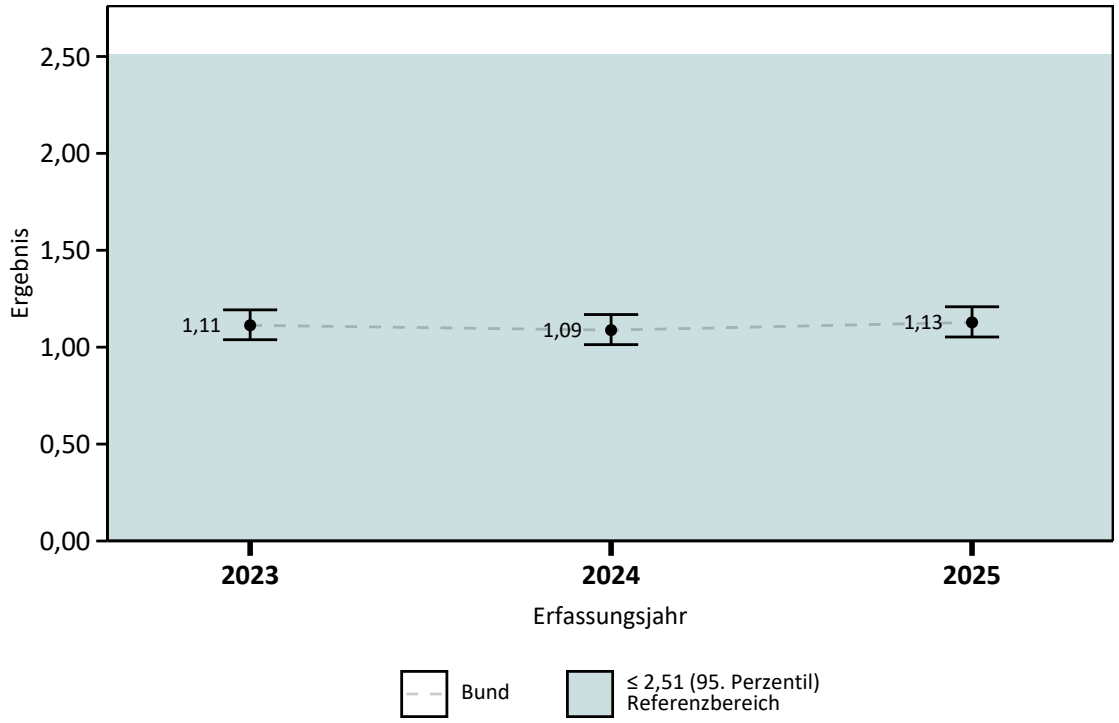
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	25.102	779 / 699,98	1,11	1,04 - 1,19
	2024	24.745	734 / 674,58	1,09	1,01 - 1,17
	2025	25.585	780 / 691,54	1,13	1,05 - 1,21

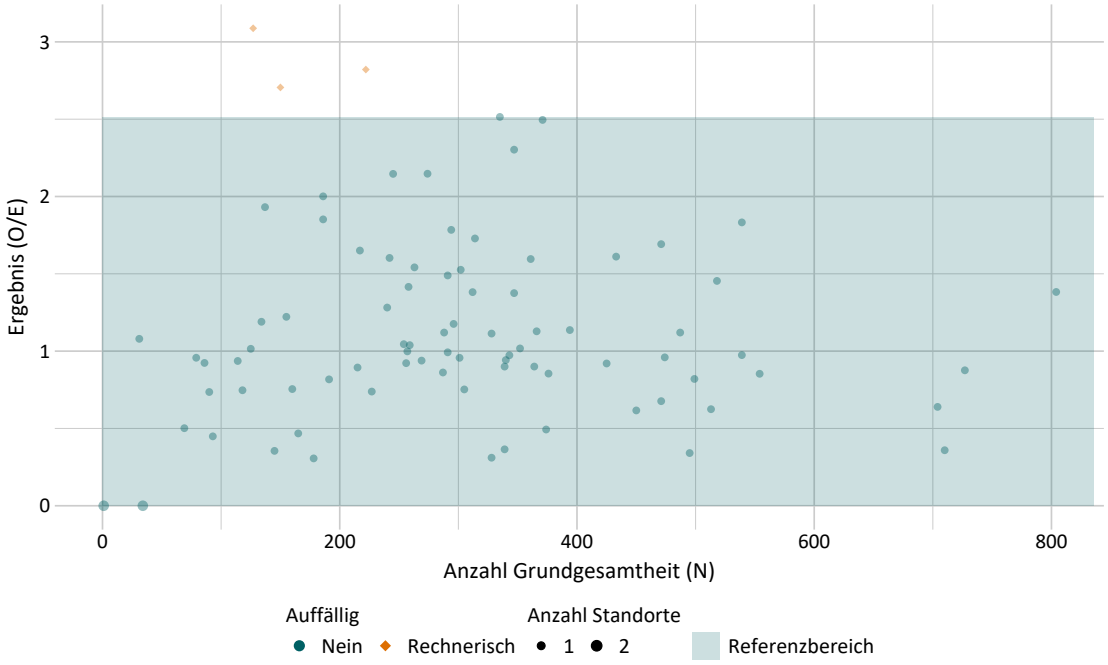
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

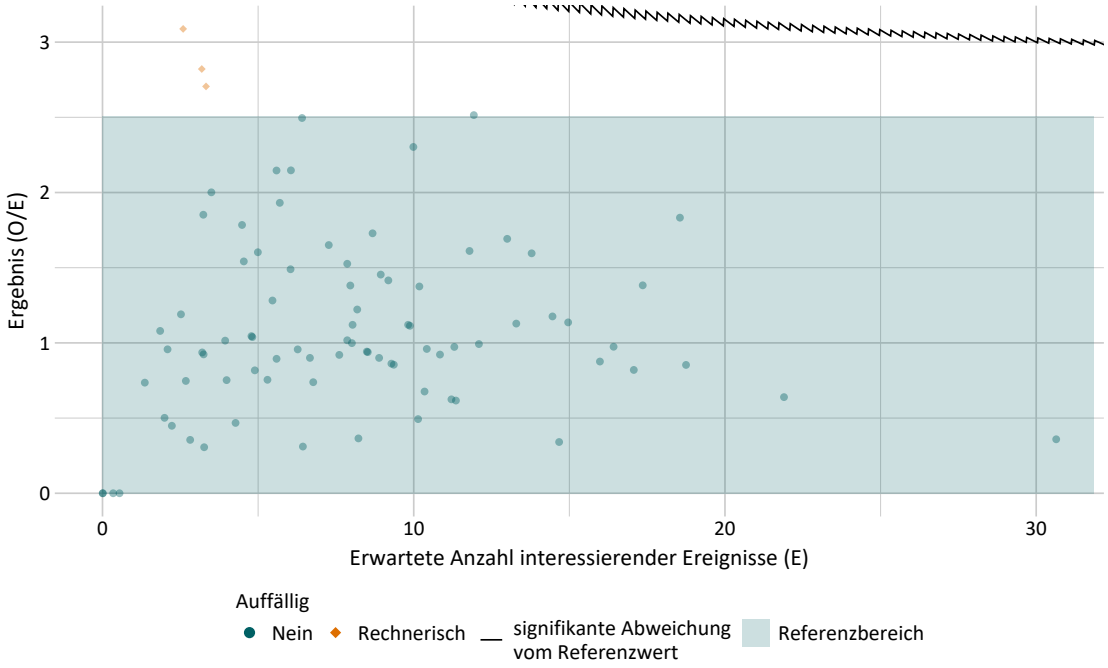
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



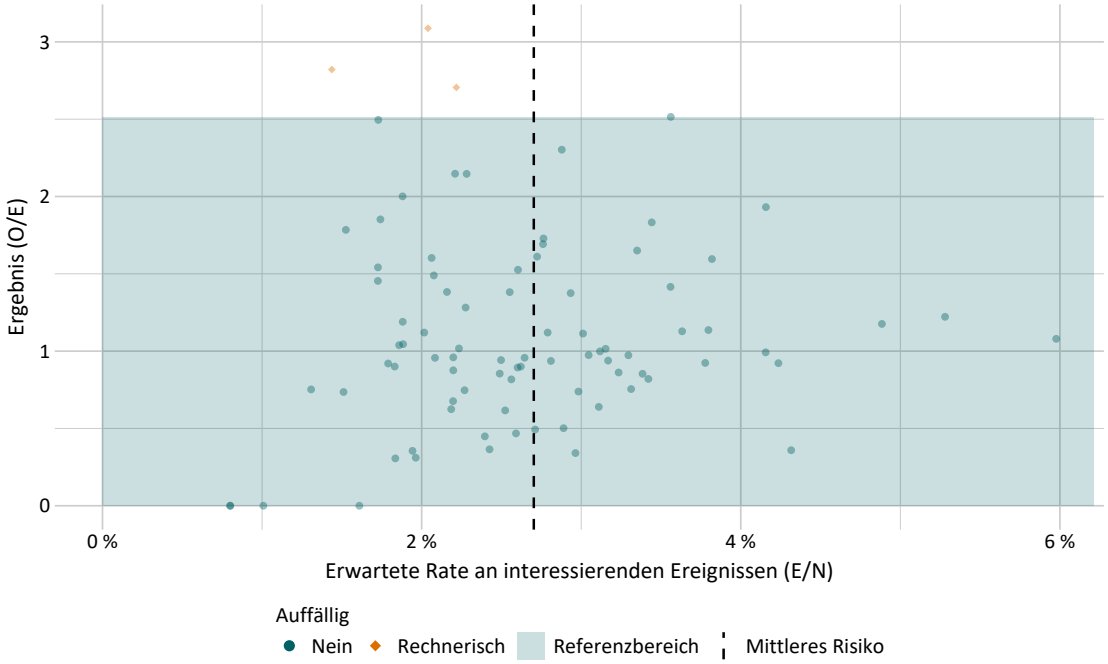
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	86	3	0,00	3,09	0,98

352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KCH-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 22 Body-Mass-Index (BMI) über 40 Herzinsuffizienz NYHA IV Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD oder andere Neurologische Dysfunktion Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

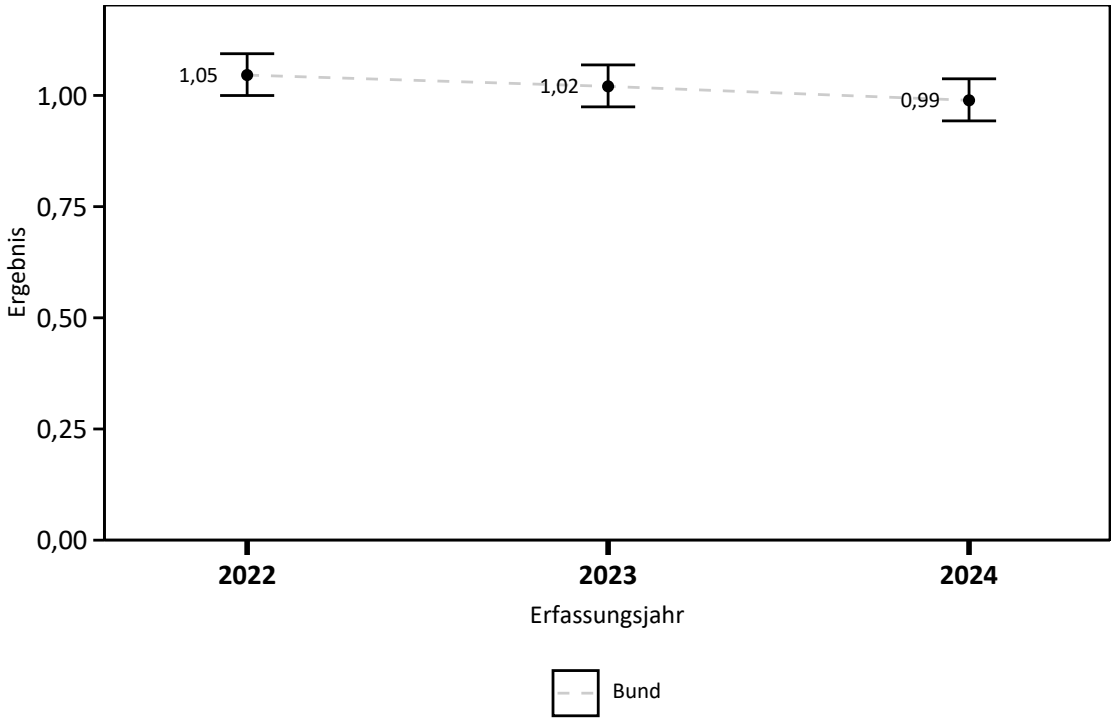
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	24.357	1.765 / 1.687,64	1,05	1,00 - 1,09
	2023	25.226	1.679 / 1.645,43	1,02	0,97 - 1,07
	2024	24.937	1.573 / 1.590,45	0,99	0,94 - 1,04

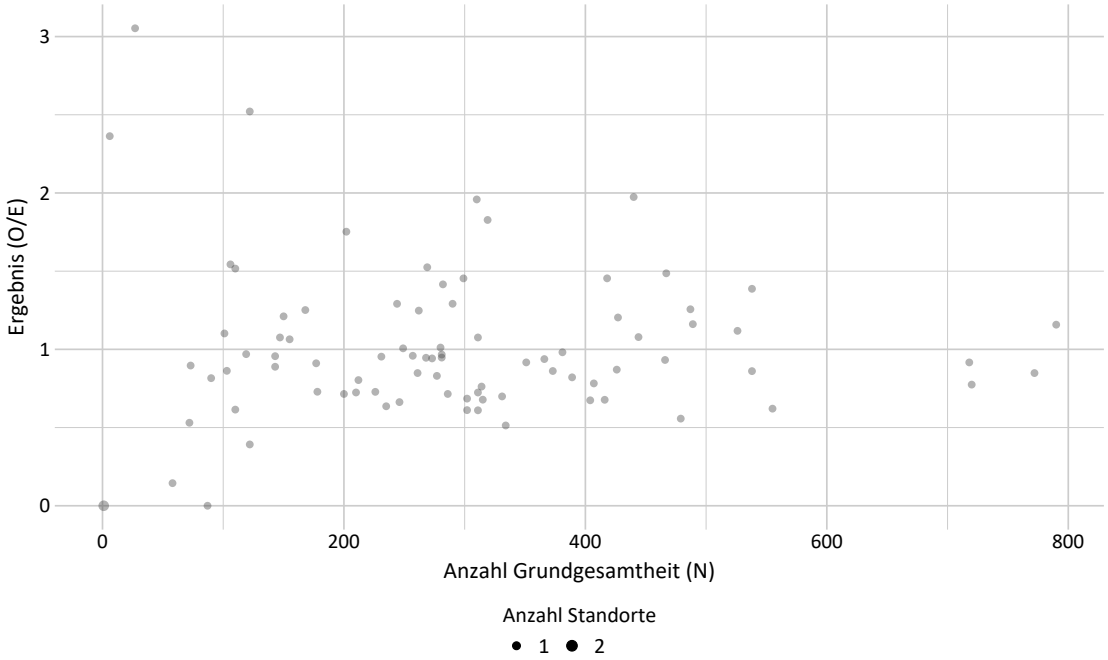
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

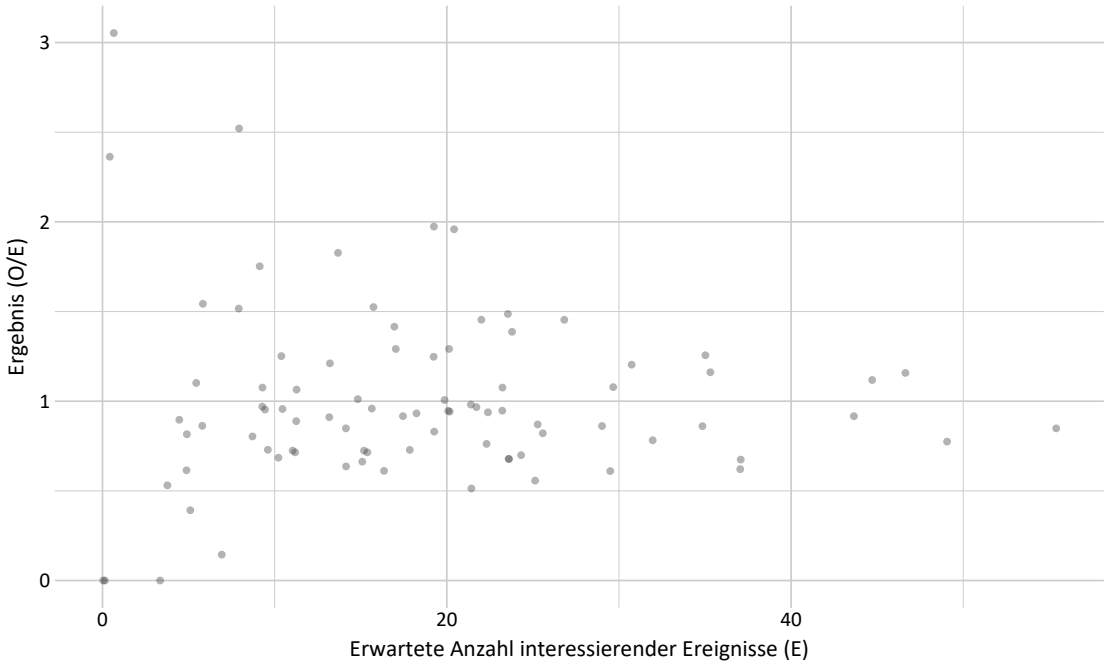
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



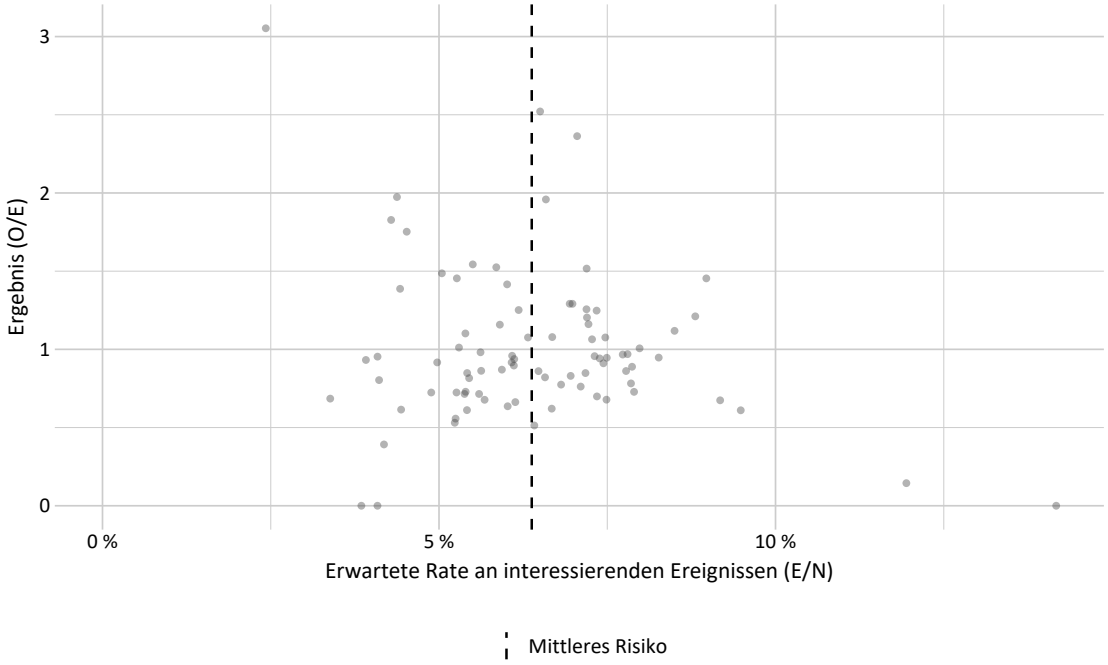
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	86	0	0,00	3,05	0,92

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 35_22006 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	2,75 % 711/25.852
3.1.1	**ID: 352006** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	1,64 % 362/22.094
3.1.2	ID: 35_22007 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	9,29 % 349/3.758

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung nach logistischem KCH-Score	
3.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in KCH-Score Risikoklassen	
3.2.1.1	ID: 35_22009 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,05 % 225/21.377
3.2.1.2	ID: 35_22010 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,68 % 115/2.455
3.2.1.3	ID: 35_22011 Risikoklasse 6 - < 10 %	9,50 % 83/874
3.2.1.4	ID: 35_22012 Risikoklasse ≥ 10 %	25,13 % 288/1.146
3.2.1.5	ID: 35_22013 Summe KCH-Score Risikoklassen	2,75 % 711/25.852
3.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in KCH-Score Risikoklassen	
3.2.2.1	ID: 35_22014 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,00 % 214,33/21.377
3.2.2.2	ID: 35_22015 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,15 % 101,84/2.455
3.2.2.3	ID: 35_22016 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,68 % 67,16/874
3.2.2.4	ID: 35_22017 Risikoklasse ≥ 10 %	25,08 % 287,37/1.146
3.2.2.5	ID: 35_22018 Summe KCH-Score Risikoklassen	2,59 % 670,70/25.852
3.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.3.1	ID: O_352007 O/N (observed, beobachtet)	2,75 % 711/25.852
3.2.3.2	ID: E_352007 E/N (expected, erwartet)	2,59 % 670,70/25.852
3.2.3.3	**ID: 352007** **O/E**	1,06

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	Risikoadjustierung nach logistischem KCH-30d-Score	
3.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.3.1.1	ID: O_352008 O/N (observed, beobachtet)	3,05 % 780/25.585
3.3.1.2	ID: E_352008 E/N (expected, erwartet)	2,70 % 691,54/25.585
3.3.1.3	**ID: 352008** **O/E**	1,13

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	Risikoadjustierung nach logistischem KCH-365d-Score	
3.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
3.4.1.1	ID: O_352009 O/N (observed, beobachtet)	6,31 % 1.573/24.937
3.4.1.2	ID: E_352009 E/N (expected, erwartet)	6,38 % 1.590,45/24.937
3.4.1.3	**ID: 352009** **O/E**	0,99

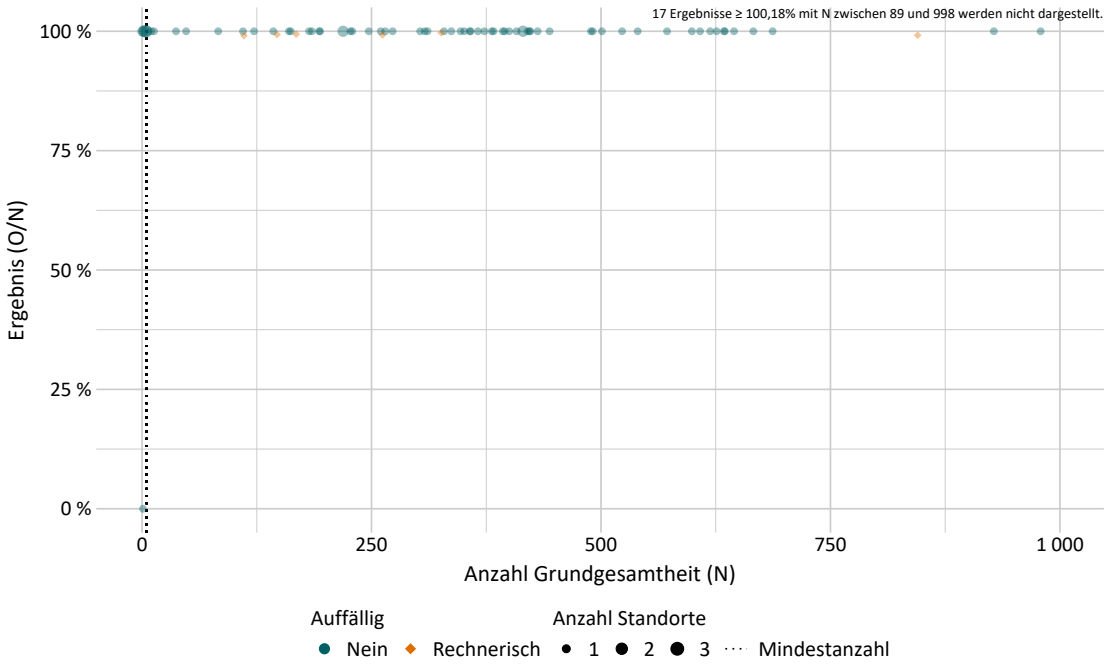
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	96	6	0,00	105,31	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	31.526 / 31.490	100,11	6,25 % 6 / 96

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	88.955	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	25.909	29,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	89.510	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	26.051	29,10
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.632	6,29
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	28.526	31,87
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.873	8,80
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	11.831	13,22
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.587	7,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	593	2,29
1. Quartal	6.522	25,17
2. Quartal	6.451	24,90
3. Quartal	6.695	25,84
4. Quartal	5.648	21,80
Entlassungsquartal		
1. Quartal	6.192	23,90
2. Quartal	6.410	24,74
3. Quartal	6.755	26,07
4. Quartal	6.552	25,29

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	4.634	17,89
8 - 14 Tage	15.391	59,40
15 - 21 Tage	3.486	13,45
22 - 28 Tage	1.154	4,45
> 28 Tage	1.244	4,80

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[3]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	25.909
5. Perzentil	0,00
Mittelwert	2,59
Median	1,00
95. Perzentil	8,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	25.909
5. Perzentil	5,00
Mittelwert	10,27
Median	8,00
95. Perzentil	22,00
Gesamtverweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	25.909
5. Perzentil	6,00
Mittelwert	12,86
Median	10,00
95. Perzentil	28,00

[3] Dargestellt wird der Abstand zur ersten isolierten koronarchirurgischen Operation während des stationären Aufenthalts
[4] Dargestellt wird der Abstand zur ersten isolierten koronarchirurgischen Operation während des stationären Aufenthalts
[5] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	1.218	4,70
50 – 59 Jahre	4.405	17,00
60 – 64 Jahre	4.712	18,19
65 – 69 Jahre	5.303	20,47
70 – 74 Jahre	5.132	19,81
75 – 79 Jahre	3.452	13,32
80 – 89 Jahre	1.679	6,48
≥ 90 Jahre	8	0,03

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	25.909
5. Perzentil	50,00
25. Perzentil	61,00
Mittelwert	66,42
Median	67,00
75. Perzentil	73,00
95. Perzentil	81,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
Geschlecht		
(1) männlich	20.944	80,84
(2) weiblich	4.964	19,16
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	≤3	x

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 25.388**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	135	0,53
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	6.038	23,78
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	10.772	42,43
Adipositas (≥ 30)	8.443	33,26

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	3.052	11,78
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	9.854	38,03
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	11.090	42,80
(IV) Beschwerden in Ruhe	1.913	7,38
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	10.762	41,54
(1) ja	15.147	58,46
Angina Pectoris		
(0) nein	5.978	23,07
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	1.690	6,52
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	6.293	24,29
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	8.702	33,59
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	3.246	12,53
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	14.833	57,25
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	4.925	19,01
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	3.068	11,84
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	919	3,55
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	2.036	7,86
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	92	0,36
(9) unbekannt	36	0,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	23.077	89,07
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	1.311	5,06
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	916	3,54
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	579	2,23
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	9	0,03
(9) unbekannt	17	0,07
Reanimation		
(0) nein	25.197	97,25
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	375	1,45
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	159	0,61
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	171	0,66
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	≤3	x
(9) unbekannt	6	0,02

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	5.060
5. Perzentil	16,00
Mittelwert	29,88
Median	28,00
95. Perzentil	50,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	20.849	80,47
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	23.939	92,40
(2) Vorhofflimmern	1.638	6,32
(9) anderer Rhythmus	332	1,28
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	22.913	88,44
(1) paroxysmal	2.162	8,34
(2) persistierend	550	2,12
(3) permanent	284	1,10
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	25.318	97,72
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	393	1,52
(2) Schrittmacher mit CRT-System	33	0,13
(3) Defibrillator ohne CRT-System	142	0,55
(4) Defibrillator mit CRT-System	23	0,09

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[6]		
(1) normaler, gesunder Patient	272	1,05
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	1.578	6,09
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	15.755	60,81
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	8.018	30,95
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	286	1,10

[6] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
LVEF		
< 15%	76	0,29
15 - 30%	1.813	7,00
31 - 50%	9.378	36,20
> 50%	12.729	49,13
LVEF unbekannt	1.913	7,38
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	23.996
5. Perzentil	29,00
Mittelwert	50,30
Median	53,00
95. Perzentil	65,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	152	0,59
(1) 1-Gefäßerkrankung	777	3,00
(2) 2-Gefäßerkrankung	3.516	13,57
(3) 3-Gefäßerkrankung	21.421	82,68
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	606	2,36
(1) ja, operativ	25.058	97,45
(2) ja, interventionell	50	0,19
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	43	0,17
Hauptstammstenose		
(0) nein	16.265	62,78
(1) ja, gleich oder größer 50%	9.644	37,22

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	23.322	90,02
(1) ja	2.587	9,98
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	25.530	98,54
(1) eine	334	1,29
(2) zwei	28	0,11
(3) drei	9	0,03
(4) vier	≤3	x
(5) fünf oder mehr	≤3	x
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	≤3	x
(9) unbekannt	≤3	x

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
akute Infektionen[7]		
(0) keine	25.335	97,78
(1) Mediastinitis	21	0,08
(2) Sepsis	15	0,06
(3) broncho-pulmonale Infektion	236	0,91
(4) oto-laryngologische Infektion	≤3	x
(5) floride Endokarditis	13	0,05
(6) Peritonitis	≤3	x
(7) Wundinfektion Thorax	≤3	x
(8) Pleuraempym	≤3	x
(9) Venenkatheterinfektion	5	0,02
(10) Harnwegsinfektion	68	0,26
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	35	0,14
(12) HIV-Infektion	25	0,10
(13) Hepatitis B oder C	45	0,17
(18) andere Wundinfektion	23	0,09
(88) sonstige Infektion	120	0,46
Diabetes mellitus		
(0) nein	15.900	61,37
(1) ja, diätetisch behandelt	931	3,59
(2) ja, orale Medikation	5.529	21,34
(3) ja, mit Insulin behandelt	3.281	12,66
(4) ja, unbehandelt	150	0,58
(9) unbekannt	118	0,46

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	20.425	78,83
(1) ja	5.315	20,51
davon:[8]		
periphere AVK	2.833	53,30
Arteria Carotis	2.584	48,62
Aortenaneurysma	459	8,64
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	1.061	19,96
(9) unbekannt	169	0,65
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	22.114	85,35
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	1.354	5,23
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	1.036	4,00
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	1.309	5,05
(9) unbekannt	96	0,37

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	23.637	91,23
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	1.256	4,85
(2) ja, ZNS, andere	461	1,78
(3) ja, peripher	425	1,64
(4) ja, Kombination	38	0,15
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	607	46,91
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	300	23,18
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	265	20,48
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	100	7,73
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	19	1,47
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	≤3	x
(9) unbekannt	92	0,36
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	25.436	98,17
(1) akut	60	0,23
(2) chronisch	413	1,59

[7] Mehrfachnennung möglich
[8] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[9]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	25.436
5. Perzentil	0,60
Mittelwert	1,02
Median	0,97
95. Perzentil	1,60
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	25.436
5. Perzentil	53,04
Mittelwert	90,58
Median	86,00
95. Perzentil	141,44

[9] (letzter Wert vor OP)
[10] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte koronarchirurgische Operationen	**N = 26.051**	
Operation[11]		
(5-361.*) Anlegen eines aortokoronaren Bypass	18.549	71,20
(5-361.*3) Anlegen eines aortokoronaren Bypass - mit Arterien	17.546	67,35
(5-361.*7 oder 5-361.*8) Anlegen eines aortokoronaren Bypass - mit Venen	14.764	56,67
(5-362.*) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik	7.672	29,45
(5-362.*3) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik - mit Arterien	7.355	28,23
(5-362.*7 oder 5-362.*8) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik - mit Venen	3.764	14,45
(5-363.*) Andere Revaskularisation des Herzens	898	3,45

[11] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte koronarchirurgische Operationen	**N = 26.051**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	24.085	92,45
(1) ja	1.966	7,55
davon:[12]		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	154	7,83
Vorhofablation	685	34,84
Eingriff an herznahen Gefäßen	116	5,90
Herzohrverschluss/-amputation	1.390	70,70
interventioneller Koronareingriff (PCI)	5	0,25
sonstige	419	21,31

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte koronarchirurgische Operationen	**N = 26.051**	
Konversionseingriff		
(0) nein	25.675	98,56
(1) ja	376	1,44
Zugang (KC)		
(1) konventionelle Sternotomie	23.859	91,59
(2) minimalinvasiver operativer Zugang	2.192	8,41
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	19.547	75,03
(1) ja	6.504	24,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte koronarchirurgische Operationen	**N = 26.051**	
Dringlichkeit		
(1) elektiv	14.587	55,99
(2) dringlich	7.569	29,05
(3) Notfall	3.651	14,01
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	244	0,94
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	24.756	95,03
(1) ja	1.295	4,97
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	18.846	72,34
(1) ja	7.205	27,66
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	24.897	95,57
(1) ja	1.154	4,43
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	25.825	99,13
(1) ja, IABP	59	0,23
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	105	0,40
(3) ja, andere	62	0,24
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	25.932	99,54
(2) bedingt aseptische Eingriffe	85	0,33
(3) kontaminierte Eingriffe	6	0,02
(4) septische Eingriffe	28	0,11

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl isolierter koronarchirurgischer Operationen mit Angabe von Werten > 0 und < 999	26.045
5. Perzentil	121,00
Mittelwert	220,61
Median	212,00
95. Perzentil	345,00

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte koronarchirurgische Operationen	**N = 26.051**	
Konversion		
(0) nein	25.989	99,76
(1) ja, zu Sternotomie	61	0,23
(2) ja, zu transapikal	≤3	x
(3) ja, zu endovaskulär	0	0,00
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	13	20,97
(2) intraprozedurale Komplikationen	18	29,03
(9) sonstige	31	50,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	25.569	98,69
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	295	1,14
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	45	0,17
Reanimation		
(0) nein	25.452	98,24
(1) ja	457	1,76
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	24.996	96,48
(1) ja	913	3,52
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	24.526	94,66
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	729	2,81
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	572	2,21
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	82	0,32
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	25.901	99,97
(1) ja	8	0,03
Perikardtamponade		
(0) nein	25.504	98,44
(1) ja	405	1,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	25.143	97,04
(1) schwerwiegend	525	2,03
(2) lebensbedrohlich	241	0,93
Mediastinitis[13]		
(0) nein	25.850	99,77
(1) ja	59	0,23
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	25.389	97,99
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	414	1,60
(2) ja, ZNS, andere	106	0,41
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	88	16,92
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	34	6,54
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	110	21,15
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	102	19,62
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	51	9,81
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	57	10,96
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	78	15,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	24.981	96,42
(1) ja	928	3,58
davon:[14]		
Infektion(en)	227	24,46
Sternuminstabilität	132	14,22
Gefäßruptur	12	1,29
Dissektion	9	0,97
therapierelevante Blutung/Hämatom	422	45,47
Ischämie	103	11,10
AV-Fistel	0	0,00
Aneurysma spurium	≤3	x
sonstige	204	21,98

[13] nach den KISS-Definitionen

[14] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	25.319	97,72
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	393	1,52
(2) Schrittmacher mit CRT-System	27	0,10
(3) Defibrillator ohne CRT-System	147	0,57
(4) Defibrillator mit CRT-System	23	0,09

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation	**N = 25.909**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	15.580	60,13
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	618	2,39
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	12	0,05
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	103	0,40
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	5.701	22,00
(07) Tod	728	2,81
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[15]	90	0,35
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	3.017	11,64
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	39	0,15
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[16]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[17]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	4	0,02
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[18]		
(1) ja	4	0,02

[15] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[16] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[17] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[18] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-KC-KOMB: Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2023, 2024 und 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 11

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023 14

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 15

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 15

362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 15

362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 18

362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 22

362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 25

362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen 28

Details zu den Ergebnissen 31

362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff 34

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 37

362400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 37

362401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 40

Gruppe: Sterblichkeit 43

362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 43

362019: Sterblichkeit im Krankenhaus 46

362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 50

362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres ... 54
Details zu den Ergebnissen ... 58
Basisauswertung ... 60
Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 60
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 61
Patientin / Patient ... 63
Body Mass Index (BMI) ... 64
Anamnese / präoperative Befunde ... 65
Kardiale Befunde ... 68
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 70
Weitere Begleiterkrankungen ... 71
Operation / Prozedur ... 75
OP-Basisdaten ... 75
präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung ... 80
präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung ... 81
Dosis-Flächen-Produkt ... 81
Kontrastmittelmenge ... 82
Intraprozedurale Komplikationen ... 82
Postoperativer Verlauf ... 85
Entlassung / Verlegung ... 89

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

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

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

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2024 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2025 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2024).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	89.007 88.955 52	88.902	100,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	302		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	324	330	98,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	288	293	98,29

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	247	246	100,41

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2025	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	88.955	95,47 N = 84.924

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.566	95,86 N = 80.109

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.236	95,77 N = 77.796

Ergebnisübersicht

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

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2025 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	Nicht definiert	21,80 % O = 438 N = 2.009
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	1,02 O/E = 247 / 241,25 4,73 % O/N = 247 / 5.218
Gruppe: Sterblichkeit			
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	5,74 % O = 304 N = 5.294
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	1,03 O/E = 391 / 380,56 6,97 % O/N = 391 / 5.613
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	1,01 O/E = 407 / 404,49 7,32 % O/N = 407 / 5.560

© IQTIG 2026

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

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	1,05 % O = 19 N = 1.813
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	10,45 % O = 206 N = 1.972
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	Transparenzkennzahl	5,33 % O = 306 N = 5.741
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	Nicht definiert	9,28 % O = 183 N = 1.972
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	Nicht definiert	2,49 % O = 143 N = 5.745

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit			
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	1,01 O/E = 794 / 784,95 13,82 % O/N = 794 / 5.745

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

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	4,19 % O = 232 N = 5.533

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

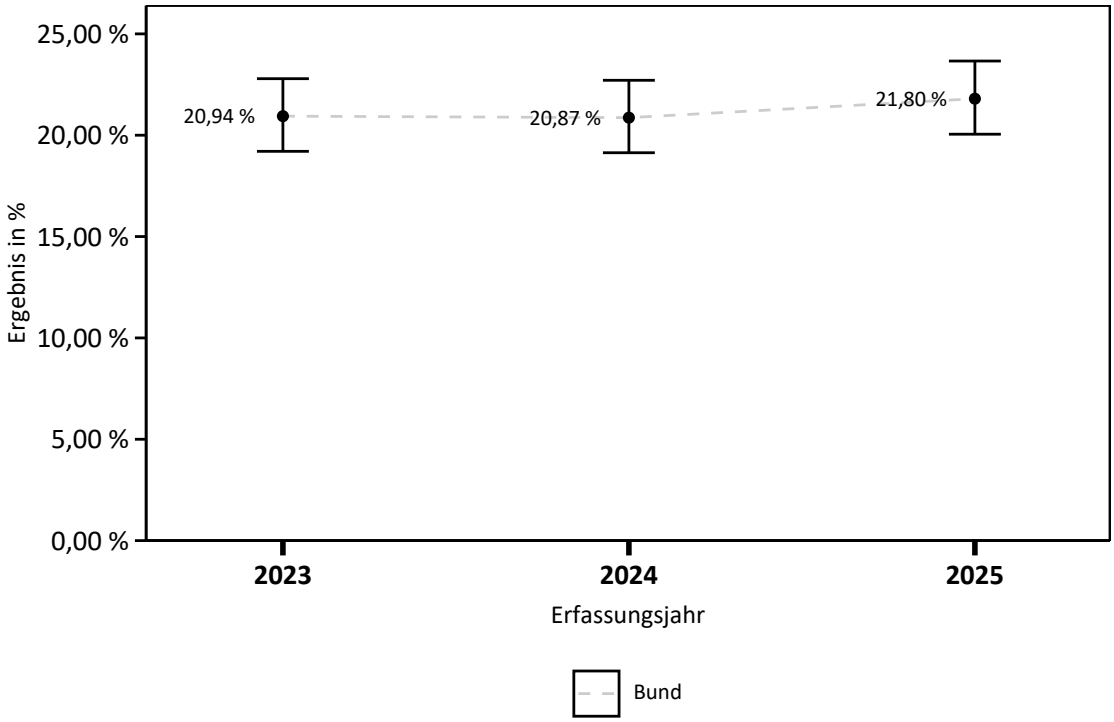
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

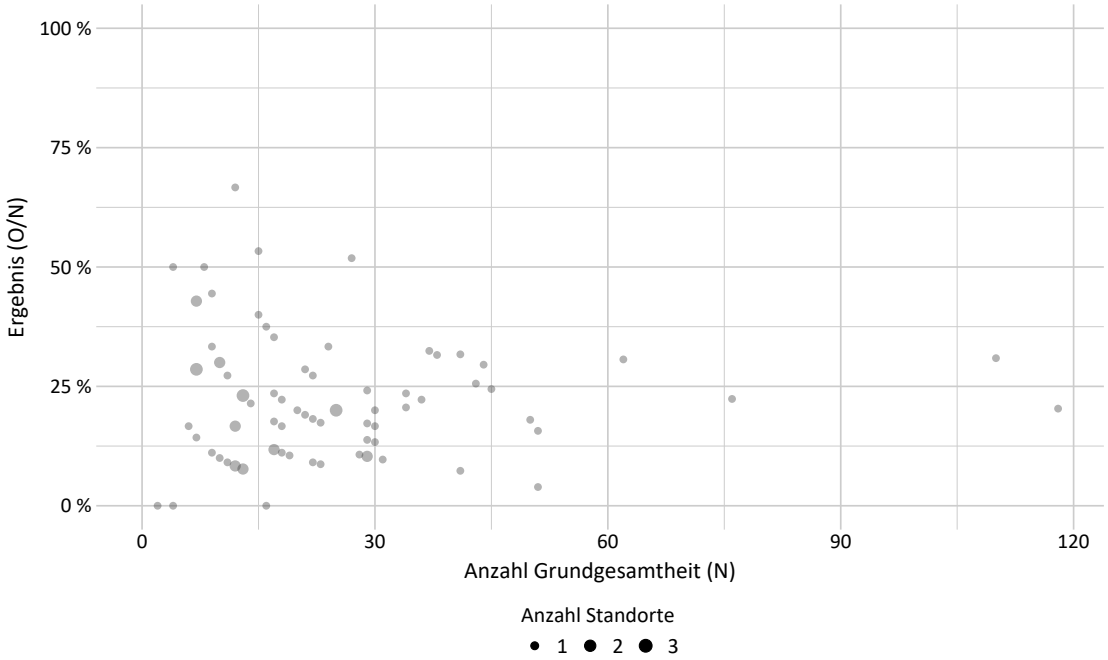
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	414 / 1.977	20,94	19,20 - 22,79
	2024	414 / 1.984	20,87	19,14 - 22,71
	2025	438 / 2.009	21,80	20,05 - 23,66

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	83	0	0,00	66,67	20,00

362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit präoperativ nicht nachweisbarem neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KCKombScore für ID 362005
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Diabetes mellitus mit Insulin behandelt Periphere AVK Arterielle Gefäßerkrankung: Arteria Carotis Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit Eingriff an der Mitralklappe
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

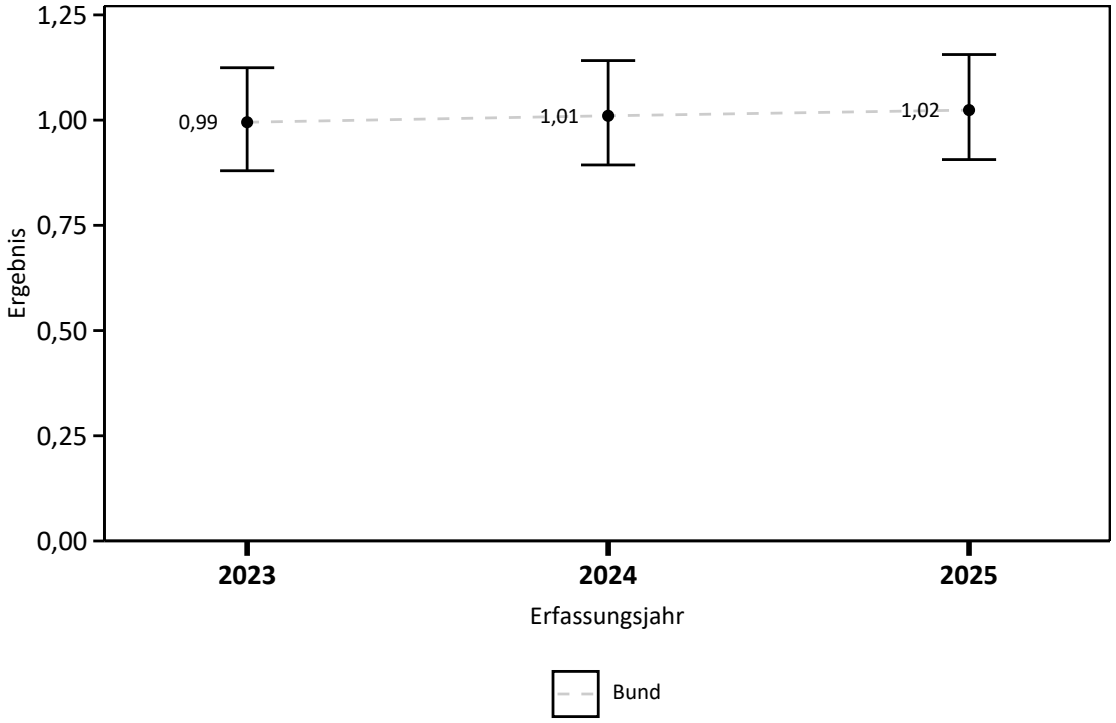
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	5.341	243 / 244,23	0,99	0,88 - 1,12
	2024	5.338	244 / 241,52	1,01	0,89 - 1,14
	2025	5.218	247 / 241,25	1,02	0,91 - 1,16

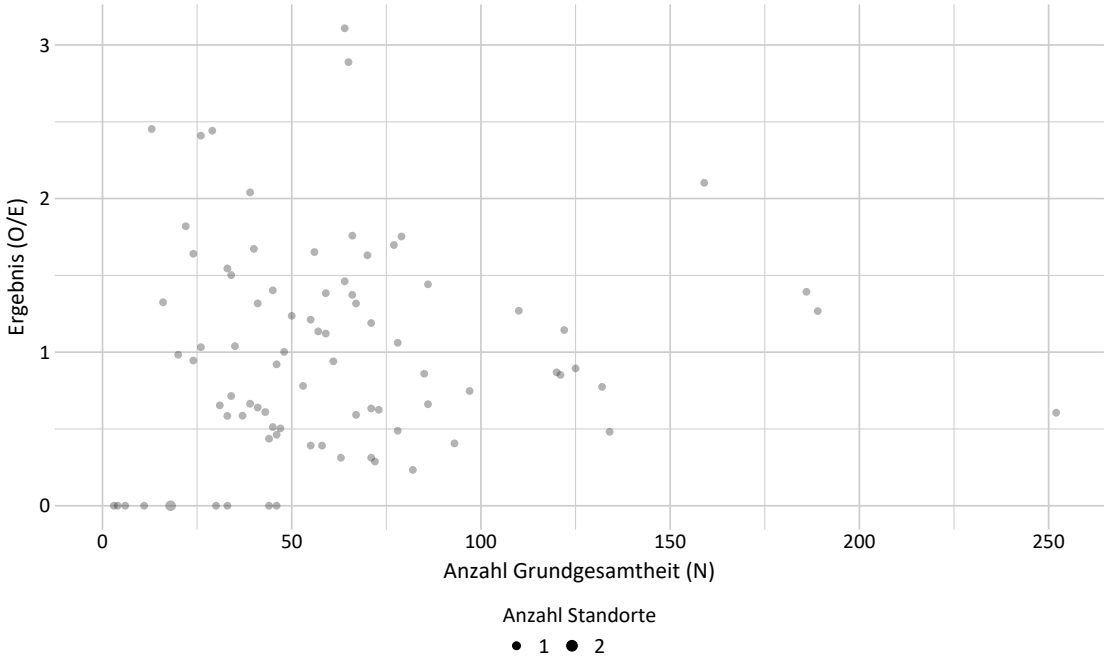
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

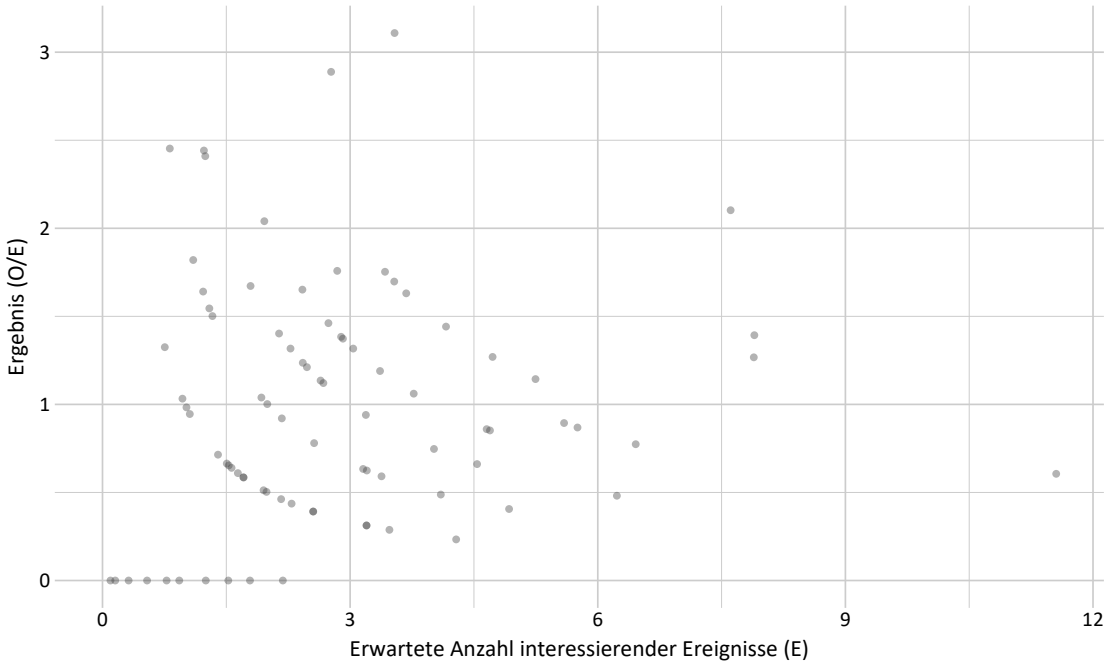
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



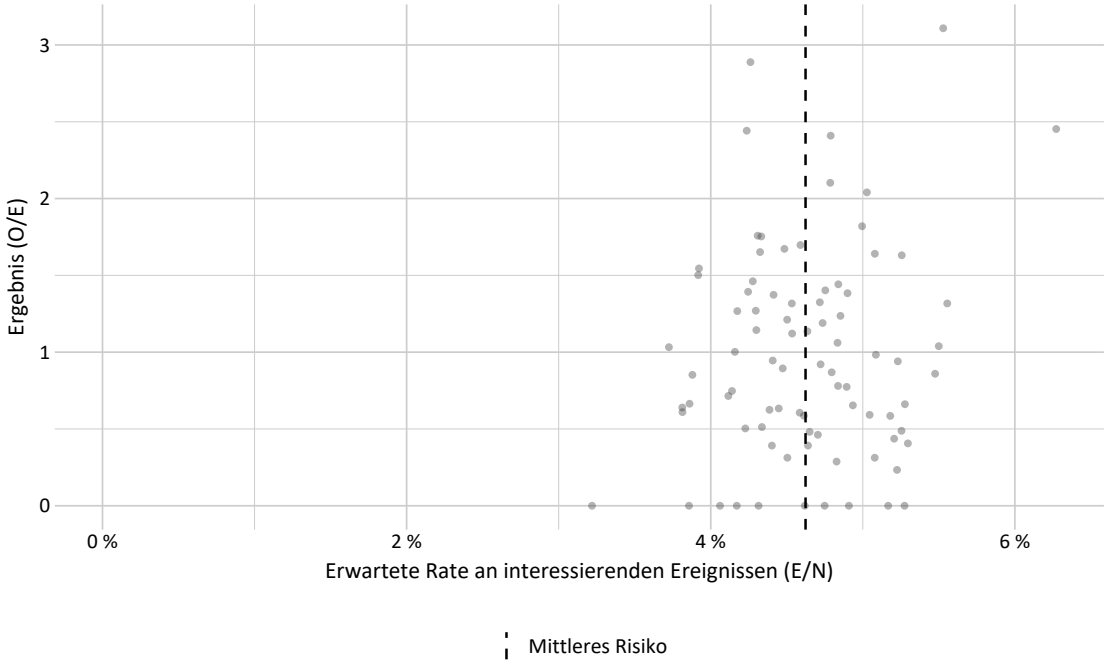
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	84	0	0,00	3,11	0,91

362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

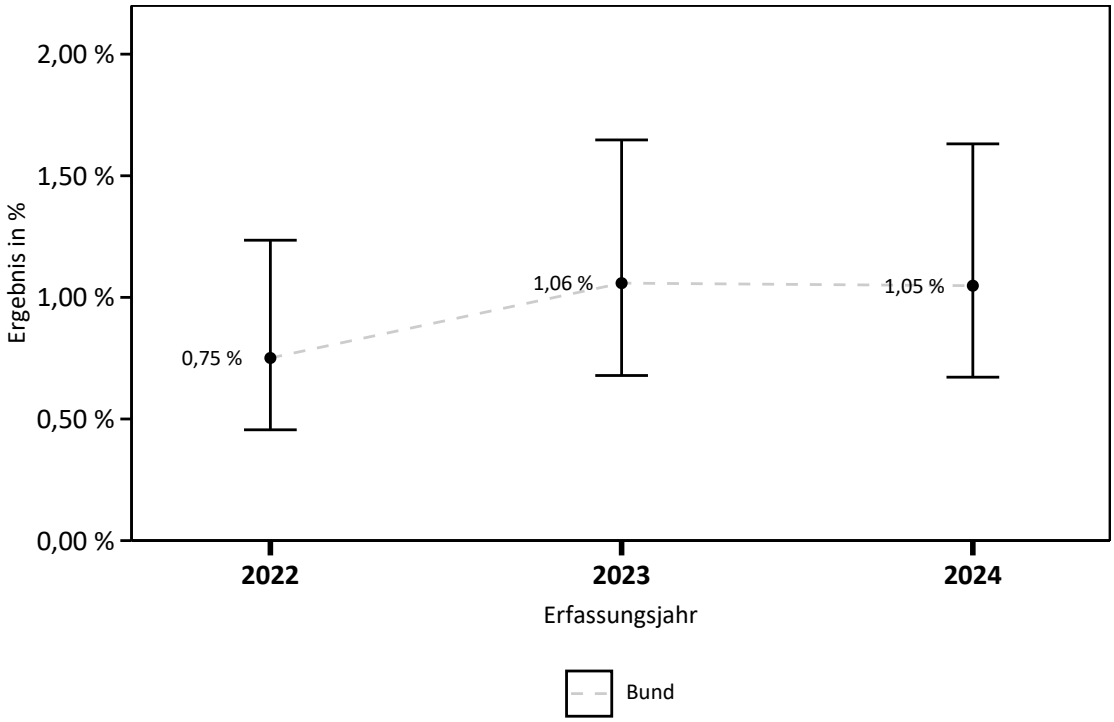
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden und ohne präoperative Endokarditis
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

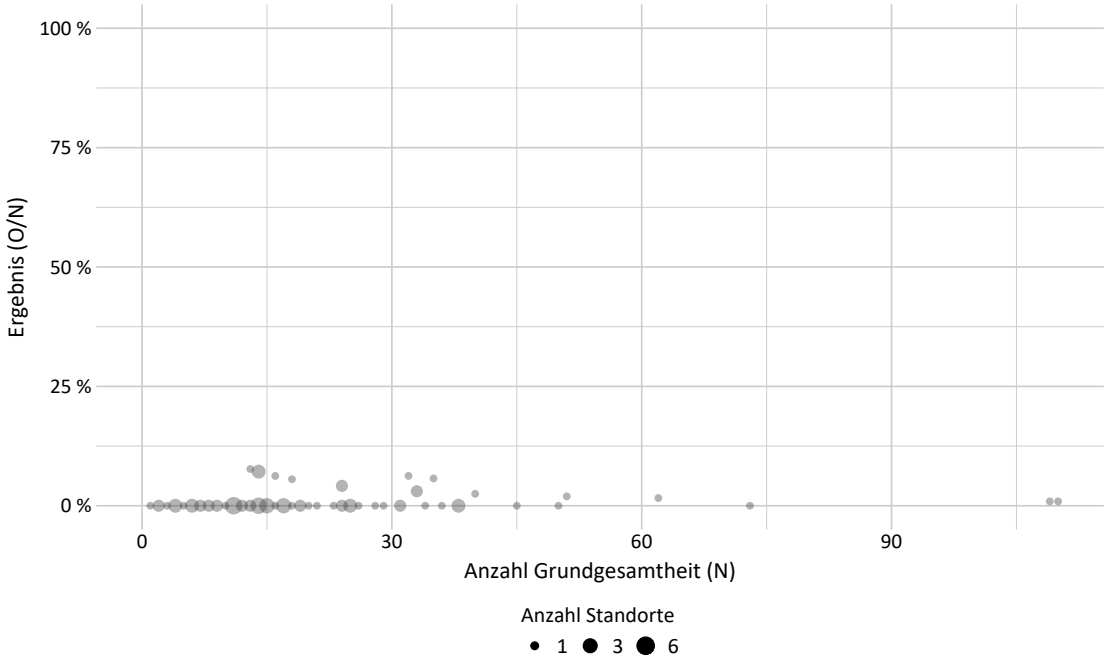
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	15 / 1.998	0,75	0,46 - 1,24
	2023	19 / 1.795	1,06	0,68 - 1,65
	2024	19 / 1.813	1,05	0,67 - 1,63

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	7,69	0,00

362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

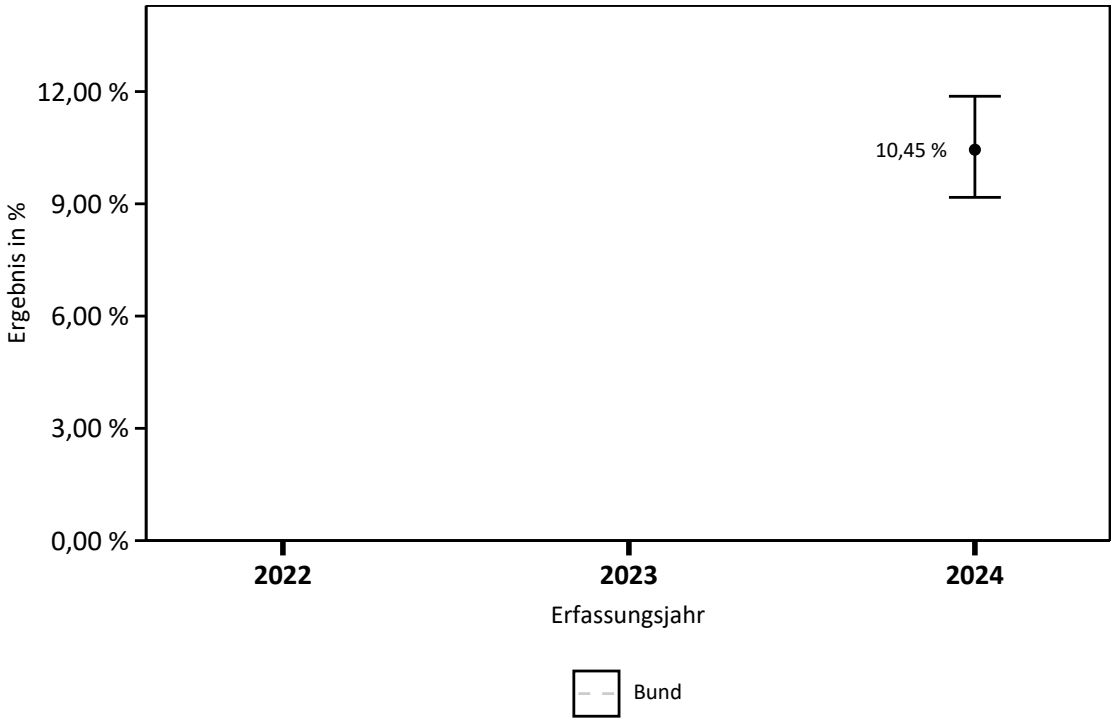
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäß-komplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

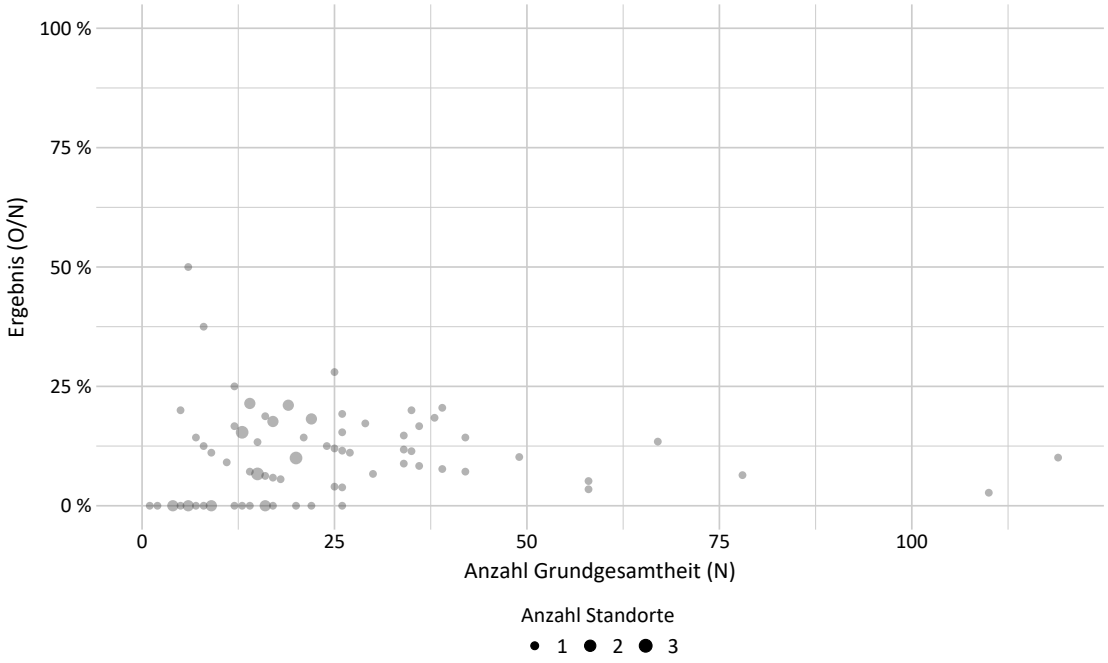
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	235 / 2.157	10,89	9,65 - 12,28
	2023	214 / 1.958	10,93	9,62 - 12,39
	2024	206 / 1.972	10,45	9,17 - 11,87

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	50,00	10,00

362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

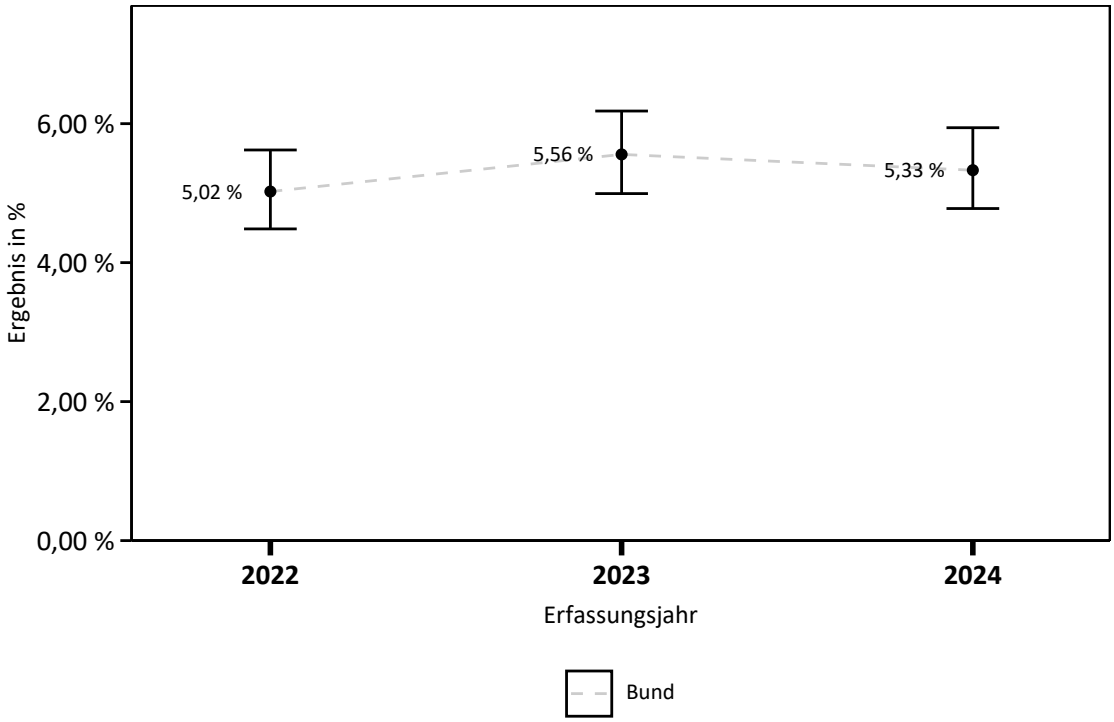
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden, ohne präoperative Mediastinitis oder Wundinfektion des Thorax
Zähler	Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung einer postoperativen tiefen Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

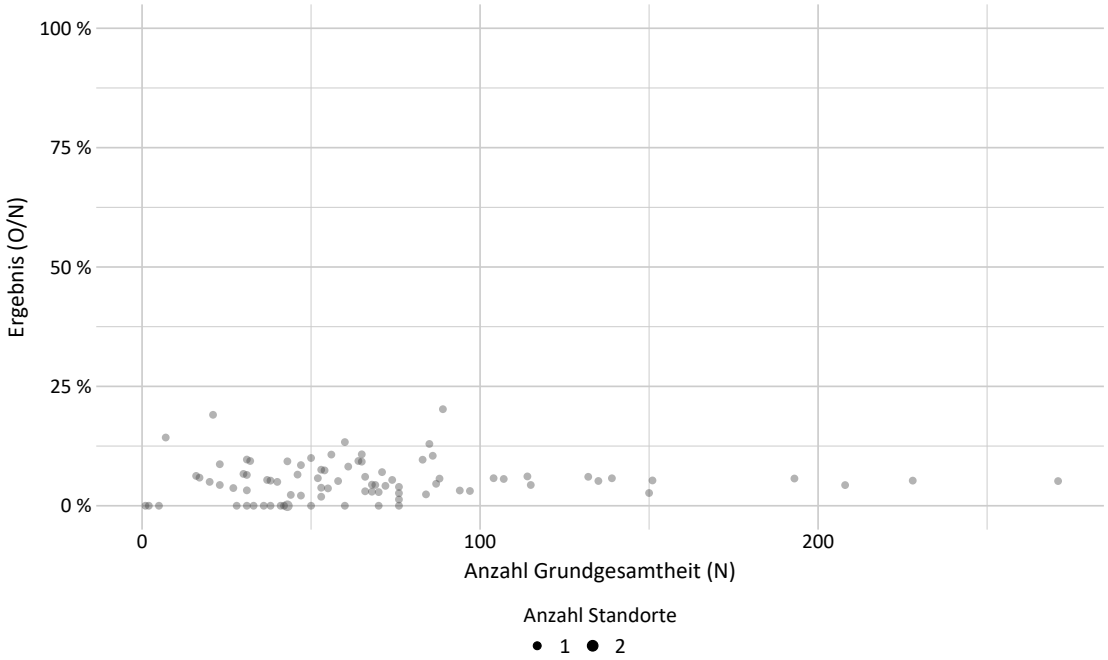
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	286 / 5.694	5,02	4,49 - 5,62
	2023	318 / 5.722	5,56	4,99 - 6,18
	2024	306 / 5.741	5,33	4,78 - 5,94

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	85	0	0,00	20,22	5,17

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 362004** **Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden**	21,80 % 438/2.009
1.1.1	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte intraprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden	
1.1.1.1	ID: 36_22023 Device-Fehlpositionierung	0,00 % 0/2.009
1.1.1.2	ID: 36_22024 Aortendissektion	0,00 % 0/2.009
1.1.1.3	ID: 36_22025 Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	0,20 % 4/2.009
1.1.1.4	ID: 36_22026 Perikardtamponade	x % ≤3/2.009
1.1.1.5	ID: 36_22027 Rhythmusstörungen	0,40 % 8/2.009
1.1.1.6	ID: 36_22028 Low Cardiac Output mit Therapie[1]	2,74 % 55/2.009
1.1.1.7	ID: 36_22029 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)	1,34 % 27/2.009
1.1.1.8	ID: 36_22030 Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation	0,20 % 4/2.009
1.1.2	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte postprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden	
1.1.2.1	ID: 36_22031 Komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff	10,85 % 218/2.009
1.1.2.2	ID: 36_22032 Mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial	0,75 % 15/2.009
1.1.2.3	ID: 36_22033 Paravalvuläre Leckage	0,55 % 11/2.009
1.1.2.4	ID: 36_22034 Neu aufgetretener Herzinfarkt	1,99 % 40/2.009
1.1.2.5	ID: 36_22035 Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf)	6,37 % 128/2.009

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.2.6	ID: 36_22036 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)	10,20 % 205/2.009
1.1.3	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden	
1.1.3.1	ID: 36_22037 Infektion(en)	1,00 % 20/2.009
1.1.3.2	ID: 36_22038 Sternuminstabilität	1,39 % 28/2.009
1.1.3.3	ID: 36_22039 Gefäßruptur	0,25 % 5/2.009
1.1.3.4	ID: 36_22040 Dissektion	x % ≤3/2.009
1.1.3.5	ID: 36_22041 Therapierelevante Blutungen/Hämatom	4,68 % 94/2.009
1.1.3.6	ID: 36_22042 Ischämie	0,40 % 8/2.009
1.1.3.7	ID: 36_22043 AV- Fistel	0,00 % 0/2.009
1.1.3.8	ID: 36_22044 Sonstige	1,39 % 28/2.009

[1] IABP, VAD oder ECMO

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.2.1.1	ID: O_362005 O/N (observed, beobachtet)	4,73 % 247/5.218
1.2.1.2	ID: E_362005 E/N (expected, erwartet)	4,62 % 241,25/5.218
1.2.1.3	**ID: 362005** **O/E**	1,02
1.2.1.3.1	ID: 36_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	5,48 % 141/2.574
1.2.1.3.2	ID: 36_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[2]	8,14 % 42/516

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.1.3.3	ID: 36_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	6,21 % 35/564

[2] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 362006** **Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen**	1,05 % 19/1.813

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 362007** **Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen**	10,45 % 206/1.972

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.5	**ID: 362008** **Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen**	5,33 % 306/5.741

362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff

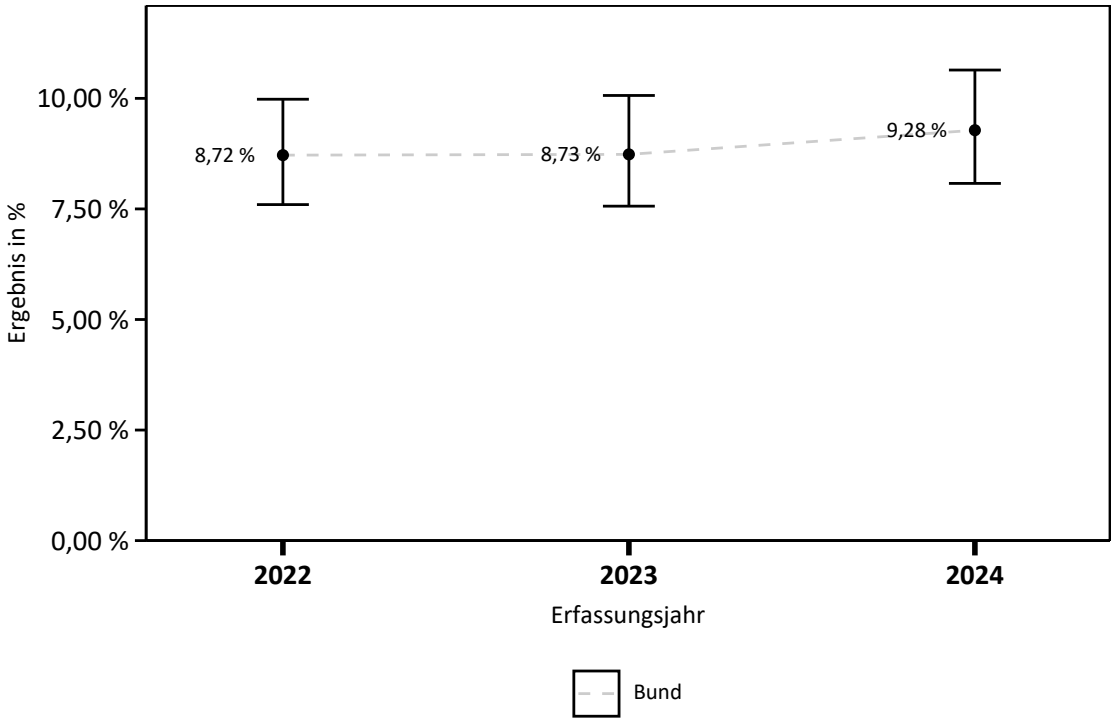
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

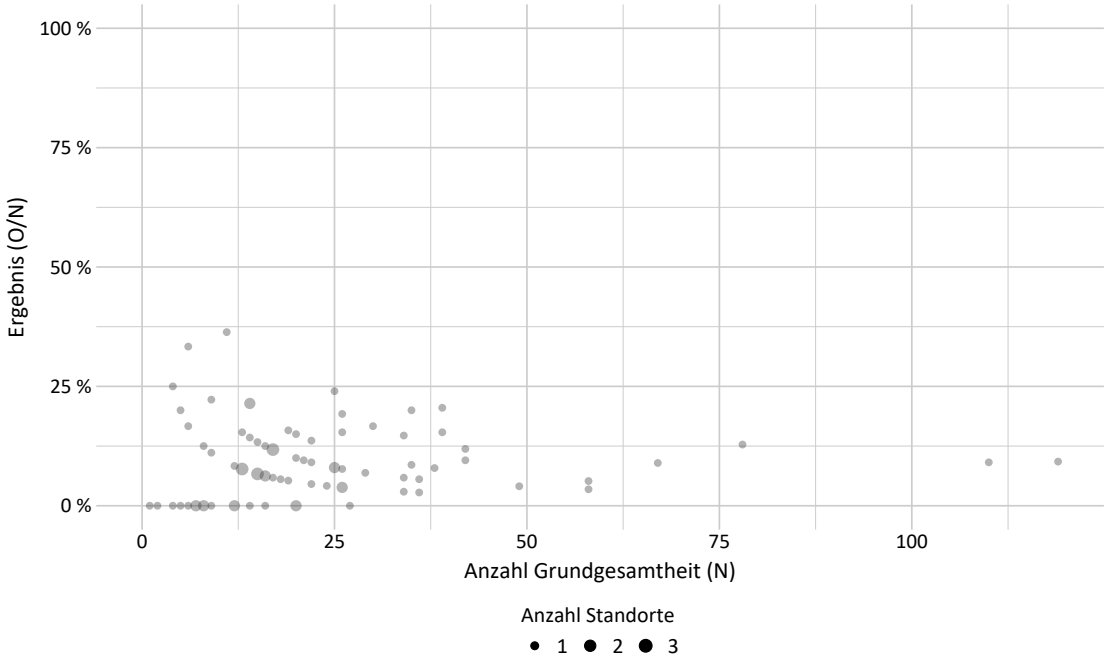
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	188 / 2.157	8,72	7,60 - 9,98
	2023	171 / 1.958	8,73	7,56 - 10,07
	2024	183 / 1.972	9,28	8,08 - 10,64

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	36,36	7,89

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

362400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

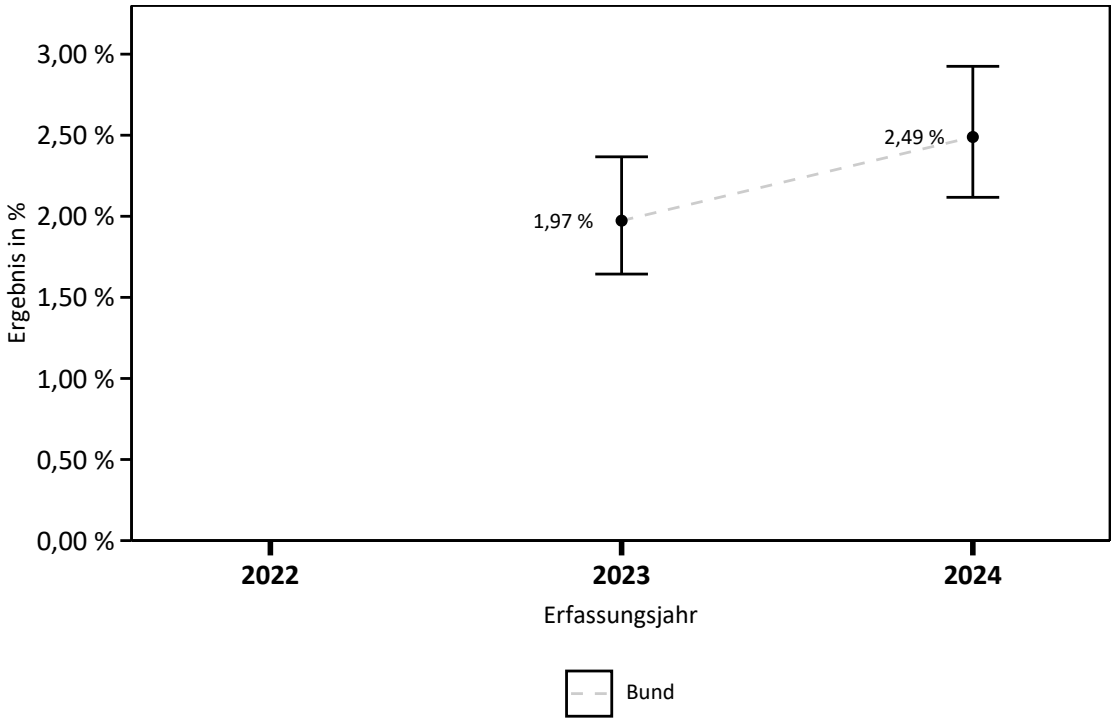
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem koronarchirurgischem Eingriff oder einer perkutanen Koronarintervention (PCI) nach koronarchirurgischem Eingriff oder einem erneuten Aortenklappeneingriff oder einer Prothesenintervention nach Aortenklappeneingriff oder einem erneuten Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

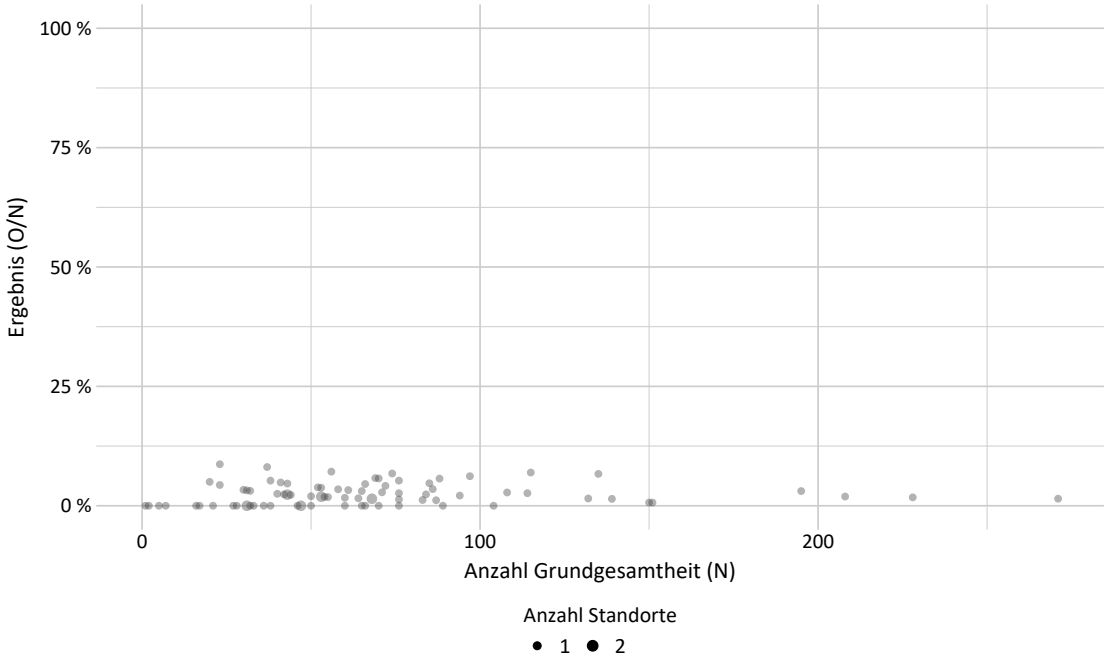
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	113 / 5.727	1,97	1,64 - 2,37
	2024	143 / 5.745	2,49	2,12 - 2,92

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	85	0	0,00	8,70	1,89

362401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

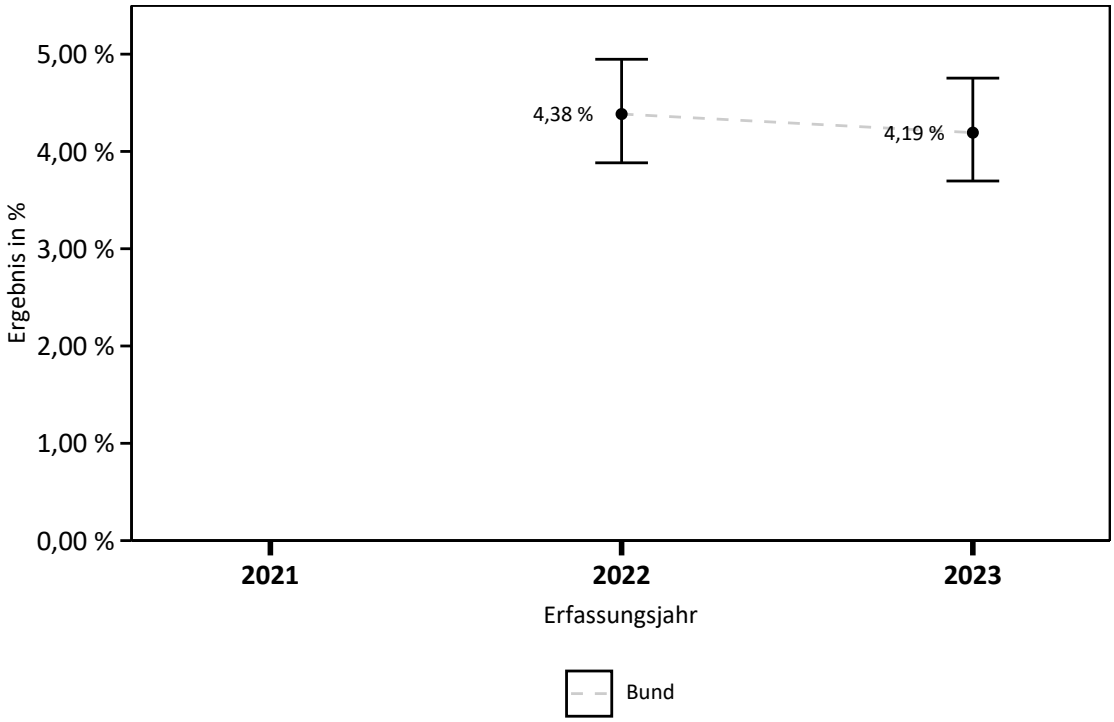
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem koronarchirurgischem Eingriff oder einer perkutanen Koronarintervention (PCI) nach koronarchirurgischem Eingriff oder einem erneuten Aortenklappeneingriff oder einer Prothesenintervention nach Aortenklappeneingriff oder einem erneuten Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

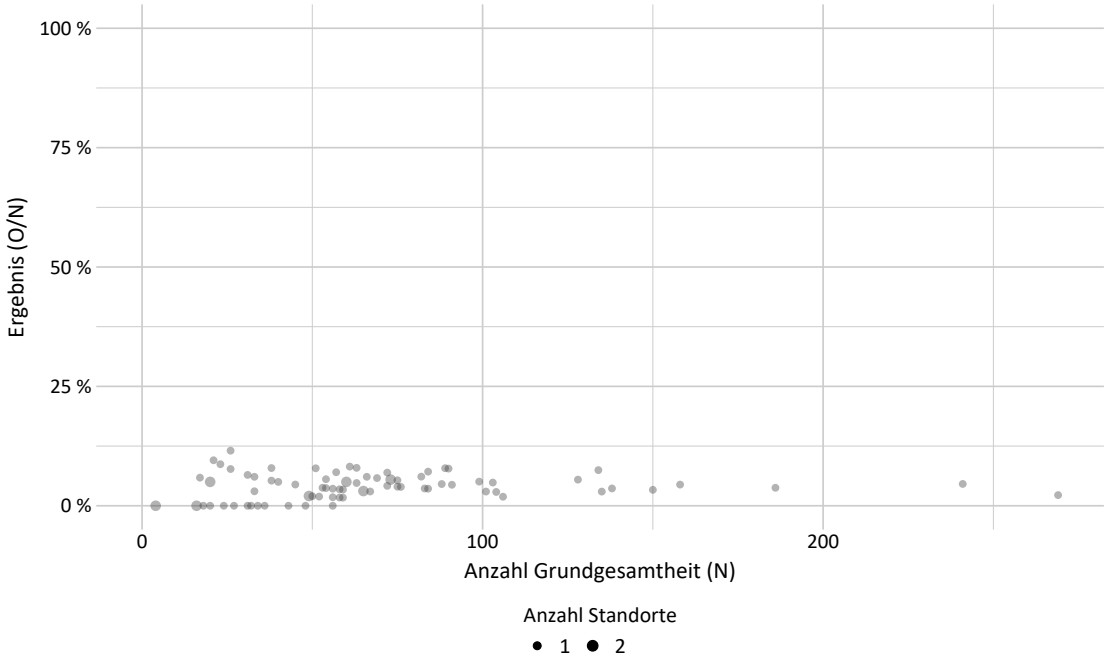
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2021**	- / -	-	-
	2022	250 / 5.702	4,38	3,88 - 4,95
	2023	232 / 5.533	4,19	3,70 - 4,75

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2023	83	0	0,00	11,54	3,95

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

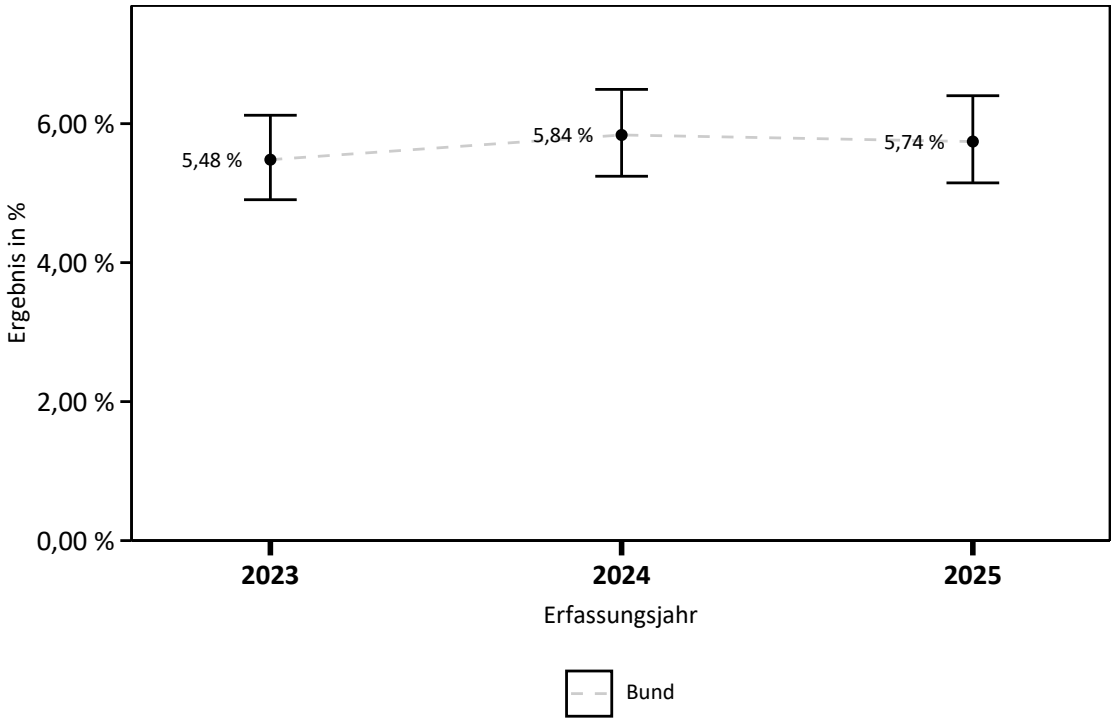
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

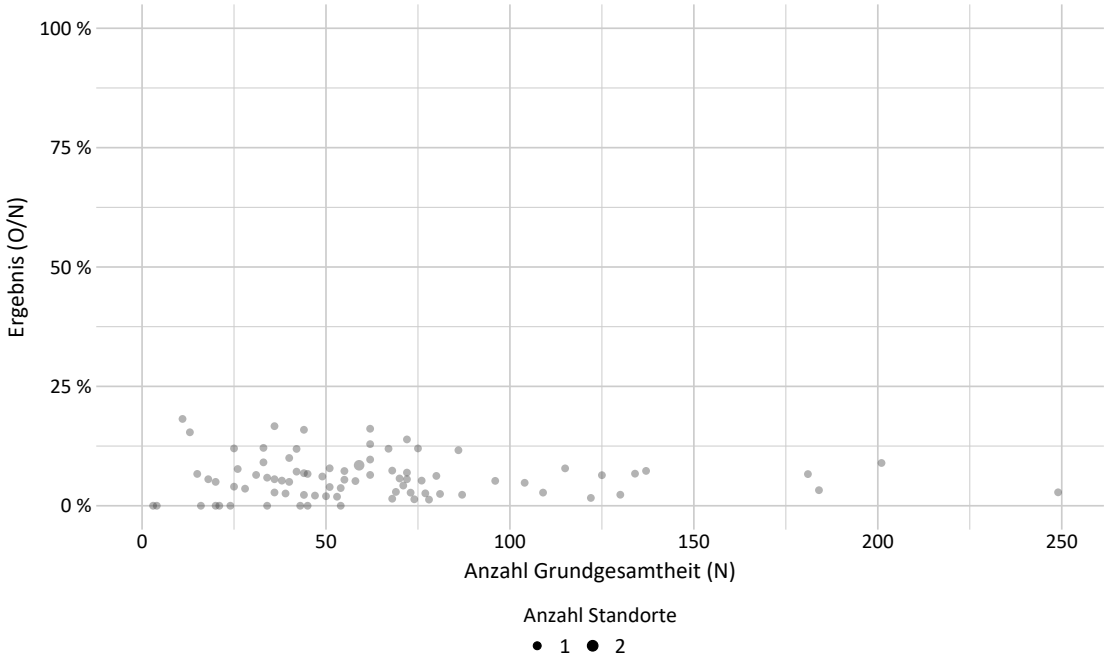
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	296 / 5.400	5,48	4,91 - 6,12
	2024	316 / 5.414	5,84	5,24 - 6,49
	2025	304 / 5.294	5,74	5,15 - 6,40

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	84	0	0,00	18,18	5,51

362019: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KBHK-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Body-Mass-Index (BMI) über 40 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere Eingriff an der Mitralklappe
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

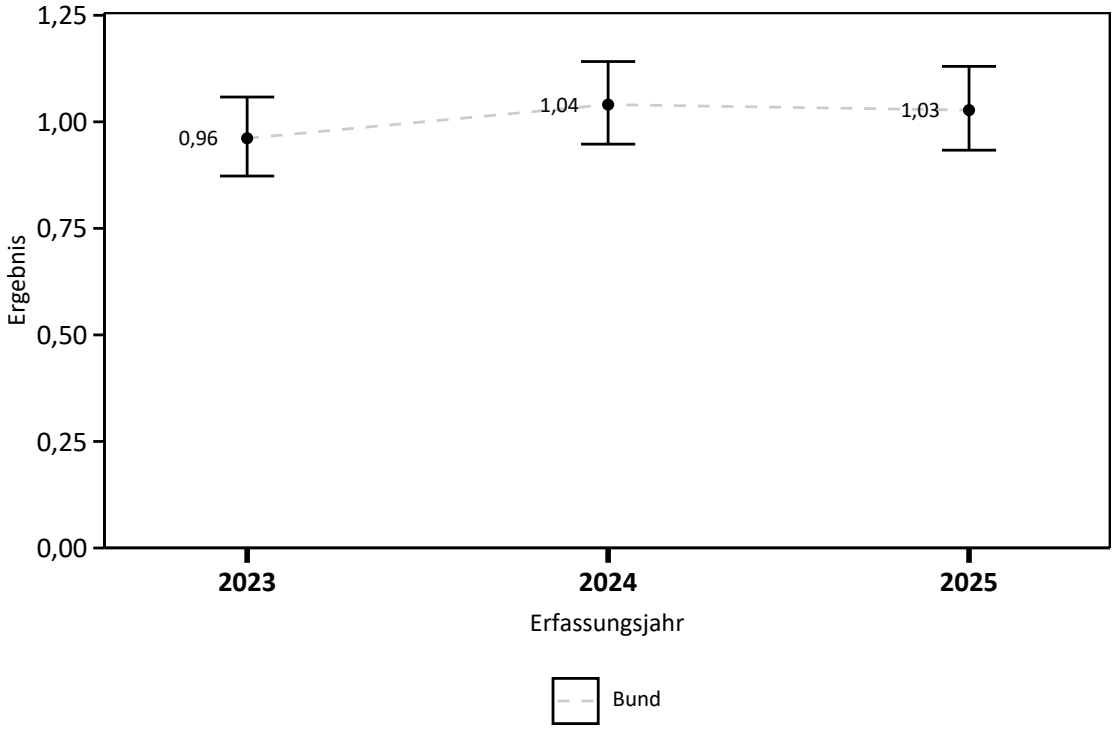
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	5.767	386 / 401,49	0,96	0,87 - 1,06
	2024	5.785	412 / 395,98	1,04	0,95 - 1,14
	2025	5.613	391 / 380,56	1,03	0,93 - 1,13

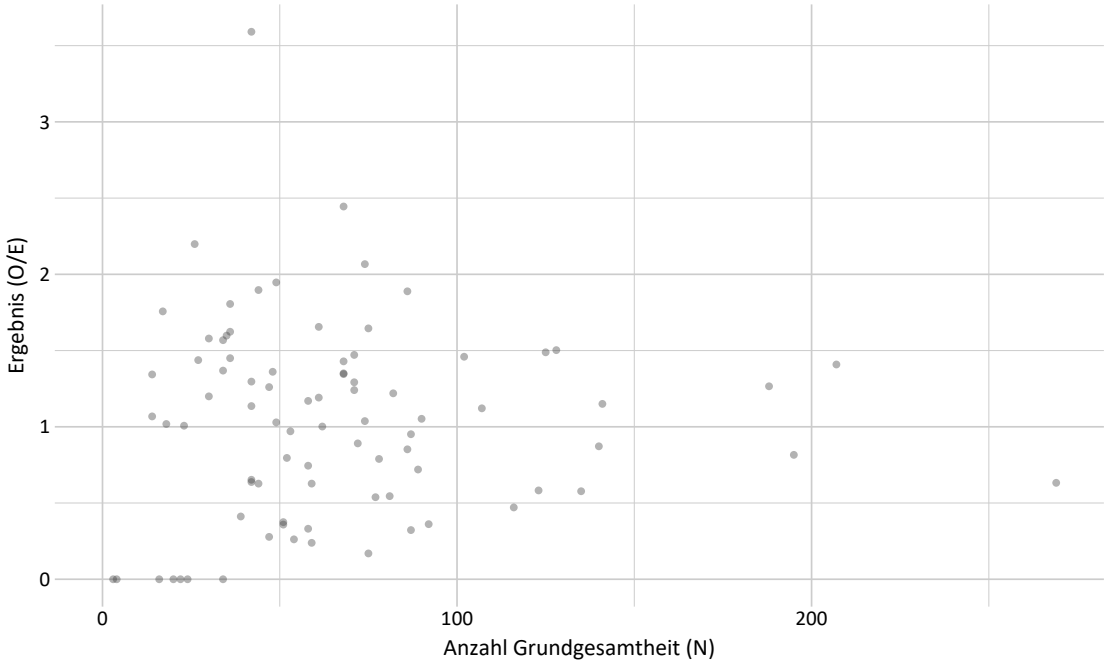
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

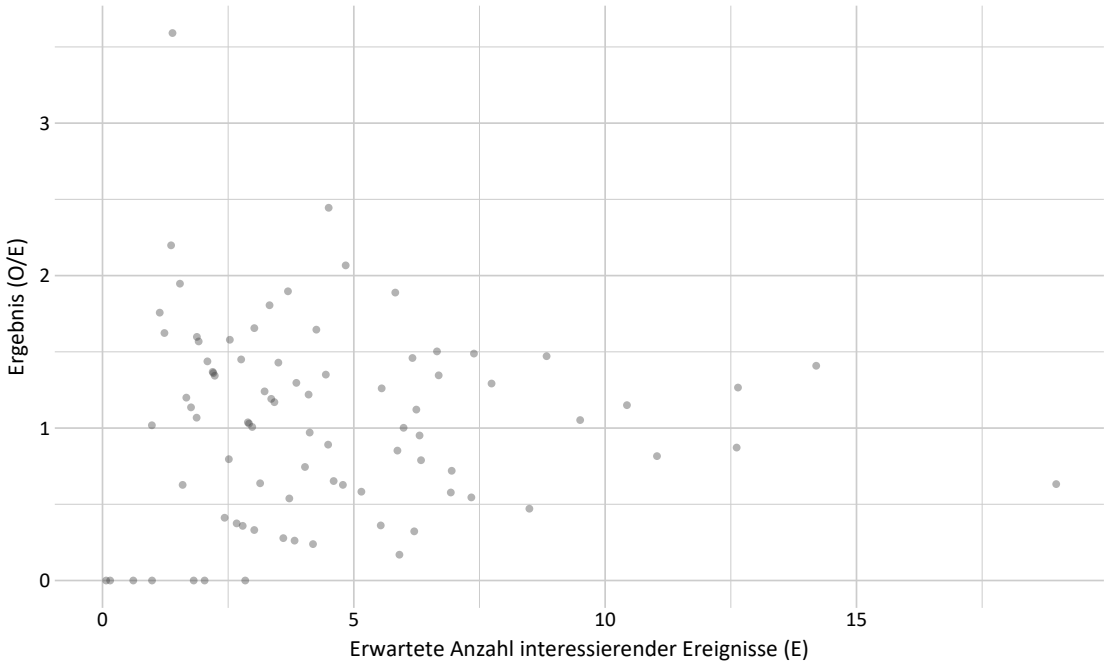
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



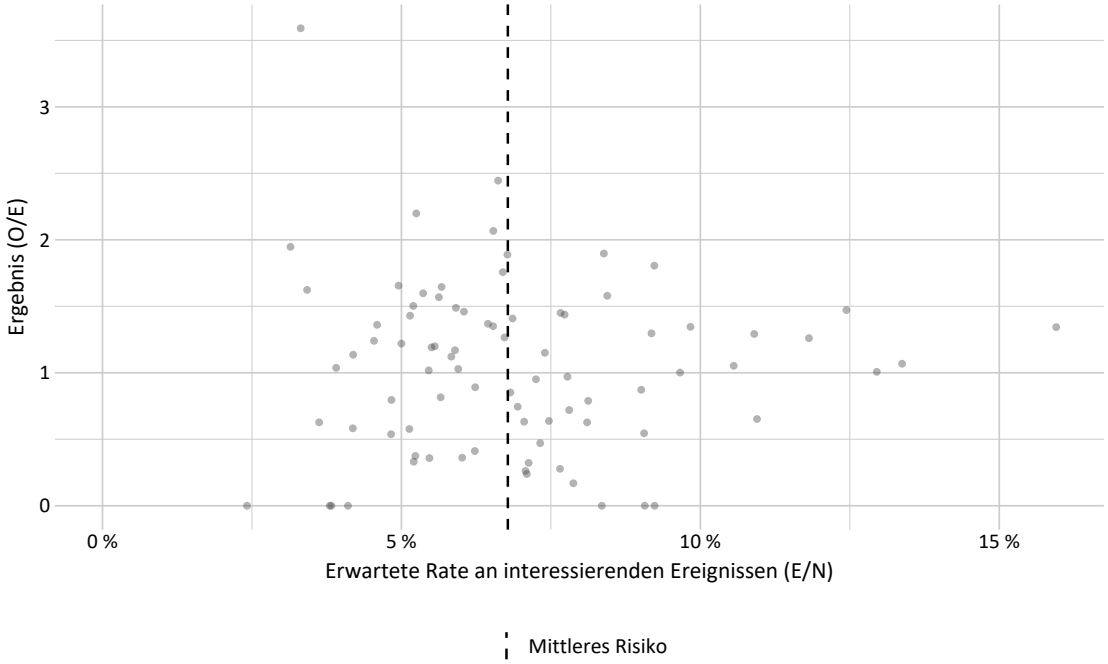
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	84	0	0,00	3,59	1,04

362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KBHK-30d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Body-Mass-Index (BMI) über 40 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere Eingriff an der Mitralklappe
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

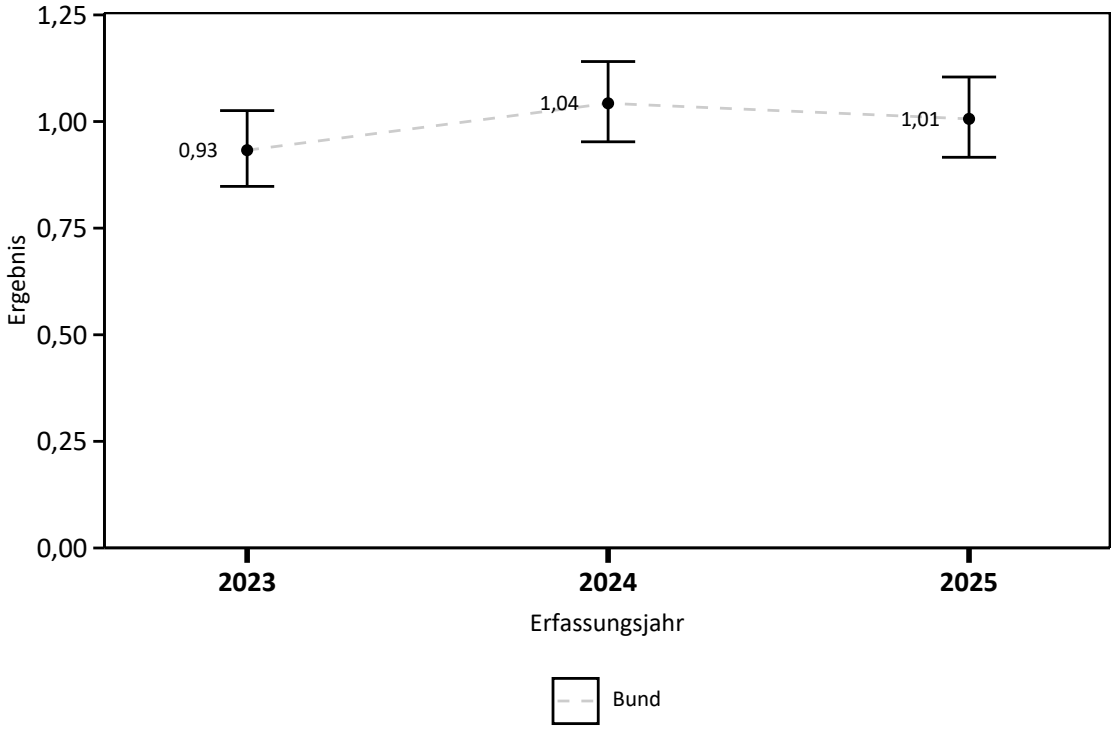
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	5.681	394 / 422,38	0,93	0,85 - 1,03
	2024	5.697	436 / 418,16	1,04	0,95 - 1,14
	2025	5.560	407 / 404,49	1,01	0,92 - 1,10

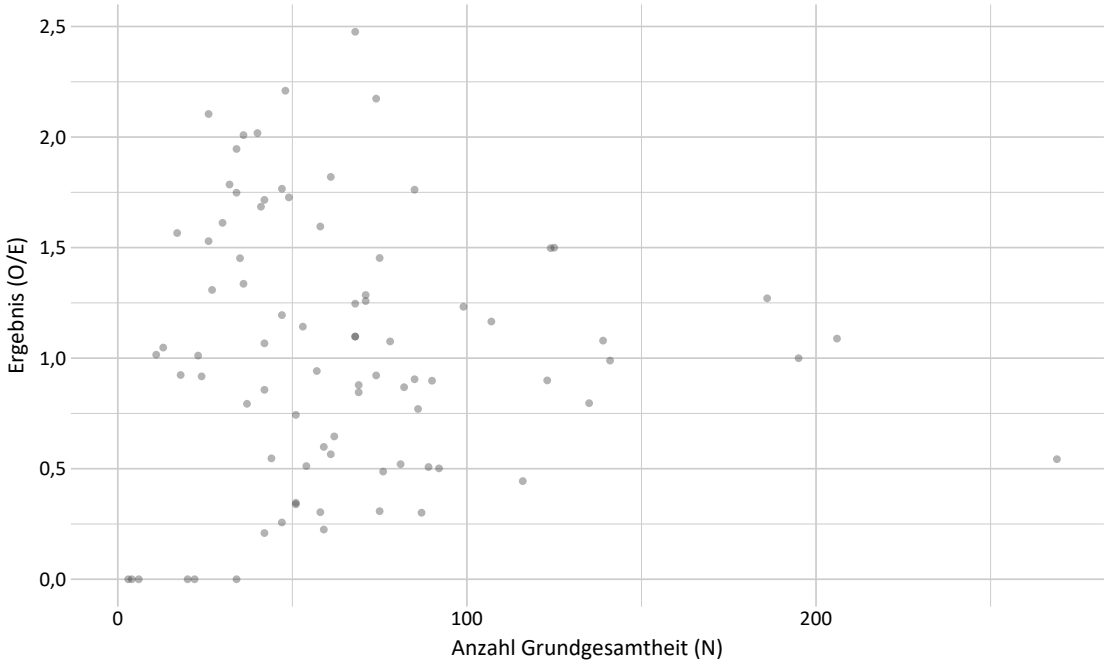
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

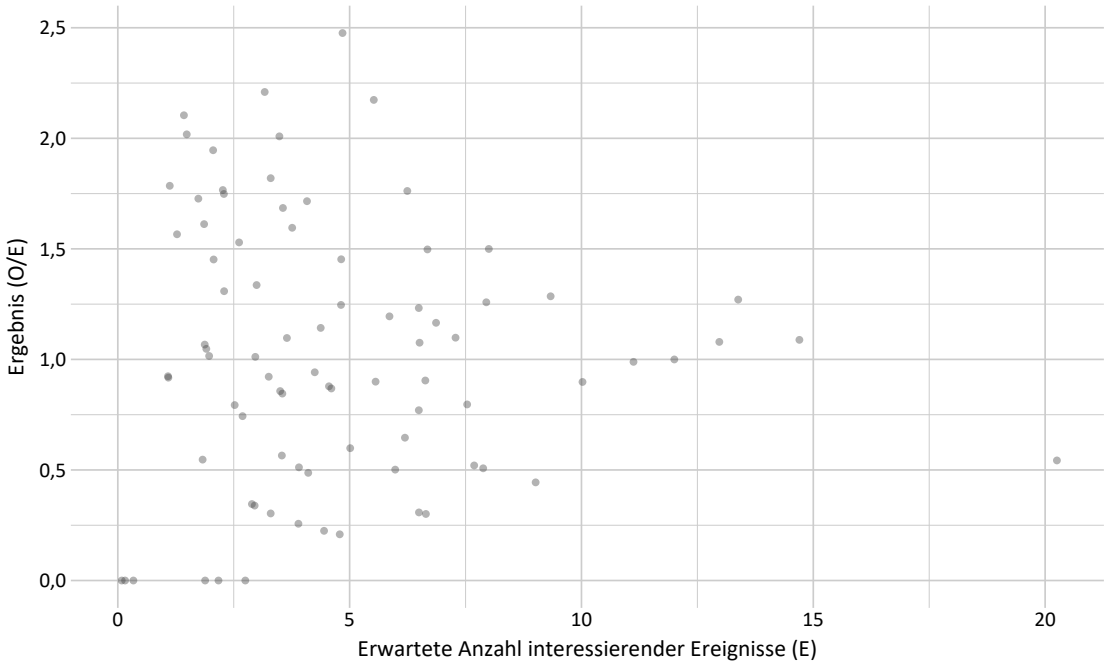
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



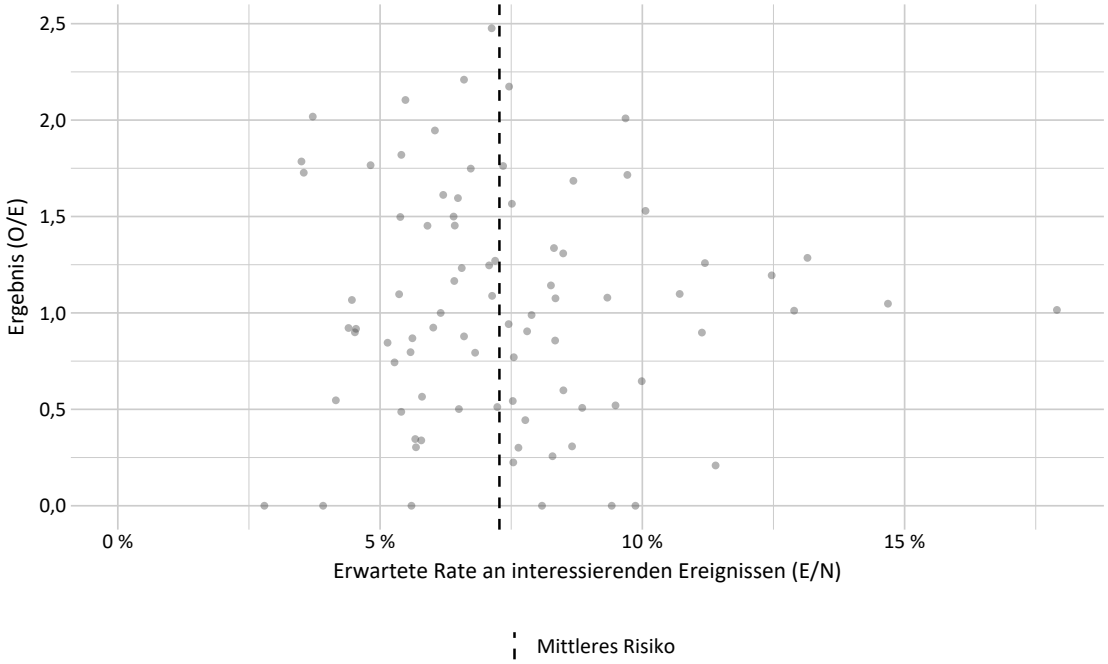
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	84	0	0,00	2,48	1,01

362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem KBHK-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Body-Mass-Index (BMI) über 40 Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock ≤ 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere Eingriff an der Mitralklappe
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

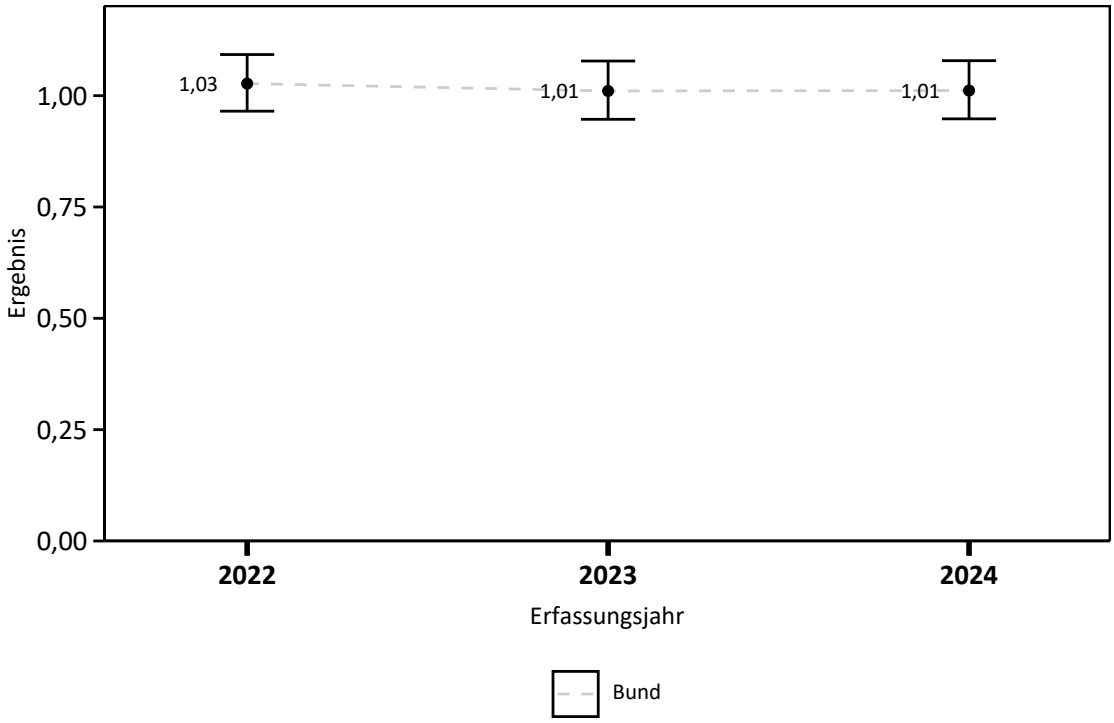
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	5.699	852 / 829,45	1,03	0,97 - 1,09
	2023	5.727	790 / 781,68	1,01	0,95 - 1,08
	2024	5.745	794 / 784,95	1,01	0,95 - 1,08

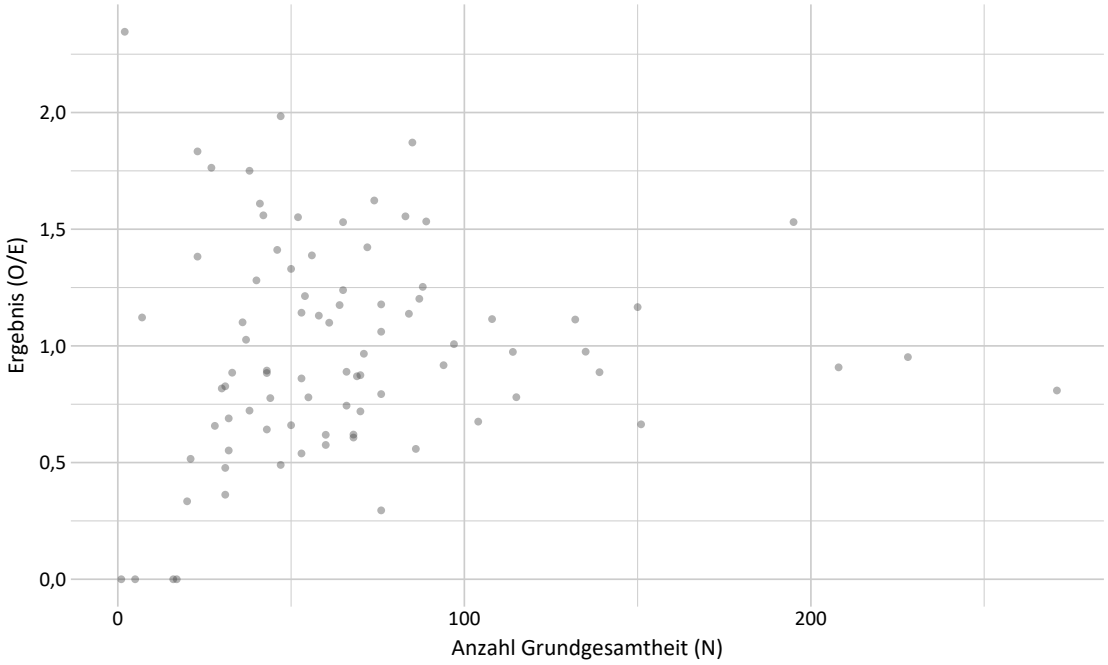
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

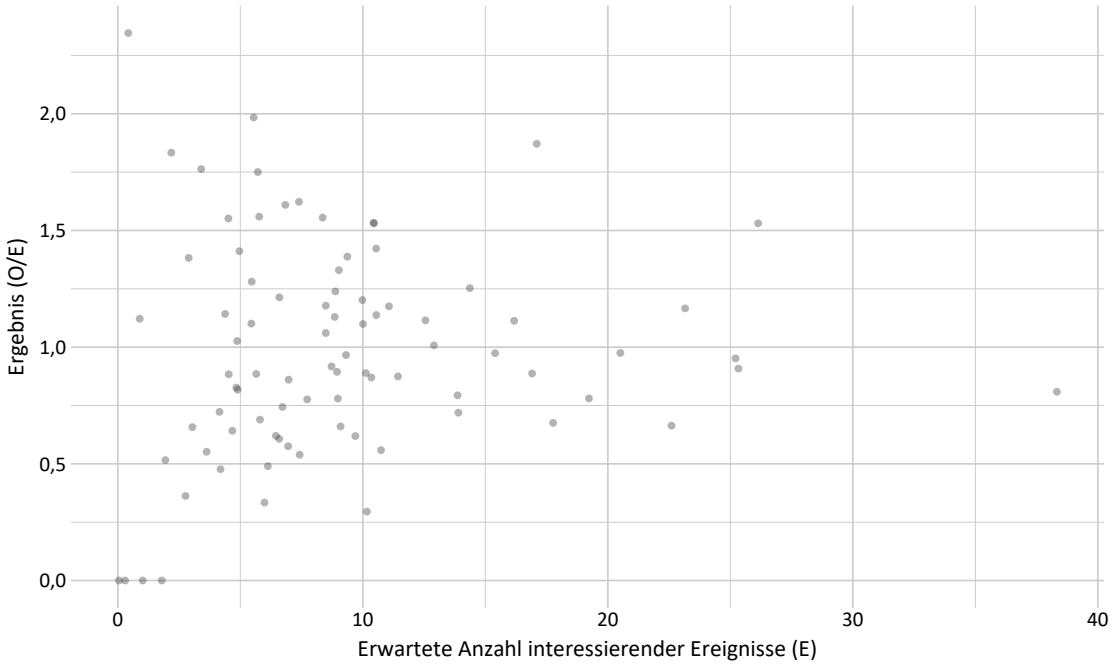
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



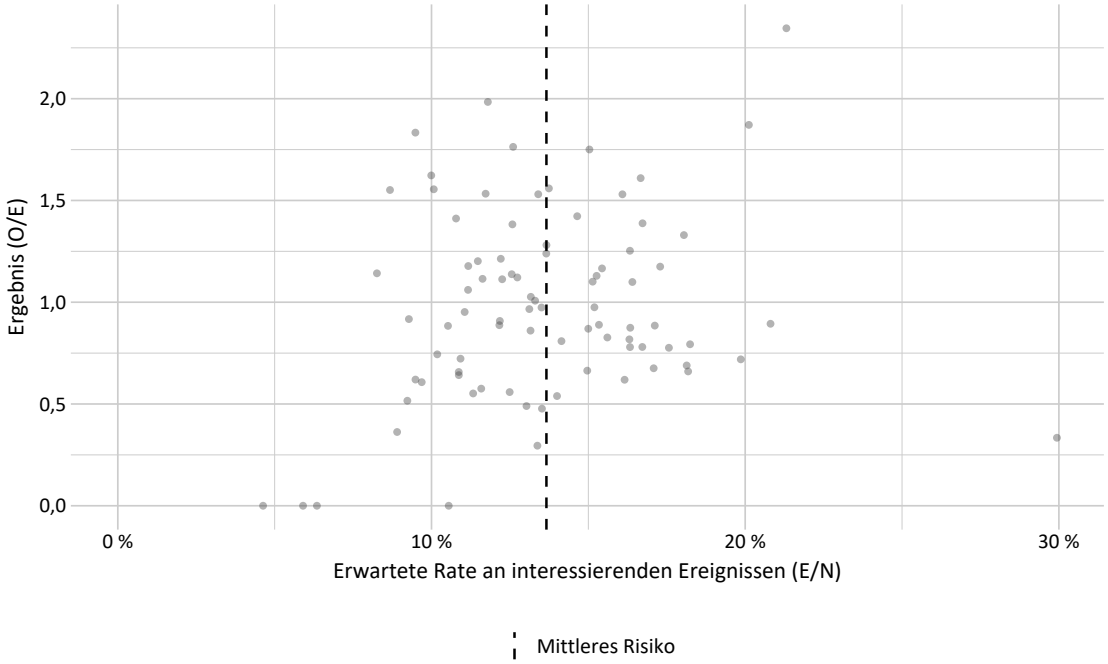
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	85	0	0,00	2,35	0,92

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 36_22051 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden	6,97 % 391/5.613
4.1.1	**ID: 362018** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	5,74 % 304/5.294
4.1.2	ID: 36_22052 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	27,27 % 87/319

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Risikoadjustierung nach logistischem KBHK-Score	
4.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in KBHK-Score Risikoklassen	
4.2.1.1	ID: 36_22053 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,69 % 38/2.248
4.2.1.2	ID: 36_22054 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,37 % 68/1.555
4.2.1.3	ID: 36_22055 Risikoklasse 6 - < 10 %	10,56 % 88/833
4.2.1.4	ID: 36_22056 Risikoklasse ≥ 10 %	20,16 % 197/977
4.2.1.4	ID: 36_22057 Summe KBHK-Score Risikoklassen	6,97 % 391/5.613
4.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in KBHK-Score Risikoklassen	
4.2.2.1	ID: 36_22058 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,85 % 41,54/2.248
4.2.2.2	ID: 36_22059 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,28 % 66,60/1.555
4.2.2.3	ID: 36_22060 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,65 % 63,69/833
4.2.2.4	ID: 36_22061 Risikoklasse ≥ 10 %	21,36 % 208,73/977
4.2.2.5	ID: 36_22062 Summe KBHK-Score Risikoklassen	6,78 % 380,56/5.613

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
4.2.3.1	ID: O_362019 O/N (observed, beobachtet)	6,97 % 391/5.613
4.2.3.2	ID: E_362019 E/N (expected, erwartet)	6,78 % 380,56/5.613
4.2.3.3	**ID: 362019** **O/E**	1,03

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Risikoadjustierung nach logistischem KBHK-30d-Score	
4.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.3.1.1	ID: O_362020 O/N (observed, beobachtet)	7,32 % 407/5.560
4.3.1.2	ID: E_362020 E/N (expected, erwartet)	7,28 % 404,49/5.560
4.3.1.3	**ID: 362020** **O/E**	1,01

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	Risikoadjustierung nach logistischem KBHK-365d-Score	
4.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.4.1.1	ID: O_362021 O/N (observed, beobachtet)	13,82 % 794/5.745
4.4.1.2	ID: E_362021 E/N (expected, erwartet)	13,66 % 784,95/5.745
4.4.1.3	**ID: 362021** **O/E**	1,01

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen / Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	88.955	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal kombiniert an der Koronar- und Herzklappe operiert wurden	5.623	6,32

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	89.510	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	26.051	29,10
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.632	6,29
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	28.526	31,87
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.873	8,80
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	11.831	13,22
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.587	7,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	176	3,13
1. Quartal	1.515	26,94
2. Quartal	1.463	26,02
3. Quartal	1.402	24,93
4. Quartal	1.067	18,98
Entlassungsquartal		
1. Quartal	1.355	24,10
2. Quartal	1.517	26,98
3. Quartal	1.409	25,06
4. Quartal	1.342	23,87

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	421	7,49
8 - 14 Tage	2.587	46,01
15 - 21 Tage	1.314	23,37
22 - 28 Tage	520	9,25
> 28 Tage	781	13,89

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten	5.623
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	3,89
Median	2,00
95. Perzentil	15,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten	5.623
5. Perzentil	5,00
Mittelwert	14,25
Median	11,00
95. Perzentil	36,00
Gesamtverweildauer (Tage)[6]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten	5.623
5. Perzentil	7,00
Mittelwert	18,14
Median	14,00
95. Perzentil	43,00

[4] Dargestellt wird der Abstand zur ersten kombinierten Operation an den Koronarien und den Herzklappen während des stationären Aufenthalts

[5] Dargestellt wird der Abstand zur ersten kombinierten Operation an den Koronarien und den Herzklappen während des stationären Aufenthalts

[6] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	96	1,71
50 – 59 Jahre	563	10,01
60 – 64 Jahre	875	15,56
65 – 69 Jahre	1.318	23,44
70 – 74 Jahre	1.512	26,89
75 – 79 Jahre	890	15,83
80 – 89 Jahre	368	6,54
≥ 90 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten	5.623
5. Perzentil	55,00
25. Perzentil	64,00
Mittelwert	68,66
Median	69,00
75. Perzentil	74,00
95. Perzentil	81,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
Geschlecht		
(1) männlich	4.358	77,50
(2) weiblich	1.265	22,50
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 5.514**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	54	0,98
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	1.500	27,20
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	2.199	39,88
Adipositas (≥ 30)	1.761	31,94

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	382	6,79
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	1.773	31,53
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	2.973	52,87
(IV) Beschwerden in Ruhe	495	8,80
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	1.927	34,27
(1) ja	3.696	65,73
Angina Pectoris		
(0) nein	2.416	42,97
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	454	8,07
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	1.403	24,95
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	1.094	19,46
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	256	4,55
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	4.331	77,02
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	364	6,47
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	390	6,94
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	176	3,13
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	341	6,06
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	16	0,28
(9) unbekannt	5	0,09

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	4.476	79,60
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	303	5,39
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	467	8,31
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	367	6,53
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	7	0,12
(9) unbekannt	≤3	x
Reanimation		
(0) nein	5.514	98,06
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	47	0,84
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	21	0,37
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	39	0,69
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0	0,00
(9) unbekannt	≤3	x

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	1.630
5. Perzentil	20,00
Mittelwert	37,95
Median	35,00
95. Perzentil	67,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	3.993	71,01
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	4.664	82,95
(2) Vorhofflimmern	829	14,74
(9) anderer Rhythmus	130	2,31
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	4.276	76,04
(1) paroxysmal	815	14,49
(2) persistierend	324	5,76
(3) permanent	208	3,70
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	5.402	96,07
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	150	2,67
(2) Schrittmacher mit CRT-System	21	0,37
(3) Defibrillator ohne CRT-System	38	0,68
(4) Defibrillator mit CRT-System	12	0,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[7]		
(1) normaler, gesunder Patient	47	0,84
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	295	5,25
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	3.314	58,94
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	1.881	33,45
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	86	1,53

[7] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
LVEF		
< 15%	11	0,20
15 - 30%	542	9,64
31 - 50%	2.011	35,76
> 50%	2.756	49,01
LVEF unbekannt	303	5,39
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	5.320
5. Perzentil	25,00
Mittelwert	49,74
Median	52,00
95. Perzentil	65,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	118	2,10
(1) 1-Gefäßerkrankung	1.063	18,90
(2) 2-Gefäßerkrankung	1.353	24,06
(3) 3-Gefäßerkrankung	3.081	54,79
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	238	4,33
(1) ja, operativ	5.247	95,45
(2) ja, interventionell	12	0,22
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	8	0,14
Hauptstammstenose		
(0) nein	4.521	80,40
(1) ja, gleich oder größer 50%	1.102	19,60

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	5.262	93,58
(1) ja	361	6,42
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	5.385	95,77
(1) eine	211	3,75
(2) zwei	20	0,36
(3) drei	4	0,07
(4) vier	0	0,00
(5) fünf oder mehr	0	0,00
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	≤3	x
(9) unbekannt	0	0,00

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
akute Infektionen[8]		
(0) keine	5.175	92,03
(1) Mediastinitis	10	0,18
(2) Sepsis	37	0,66
(3) broncho-pulmonale Infektion	83	1,48
(4) oto-laryngologische Infektion	4	0,07
(5) floride Endokarditis	286	5,09
(6) Peritonitis	≤3	x
(7) Wundinfektion Thorax	0	0,00
(8) Pleuraempym	≤3	x
(9) Venenkatheterinfektion	≤3	x
(10) Harnwegsinfektion	24	0,43
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	14	0,25
(12) HIV-Infektion	6	0,11
(13) Hepatitis B oder C	13	0,23
(18) andere Wundinfektion	≤3	x
(88) sonstige Infektion	37	0,66
Diabetes mellitus		
(0) nein	3.681	65,46
(1) ja, diätetisch behandelt	182	3,24
(2) ja, orale Medikation	1.063	18,90
(3) ja, mit Insulin behandelt	658	11,70
(4) ja, unbehandelt	21	0,37
(9) unbekannt	18	0,32

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	4.316	76,76
(1) ja	1.270	22,59
davon:[9]		
periphere AVK	580	45,67
Arteria Carotis	637	50,16
Aortenaneurysma	163	12,83
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	306	24,09
(9) unbekannt	37	0,66
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	4.646	82,62
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	373	6,63
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	243	4,32
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	337	5,99
(9) unbekannt	24	0,43

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	5.056	89,92
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	347	6,17
(2) ja, ZNS, andere	119	2,12
(3) ja, peripher	74	1,32
(4) ja, Kombination	10	0,18
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	169	47,34
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	74	20,73
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	71	19,89
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	32	8,96
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	7	1,96
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	4	1,12
(9) unbekannt	17	0,30
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	5.434	96,64
(1) akut	46	0,82
(2) chronisch	143	2,54

[8] Mehrfachnennung möglich
[9] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	5.434
5. Perzentil	0,66
Mittelwert	1,09
Median	1,00
95. Perzentil	1,82
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[11]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	5.434
5. Perzentil	58,00
Mittelwert	96,67
Median	88,40
95. Perzentil	160,50

[10] (letzter Wert vor OP)
[11] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen - davon mit koronarchirurgischem Eingriff	**N = 5.632**	
Operation[12]		
(5-361.*) Anlegen eines aortokoronaren Bypass	5.531	98,21
(5-361.*3) Anlegen eines aortokoronaren Bypass - mit Arterien	4.448	78,98
(5-361.*7 oder 5-361.*8) Anlegen eines aortokoronaren Bypass - mit Venen	3.811	67,67
(5-362.*) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik	120	2,13
(5-362.*3) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik - mit Arterien	84	1,49
(5-362.*7 oder 5-362.*8) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik - mit Venen	73	1,30
(5-363.*) Andere Revaskularisation des Herzens	96	1,70

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen - davon mit Eingriff an der Aortenklappe	**N = 3.916**	
Operation[13]		
(5-351.0*) Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe	3.741	95,53
(5-352.0*) Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe	128	3,27
(5-35a.0*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz	4	0,10
(5-35a.01 oder 5-35a.02) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz - transapikal	0	0,00
(5-35a.03 oder 5-35a.04) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Aortenklappenersatz - endovaskulär	0	0,00

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen - davon mit Eingriff an der Mitralklappe	**N = 2.015**	
Operation[14]		
(5-350.2 oder 5-350.3) Valvulotomie: Mitralklappe	0	0,00
(5-351.1*) Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe	951	47,20
(5-352.1*) Wechsel von Herzklappenprothesen: Mitralklappe	23	1,14
(5-353.1 oder 5-353.2) Valvuloplastik: Mitralklappe	1.036	51,41
(5-354.1*) Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe	269	13,35
(5-35a.3*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz	0	0,00
(5-35a.30) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz - endovaskulär	0	0,00
(5-35a.31 oder 5-35a.32) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz - transapikal	0	0,00
(5-35a.4*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion	≤3	x
(5-35a.40) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transarteriell	0	0,00
(5-35a.41) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transvenös	≤3	x
(5-35a.42) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transapikal	0	0,00
(8-837.a1) Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Mitralklappe	0	0,00

[14] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.632**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	4.142	73,54
(1) ja	1.490	26,46
davon:[15]		
Eingriff an der Trikuspidalklappe	381	25,57
Eingriff an der Pulmonalklappe	4	0,27
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	166	11,14
Vorhofablation	454	30,47
Eingriff an herznahen Gefäßen	144	9,66
Herzohrverschluss/-amputation	854	57,32
interventioneller Koronareingriff (PCI)	≤3	x
sonstige	281	18,86

[15] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.632**	
Konversionseingriff		
(0) nein	5.558	98,69
(1) ja	74	1,31
Zugang (KC / AORT / MKE)		
(1) konventionelle Sternotomie	5.582	99,11
(2) minimalinvasiver operativer Zugang	52	0,92
(3) endovaskulärer Zugang, arteriell	-	-
(4) endovaskulärer Zugang, venös	-	-
(5) transapikaler Zugang	-	-

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.632**	
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	4.329	76,86
(1) ja	1.303	23,14
Dringlichkeit		
(1) elektiv	3.863	68,59
(2) dringlich	1.445	25,66
(3) Notfall	274	4,87
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	50	0,89
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	5.549	98,53
(1) ja	83	1,47
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	4.631	82,23
(1) ja	1.001	17,77
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	5.378	95,49
(1) ja	254	4,51
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	5.579	99,06
(1) ja, IABP	15	0,27
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	30	0,53
(3) ja, andere	8	0,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.632**	
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	5.469	97,11
(2) bedingt aseptische Eingriffe	49	0,87
(3) kontaminierte Eingriffe	14	0,25
(4) septische Eingriffe	100	1,78

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl kombinierter Operationen an den Koronarien und den Herzklappen mit Angabe von Werten > 0 und < 999	5.632
5. Perzentil	162,00
Mittelwert	274,67
Median	261,00
95. Perzentil	427,35

präprozedural vorliegende Aortenklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.632**	
Stenose		
(0) nein	600	10,65
(1) ja	3.316	58,88
Insuffizienz		
(0) nein	1.987	35,28
(1) ja	1.929	34,25

präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.632**	
auffällige Morphologie der Mitralklappe (inkl. Mitralklappenring oder -halteapparat)		
(0) nein	692	12,29
(1) ja	1.323	23,49
davon:[16]		
Segelprolaps	733	55,40
Verdickung	476	35,98
Verkalkung/Sklerosierung	534	40,36
Vegetationen	142	10,73
Kommissurenfusionen	73	5,52

[16] Mehrfachnennung möglich

Dosis-Flächen-Produkt

	Bund (gesamt)
Dosis-Flächen-Produkt ((cGy)* cm²)	
Anzahl kombinierter Operationen an den Koronarien und den Herzklappen mit Angabe von Werten > 0 und < 999.999	37
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	1.554,38
Median	1.400,00
95. Perzentil	5.428,80

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.632**	
Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt)	3.259	57,87
dokumentierter Wert 0	2.210	39,24

Kontrastmittelmenge

	Bund (gesamt)
Kontrastmittelmenge (ml)	
Anzahl kombinierter Operationen an den Koronarien und den Herzklappen mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 999	35
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	84,60
Median	70,00
95. Perzentil	252,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.632**	
kein Kontrastmittel appliziert oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (kein Kontrastmittel appliziert)	5.461	96,96
dokumentierter Wert 0	0	0,00

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.632**	
intraprozedurale Komplikationen		
(0) nein	5.331	94,66
(1) ja	204	3,62
davon:[17]		
Device-Fehlpositionierung	5	2,45
Koronarostienverschluss	20	9,80
Aortendissektion	≤3	x
Aortenregurgitation > = 2. Grades	10	4,90
Annulus-Ruptur	4	1,96
Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	7	3,43
davon:		
(1) ohne Therapiebedarf	≤3	x
(2) mit Therapiebedarf	6	85,71
Perikardtamponade	6	2,94
kardiale Dekompensation	44	21,57
Hirnembolie	0	0,00
Rhythmusstörungen	18	8,82
Device-Embolisation	≤3	x
vaskuläre Komplikation	10	4,90
Low Cardiac Output	115	56,37
davon: Therapie des Low Cardiac Output		
(0) keine Therapie erforderlich	0	0,00
(1) medikamentös	14	12,17
(2) IABP	14	12,17

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kombinierte Operationen an den Koronarien und den Herzklappen	**N = 5.632**	
(3) VAD	5	4,35
(4) ECMO	68	59,13
(9) sonstige	14	12,17
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	47	23,04
davon:		
(1) schwerwiegend	37	78,72
(2) lebensbedrohlich	10	21,28
Patient verstarb im OP/Katheterlabor	12	5,88
Konversion		
(0) nein	5.604	99,50
(1) ja, zu Sternotomie	28	0,50
(2) ja, zu transapikal	0	0,00
(3) ja, zu endovaskulär	0	0,00
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	≤3	x
(2) intraprozedurale Komplikationen	16	57,14
(9) sonstige	10	35,71

[17] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung		
(0) nein	70	1,24
(1) ja	1.905	33,88
(2) kein prothetisches Material am Herzen verwendet	41	0,73
geplantes funktionelles Ergebnis erreicht		
(0) nein	85	1,51
(1) akzeptables Ergebnis	208	3,70
(2) optimales Ergebnis	1.723	30,64
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	5.533	98,40
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	76	1,35
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	14	0,25
Reanimation		
(0) nein	5.434	96,64
(1) ja	189	3,36
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	5.135	91,32
(1) ja	488	8,68
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	4.823	85,77
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	360	6,40
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	373	6,63
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	67	1,19

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	5.611	99,79
(1) ja	12	0,21
Perikardtamponade		
(0) nein	5.348	95,11
(1) ja	275	4,89
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	5.123	91,11
(1) schwerwiegend	327	5,82
(2) lebensbedrohlich	173	3,08
Mediastinitis[18]		
(0) nein	5.604	99,66
(1) ja	19	0,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	5.391	95,87
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	182	3,24
(2) ja, ZNS, andere	50	0,89
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	47	20,26
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	28	12,07
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	43	18,53
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	37	15,95
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	22	9,48
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	28	12,07
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	27	11,64

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	5.208	92,62
(1) ja	415	7,38
davon:[19]		
Infektion(en)	60	14,46
Sternuminstabilität	48	11,57
Gefäßruptur	8	1,93
Dissektion	≤3	x
therapierelevante Blutung/Hämatom	275	66,27
Ischämie	19	4,58
AV-Fistel	0	0,00
Aneurysma spurium	≤3	x
sonstige	68	16,39
mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		
(0) nein	5.495	97,72
(1) ja	32	0,57
paravalvuläre Leckage		
(0) nein	5.496	97,74
(1) ja	31	0,55

[18] nach den KISS-Definitionen
[19] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	5.193	92,35
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	337	5,99
(2) Schrittmacher mit CRT-System	25	0,44
(3) Defibrillator ohne CRT-System	48	0,85
(4) Defibrillator mit CRT-System	20	0,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie	**N = 5.623**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	2.840	50,51
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	110	1,96
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	4	0,07
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	22	0,39
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.435	25,52
(07) Tod	397	7,06
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[20]	18	0,32
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	789	14,03
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	6	0,11
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[21]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[22]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[23]		
(1) ja	≤3	x

[20] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[21] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[22] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[23] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-MK-CHIR: Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2024 und 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 15

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 17

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 17

402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 17

402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 20

402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 24

402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 27

Details zu den Ergebnissen 30

402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff 33

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 36

402008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 36

402009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 39

Gruppe: Sterblichkeit 42

402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 42

402011: Sterblichkeit im Krankenhaus 45

402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 49

402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 53

Details zu den Ergebnissen ... 57
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 59
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 59
852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 59
Basisauswertung ... 61
Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 61
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 62
Patientin / Patient ... 64
Body Mass Index (BMI) ... 65
Anamnese / präoperative Befunde ... 66
Kardiale Befunde ... 69
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 71
Weitere Begleiterkrankungen ... 72
Operation / Prozedur ... 76
OP-Basisdaten ... 76
präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung ... 79
Intraprozedurale Komplikationen ... 79
Postoperativer Verlauf ... 82
Entlassung / Verlegung ... 86

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

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

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

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2024 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2025 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2024).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	89.007 88.955 52	88.902	100,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	302		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	324	330	98,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	288	293	98,29

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	247	246	100,41

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2025 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) 2025
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) 2025
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) 2025
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) 2025
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) 2025

Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	11.063 11.061 2	11.279	98,08
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	97	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	78	101,28

Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.508 10.502 6	10.504	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	96	97,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	79	100,00

Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.117 10.109 8	9.988	101,29
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	91	90	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2025	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	88.955	95,47 N = 84.924

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.566	95,86 N = 80.109

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.236	95,77 N = 77.796

Ergebnisübersicht

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

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2025 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	≤ 22,52 % (95. Perzentil)	11,75 % O = 762 N = 6.484
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,75 (95. Perzentil)	1,01 O/E = 221 / 219,30 3,73 % O/N = 221 / 5.922
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,93 % (95. Perzentil)	0,78 % O = 50 N = 6.413

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit			
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	2,91 % O = 182 N = 6.258
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	0,96 O/E = 239 / 249,78 3,69 % O/N = 239 / 6.484
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,03 (95. Perzentil)	0,92 O/E = 257 / 279,21 4,01 % O/N = 257 / 6.413

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

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	0,87 % O = 46 N = 5.283
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 16,38 % (95. Perzentil)	6,90 % O = 407 N = 5.895
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	Nicht definiert	5,11 % O = 301 N = 5.895
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	≤ 7,15 % (95. Perzentil)	2,21 % O = 130 N = 5.895
Gruppe: Sterblichkeit			
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	1,02 O/E = 471 / 463,51 7,99 % O/N = 471 / 5.895

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden hingegen auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet.

Auffälligkeitskriterien			**Bund (gesamt)**	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	98,08 % 11.063 / 11.279	37,11 % 36 / 97

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

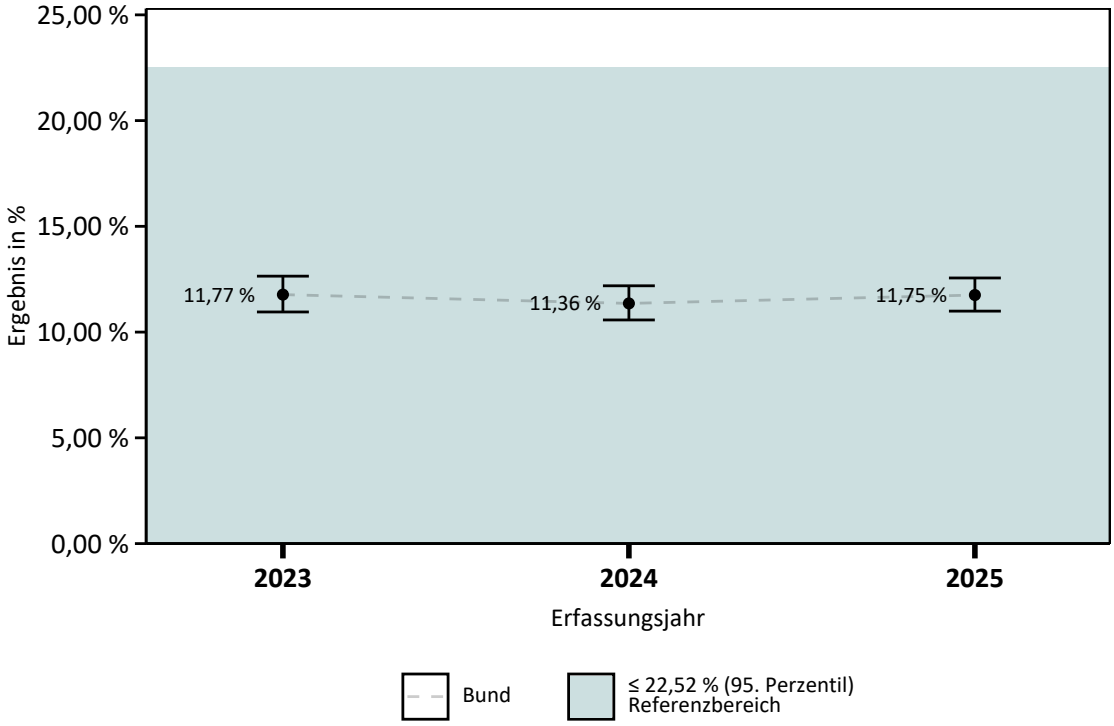
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Referenzbereich	≤ 22,52 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

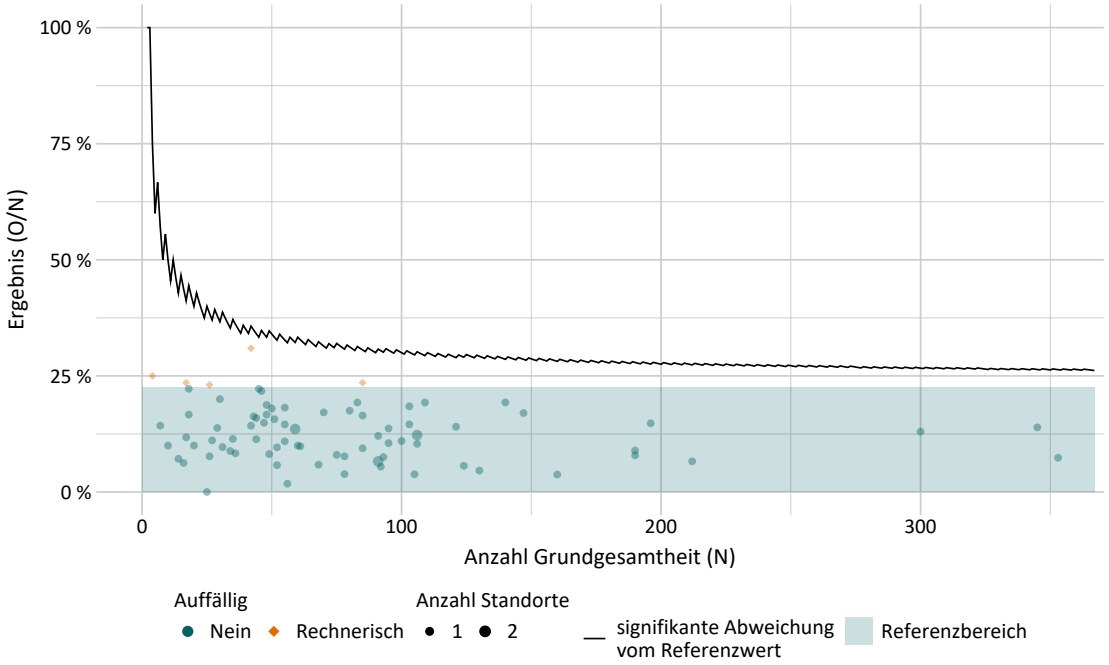
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	657 / 5.581	11,77	10,95 - 12,64
	2024	674 / 5.935	11,36	10,57 - 12,19
	2025	762 / 6.484	11,75	10,99 - 12,56

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	81	5	0,00	30,95	12,09

402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit präoperativ nicht nachweisbarem neurologischem Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKChirScore für ID 402003.
Referenzbereich	≤ 2,75 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Notfall Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Arterielle Gefäßerkrankung Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

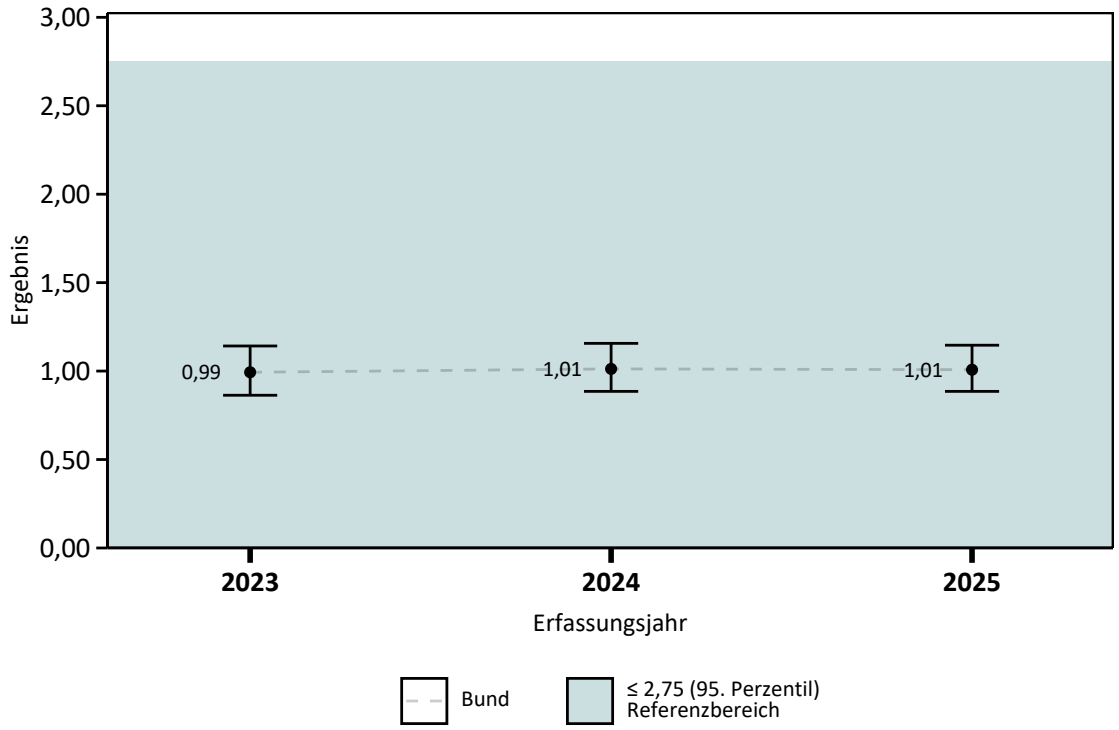
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	5.031	189 / 190,26	0,99	0,86 - 1,14
	2024	5.402	206 / 203,50	1,01	0,89 - 1,16
	2025	5.922	221 / 219,30	1,01	0,89 - 1,15

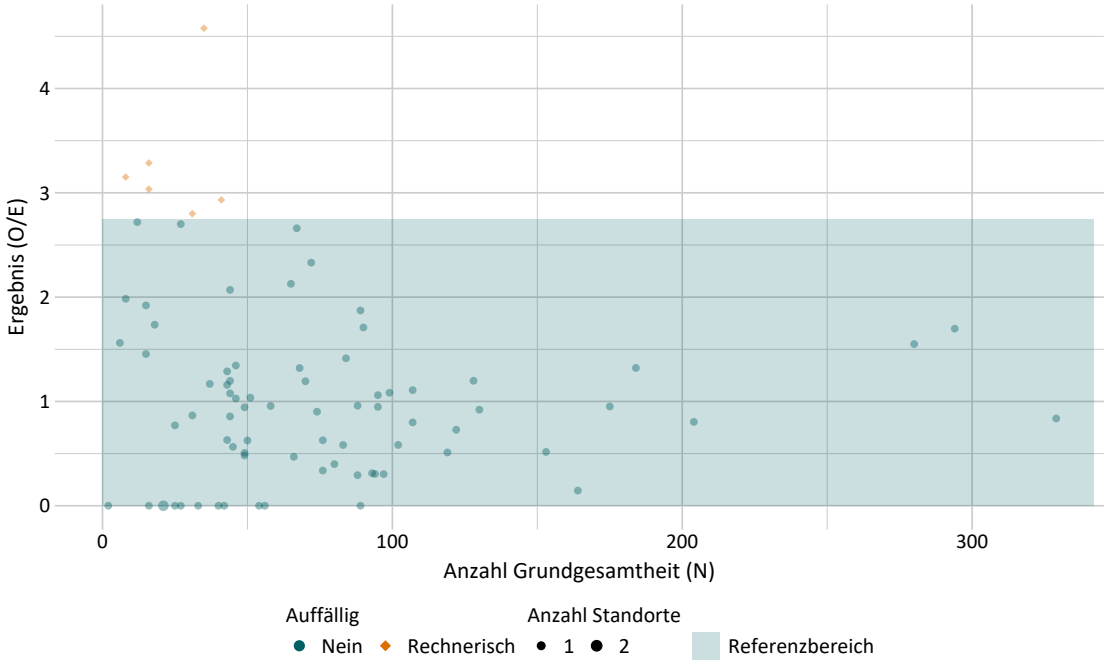
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

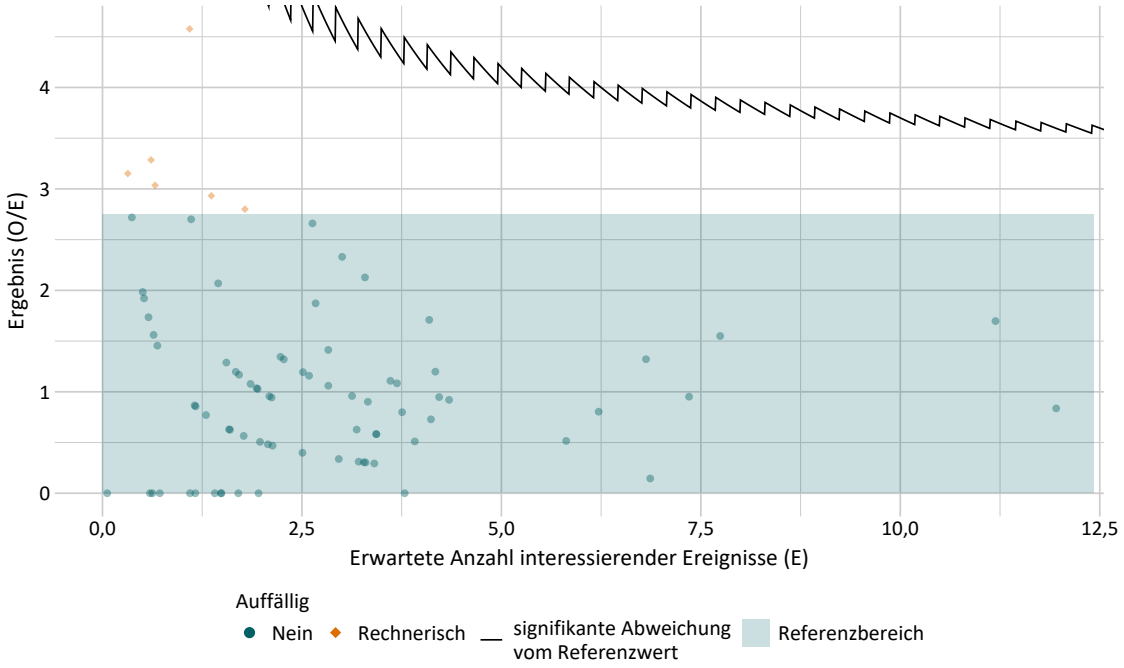
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



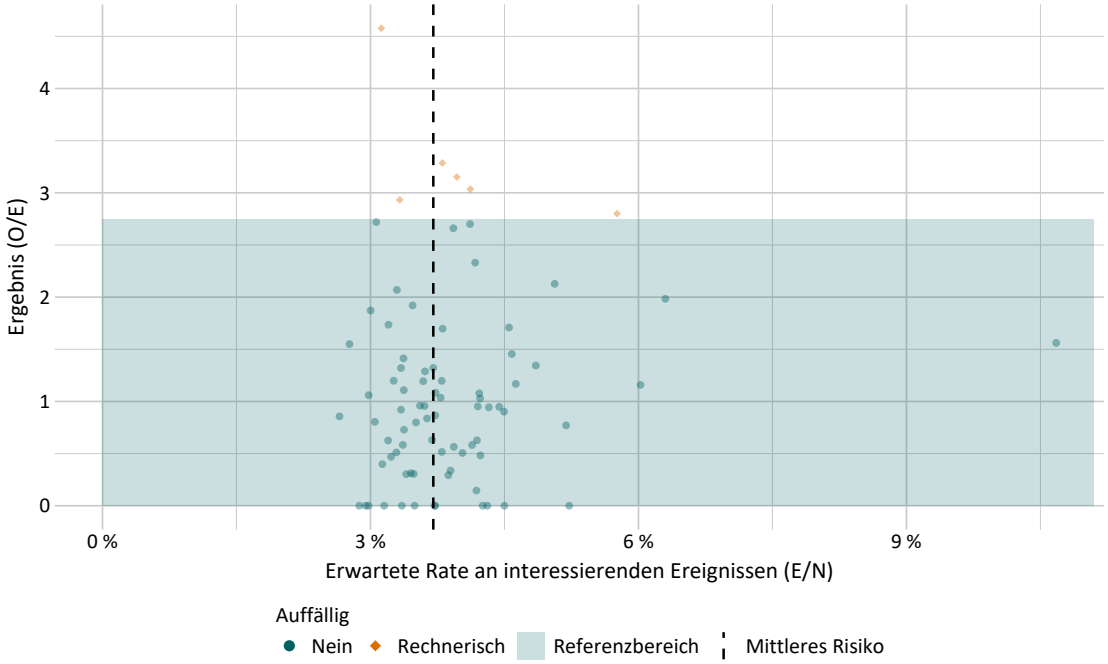
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	81	6	0,00	4,58	0,95

402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

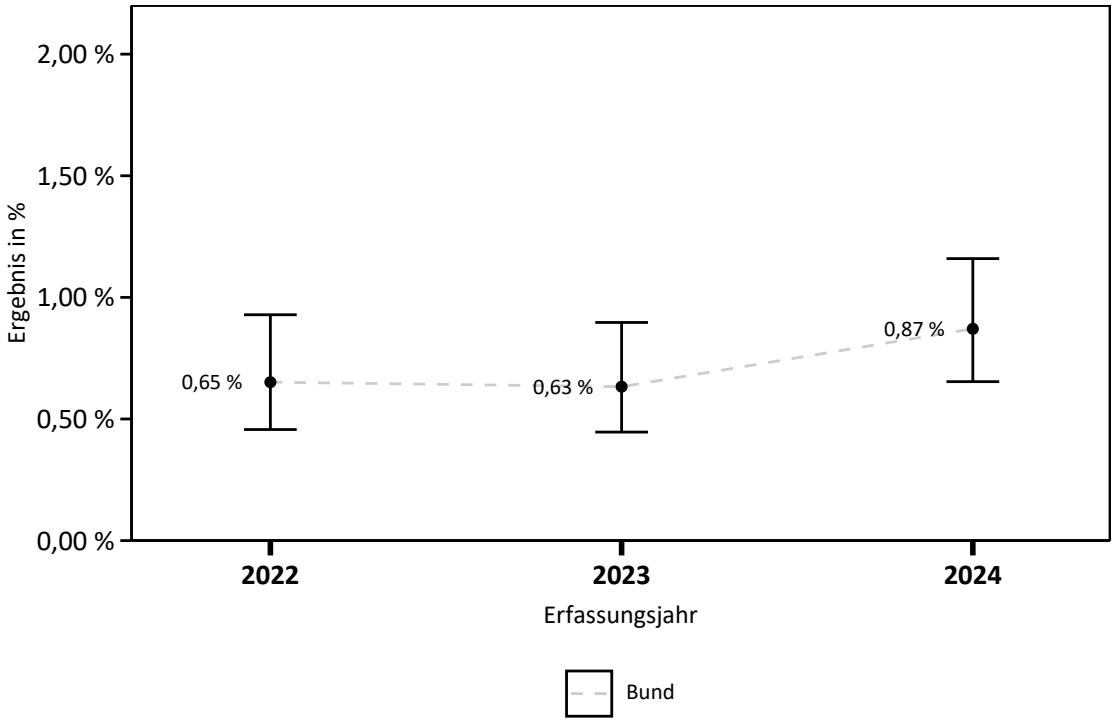
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben und ohne präoperative Endokarditis
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

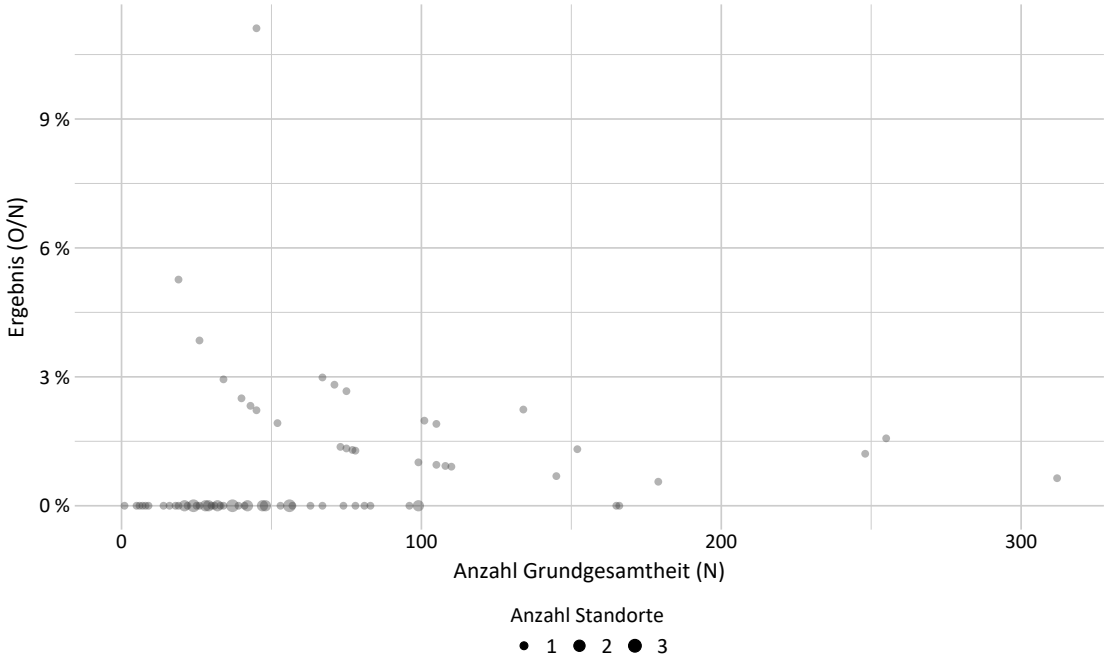
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	30 / 4.605	0,65	0,46 - 0,93
	2023	31 / 4.899	0,63	0,45 - 0,90
	2024	46 / 5.283	0,87	0,65 - 1,16

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	11,11	0,00

402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

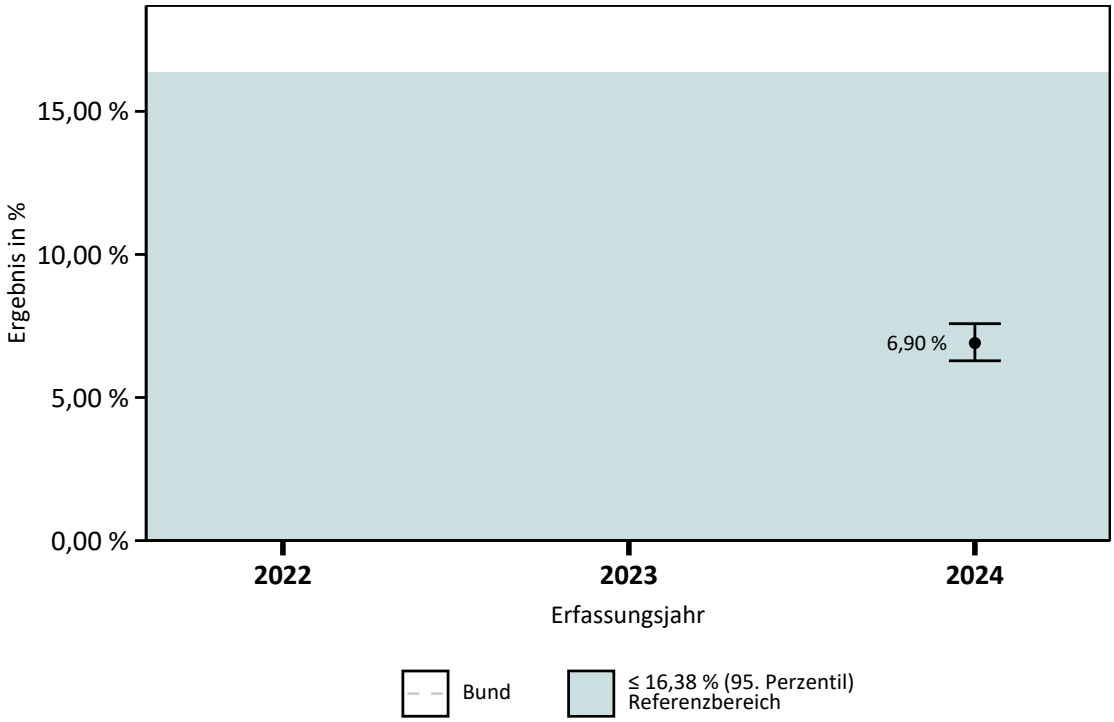
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäßkomplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage
Referenzbereich	≤ 16,38 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

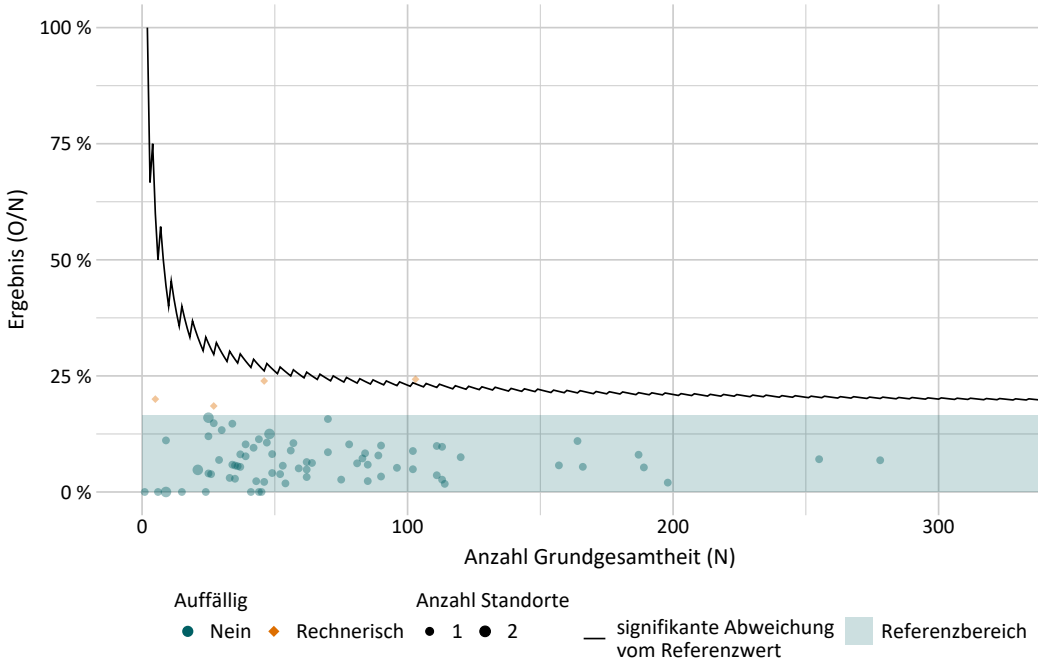
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	374 / 5.196	7,20	6,53 - 7,93
	2023	377 / 5.549	6,79	6,16 - 7,49
	2024	407 / 5.895	6,90	6,28 - 7,58

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	4	0,00	24,27	5,88

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 402002** **Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben**	11,75 % 762/6.484
1.1.1	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte intraprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.1.1	ID: 40_22021 Device-Fehlpositionierung	x % ≤3/6.484
1.1.1.2	ID: 40_22022 Aortendissektion	x % ≤3/6.484
1.1.1.3	ID: 40_22023 Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	0,17 % 11/6.484
1.1.1.4	ID: 40_22024 Perikardtamponade	x % ≤3/6.484
1.1.1.5	ID: 40_22025 Rhythmusstörungen	0,12 % 8/6.484
1.1.1.6	ID: 40_22026 Low Cardiac Output mit Therapie[1]	0,86 % 56/6.484
1.1.1.7	ID: 40_22027 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)	0,35 % 23/6.484
1.1.1.8	ID: 40_22028 Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation	0,35 % 23/6.484
1.1.2	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte postprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.2.1	ID: 40_22029 Komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff	5,51 % 357/6.484
1.1.2.2	ID: 40_22030 Mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial	0,37 % 24/6.484
1.1.2.3	ID: 40_22031 Paravalvuläre Leckage	0,35 % 23/6.484
1.1.2.4	ID: 40_22032 Neu aufgetretener Herzinfarkt	0,60 % 39/6.484
1.1.2.5	ID: 40_22033 Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf)	2,47 % 160/6.484

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.2.6	ID: 40_22034 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)	5,52 % 358/6.484
1.1.3	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.3.1	ID: 40_22035 Infektion(en)	0,56 % 36/6.484
1.1.3.2	ID: 40_22036 Sternuminstabilität	0,35 % 23/6.484
1.1.3.3	ID: 40_22037 Gefäßruptur	0,08 % 5/6.484
1.1.3.4	ID: 40_22038 Dissektion	0,09 % 6/6.484
1.1.3.5	ID: 40_22039 Therapierelevante Blutungen/Hämatom	3,16 % 205/6.484
1.1.3.6	ID: 40_22040 Ischämie	0,14 % 9/6.484
1.1.3.7	ID: 40_22041 AV- Fistel	x % ≤3/6.484
1.1.3.8	ID: 40_22042 Sonstige	0,89 % 58/6.484

[1] IABP, VAD oder ECMO

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.2.1.1	ID: O_402003 O/N (observed, beobachtet)	3,73 % 221/5.922
1.2.1.2	ID: E_402003 E/N (expected, erwartet)	3,70 % 219,30/5.922
1.2.1.3	**ID: 402003** **O/E**	1,01
1.2.1.3.1	ID: 40_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	5,00 % 85/1.699
1.2.1.3.2	ID: 40_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[2]	4,03 % 5/124

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.1.3.3	ID: 40_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	3,67 % 4/109

[2] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 402004** **Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen**	0,87 % 46/5.283

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 402005** **Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen**	6,90 % 407/5.895

402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff

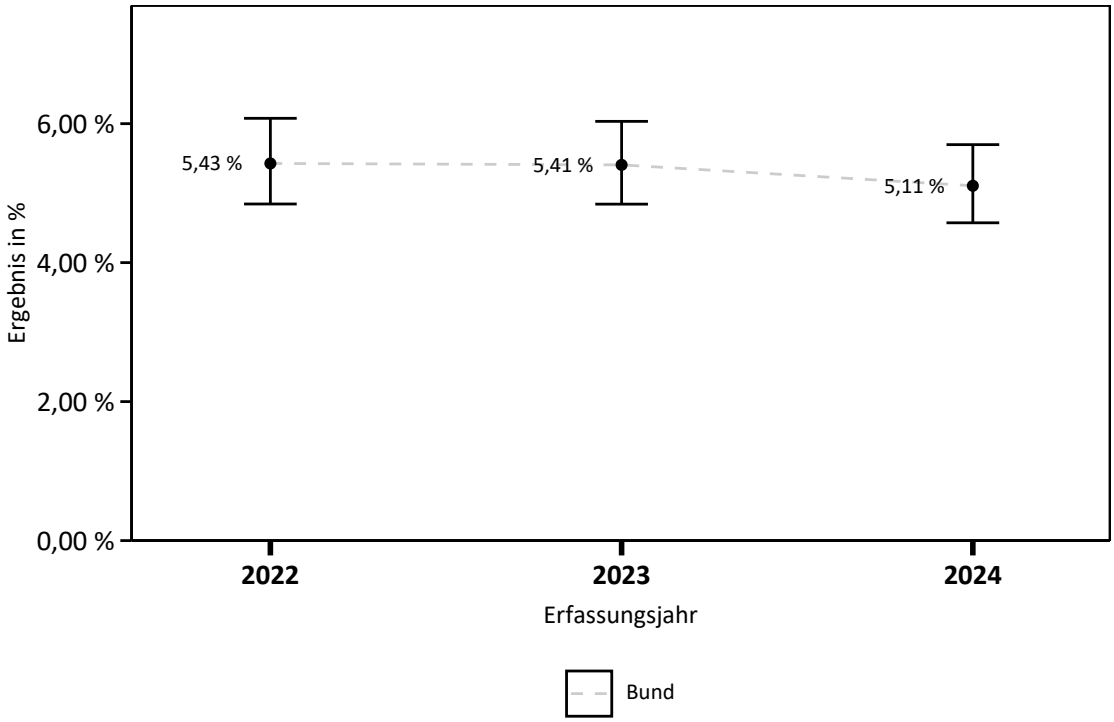
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

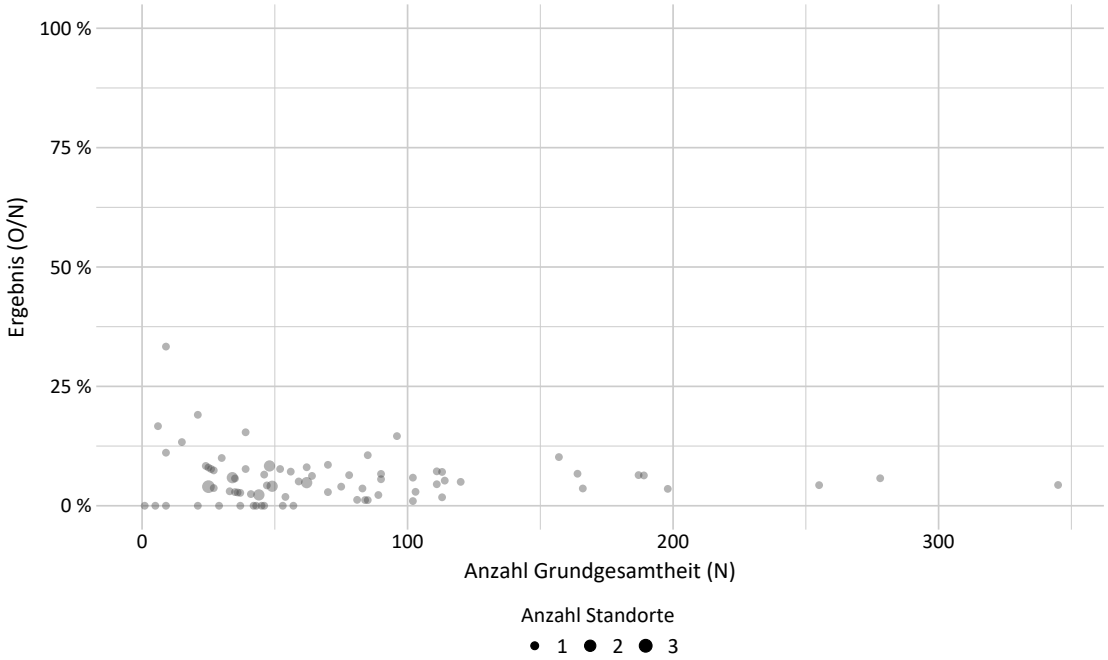
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	282 / 5.196	5,43	4,84 - 6,08
	2023	300 / 5.549	5,41	4,84 - 6,03
	2024	301 / 5.895	5,11	4,57 - 5,70

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	0	0,00	33,33	4,50

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

402008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

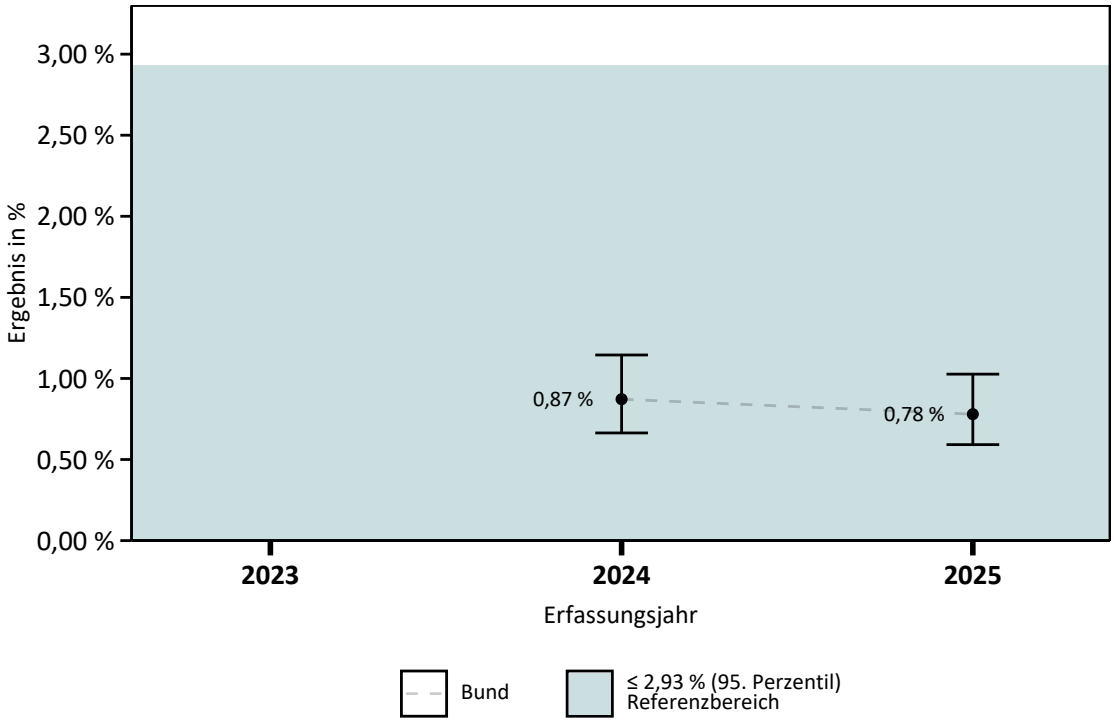
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	≤ 2,93 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

Detailergebnisse

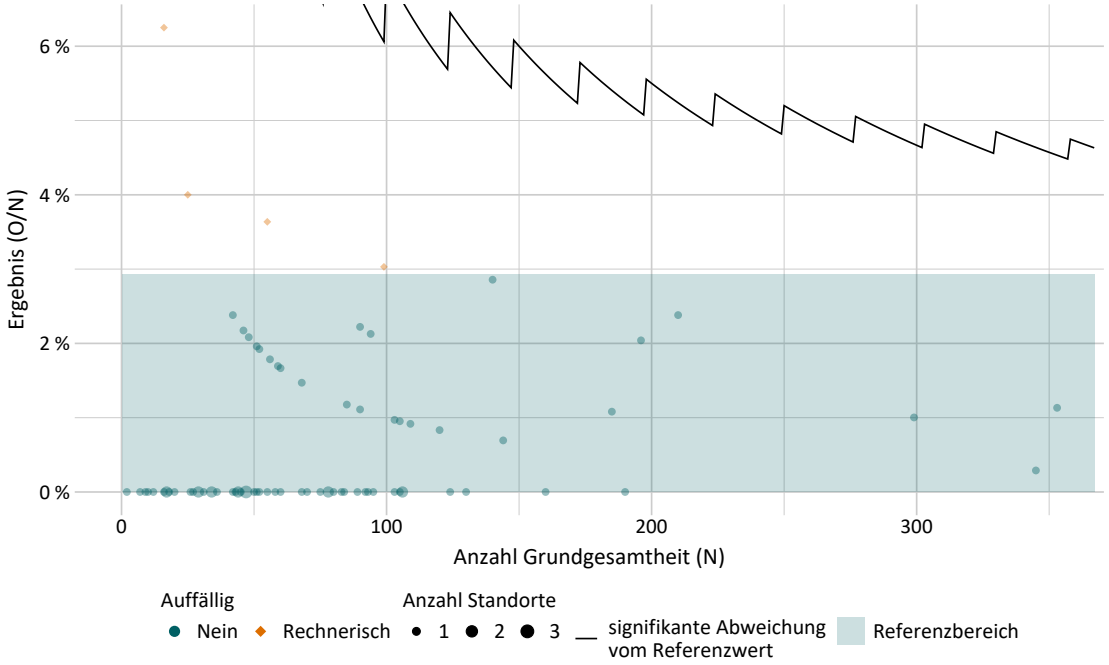
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	51 / 5.848	0,87	0,66 - 1,14
	2025	50 / 6.413	0,78	0,59 - 1,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	81	4	0,00	6,25	0,00

402009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

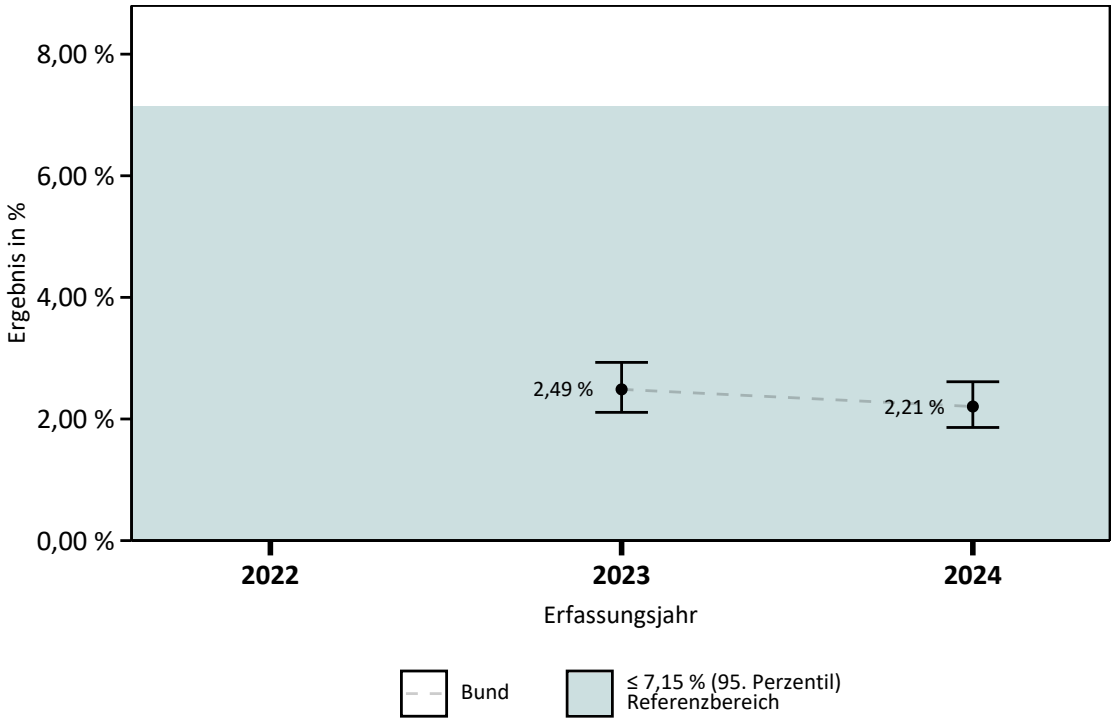
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	≤ 7,15 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

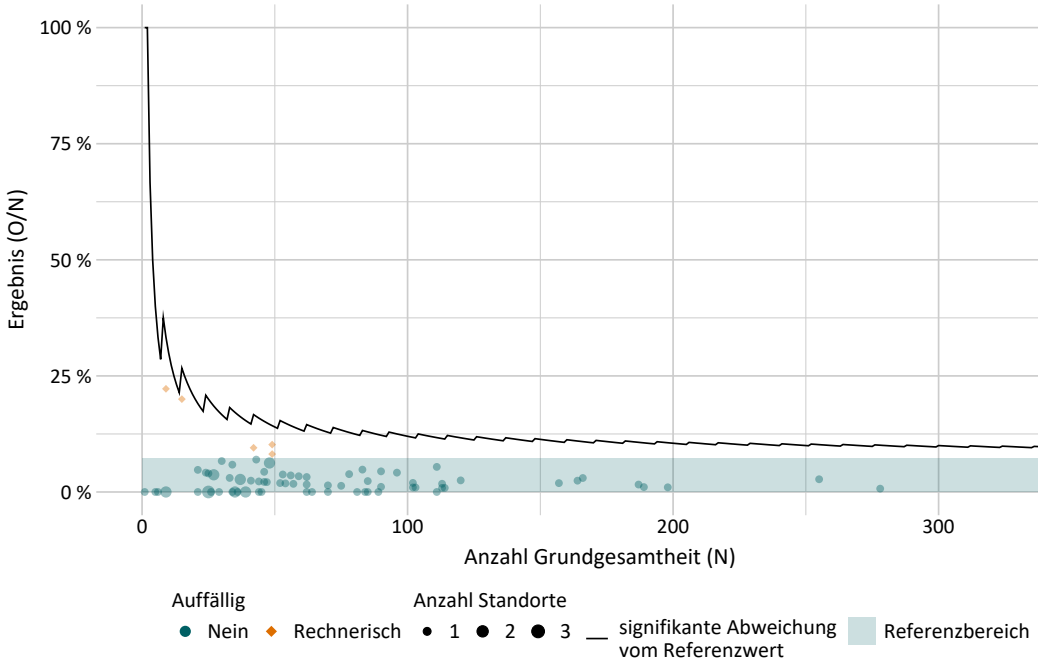
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	138 / 5.549	2,49	2,11 - 2,93
	2024	130 / 5.895	2,21	1,86 - 2,61

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	83	5	0,00	22,22	1,85

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

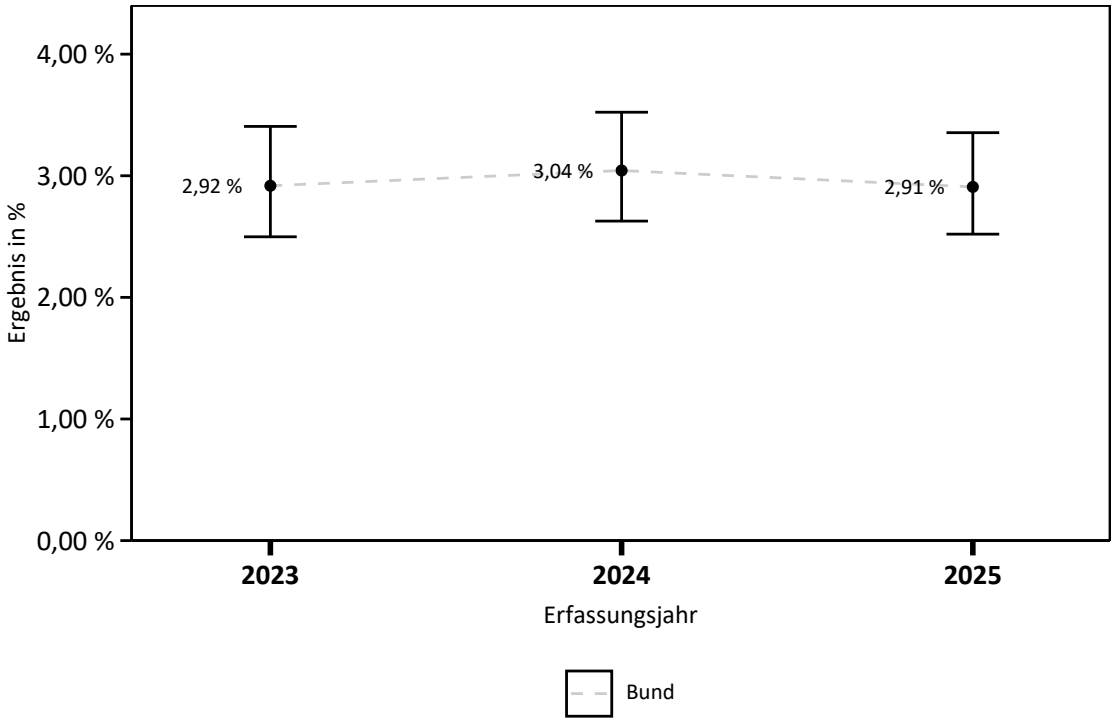
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

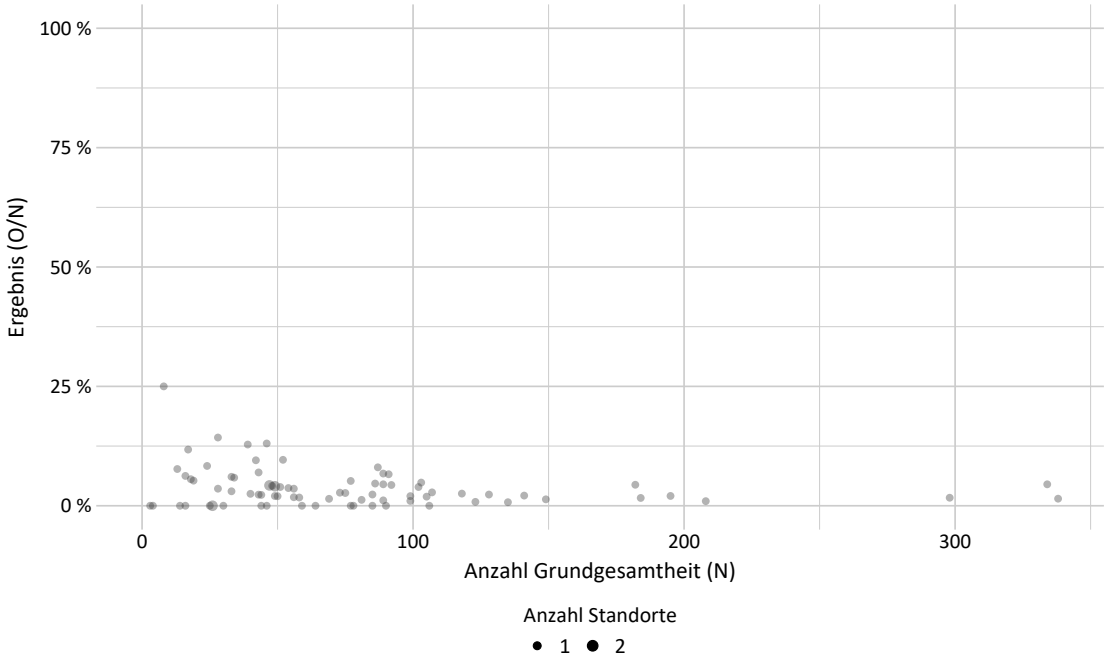
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	155 / 5.312	2,92	2,50 - 3,41
	2024	173 / 5.685	3,04	2,63 - 3,52
	2025	182 / 6.258	2,91	2,52 - 3,35

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	81	0	0,00	25,00	2,50

402011: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Chir-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression (O/E)
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) über 35 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) LVEF unter 31 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

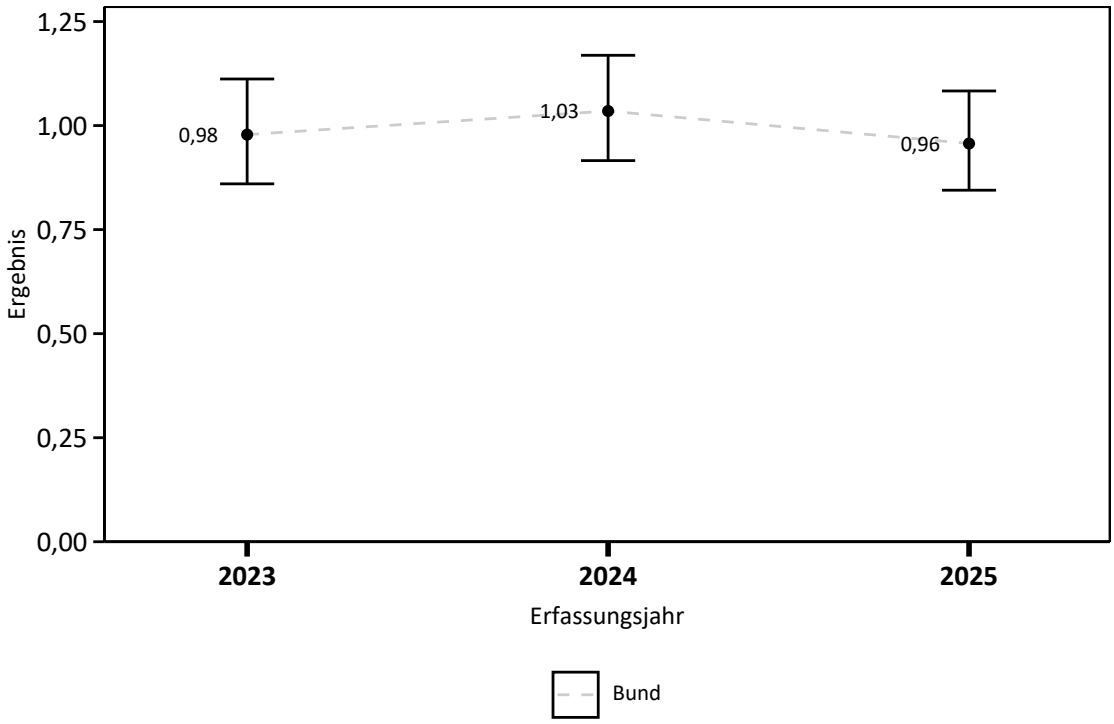
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	5.581	223 / 227,96	0,98	0,86 - 1,11
	2024	5.935	247 / 238,65	1,03	0,92 - 1,17
	2025	6.484	239 / 249,78	0,96	0,84 - 1,08

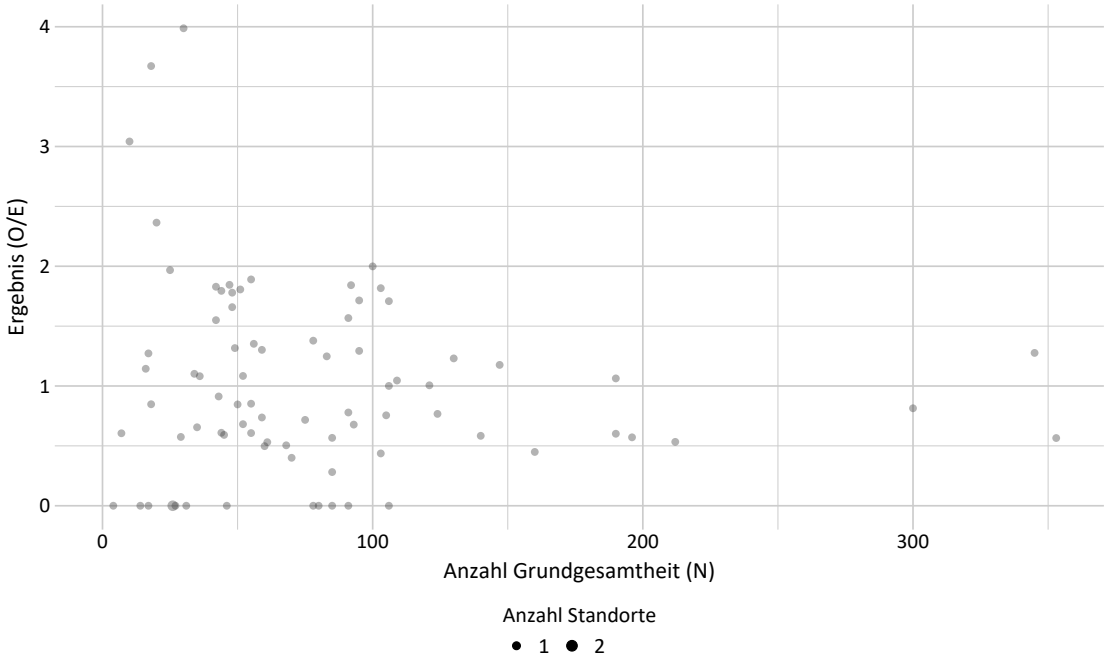
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

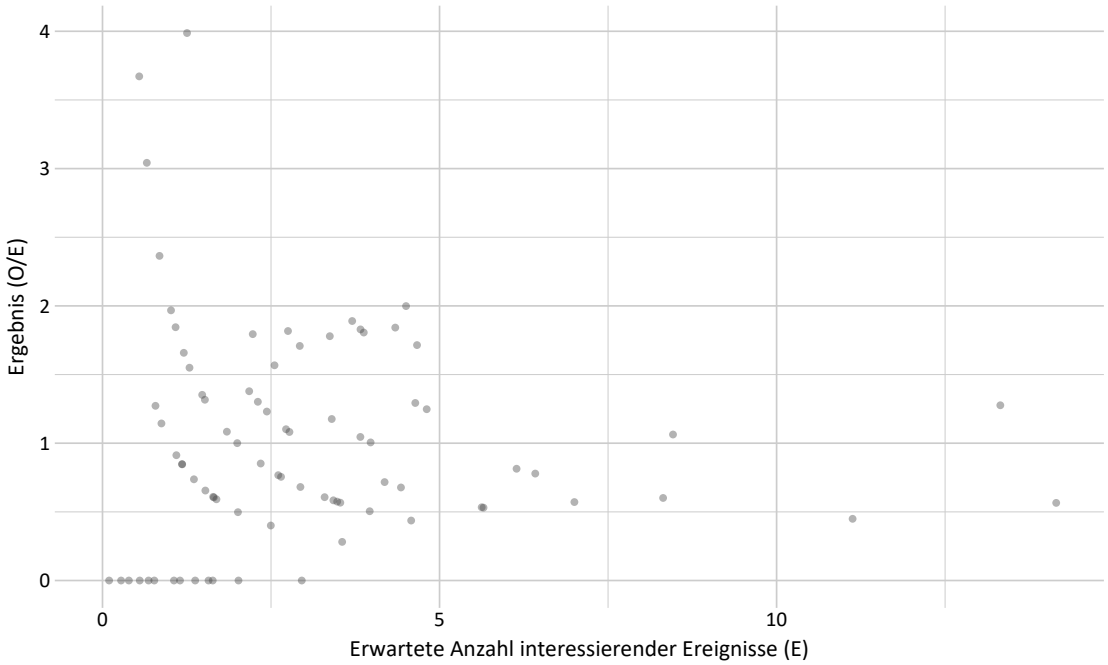
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



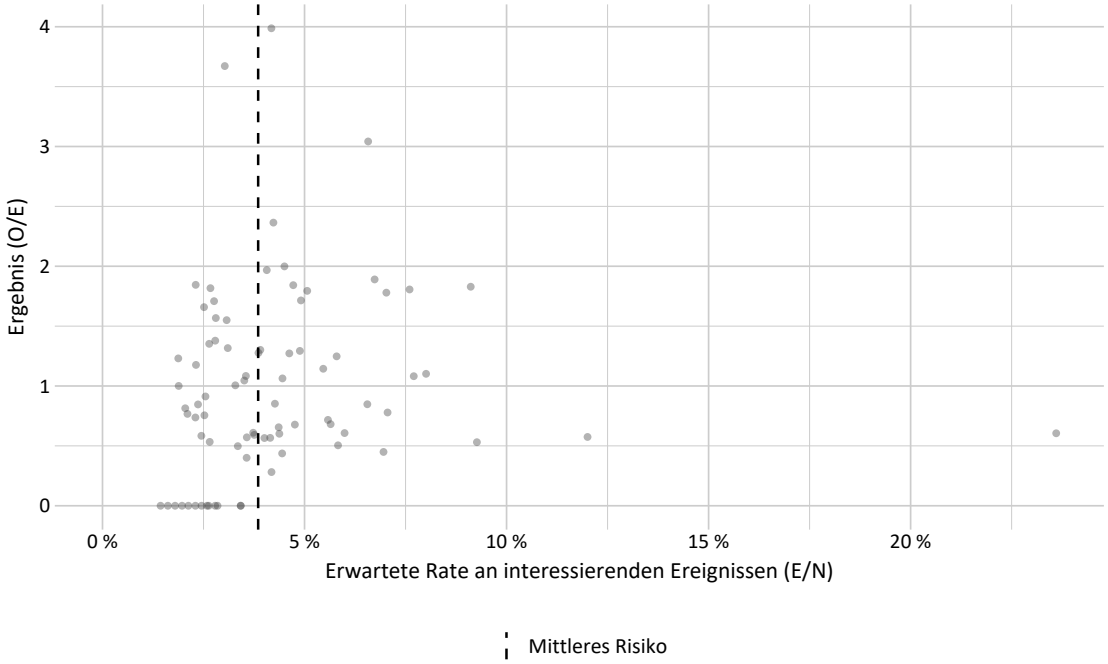
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	81	0	0,00	3,99	0,85

402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Chir-30d-Score
Referenzbereich	≤ 2,03 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) über 35 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) LVEF unter 31 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

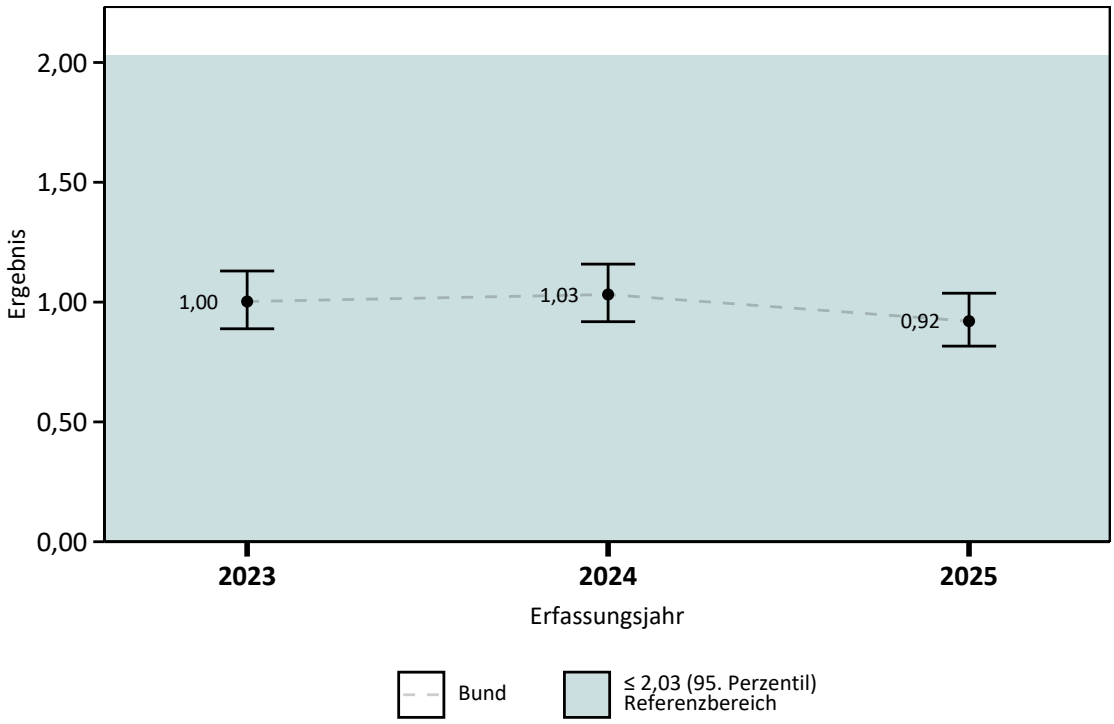
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	5.506	254 / 253,38	1,00	0,89 - 1,13
	2024	5.848	271 / 262,66	1,03	0,92 - 1,16
	2025	6.413	257 / 279,21	0,92	0,82 - 1,04

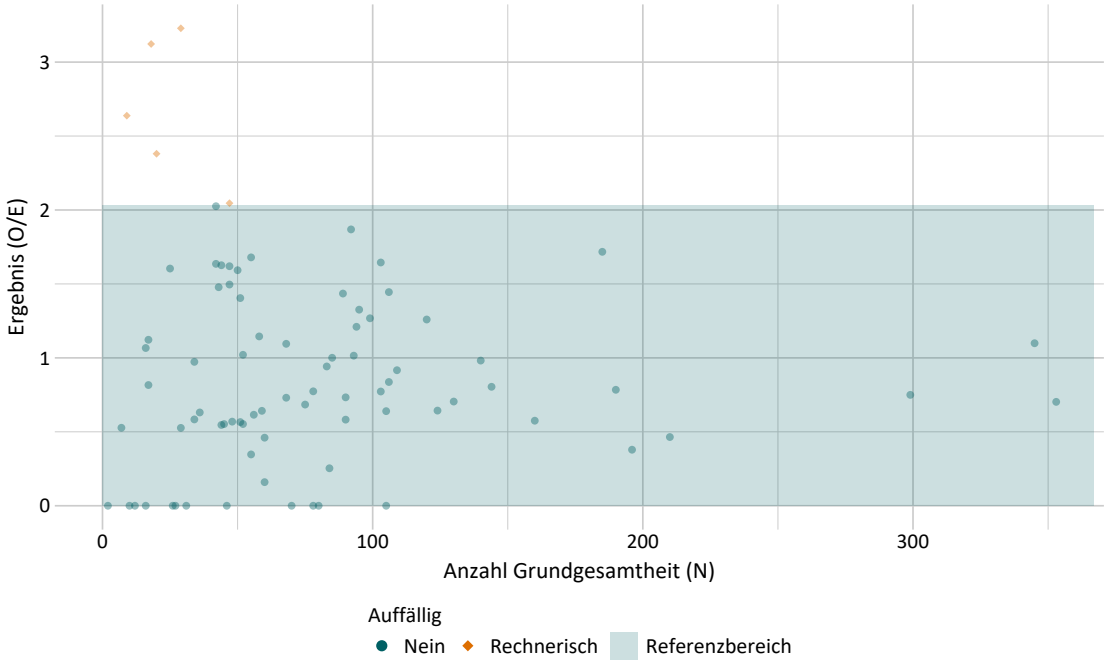
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

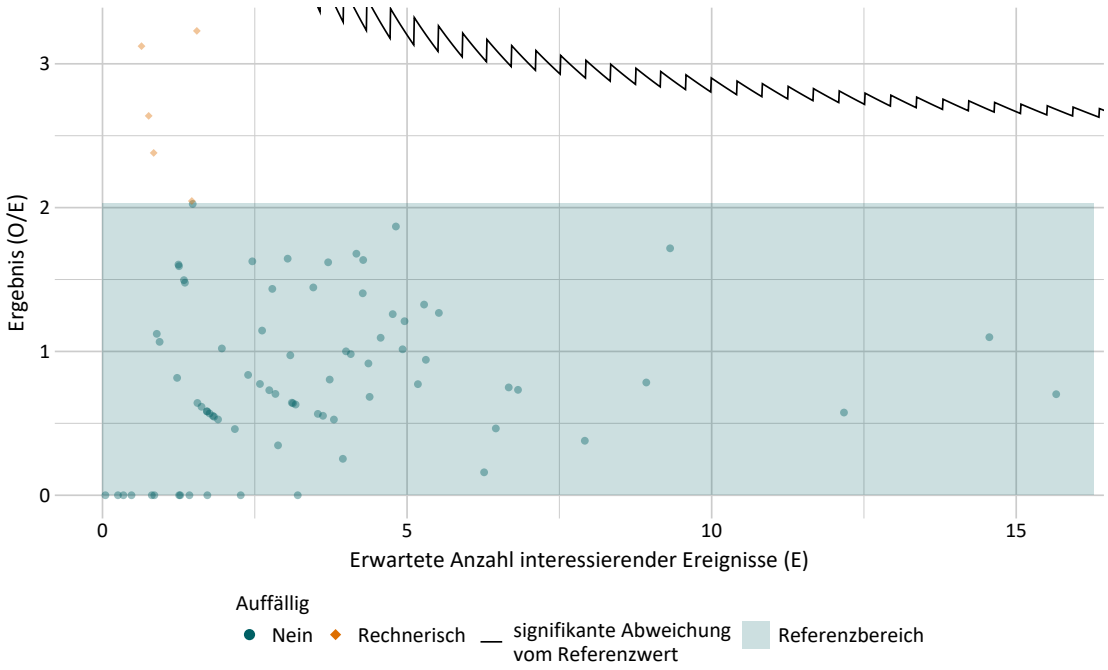
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



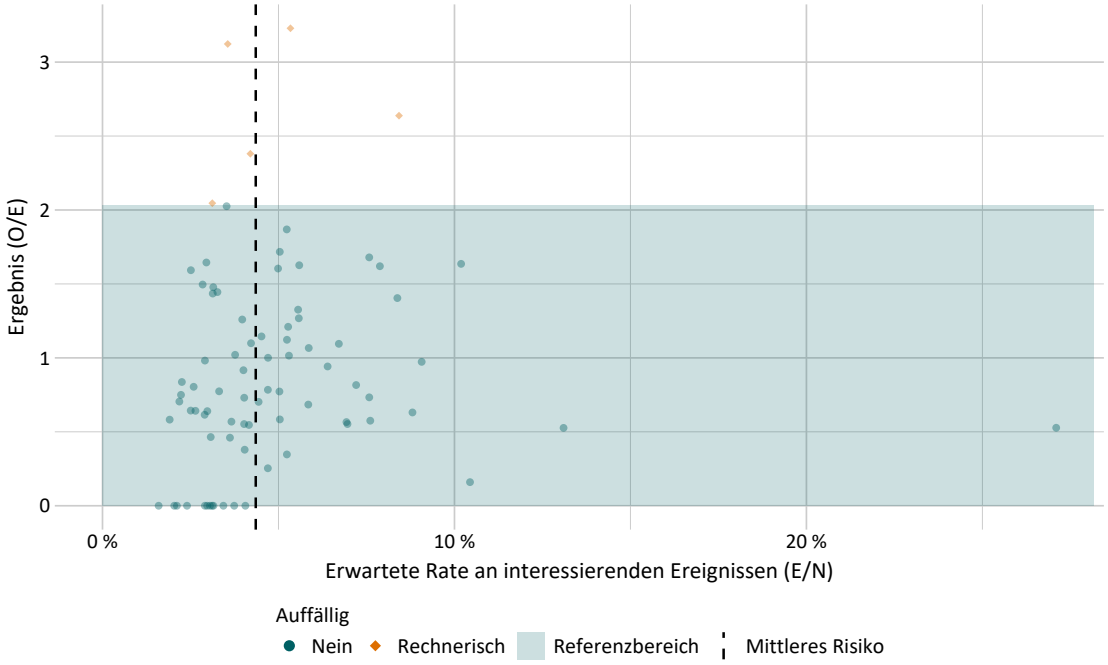
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	81	5	0,00	3,23	0,77

402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Chir-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) über 35 Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) LVEF unter 31 % LVEF zwischen 31 und 50 % Reoperation an Herz/Aorta Floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus Arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

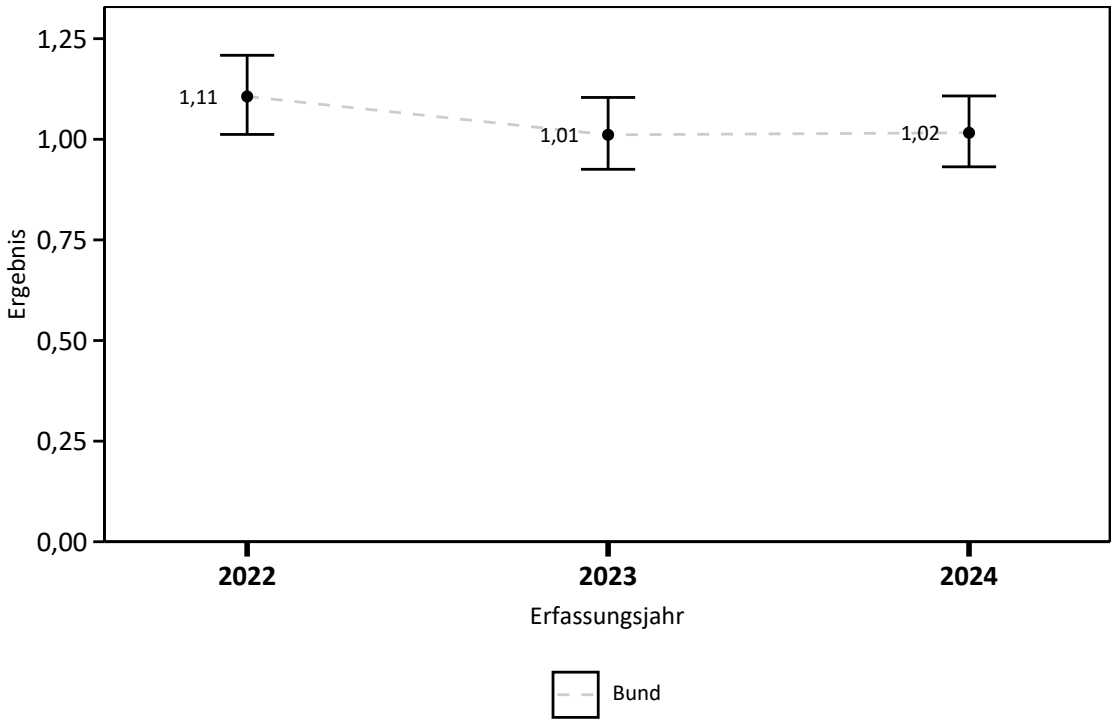
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	5.196	445 / 402,19	1,11	1,01 - 1,21
	2023	5.549	453 / 448,00	1,01	0,93 - 1,10
	2024	5.895	471 / 463,51	1,02	0,93 - 1,11

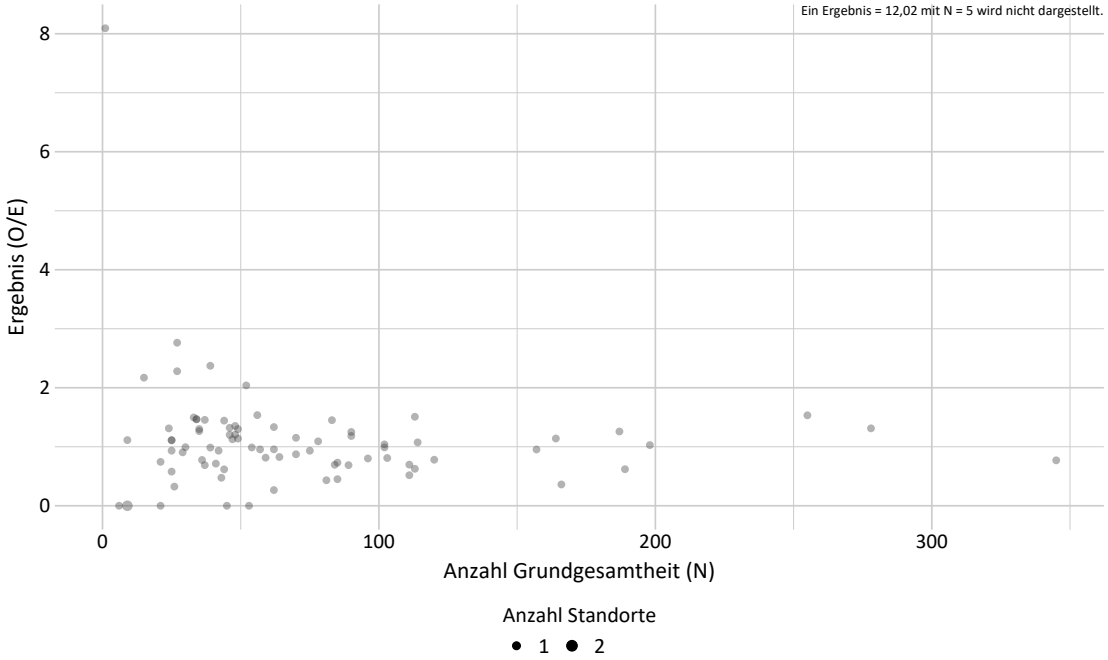
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

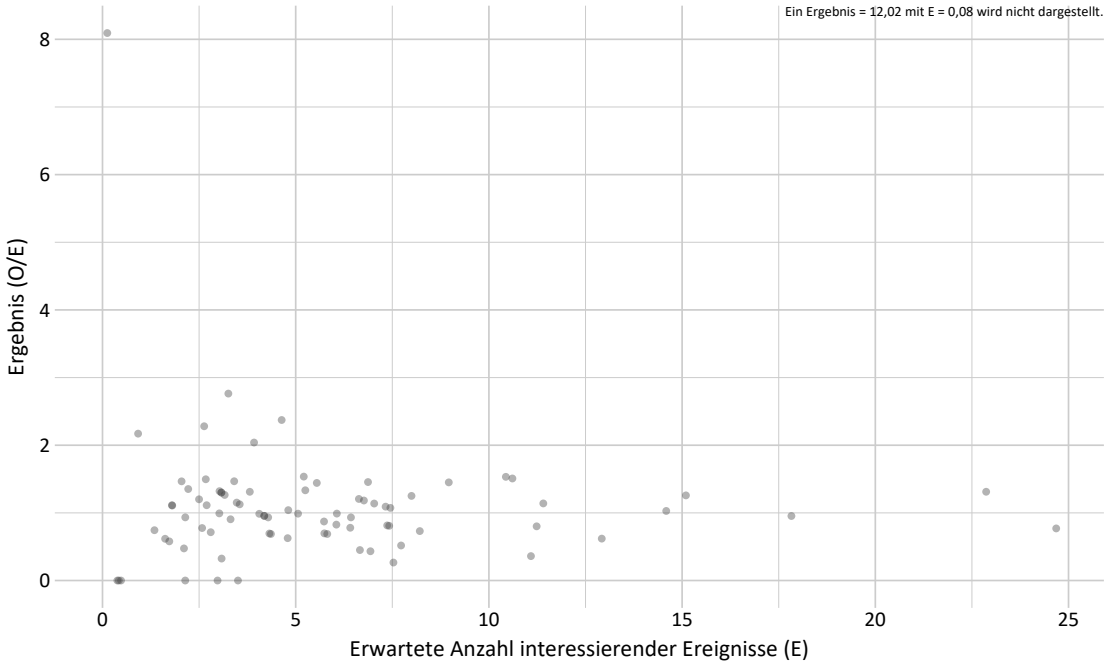
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



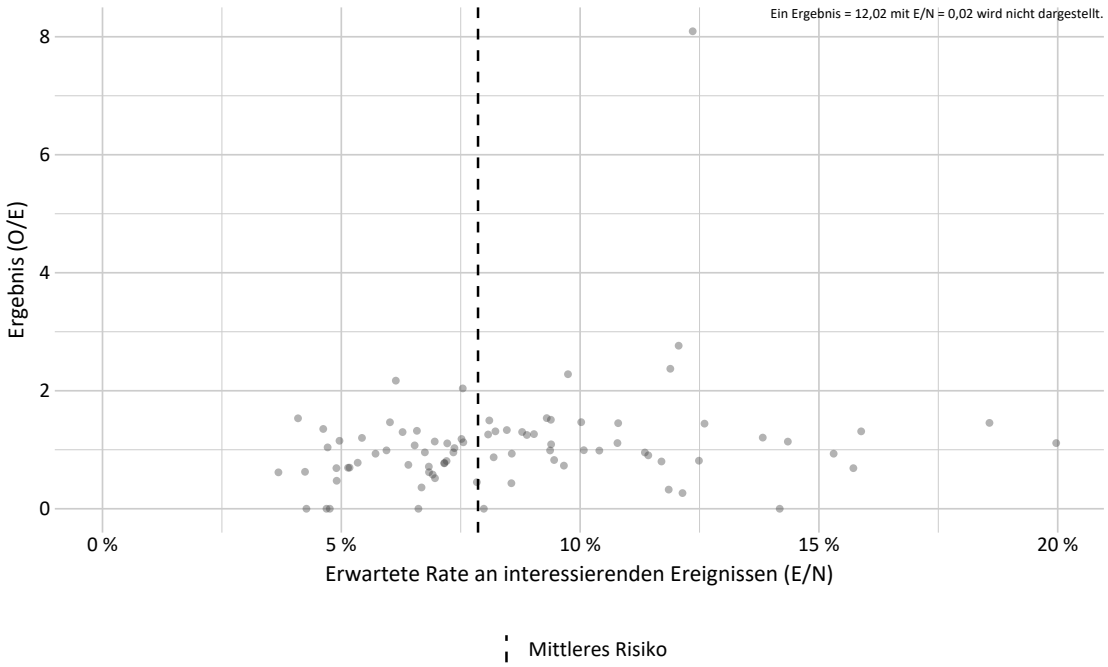
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	83	0	0,00	12,02	0,99

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 40_22049 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	3,69 % 239/6.484
4.1.1	**ID: 402010** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	2,91 % 182/6.258
4.1.2	ID: 40_22050 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	25,22 % 57/226

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Chir-Score	
4.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in MKL-Chir-Score Risikoklassen	
4.2.1.1	ID: 40_22051 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,31 % 63/4.807
4.2.1.2	ID: 40_22052 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,44 % 39/879
4.2.1.3	ID: 40_22053 Risikoklasse 6 - < 10 %	6,97 % 23/330
4.2.1.4	ID: 40_22054 Risikoklasse ≥ 10 %	24,36 % 114/468
4.2.1.4	ID: 40_22055 Summe MKL-Chir-Score Risikoklassen	3,69 % 239/6.484
4.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in MKL-Chir-Score Risikoklassen	
4.2.2.1	ID: 40_22056 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,26 % 60,40/4.807
4.2.2.2	ID: 40_22057 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,14 % 36,37/879
4.2.2.3	ID: 40_22058 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,63 % 25,18/330
4.2.2.4	ID: 40_22059 Risikoklasse ≥ 10 %	27,32 % 127,83/468
4.2.2.5	ID: 40_22060 Summe MKL-Chir-Score Risikoklassen	3,85 % 249,78/6.484
4.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.1	ID: O_402011 O/N (observed, beobachtet)	3,69 % 239/6.484
4.2.3.2	ID: E_402011 E/N (expected, erwartet)	3,85 % 249,78/6.484
4.2.3.3	**ID: 402011** **O/E**	0,96

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Chir-30d-Score	
4.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.3.1.1	ID: O_402012 O/N (observed, beobachtet)	4,01 % 257/6.413
4.3.1.2	ID: E_402012 E/N (expected, erwartet)	4,35 % 279,21/6.413
4.3.1.3	**ID: 402012** **O/E**	0,92

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Chir-365d-Score	
4.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.4.1.1	ID: O_402013 O/N (observed, beobachtet)	7,99 % 471/5.895
4.4.1.2	ID: E_402013 E/N (expected, erwartet)	7,86 % 463,51/5.895
4.4.1.3	**ID: 402013** **O/E**	1,02

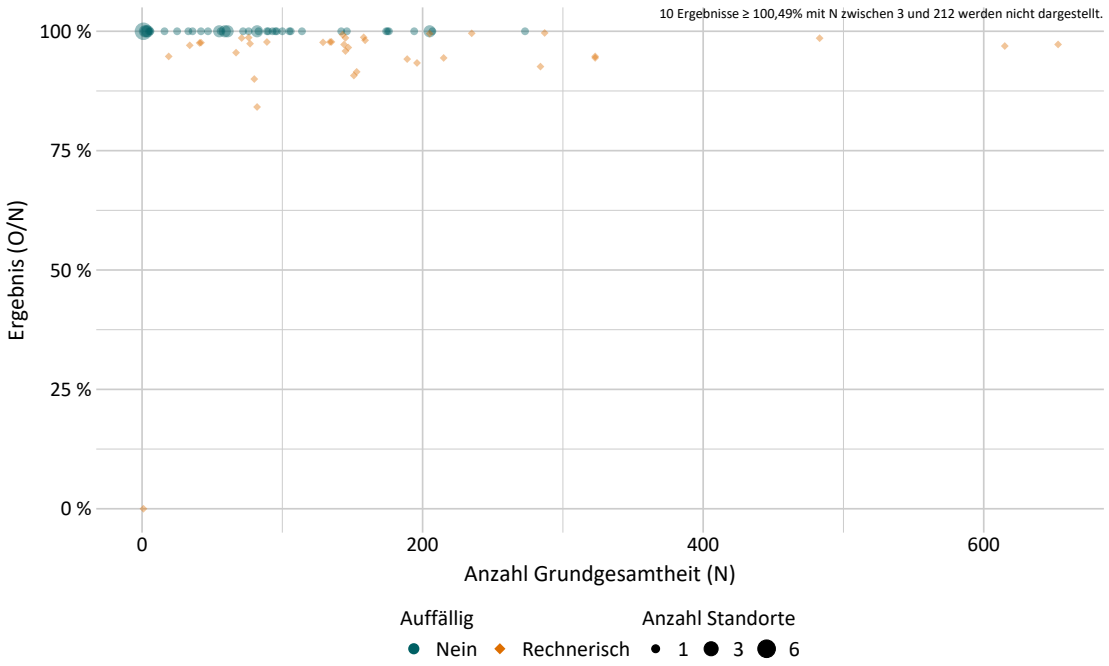
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	97	36	0,00	133,33	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	11.063 / 11.279	98,08	37,11 % 36 / 97

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	88.955	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal isoliert offen-chirurgisch an der Mitralklappe operiert wurden	6.531	7,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	89.510	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	26.051	29,10
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.632	6,29
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	28.526	31,87
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.873	8,80
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	11.831	13,22
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.587	7,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	138	2,11
1. Quartal	1.740	26,64
2. Quartal	1.569	24,02
3. Quartal	1.665	25,49
4. Quartal	1.419	21,73
Entlassungsquartal		
1. Quartal	1.576	24,13
2. Quartal	1.559	23,87
3. Quartal	1.677	25,68
4. Quartal	1.719	26,32

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	866	13,26
8 - 14 Tage	3.392	51,94
15 - 21 Tage	1.103	16,89
22 - 28 Tage	442	6,77
> 28 Tage	728	11,15

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	6.531
5. Perzentil	0,00
Mittelwert	3,50
Median	1,00
95. Perzentil	15,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	6.531
5. Perzentil	5,00
Mittelwert	12,35
Median	9,00
95. Perzentil	31,00
Gesamtverweildauer (Tage)[6]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	6.531
5. Perzentil	6,00
Mittelwert	15,84
Median	12,00
95. Perzentil	40,00

[4] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[5] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[6] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin / Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	899	13,77
50 – 59 Jahre	1.377	21,08
60 – 64 Jahre	1.195	18,30
65 – 69 Jahre	1.172	17,95
70 – 74 Jahre	1.045	16,00
75 – 79 Jahre	614	9,40
80 – 89 Jahre	228	3,49
≥ 90 Jahre	≤3	x

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	6.531
5. Perzentil	39,00
25. Perzentil	56,00
Mittelwert	62,20
Median	64,00
75. Perzentil	71,00
95. Perzentil	78,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
Geschlecht		
(1) männlich	3.857	59,06
(2) weiblich	2.673	40,93
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	0	0,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 6.420**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	168	2,62
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	2.770	43,15
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	2.245	34,97
Adipositas (≥ 30)	1.237	19,27

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	802	12,28
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	2.478	37,94
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	2.818	43,15
(IV) Beschwerden in Ruhe	433	6,63
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	2.930	44,86
(1) ja	3.601	55,14
Angina Pectoris		
(0) nein	5.570	85,29
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	328	5,02
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	367	5,62
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	208	3,18
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	58	0,89
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	6.229	95,38
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	32	0,49
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	39	0,60
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	56	0,86
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	167	2,56
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	≤3	x
(9) unbekannt	5	0,08

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	5.479	83,89
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	219	3,35
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	357	5,47
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	457	7,00
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	12	0,18
(9) unbekannt	7	0,11
Reanimation		
(0) nein	6.430	98,45
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	24	0,37
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	22	0,34
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	51	0,78
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	0	0,00
(9) unbekannt	4	0,06

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	2.177
5. Perzentil	20,00
Mittelwert	39,56
Median	36,00
95. Perzentil	69,10

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	4.354	66,67
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	4.996	76,50
(2) Vorhofflimmern	1.421	21,76
(9) anderer Rhythmus	114	1,75
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	4.331	66,31
(1) paroxysmal	1.295	19,83
(2) persistierend	625	9,57
(3) permanent	280	4,29
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	6.266	95,94
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	151	2,31
(2) Schrittmacher mit CRT-System	24	0,37
(3) Defibrillator ohne CRT-System	76	1,16
(4) Defibrillator mit CRT-System	14	0,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[7]		
(1) normaler, gesunder Patient	103	1,58
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	546	8,36
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4.111	62,95
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	1.680	25,72
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	91	1,39

[7] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
LVEF		
< 15%	≤3	x
15 - 30%	147	2,25
31 - 50%	1.670	25,57
> 50%	4.382	67,10
LVEF unbekannt	329	5,04
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	6.202
5. Perzentil	40,00
Mittelwert	55,11
Median	55,00
95. Perzentil	68,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	5.254	80,45
(1) 1-Gefäßerkrankung	583	8,93
(2) 2-Gefäßerkrankung	310	4,75
(3) 3-Gefäßerkrankung	268	4,10
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	1.012	87,17
(1) ja, operativ	94	8,10
(2) ja, interventionell	55	4,74
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	116	1,78
Hauptstammstenose		
(0) nein	6.485	99,30
(1) ja, gleich oder größer 50%	46	0,70

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	6.287	96,26
(1) ja	244	3,74
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	5.870	89,88
(1) eine	559	8,56
(2) zwei	77	1,18
(3) drei	20	0,31
(4) vier	≤3	x
(5) fünf oder mehr	0	0,00
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	≤3	x
(9) unbekannt	0	0,00

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
akute Infektionen[8]		
(0) keine	5.685	87,05
(1) Mediastinitis	≤3	x
(2) Sepsis	68	1,04
(3) broncho-pulmonale Infektion	80	1,22
(4) oto-laryngologische Infektion	5	0,08
(5) floride Endokarditis	705	10,79
(6) Peritonitis	0	0,00
(7) Wundinfektion Thorax	≤3	x
(8) Pleuraempym	≤3	x
(9) Venenkatheterinfektion	0	0,00
(10) Harnwegsinfektion	16	0,24
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	6	0,09
(12) HIV-Infektion	7	0,11
(13) Hepatitis B oder C	15	0,23
(18) andere Wundinfektion	≤3	x
(88) sonstige Infektion	40	0,61
Diabetes mellitus		
(0) nein	5.760	88,19
(1) ja, diätetisch behandelt	120	1,84
(2) ja, orale Medikation	403	6,17
(3) ja, mit Insulin behandelt	207	3,17
(4) ja, unbehandelt	11	0,17
(9) unbekannt	30	0,46

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	5.989	91,70
(1) ja	460	7,04
davon:[9]		
periphere AVK	149	32,39
Arteria Carotis	145	31,52
Aortenaneurysma	66	14,35
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	179	38,91
(9) unbekannt	82	1,26
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	5.635	86,28
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	279	4,27
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	166	2,54
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	418	6,40
(9) unbekannt	33	0,51

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	5.822	89,14
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	445	6,81
(2) ja, ZNS, andere	152	2,33
(3) ja, peripher	72	1,10
(4) ja, Kombination	11	0,17
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	161	35,31
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	93	20,39
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	118	25,88
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	63	13,82
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	11	2,41
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	10	2,19
(9) unbekannt	29	0,44
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	6.334	96,98
(1) akut	58	0,89
(2) chronisch	139	2,13

[8] Mehrfachnennung möglich
[9] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	6.334
5. Perzentil	0,60
Mittelwert	1,01
Median	0,90
95. Perzentil	1,60
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[11]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	6.334
5. Perzentil	53,04
Mittelwert	89,12
Median	79,56
95. Perzentil	141,44

[10] (letzter Wert vor OP)
[11] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.587**	
Operation[12]		
(5-350.2 oder 5-350.3) Valvulotomie: Mitralklappe	≤3	x
(5-351.1*) Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe	1.902	28,88
(5-352.1*) Wechsel von Herzklappenprothesen: Mitralklappe	236	3,58
(5-353.1 oder 5-353.2) Valvuloplastik: Mitralklappe	4.066	61,73
(5-354.1*) Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe	2.388	36,25

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.587**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	4.877	74,04
(1) ja	1.710	25,96
davon:[13]		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	534	31,23
Vorhofablation	810	47,37
Eingriff an herznahen Gefäßen	57	3,33
Herzohrverschluss/-amputation	1.015	59,36
interventioneller Koronareingriff (PCI)	≤3	x
sonstige	246	14,39

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.587**	
Konversionseingriff		
(0) nein	6.461	98,09
(1) ja	126	1,91
Zugang (MKE)[14]		
(1) konventionelle Sternotomie	2.166	32,88
(2) minimalinvasiver operativer Zugang	4.421	67,12
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	4.822	73,20
(1) ja	1.765	26,80
Dringlichkeit		
(1) elektiv	5.351	81,24
(2) dringlich	987	14,98
(3) Notfall	205	3,11
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	44	0,67
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	6.553	99,48
(1) ja	34	0,52
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	6.196	94,06
(1) ja	391	5,94
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	6.362	96,58
(1) ja	225	3,42

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.587**	
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	6.524	99,04
(1) ja, IABP	13	0,20
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	39	0,59
(3) ja, andere	11	0,17
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	6.268	95,16
(2) bedingt aseptische Eingriffe	77	1,17
(3) kontaminierte Eingriffe	17	0,26
(4) septische Eingriffe	225	3,42

[14] offen chirurgisch

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl isolierter offen-chirurgischer Eingriffe an der Mitralklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999	6.586
5. Perzentil	113,00
Mittelwert	203,33
Median	192,00
95. Perzentil	327,00

präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.587**	
auffällige Morphologie der Mitralklappe (inkl. Mitralklappenring oder -halteapparat)		
(0) nein	1.190	18,07
(1) ja	5.397	81,93
davon:[15]		
Segelprolaps	3.896	72,19
Verdickung	1.471	27,26
Verkalkung/Sklerosierung	1.069	19,81
Vegetationen	730	13,53
Kommissurenfusionen	235	4,35

[15] Mehrfachnennung möglich

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.587**	
intraprozedurale Komplikationen		
(0) nein	6.448	97,89
(1) ja	139	2,11
davon:[16]		
Device-Fehlpositionierung	≤3	x
Koronarostienverschluss	≤3	x
Aortendissektion	≤3	x
Aortenregurgitation > = 2. Grades	≤3	x

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.587**	
Annulus-Ruptur	6	4,32
Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	14	10,07
davon:		
(1) ohne Therapiebedarf	0	0,00
(2) mit Therapiebedarf	14	100,00
Perikardtamponade	≤3	x
kardiale Dekompensation	16	11,51
Hirnembolie	≤3	x
Rhythmusstörungen	8	5,76
Device-Embolisation	0	0,00
vaskuläre Komplikation	22	15,83
Low Cardiac Output	74	53,24
davon: Therapie des Low Cardiac Output		
(0) keine Therapie erforderlich	0	0,00
(1) medikamentös	11	14,86
(2) IABP	13	17,57
(3) VAD	≤3	x
(4) ECMO	45	60,81
(9) sonstige	≤3	x
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	25	17,99
davon:		
(1) schwerwiegend	20	80,00
(2) lebensbedrohlich	5	20,00
Patient verstarb im OP/Katheterlabor	6	4,32

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte offen-chirurgische Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 6.587**	
Konversion		
(0) nein	6.520	98,98
(1) ja, zu Sternotomie	66	1,00
(2) ja, zu transapikal	≤3	x
(3) ja, zu endovaskulär	0	0,00
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	13	19,40
(2) intraprozedurale Komplikationen	25	37,31
(9) sonstige	29	43,28

[16] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung		
(0) nein	192	2,94
(1) ja	6.197	94,89
(2) kein prothetisches Material am Herzen verwendet	142	2,17
geplantes funktionelles Ergebnis erreicht		
(0) nein	174	2,66
(1) akzeptables Ergebnis	520	7,96
(2) optimales Ergebnis	5.837	89,37
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	6.489	99,36
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	40	0,61
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	≤3	x
Reanimation		
(0) nein	6.423	98,35
(1) ja	108	1,65
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	6.156	94,26
(1) ja	375	5,74
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	6.022	92,21
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	195	2,99
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	266	4,07
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	48	0,73

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	6.508	99,65
(1) ja	23	0,35
Perikardtamponade		
(0) nein	6.366	97,47
(1) ja	165	2,53
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	6.165	94,40
(1) schwerwiegend	246	3,77
(2) lebensbedrohlich	120	1,84
Mediastinitis[17]		
(0) nein	6.522	99,86
(1) ja	9	0,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	6.333	96,97
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	140	2,14
(2) ja, ZNS, andere	58	0,89
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	50	25,25
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	15	7,58
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	45	22,73
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	31	15,66
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	11	5,56
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	19	9,60
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	27	13,64

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	6.208	95,05
(1) ja	323	4,95
davon:[18]		
Infektion(en)	37	11,46
Sternuminstabilität	25	7,74
Gefäßruptur	5	1,55
Dissektion	6	1,86
therapierelevante Blutung/Hämatom	208	64,40
Ischämie	9	2,79
AV-Fistel	≤3	x
Aneurysma spurium	4	1,24
sonstige	61	18,89
mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		
(0) nein	6.502	99,56
(1) ja	29	0,44
paravalvuläre Leckage		
(0) nein	6.501	99,54
(1) ja	30	0,46

[17] nach den KISS-Definitionen
[18] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	6.096	93,34
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	320	4,90
(2) Schrittmacher mit CRT-System	30	0,46
(3) Defibrillator ohne CRT-System	67	1,03
(4) Defibrillator mit CRT-System	18	0,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem offen-chirurgischen Mitralklappeneingriff	**N = 6.531**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	3.961	60,65
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	177	2,71
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	4	0,06
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	24	0,37
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.217	18,63
(07) Tod	251	3,84
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[19]	22	0,34
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	854	13,08
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	12	0,18
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[20]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[21]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[22]		
(1) ja	4	0,06

[19] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[20] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[21] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[22] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-MK-KATH: Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2024 und 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen 11

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 15

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 17

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 17

392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 17

392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 20

392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 24

392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 27

Details zu den Ergebnissen 30

392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff 33

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 36

392008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen 36

392009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres 39

Gruppe: Sterblichkeit 42

392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation 42

392011: Sterblichkeit im Krankenhaus 45

392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 49

392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 53

Details zu den Ergebnissen ... 57
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 59
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 59
852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 59
Basisauswertung ... 61
Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen) ... 61
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ... 62
Patientin und Patient ... 64
Body Mass Index (BMI) ... 65
Anamnese / präoperative Befunde ... 66
Kardiale Befunde ... 69
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e) ... 71
Weitere Begleiterkrankungen ... 72
Operation / Prozedur ... 76
OP-Basisdaten ... 76
präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung ... 79
Dosis-Flächen-Produkt ... 80
Kontrastmittelmenge ... 80
Intraprozedurale Komplikationen ... 81
Postoperativer Verlauf ... 84
Entlassung / Verlegung ... 88

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (https://www.g-ba.de/richtlinien/105/) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen, wovon 12 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 39 Qualitätsindikatoren und 3 Transparenzkennzahlen zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

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

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

Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt für die

auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen mit einem Follow-up-Zeitraum von mehr als 30 Tagen die Darstellung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2024 in der diesjährigen Jahresauswertung (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in den Auswertungsmodulen „Isolierte Koronarchirurgie“ (KCHK-KC) und „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ (KCHK-KC-KOMB) erfolgt für das Erfassungsjahr 2023).

Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen werden in dem auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet. Somit erfolgt in der diesjährigen Jahresauswertung die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2025 (Die Darstellung der Ergebnisse zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB erfolgt für das Erfassungsjahr 2024).

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Sozialdaten durch die Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das Verfahren QS-KCHK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	89.007 88.955 52	88.902	100,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	302		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	324	330	98,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	288	293	98,29

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	247	246	100,41

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2025 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC) 2025
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR) 2025
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR) 2025
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH) 2025
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH) 2025

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	11.943 11.908 35	11.930	100,11
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	293		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	304	309	98,38
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	287	292	98,29

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.109 10.092 17	10.108	100,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	279		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	287	290	98,97
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	269	270	99,63

Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2023		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.592 8.567 25	8.545	100,55
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	256		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	264	263	100,38
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	247	246	100,41

Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgenden Tabellen stellen die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus den zurückliegenden Erfassungsjahren dar. Die letzte Spalte weist die Verknüpfungsrate mit den für die Indexeingriffe der jeweiligen Erfassungsjahre gelieferten QS-Daten auf.

Verknüpfungsrate mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2025	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	88.955	95,47 N = 84.924

Erfassungsjahr 2024	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.566	95,86 N = 80.109

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.236	95,77 N = 77.796

Ergebnisübersicht

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

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.
- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren und sogenannte Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tage können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden (mit Ausnahme des Qualitätsindikators Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen in den Auswertungsmodulen KCHK-KC und KCHK-KC-KOMB). Follow-up-Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum über 30 Tage, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2025 dar.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	≤ 7,40 % (95. Perzentil)	2,64 % O = 311 N = 11.762
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	≤ 4,17 (95. Perzentil)	1,04 O/E = 132 / 127,14 1,21 % O/N = 132 / 10.913
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	≤ 24,62 % (95. Perzentil)	3,65 % O = 426 N = 11.659

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit			
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	2,02 % O = 236 N = 11.695
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	1,11 O/E = 258 / 231,76 2,19 % O/N = 258 / 11.762
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	≤ 3,31 (95. Perzentil)	1,02 O/E = 372 / 363,82 3,19 % O/N = 372 / 11.659

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

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024 dar. Wird kein Ergebnis dargestellt, so konnten die QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	0,31 % O = 31 N = 9.854
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	≤ 10,40 % (95. Perzentil)	4,15 % O = 409 N = 9.855
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	Nicht definiert	24,10 % O = 2.375 N = 9.855
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	≤ 24,38 % (95. Perzentil)	6,80 % O = 670 N = 9.855
Gruppe: Sterblichkeit			
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Nicht definiert	1,05 O/E = 1.796 / 1.714,16 18,22 % O/N = 1.796 / 9.855

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden hingegen auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,11 % 11.943 / 11.930	5,50 % 17 / 309

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

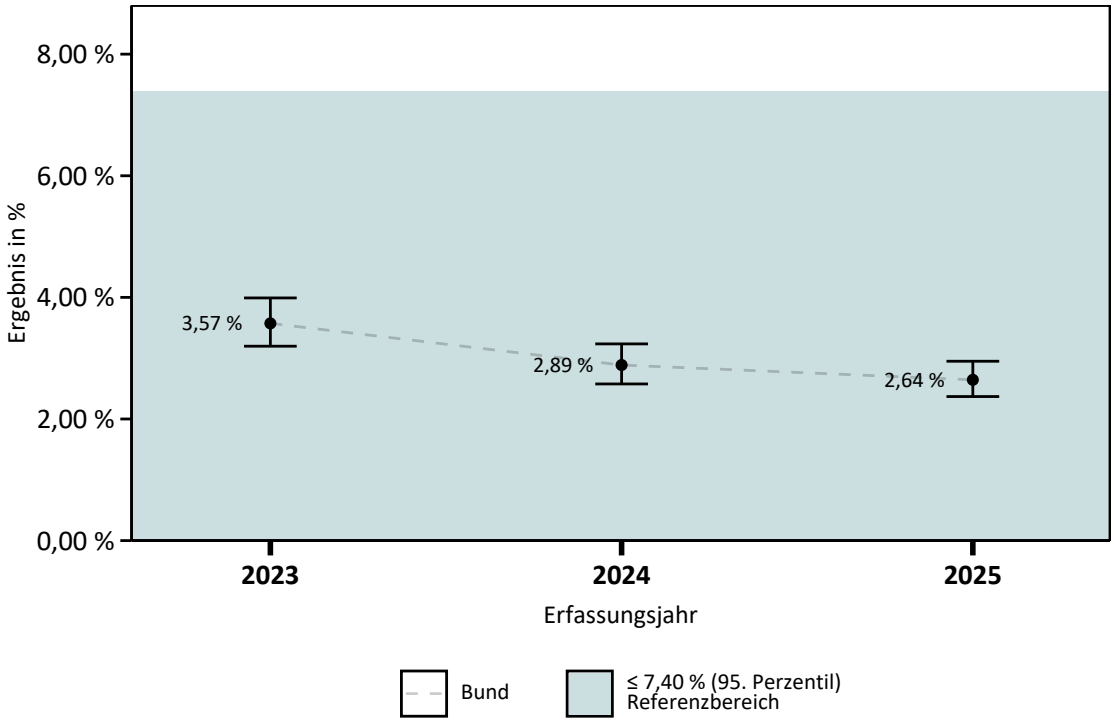
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten, kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Referenzbereich	≤ 7,40 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

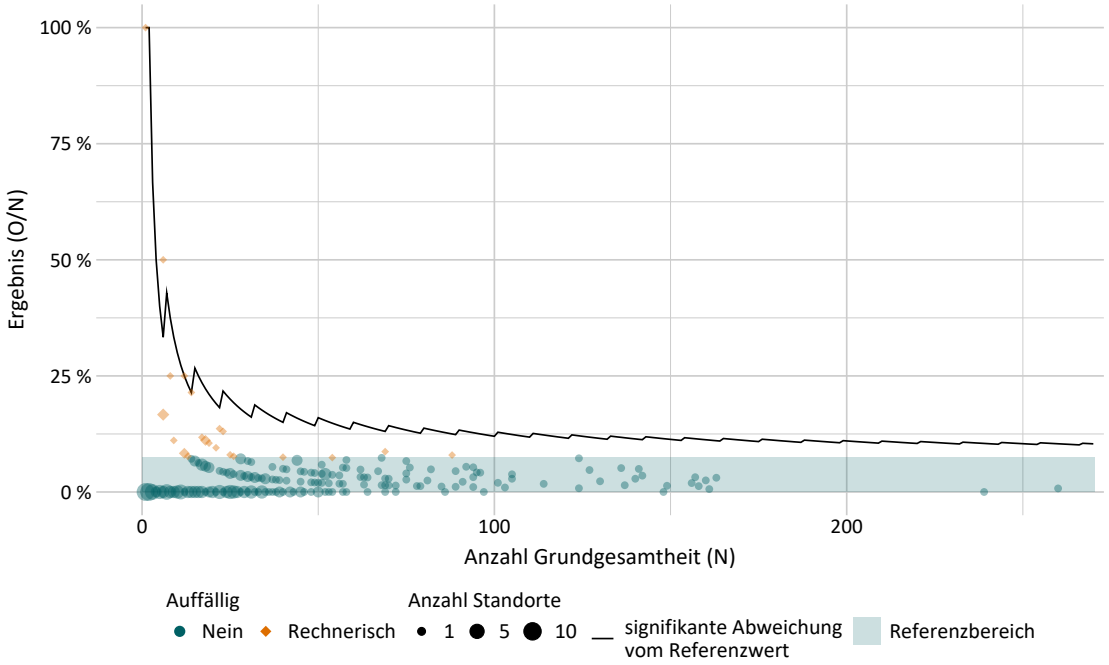
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	301 / 8.425	3,57	3,20 - 3,99
	2024	287 / 9.940	2,89	2,58 - 3,24
	2025	311 / 11.762	2,64	2,37 - 2,95

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	291	25	0,00	100,00	0,00

392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKKathScore für ID 392003.
Referenzbereich	≤ 4,17 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 50 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Diabetes mellitus Arterielle Gefäßerkrankung: Arteria Carotis Neurologische Erkrankungen: Zerebrovaskulär oder Kombination mit nicht nachweisbarem neurologischen Defizit (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

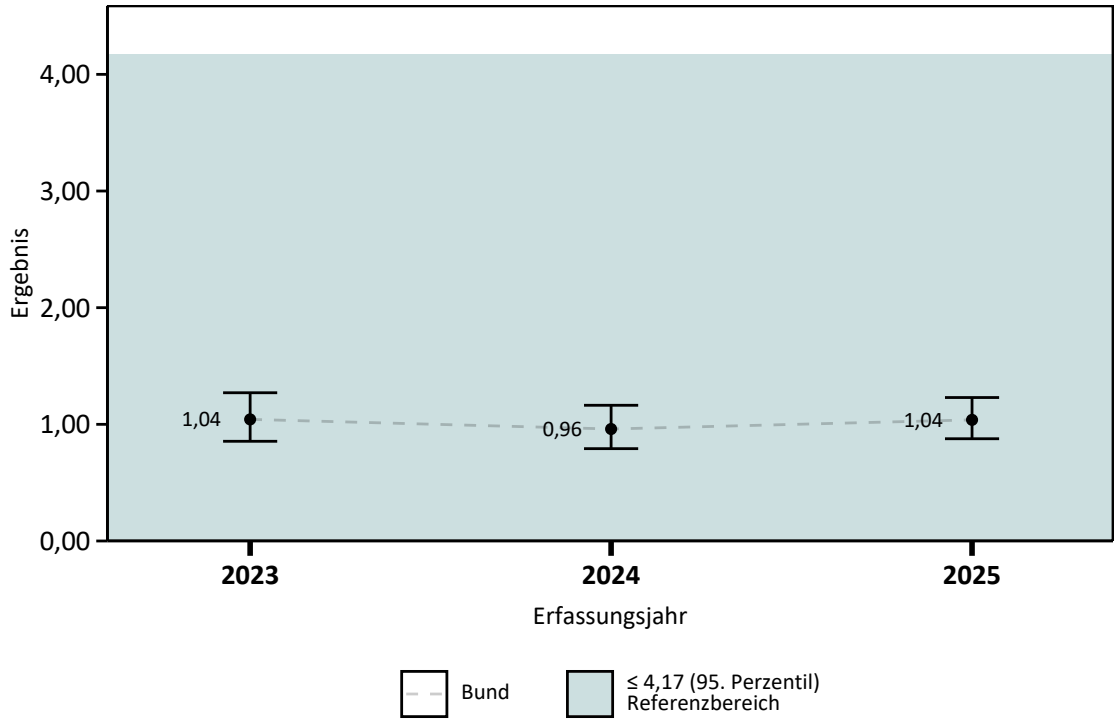
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	7.727	96 / 92,10	1,04	0,85 - 1,27
	2024	9.136	102 / 106,28	0,96	0,79 - 1,16
	2025	10.913	132 / 127,14	1,04	0,88 - 1,23

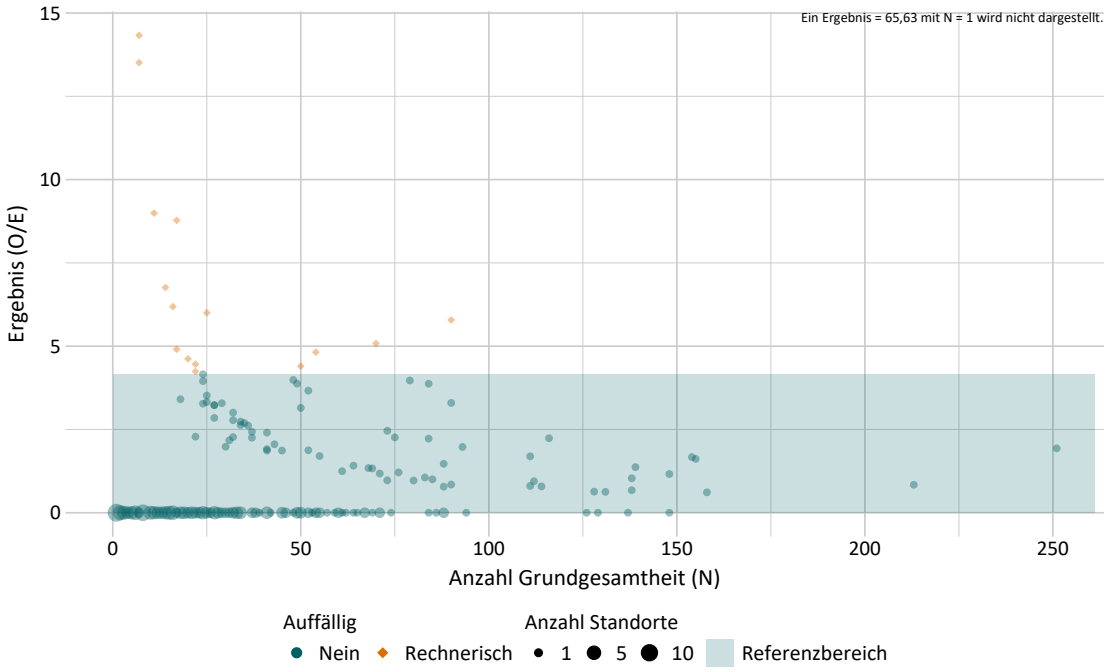
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

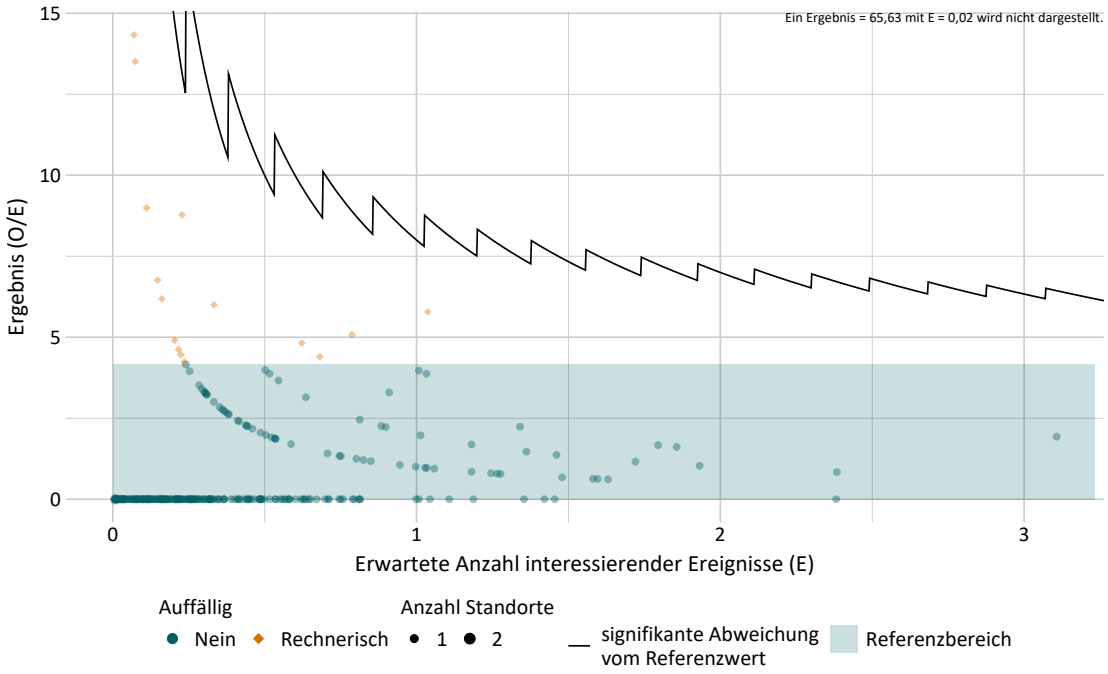
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



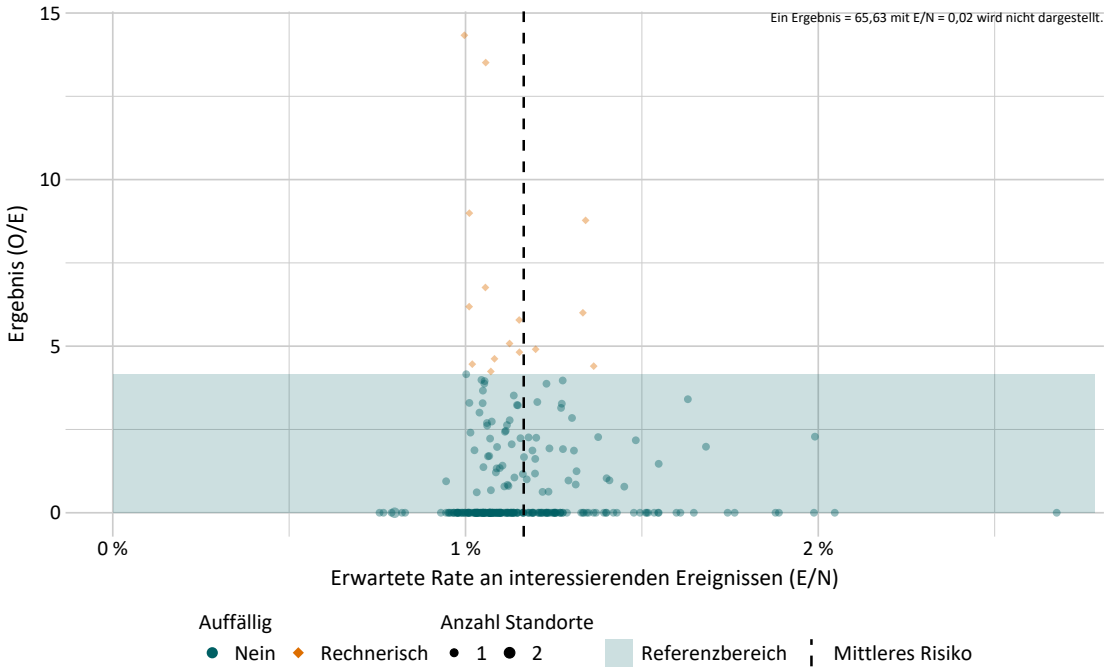
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	289	16	0,00	65,63	0,00

392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

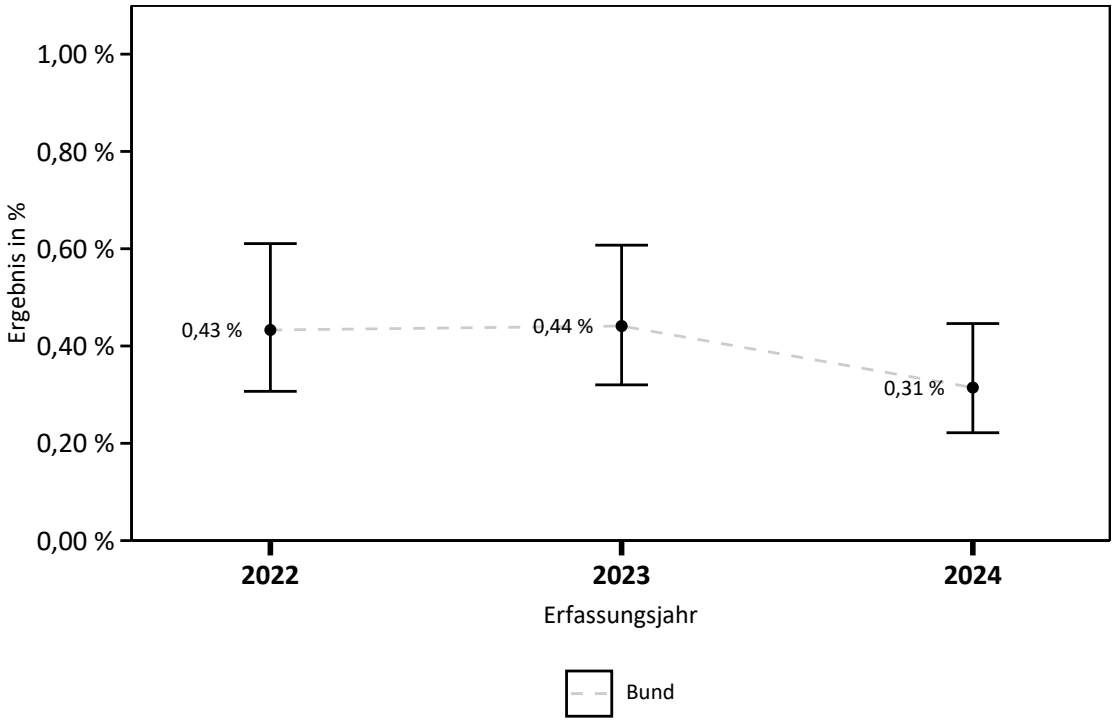
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben und ohne präoperative Endokarditis
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

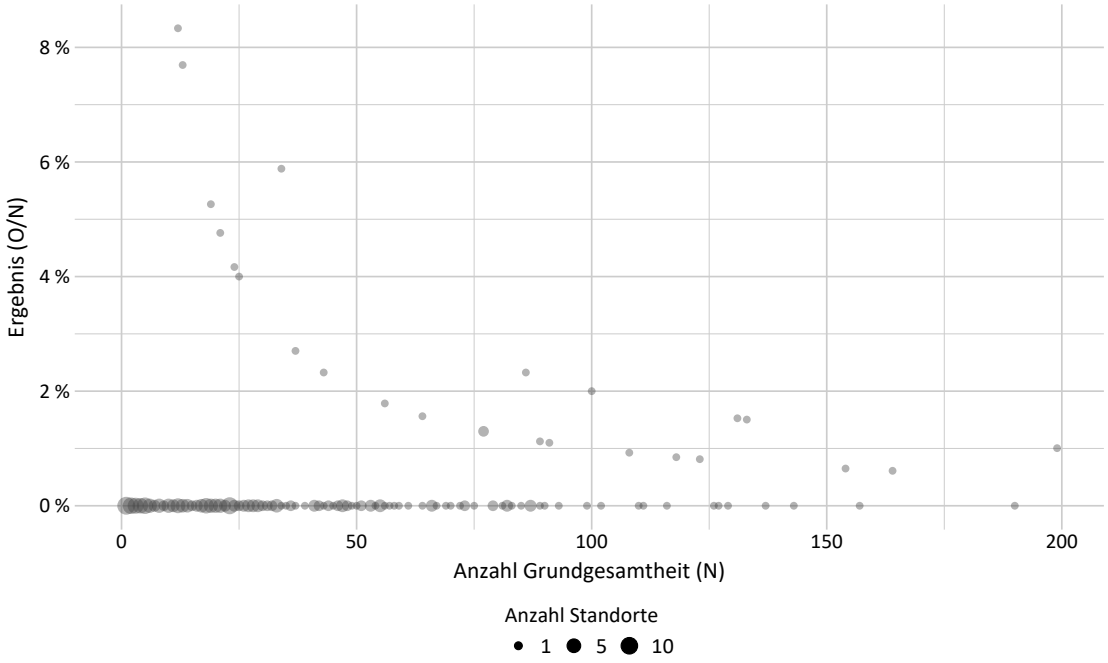
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	32 / 7.391	0,43	0,31 - 0,61
	2023	37 / 8.389	0,44	0,32 - 0,61
	2024	31 / 9.854	0,31	0,22 - 0,45

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	277	0	0,00	8,33	0,00

392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

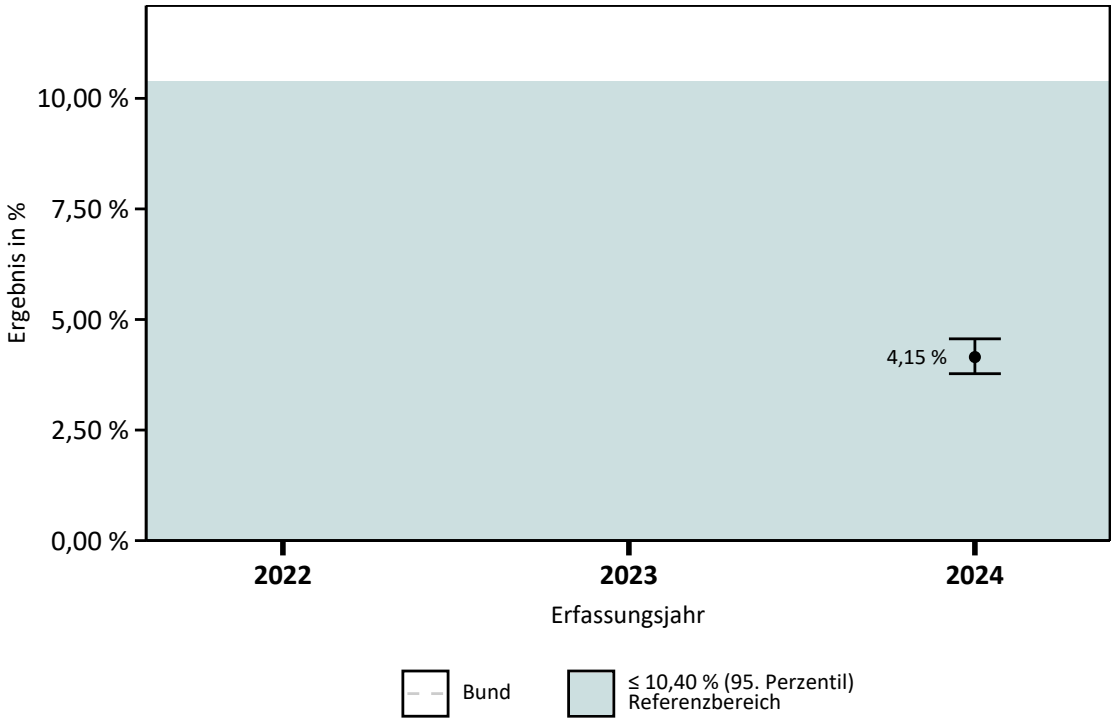
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäßkomplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage
Referenzbereich	≤ 10,40 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 1/2025

Detailergebnisse

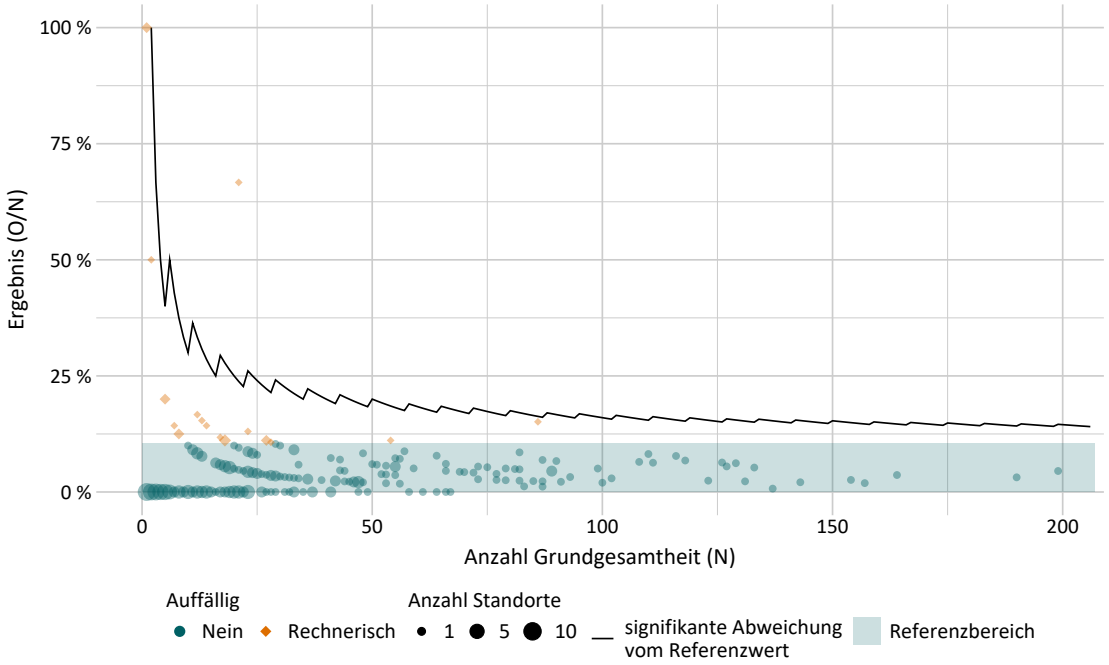
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	292 / 7.394	3,95	3,53 - 4,42
	2023	338 / 8.391	4,03	3,63 - 4,47
	2024	409 / 9.855	4,15	3,77 - 4,56

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	277	22	0,00	100,00	2,22

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 392002** **Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben**	2,64 % 311/11.762
1.1.1	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte intraprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.1.1	ID: 39_22018 Device-Fehlpositionierung	0,20 % 24/11.762
1.1.1.2	ID: 39_22019 Aortendissektion	0,00 % 0/11.762
1.1.1.3	ID: 39_22020 Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	0,07 % 8/11.762
1.1.1.4	ID: 39_22021 Perikardtamponade	0,28 % 33/11.762
1.1.1.5	ID: 39_22022 Rhythmusstörungen	0,16 % 19/11.762
1.1.1.6	ID: 39_22023 Low Cardiac Output mit Therapie[1]	x % ≤3/11.762
1.1.1.7	ID: 39_22024 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)	0,20 % 23/11.762
1.1.1.8	ID: 39_22025 Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation	0,09 % 10/11.762
1.1.2	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte postprozedurale Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.2.1	ID: 39_22026 Komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff	0,27 % 32/11.762
1.1.2.2	ID: 39_22027 Mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial	0,21 % 25/11.762
1.1.2.3	ID: 39_22028 Paravalvuläre Leckage	0,30 % 35/11.762
1.1.2.4	ID: 39_22029 Neu aufgetretener Herzinfarkt	0,13 % 15/11.762
1.1.2.5	ID: 39_22030 Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf)	0,43 % 51/11.762

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.2.6	ID: 39_22031 Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)	0,70 % 82/11.762
1.1.3	Mind. eine schwerwiegende eingriffsbedingte therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	
1.1.3.1	ID: 39_22032 Infektion(en)	0,04 % 5/11.762
1.1.3.2	ID: 39_22033 Sternuminstabilität	0,00 % 0/11.762
1.1.3.3	ID: 39_22034 Gefäßruptur	x % ≤3/11.762
1.1.3.4	ID: 39_22035 Dissektion	x % ≤3/11.762
1.1.3.5	ID: 39_22036 Therapierelevante Blutungen/Hämatom	0,50 % 59/11.762
1.1.3.6	ID: 39_22037 Ischämie	0,00 % 0/11.762
1.1.3.7	ID: 39_22038 AV- Fistel	0,10 % 12/11.762
1.1.3.8	ID: 39_22039 Sonstige	0,08 % 9/11.762

[1] IABP, VAD oder ECMO

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	
1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.2.1.1	ID: O_392003 O/N (observed, beobachtet)	1,21 % 132/10.913
1.2.1.2	ID: E_392003 E/N (expected, erwartet)	1,16 % 127,14/10.913
1.2.1.3	**ID: 392003** **O/E**	1,04
1.2.1.3.1	ID: 39_23000 Zusätzlich zum Nenner: Alter ≥ 70 Jahre	1,27 % 122/9.606
1.2.1.3.2	ID: 39_23001 Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF (≤ 30 %)[2]	1,27 % 19/1.496

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2.1.3.3	ID: 39_23002 Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	1,93 % 9/467

[2] Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 392004** **Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen**	0,31 % 31/9.854

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 392005** **Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen**	4,15 % 409/9.855

392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff

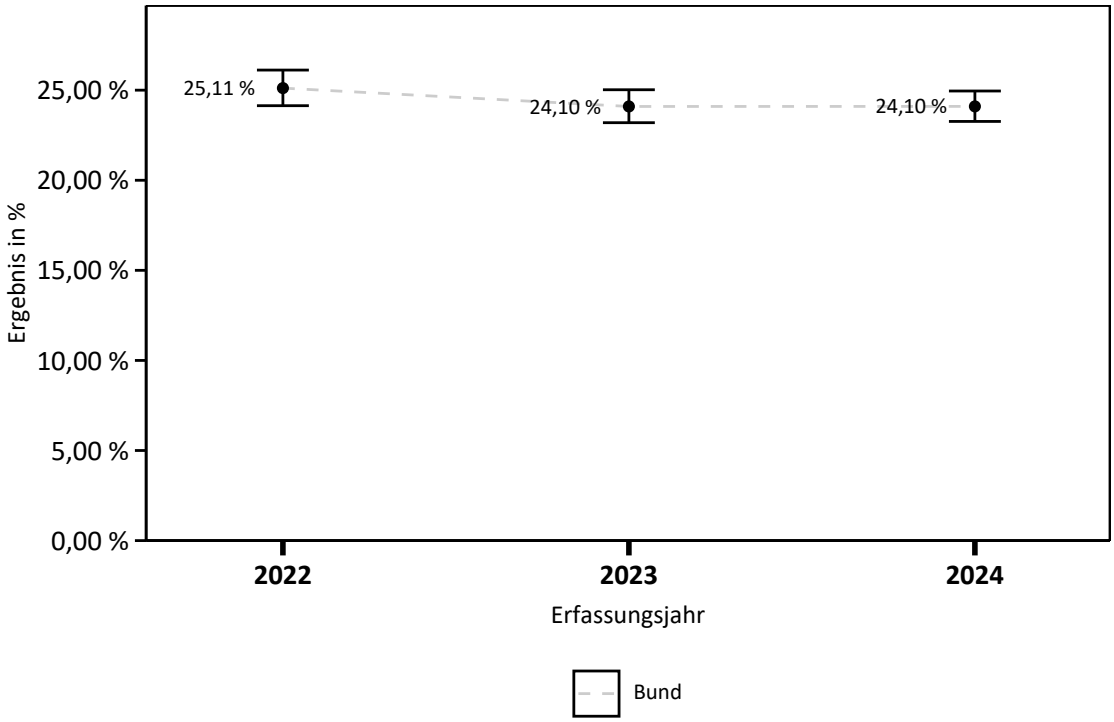
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

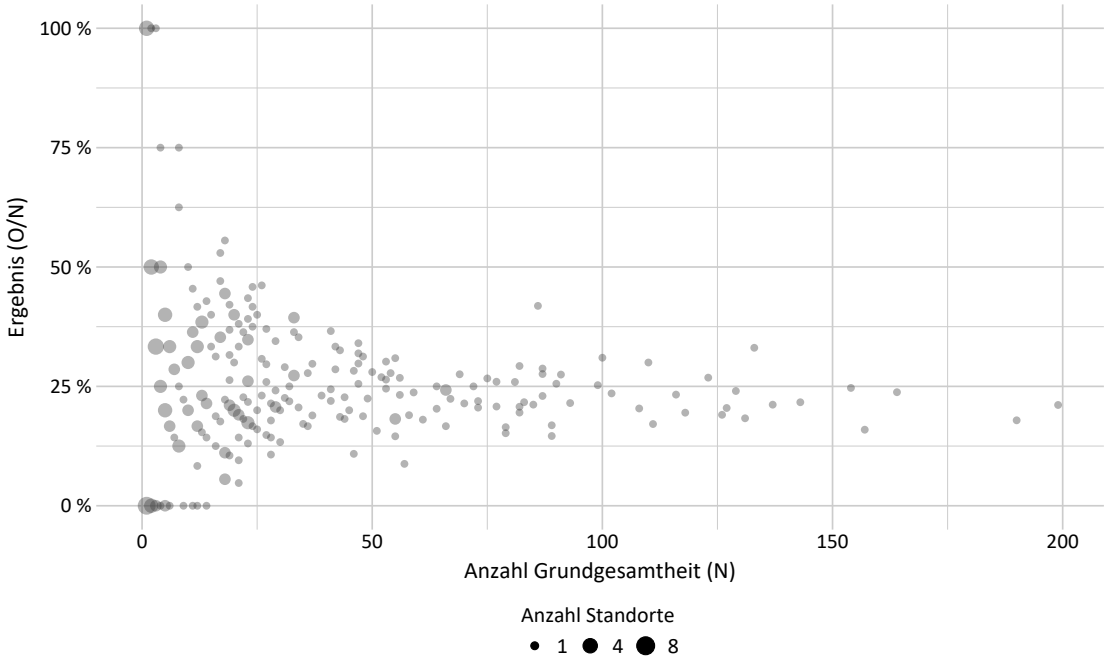
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	1.857 / 7.394	25,11	24,14 - 26,12
	2023	2.022 / 8.391	24,10	23,19 - 25,02
	2024	2.375 / 9.855	24,10	23,27 - 24,95

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	277	0	0,00	100,00	24,03

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

392008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

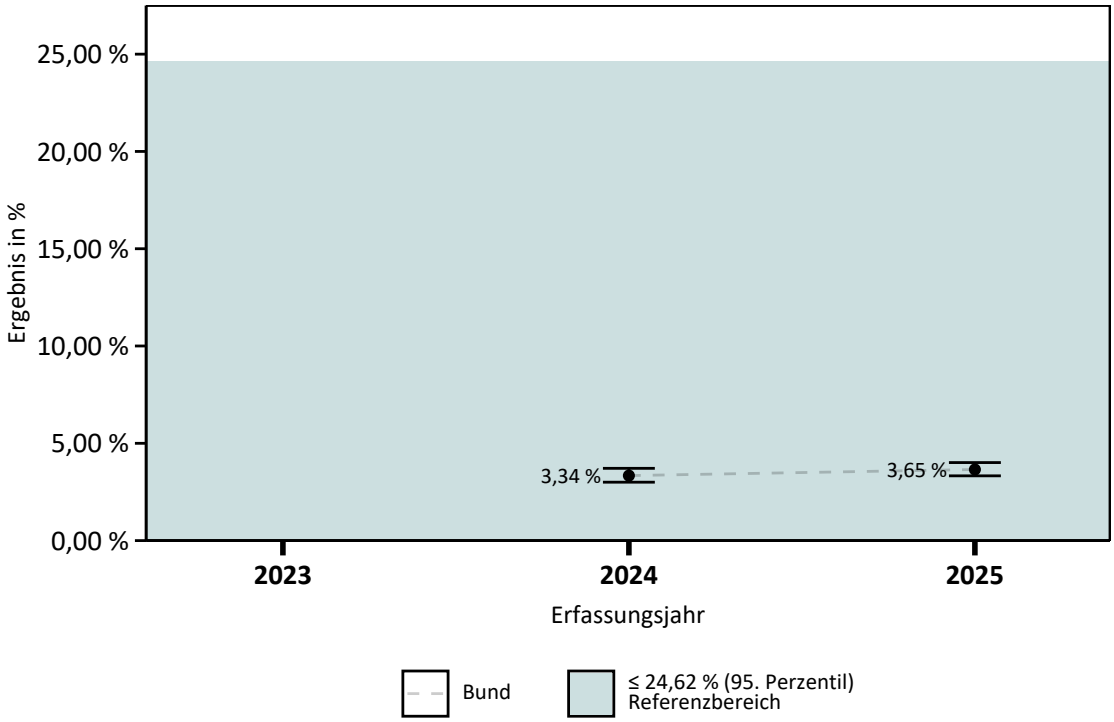
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	≤ 24,62 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

Detailergebnisse

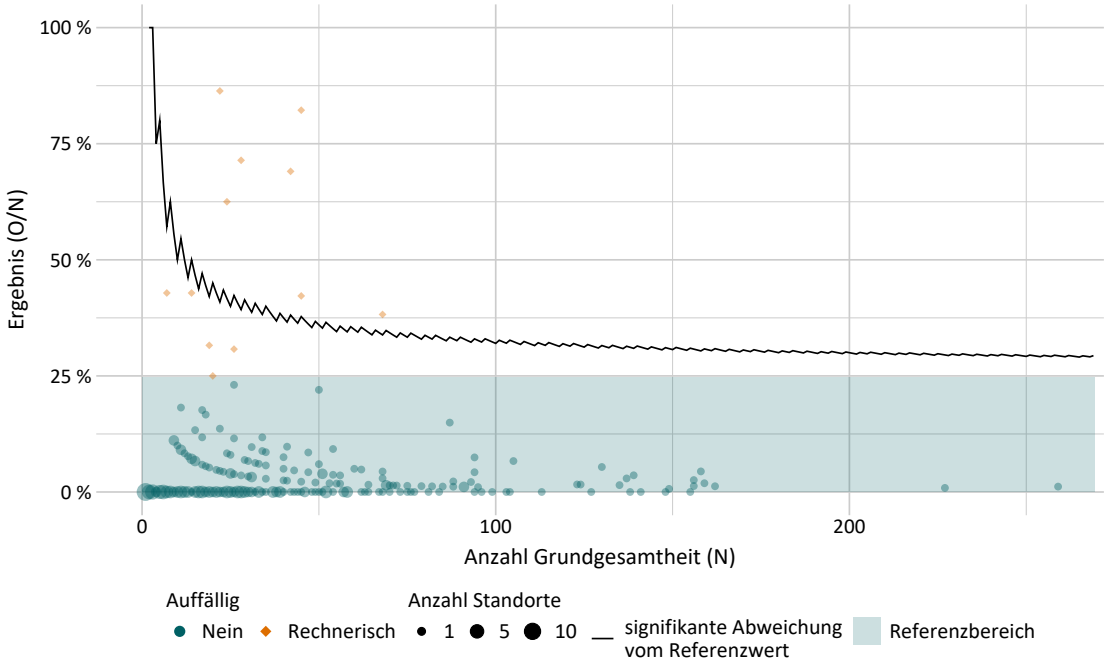
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	328 / 9.821	3,34	3,00 - 3,71
	2025	426 / 11.659	3,65	3,33 - 4,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	289	12	0,00	86,36	0,00

392009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

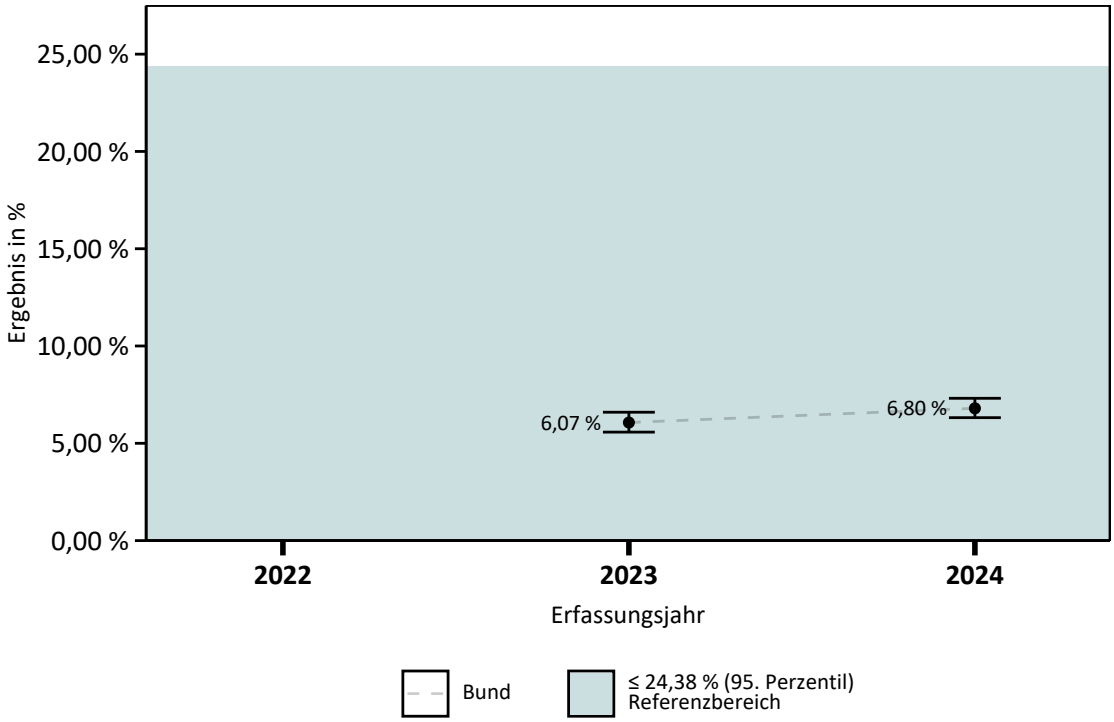
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten mit erneutem Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
Referenzbereich	≤ 24,38 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

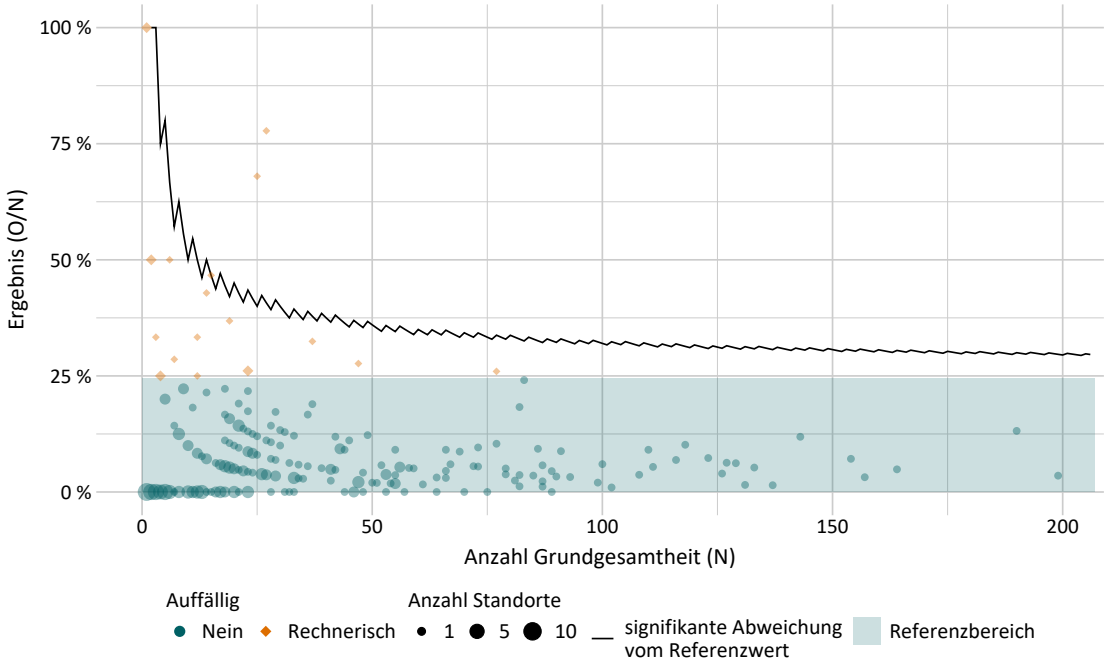
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2022**	- / -	-	-
	2023	509 / 8.391	6,07	5,58 - 6,60
	2024	670 / 9.855	6,80	6,32 - 7,31

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	277	21	0,00	100,00	3,85

Gruppe: Sterblichkeit

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

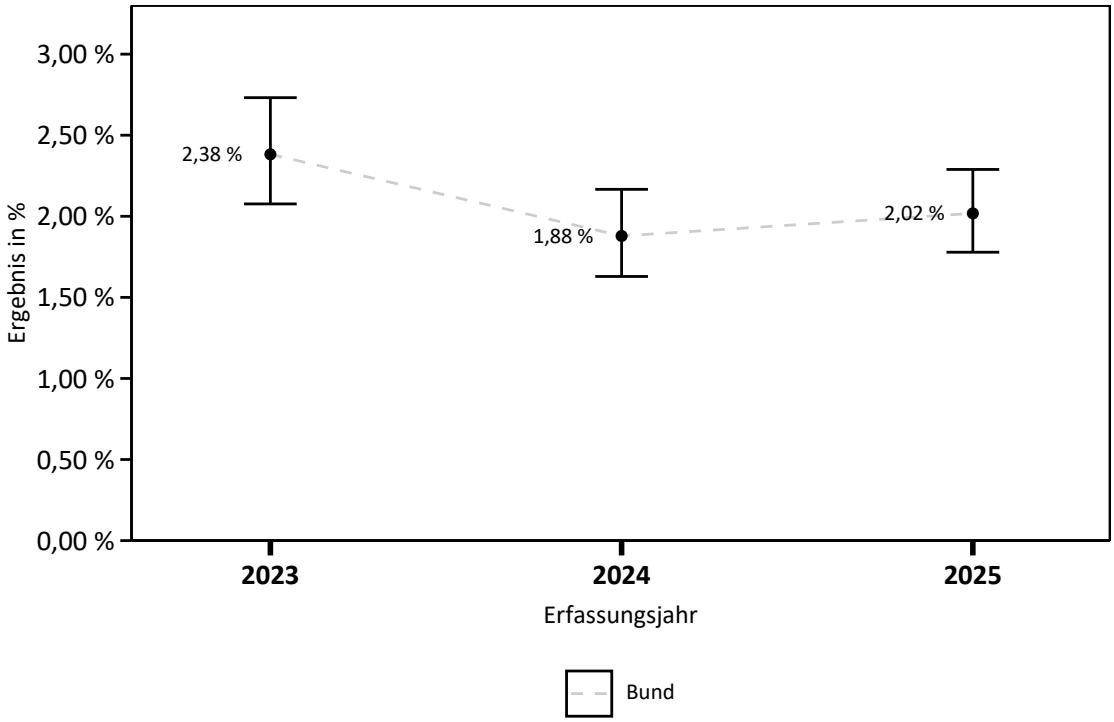
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

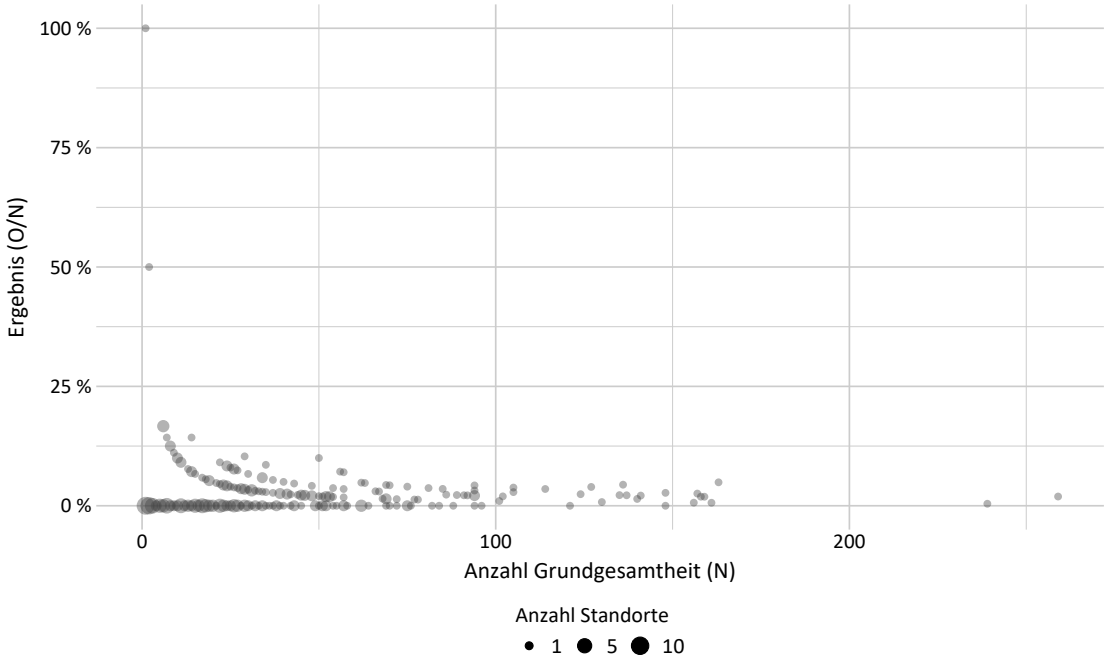
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	199 / 8.354	2,38	2,08 - 2,73
	2024	185 / 9.847	1,88	1,63 - 2,17
	2025	236 / 11.695	2,02	1,78 - 2,29

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	291	0	0,00	100,00	0,00

392011: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Kath-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression (O/E)
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

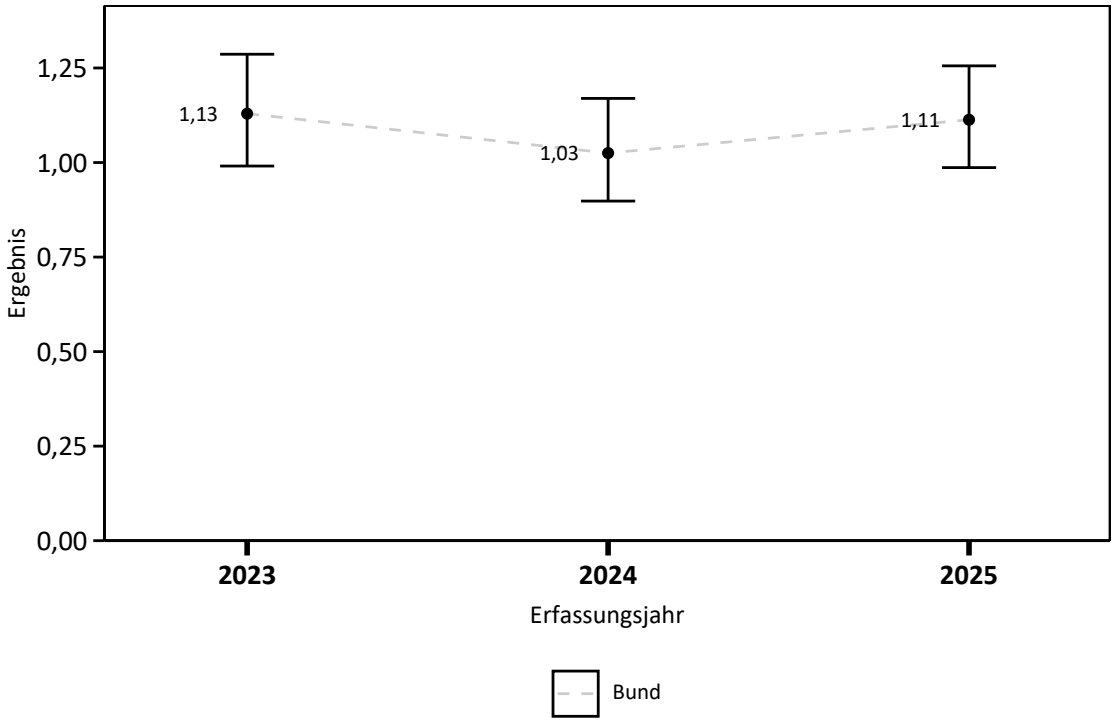
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	8.425	219 / 193,95	1,13	0,99 - 1,29
	2024	9.940	215 / 209,75	1,03	0,90 - 1,17
	2025	11.762	258 / 231,76	1,11	0,99 - 1,26

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

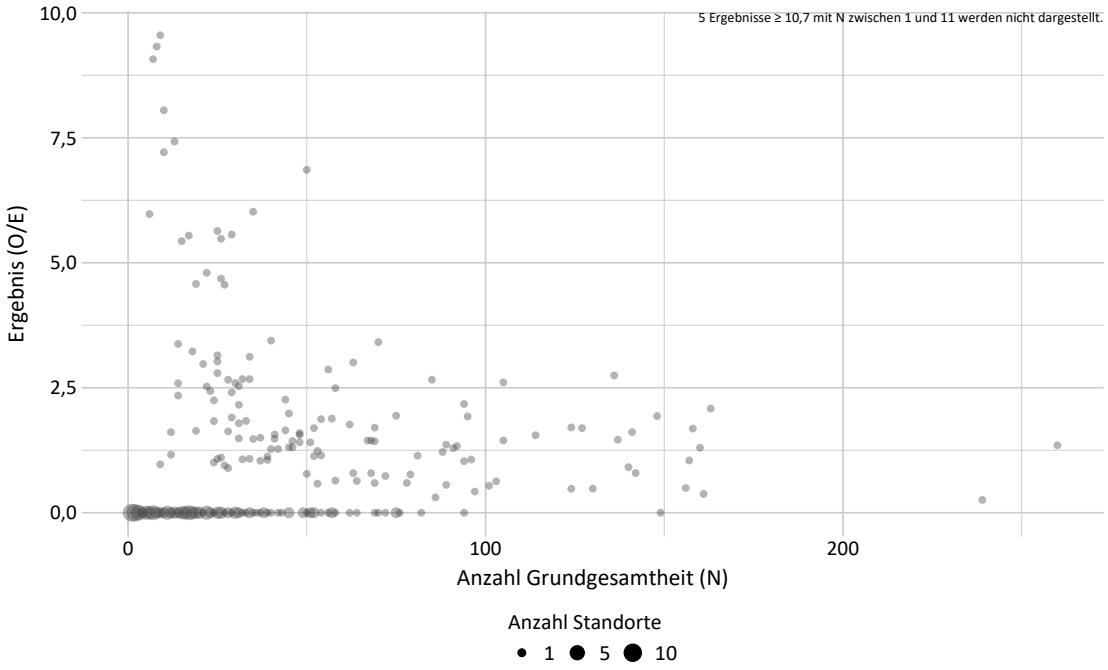
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

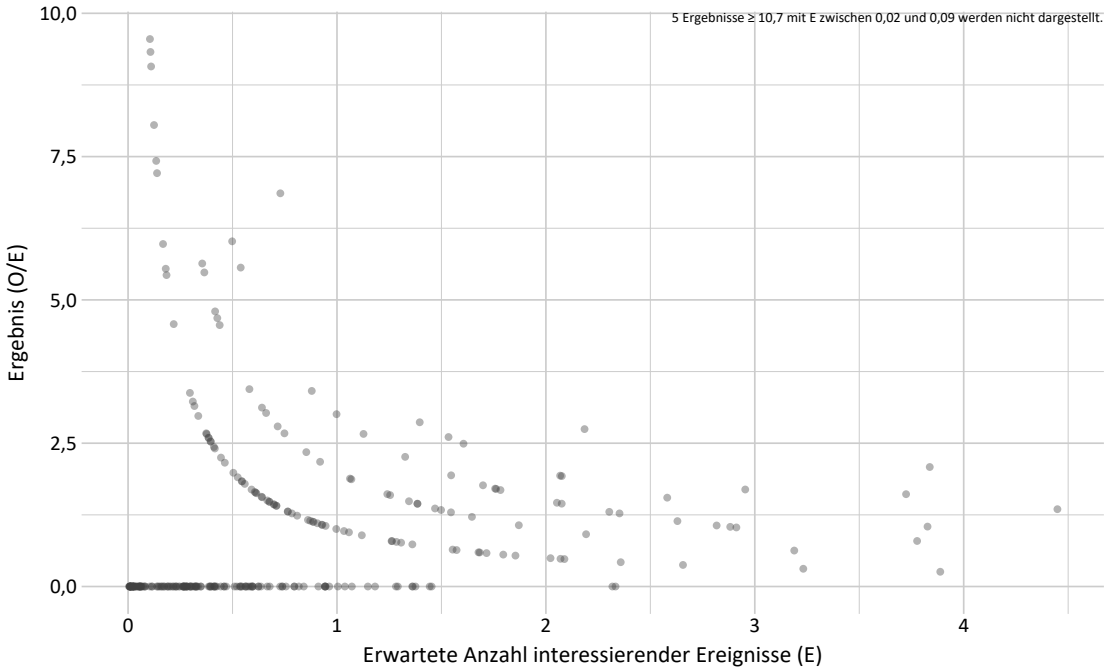
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



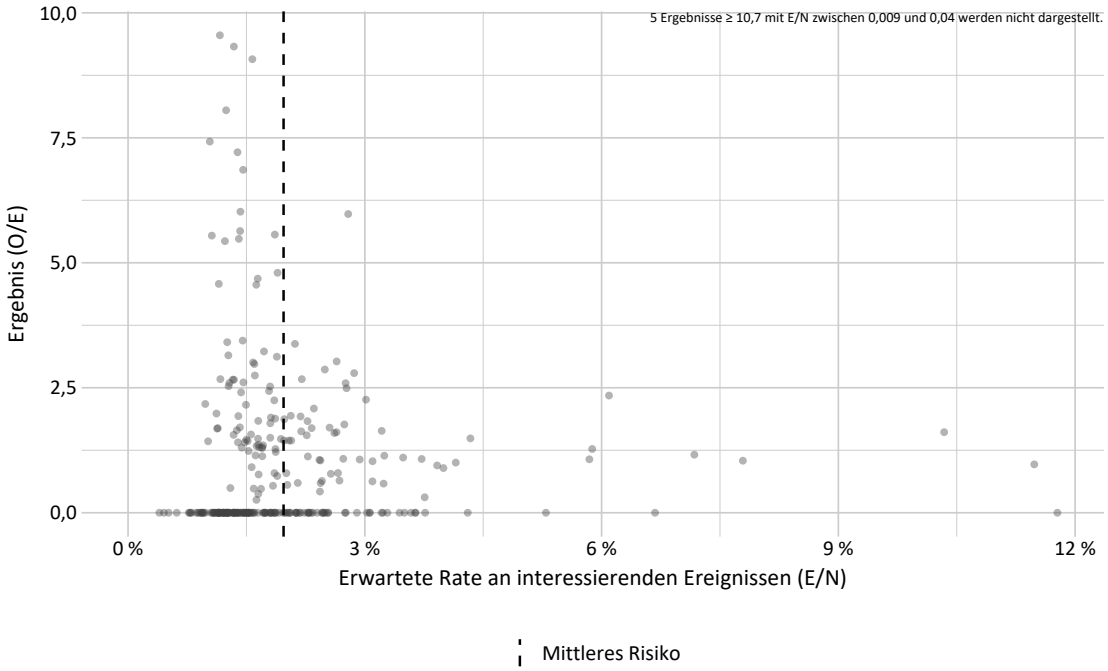
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	291	0	0,00	45,72	0,00

392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Kath-30d-Score
Referenzbereich	≤ 3,31 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Herzinsuffizienz NYHA IV Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Notfall (ohne Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 1/2026

Detailergebnisse

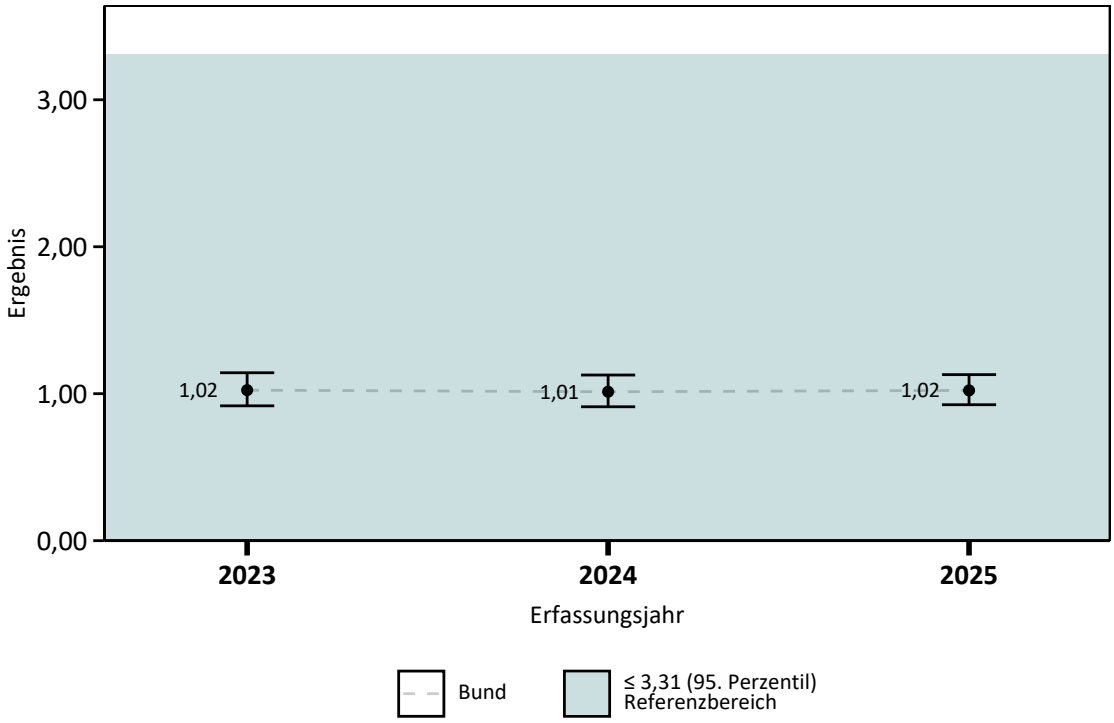
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	8.378	307 / 299,78	1,02	0,92 - 1,14
	2024	9.821	327 / 322,68	1,01	0,91 - 1,13
	2025	11.659	372 / 363,82	1,02	0,93 - 1,13

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

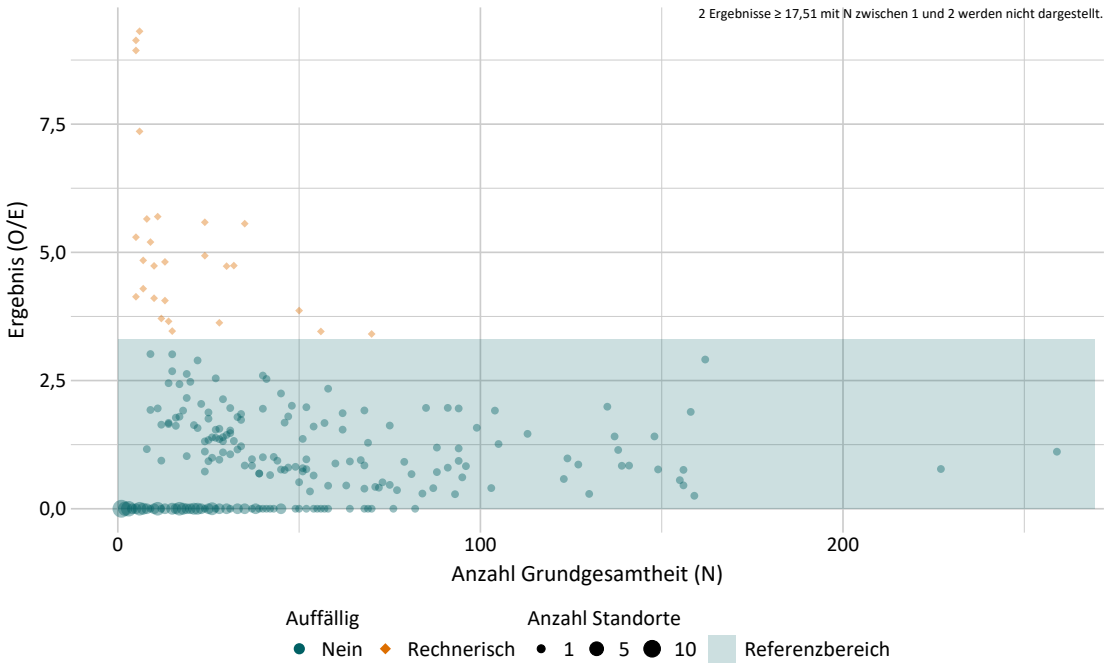
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

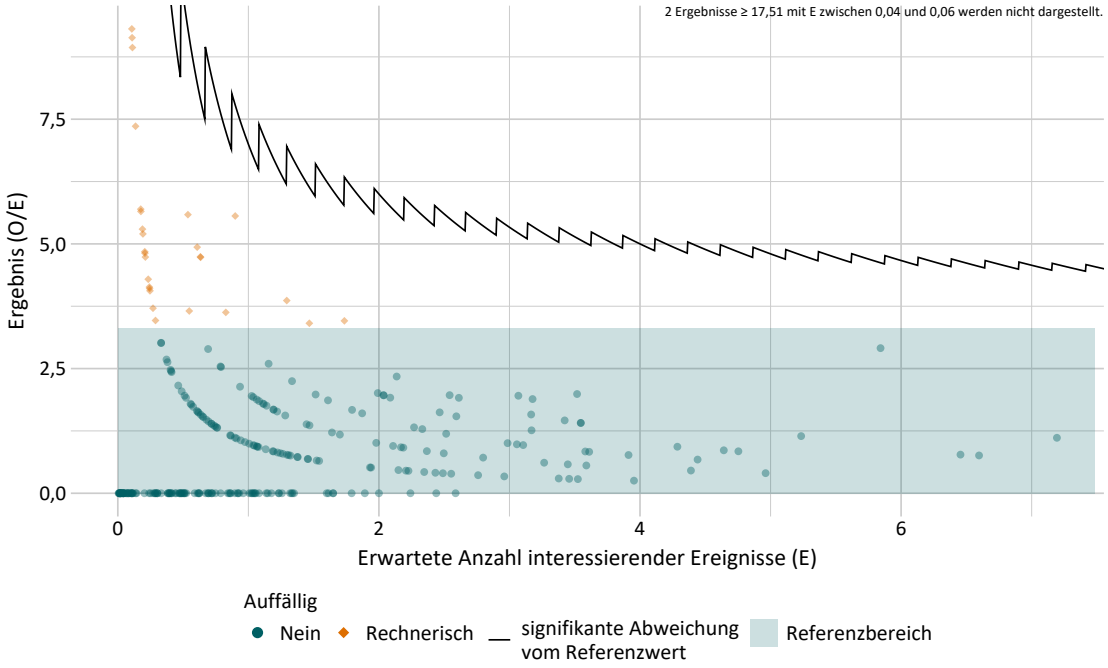
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	289	29	0,00	24,08	0,73

392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Kath-365d-Score
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter über 60 Jahren (Anzahl Lebensjahre) Geschlecht: weiblich Body-Mass-Index (BMI) unter 20 Herzinsuffizienz NYHA IV Myokardinfarkt ≤ 21 Tage zurück Inotrope i.v. (präoperativ) Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden Kardiogener Schock zwischen 48 Stunden und 21 Tage zurück Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden oder Notfall (Reanimation / ultima ratio) Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen LVEF unter 21 % LVEF zwischen 21 und 30 % LVEF zwischen 31 und 50 % Befund der koronaren Bildgebung: 3-Gefäßerkrankung Diabetes mellitus Periphere AVK Lungenerkrankung: COPD oder andere Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl (Präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung: ECLS/VA-ECMO oder andere
Datenquellen	QS-Daten, Sozialdaten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

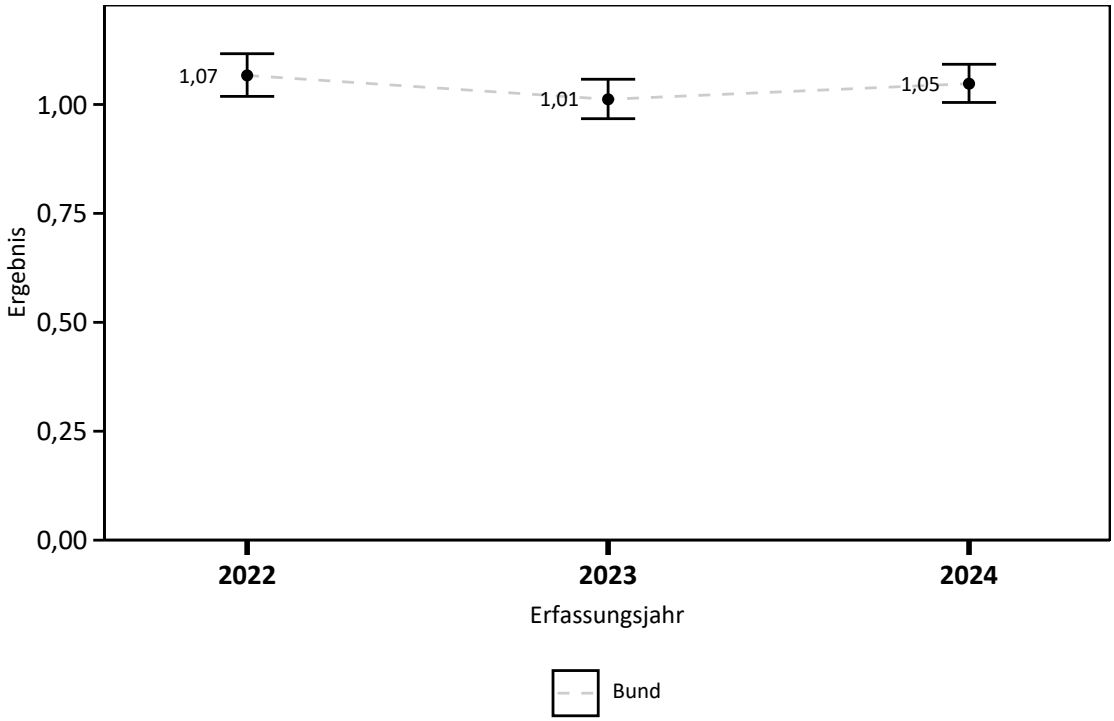
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	7.394	1.462 / 1.370,56	1,07	1,02 - 1,12
	2023	8.391	1.564 / 1.545,69	1,01	0,97 - 1,06
	2024	9.855	1.796 / 1.714,16	1,05	1,00 - 1,09

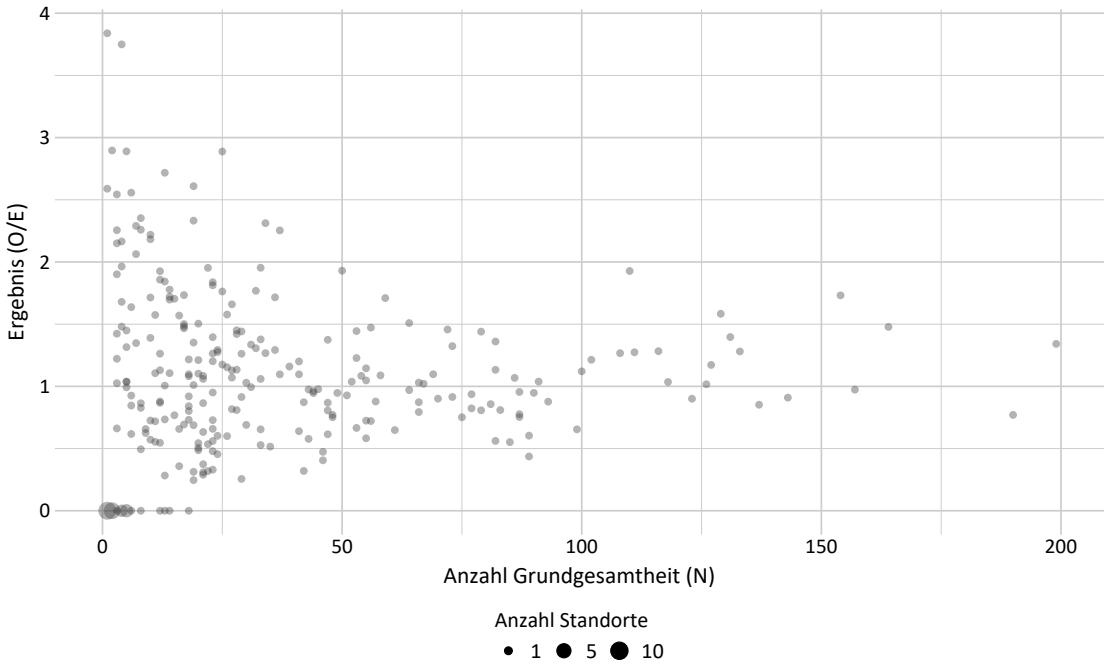
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

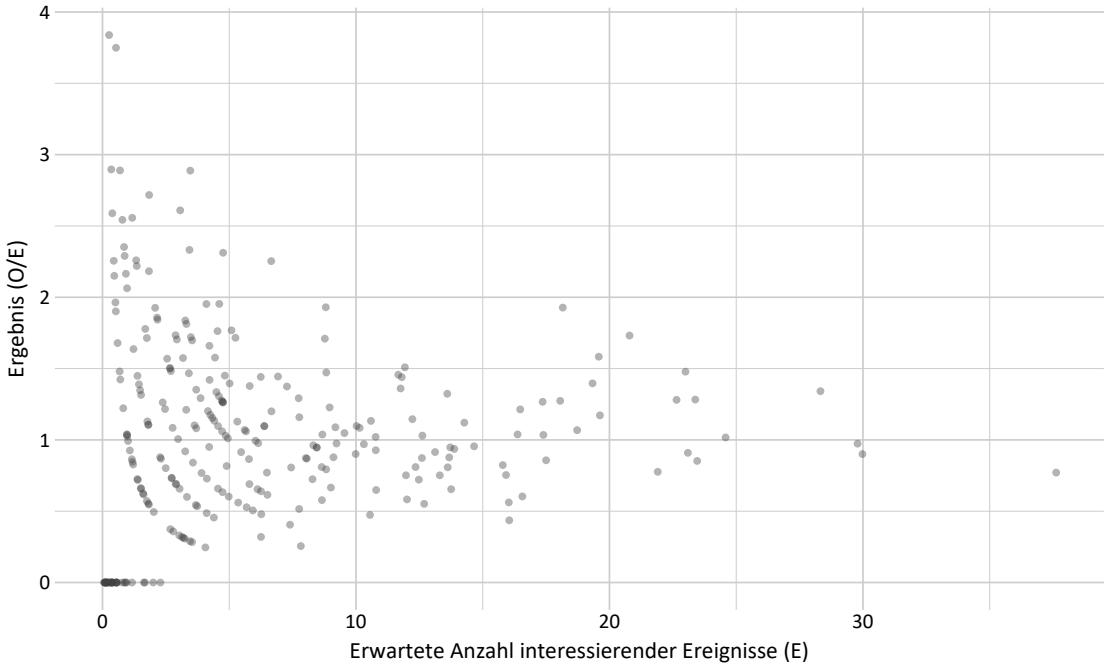
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



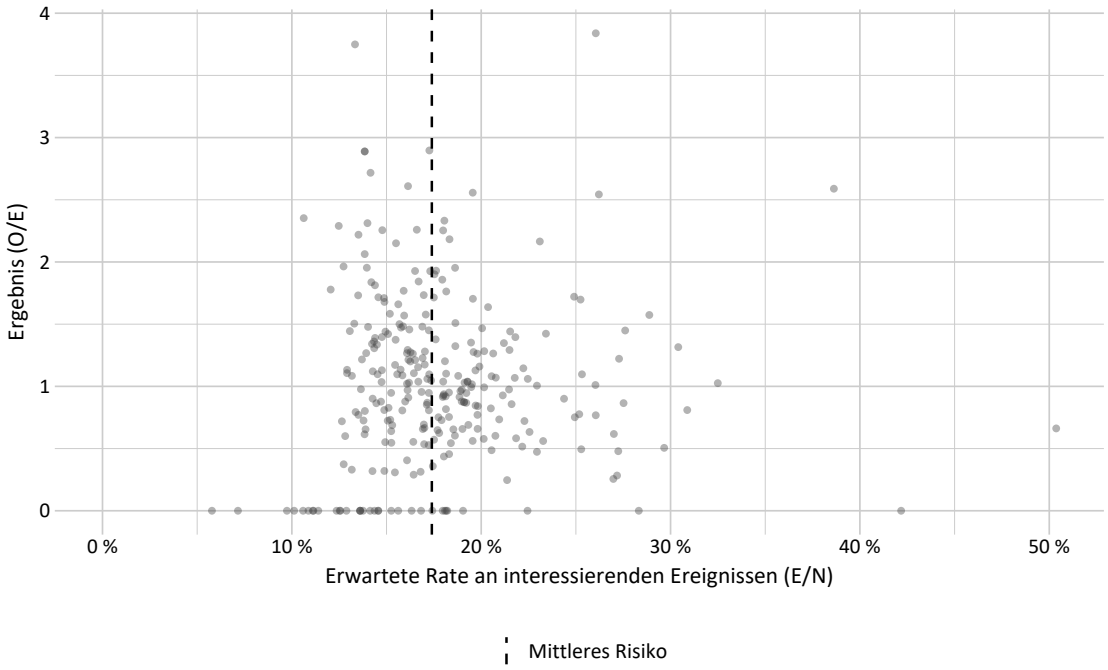
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	277	0	0,00	3,84	0,98

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 39_22046 Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben	2,19 % 258/11.762
4.1.1	**ID: 392010** **Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich**	2,02 % 236/11.695
4.1.2	ID: 39_22047 Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	32,84 % 22/67

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Kath-Score	
4.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in MKL-Kath-Score Risikoklassen	
4.2.1.1	ID: 39_22048 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,40 % 145/10.365
4.2.1.2	ID: 39_22049 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,29 % 41/955
4.2.1.3	ID: 39_22050 Risikoklasse 6 - < 10 %	9,68 % 24/248
4.2.1.4	ID: 39_22051 Risikoklasse ≥ 10 %	24,74 % 48/194
4.2.1.4	ID: 39_22052 Summe MKL-Kath-Score Risikoklassen	2,19 % 258/11.762
4.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in MKL-Kath-Score Risikoklassen	
4.2.2.1	ID: 39_22053 Risikoklasse 0 - < 3 %	1,22 % 126,81/10.365
4.2.2.2	ID: 39_22054 Risikoklasse 3 - < 6 %	4,05 % 38,63/955
4.2.2.3	ID: 39_22055 Risikoklasse 6 - < 10 %	7,45 % 18,48/248
4.2.2.4	ID: 39_22056 Risikoklasse ≥ 10 %	24,66 % 47,84/194
4.2.2.5	ID: 39_22057 Summe MKL-Kath-Score Risikoklassen	1,97 % 231,76/11.762
4.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.1	ID: O_392011 O/N (observed, beobachtet)	2,19 % 258/11.762
4.2.3.2	ID: E_392011 E/N (expected, erwartet)	1,97 % 231,76/11.762
4.2.3.3	**ID: 392011** **O/E**	1,11

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Kath-30d-Score	
4.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.3.1.1	ID: O_392012 O/N (observed, beobachtet)	3,19 % 372/11.659
4.3.1.2	ID: E_392012 E/N (expected, erwartet)	3,12 % 363,82/11.659
4.3.1.3	**ID: 392012** **O/E**	1,02

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	Risikoadjustierung nach logistischem MKL-Kath-365d-Score	
4.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.4.1.1	ID: O_392013 O/N (observed, beobachtet)	18,22 % 1.796/9.855
4.4.1.2	ID: E_392013 E/N (expected, erwartet)	17,39 % 1.714,16/9.855
4.4.1.3	**ID: 392013** **O/E**	1,05

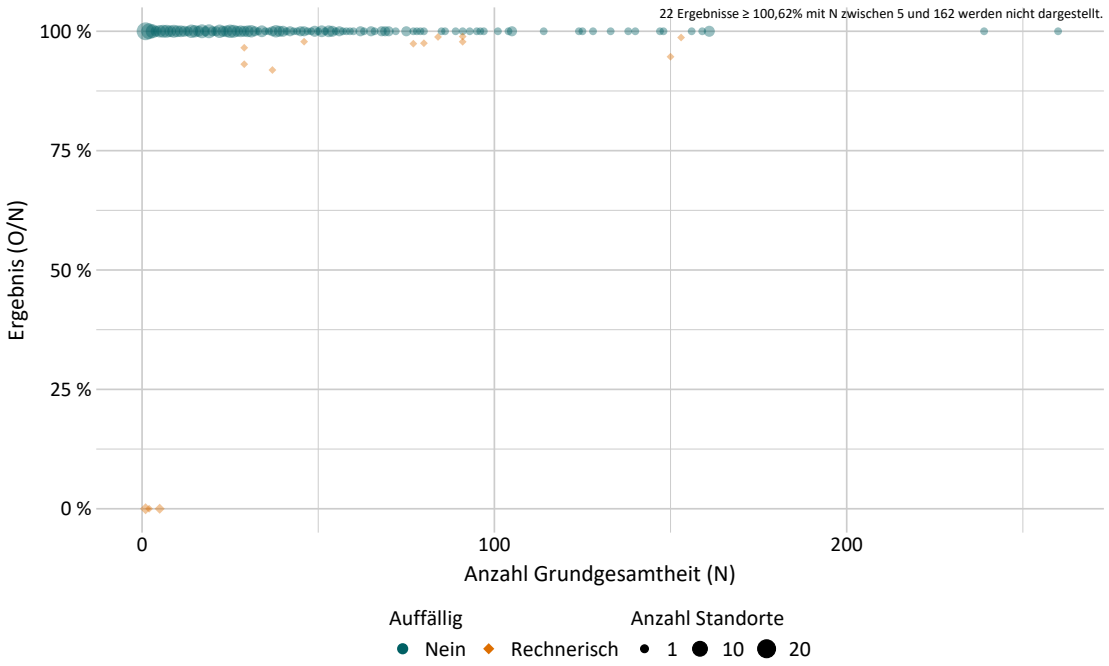
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	309	17	0,00	133,33	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	11.943 / 11.930	100,11	5,50 % 17 / 309

Basisauswertung

Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	88.955	100,00
Anzahl Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal isoliert kathetergestützt an der Mitralklappe operiert wurden	11.776	13,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Allgemeine Daten zu Operationen		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	89.510	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	26.051	29,10
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.632	6,29
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	28.526	31,87
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	7.873	8,80
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	11.831	13,22
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	6.587	7,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	119	1,01
1. Quartal	3.103	26,35
2. Quartal	2.867	24,35
3. Quartal	3.093	26,27
4. Quartal	2.594	22,03
Entlassungsquartal		
1. Quartal	2.841	24,13
2. Quartal	2.891	24,55
3. Quartal	3.068	26,05
4. Quartal	2.976	25,27

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 7 Tage	6.829	57,99
8 - 14 Tage	2.195	18,64
15 - 21 Tage	1.112	9,44
22 - 28 Tage	703	5,97
> 28 Tage	937	7,96

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	11.776
5. Perzentil	0,00
Mittelwert	5,53
Median	1,00
95. Perzentil	25,00
Postoperative Verweildauer (Tage)[5]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	11.776
5. Perzentil	1,00
Mittelwert	5,23
Median	3,00
95. Perzentil	15,00
Gesamtverweildauer (Tage)[6]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	11.776
5. Perzentil	3,00
Mittelwert	10,76
Median	6,00
95. Perzentil	33,00

[4] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten kathetergestützten Mitralklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[5] Dargestellt wird der Abstand zum ersten isolierten kathetergestützten Mitralklappeneingriff während des stationären Aufenthalts

[6] Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
Alter der Patientinnen und Patienten am Aufnahmetag		
≤ 49 Jahre	90	0,76
50 – 59 Jahre	273	2,32
60 – 64 Jahre	382	3,24
65 – 69 Jahre	678	5,76
70 – 74 Jahre	1.271	10,79
75 – 79 Jahre	2.308	19,60
80 – 89 Jahre	6.402	54,36
≥ 90 Jahre	372	3,16

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten	11.776
5. Perzentil	63,00
25. Perzentil	75,00
Mittelwert	78,92
Median	81,00
75. Perzentil	85,00
95. Perzentil	89,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
Geschlecht		
(1) männlich	5.557	47,19
(2) weiblich	6.219	52,81
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 11.590**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	359	3,10
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	5.024	43,35
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	3.980	34,34
Adipositas (≥ 30)	2.227	19,21

Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	121	1,03
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	1.331	11,30
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	8.849	75,14
(IV) Beschwerden in Ruhe	1.475	12,53
medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		
(0) nein	1.150	9,77
(1) ja	10.626	90,23
Angina Pectoris		
(0) nein	10.471	88,92
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	459	3,90
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	563	4,78
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	218	1,85
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	65	0,55
klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		
(0) nein	10.524	89,37
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	45	0,38
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	109	0,93
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	185	1,57
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	902	7,66
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	7	0,06
(9) unbekannt	4	0,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
kardiogener Schock / Dekompensation		
(0) nein	6.879	58,42
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	546	4,64
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	1.585	13,46
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	2.729	23,17
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	33	0,28
(9) unbekannt	4	0,03
Reanimation		
(0) nein	11.528	97,89
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	34	0,29
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	42	0,36
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	167	1,42
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	5	0,04
(9) unbekannt	0	0,00

	Bund (gesamt)
systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	9.877
5. Perzentil	24,00
Mittelwert	44,24
Median	43,00
95. Perzentil	69,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	1.899	16,13
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
Herzrhythmus		
(1) Sinusrhythmus	4.854	41,22
(2) Vorhofflimmern	6.473	54,97
(9) anderer Rhythmus	449	3,81
Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		
(0) nein	3.194	27,12
(1) paroxysmal	2.463	20,92
(2) persistierend	2.971	25,23
(3) permanent	3.148	26,73
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP		
(0) nein	9.022	76,61
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	1.386	11,77
(2) Schrittmacher mit CRT-System	270	2,29
(3) Defibrillator ohne CRT-System	567	4,81
(4) Defibrillator mit CRT-System	531	4,51

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation[7]		
(1) normaler, gesunder Patient	93	0,79
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	980	8,32
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	7.188	61,04
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	3.430	29,13
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	85	0,72

[7] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
LVEF		
< 15%	42	0,36
15 - 30%	1.568	13,32
31 - 50%	4.578	38,88
> 50%	5.518	46,86
LVEF unbekannt	70	0,59
dokumentierter Wert 0	0	0,00

	Bund (gesamt)
LVEF (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	11.705
5. Perzentil	25,00
Mittelwert	47,76
Median	50,00
95. Perzentil	64,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
Befund der koronaren Bildgebung		
(0) keine KHK	5.612	47,66
(1) 1-Gefäßerkrankung	1.841	15,63
(2) 2-Gefäßerkrankung	1.461	12,41
(3) 3-Gefäßerkrankung	2.644	22,45
davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert		
(0) nein	5.296	89,07
(1) ja, operativ	64	1,08
(2) ja, interventionell	586	9,86
(4) keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt	218	1,85
Hauptstammstenose		
(0) nein	11.363	96,49
(1) ja, gleich oder größer 50%	413	3,51

Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt		
(0) nein	10.032	85,19
(1) ja	1.744	14,81
Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung		
(0) keine	9.946	84,46
(1) eine	1.530	12,99
(2) zwei	139	1,18
(3) drei	24	0,20
(4) vier	5	0,04
(5) fünf oder mehr	≤3	x
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	128	1,09
(9) unbekannt	≤3	x

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
akute Infektionen[8]		
(0) keine	11.502	97,67
(1) Mediastinitis	8	0,07
(2) Sepsis	20	0,17
(3) broncho-pulmonale Infektion	111	0,94
(4) oto-laryngologische Infektion	≤3	x
(5) floride Endokarditis	5	0,04
(6) Peritonitis	0	0,00
(7) Wundinfektion Thorax	≤3	x
(8) Pleuraempym	≤3	x
(9) Venenkatheterinfektion	0	0,00
(10) Harnwegsinfektion	60	0,51
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	14	0,12
(12) HIV-Infektion	6	0,05
(13) Hepatitis B oder C	7	0,06
(18) andere Wundinfektion	≤3	x
(88) sonstige Infektion	59	0,50
Diabetes mellitus		
(0) nein	9.096	77,24
(1) ja, diätetisch behandelt	450	3,82
(2) ja, orale Medikation	1.391	11,81
(3) ja, mit Insulin behandelt	749	6,36
(4) ja, unbehandelt	14	0,12
(9) unbekannt	76	0,65

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
arterielle Gefäßerkrankung		
(0) nein	10.151	86,20
(1) ja	1.615	13,71
davon:[9]		
periphere AVK	974	60,31
Arteria Carotis	545	33,75
Aortenaneurysma	247	15,29
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	291	18,02
(9) unbekannt	10	0,08
Lungenerkrankung(en)		
(0) nein	9.469	80,41
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	1.212	10,29
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	283	2,40
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	807	6,85
(9) unbekannt	5	0,04

Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
neurologische Erkrankung(en)		
(0) nein	10.541	89,51
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	671	5,70
(2) ja, ZNS, andere	275	2,34
(3) ja, peripher	259	2,20
(4) ja, Kombination	23	0,20
davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	282	40,63
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	198	28,53
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	164	23,63
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	35	5,04
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	14	2,02
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	≤3	x
(9) unbekannt	7	0,06
präoperative Nierenersatztherapie		
(0) nein	11.273	95,73
(1) akut	75	0,64
(2) chronisch	428	3,63

[8] Mehrfachnennung möglich
[9] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)[10]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	11.273
5. Perzentil	0,70
Mittelwert	1,32
Median	1,20
95. Perzentil	2,40
präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)[11]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	11.273
5. Perzentil	61,88
Mittelwert	116,81
Median	106,08
95. Perzentil	212,16

[10] (letzter Wert vor OP)
[11] (letzter Wert vor OP)

Operation / Prozedur

OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 11.831**	
Operation[12]		
(5-35a.3*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz	380	3,21
(5-35a.30) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz - endovaskulär	289	2,44
(5-35a.31 oder 5-35a.32) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenersatz - transapikal	0	0,00
(5-35a.4*) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion	11.356	95,99
(5-35a.40) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transarteriell	11	0,09
(5-35a.41) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transvenös	10.733	90,72
(5-35a.42) Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappensegelplastik - transapikal	23	0,19
(8-837.a1) Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Mitralklappe	143	1,21

[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 11.831**	
weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		
(0) nein	11.731	99,15
(1) ja	100	0,85
davon:[13]		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	33	33,00
Vorhofablation	≤3	x
Eingriff an herznahen Gefäßen	≤3	x
Herzohrverschluss/-amputation	11	11,00
interventioneller Koronareingriff (PCI)	31	31,00
sonstige	25	25,00

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 11.831**	
Konversionseingriff		
(0) nein	11.749	99,31
(1) ja	82	0,69
Zugang (MKE)[14]		
(3) endovaskulärer Zugang, arteriell	303	2,56
(4) endovaskulärer Zugang, venös	11.400	96,36
(5) transapikaler Zugang	128	1,08
Patientin / Patient wird beatmet		
(0) nein	5.134	43,39
(1) ja	6.697	56,61

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 11.831**	
Dringlichkeit		
(1) elektiv	10.204	86,25
(2) dringlich	1.556	13,15
(3) Notfall	55	0,46
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	16	0,14
Nitrate i.v. (präoperativ)		
(0) nein	11.780	99,57
(1) ja	51	0,43
Troponin positiv (präoperativ)		
(0) nein	10.405	87,95
(1) ja	1.426	12,05
Inotrope (präoperativ)		
(0) nein	11.434	96,64
(1) ja	397	3,36
(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		
(0) nein	11.767	99,46
(1) ja, IABP	18	0,15
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	23	0,19
(3) ja, andere	23	0,19
Wundkontaminationsklassifikation		
(1) aseptische Eingriffe	11.777	99,54
(2) bedingt aseptische Eingriffe	39	0,33
(3) kontaminierte Eingriffe	5	0,04
(4) septische Eingriffe	10	0,08

[14] kathetergestützt

	Bund (gesamt)
OP-Zeit (Minuten)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Mitralklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999	11.816
5. Perzentil	30,00
Mittelwert	70,60
Median	61,00
95. Perzentil	140,00

präprozedural vorliegende Mitralklappenerkrankung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 11.831**	
auffällige Morphologie der Mitralklappe (inkl. Mitralklappenring oder -halteapparat)		
(0) nein	6.830	57,73
(1) ja	5.001	42,27
davon:[15]		
Segelprolaps	2.815	56,29
Verdickung	1.607	32,13
Verkalkung/Sklerosierung	2.224	44,47
Vegetationen	13	0,26
Kommissurenfusionen	145	2,90

[15] Mehrfachnennung möglich

Dosis-Flächen-Produkt

	Bund (gesamt)
Dosis-Flächen-Produkt ((cGy)* cm²)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Mitralklappe mit Angabe von Werten > 0 und < 999.999	11.336
5. Perzentil	112,00
Mittelwert	1.757,33
Median	902,50
95. Perzentil	6.204,45

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 11.831**	
Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt)	411	3,47
dokumentierter Wert 0	84	0,71

Kontrastmittelmenge

	Bund (gesamt)
Kontrastmittelmenge (ml)	
Anzahl isolierter kathetergestützter Eingriffe an der Mitralklappe mit Angabe von Werten > 0 und ≤ 999	2.250
5. Perzentil	5,00
Mittelwert	35,97
Median	17,00
95. Perzentil	120,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 11.831**	
kein Kontrastmittel appliziert oder dokumentierter Wert 0		
(1) ja (kein Kontrastmittel appliziert)	9.581	80,98
dokumentierter Wert 0	0	0,00

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 11.831**	
intraprozedurale Komplikationen		
(0) nein	11.684	98,76
(1) ja	147	1,24
davon:[16]		
Device-Fehlpositionierung	24	16,33
Koronarostienverschluss	≤3	x
Aortendissektion	0	0,00
Aortenregurgitation > = 2. Grades	≤3	x
Annulus-Ruptur	0	0,00
Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	8	5,44
davon:		
(1) ohne Therapiebedarf	4	50,00
(2) mit Therapiebedarf	4	50,00
Perikardtamponade	33	22,45
kardiale Dekompensation	19	12,93
Hirnembolie	≤3	x
Rhythmusstörungen	19	12,93

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 11.831**	
Device-Embolisation	7	4,76
vaskuläre Komplikation	20	13,61
Low Cardiac Output	29	19,73
davon: Therapie des Low Cardiac Output		
(0) keine Therapie erforderlich	≤3	x
(1) medikamentös	21	72,41
(2) IABP	0	0,00
(3) VAD	0	0,00
(4) ECMO	≤3	x
(9) sonstige	5	17,24
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	24	16,33
davon:		
(1) schwerwiegend	17	70,83
(2) lebensbedrohlich	7	29,17
Patient verstarb im OP/Katheterlabor	5	3,40

Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Isolierte kathetergestützte Eingriffe an der Mitralklappe	**N = 11.831**	
Konversion		
(0) nein	11.814	99,86
(1) ja, zu Sternotomie	12	0,10
(2) ja, zu transapikal	0	0,00
(3) ja, zu endovaskulär	5	0,04
davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion		
(1) Therapieziel nicht erreicht	≤3	x
(2) intraprozedurale Komplikationen	10	58,82
(9) sonstige	4	23,53

[16] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung		
(0) nein	435	3,69
(1) ja	10.930	92,82
(2) kein prothetisches Material am Herzen verwendet	411	3,49
geplantes funktionelles Ergebnis erreicht		
(0) nein	546	4,64
(1) akzeptables Ergebnis	2.066	17,54
(2) optimales Ergebnis	9.164	77,82
neu aufgetretener Herzinfarkt		
(0) nein	11.760	99,86
(1) ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden)	15	0,13
(2) ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	≤3	x
Reanimation		
(0) nein	11.707	99,41
(1) ja	69	0,59
komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		
(0) nein	11.741	99,70
(1) ja	35	0,30
postprozedurales akutes Nierenversagen		
(0) nein	11.502	97,67
(1) ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	208	1,77
(2) ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	58	0,49
(3) ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	8	0,07

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		
(0) nein	11.770	99,95
(1) ja	6	0,05
Perikardtamponade		
(0) nein	11.725	99,57
(1) ja	51	0,43
schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		
(0) nein	11.690	99,27
(1) schwerwiegend	53	0,45
(2) lebensbedrohlich	33	0,28
Mediastinitis[17]		
(0) nein	11.775	99,99
(1) ja	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		
(0) nein	11.730	99,61
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	40	0,34
(2) ja, ZNS, andere	6	0,05
davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	8	17,39
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	12	26,09
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	12	26,09
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	≤3	x
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	≤3	x
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	4	8,70
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	7	15,22

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		
(0) nein	11.668	99,08
(1) ja	108	0,92
davon:[18]		
Infektion(en)	6	5,56
Sternuminstabilität	≤3	x
Gefäßruptur	≤3	x
Dissektion	≤3	x
therapierelevante Blutung/Hämatom	60	55,56
Ischämie	≤3	x
AV-Fistel	12	11,11
Aneurysma spurium	30	27,78
sonstige	10	9,26
mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		
(0) nein	11.751	99,79
(1) ja	25	0,21
paravalvuläre Leckage		
(0) nein	11.740	99,69
(1) ja	36	0,31

[17] nach den KISS-Definitionen
[18] Mehrfachnennung möglich

Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
Patientin / Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP		
(0) nein	9.130	77,53
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	1.338	11,36
(2) Schrittmacher mit CRT-System	276	2,34
(3) Defibrillator ohne CRT-System	530	4,50
(4) Defibrillator mit CRT-System	502	4,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit isoliertem kathetergestützten Mitralklappeneingriff	**N = 11.776**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	10.362	87,99
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	361	3,07
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	7	0,06
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	49	0,42
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	482	4,09
(07) Tod	263	2,23
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[19]	9	0,08
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	131	1,11
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	96	0,82
(11) Entlassung in ein Hospiz	4	0,03
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[20]	5	0,04
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[21]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[22]		
(1) ja	≤3	x

[19] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[20] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[21] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[22] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KCHK-D: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4

Ergebnisübersicht 5

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 5

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 6

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 6

850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 6

850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 8

850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 10

© IQTIG 2026

Einleitung

Für das QS-Verfahren QS-KCHK werden die QS-Dokumentationsdaten jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt.

Für das QS-Verfahren KCHK gilt in Bezug auf die Auffälligkeitskriterien die Besonderheit, dass für dieses QS-Verfahren zusätzliche Auffälligkeitskriterien definiert wurden, die sich auf das gesamte Erfassungsmodul HCH (Auswertungsmodule KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH) beziehen. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen (siehe auch: Übersicht über die Ergebnisse der AK). Ergebnisse von Auffälligkeitskriterien, die sich ausschließlich auf einzelne Auswertungsmodule beziehen, z. B. offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR) o. ä. werden in den entsprechenden Rückmeldeberichten für die jeweiligen Auswertungsmodule zusammen mit den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren ausgegeben.

Daher werden in dieser Bundesauswertung die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien berichtet, die über das gemeinsame Erfassungsmodul HCH für sämtliche Auswertungsmodule des QS-Verfahrens Daten übermittelt haben.

Im Verfahren QS KCHK gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Ergebnisübersicht

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	100,12 % 89.007 / 88.902	4,85 % 16 / 330
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,12 % 89.007 / 88.902	0,30 % 1 / 330
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,06 % 52 / 88.902	1,82 % 6 / 330

© IQTIG 2026

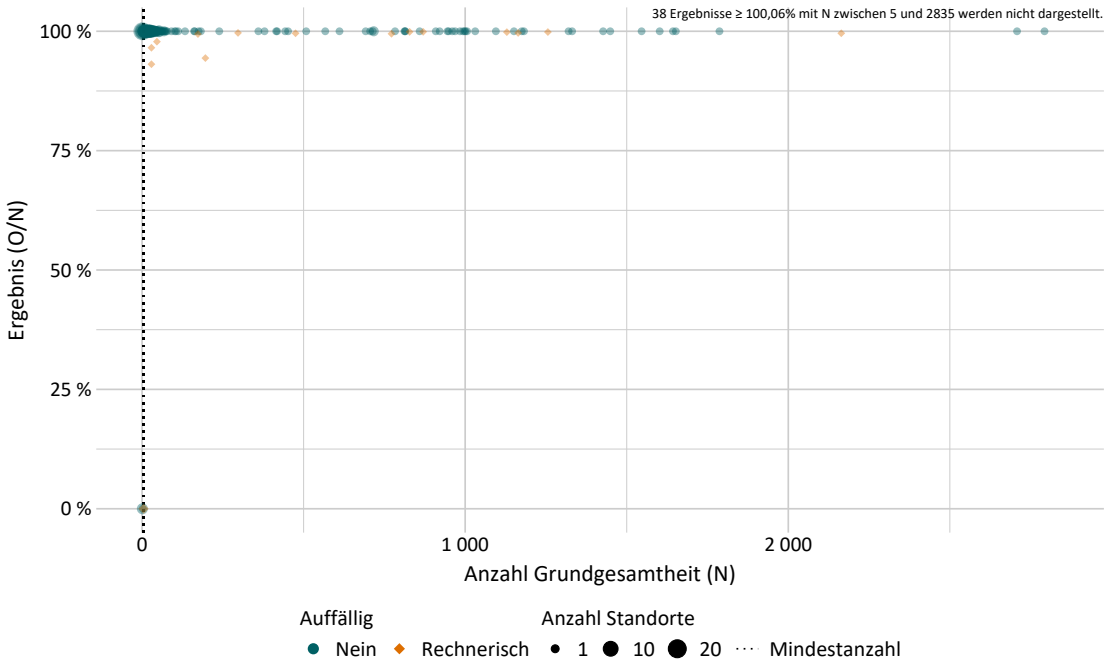
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	330	16	0,00	120,00	100,00

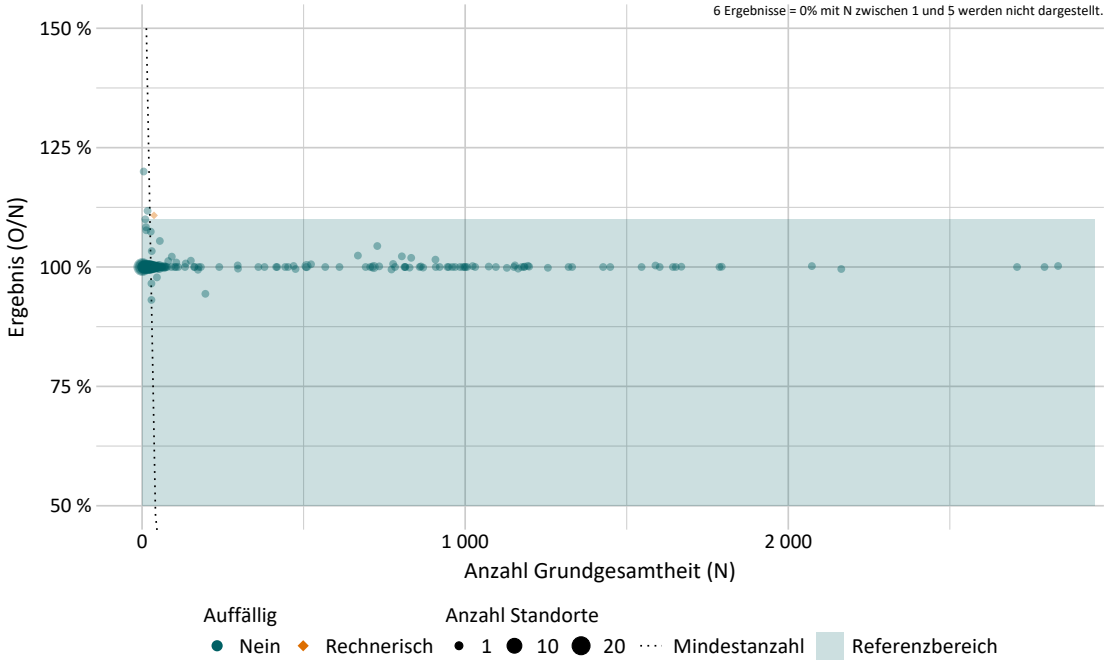
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	89.007 / 88.902	100,12	4,85 % 16 / 330

850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	330	1	0,00	120,00	100,00

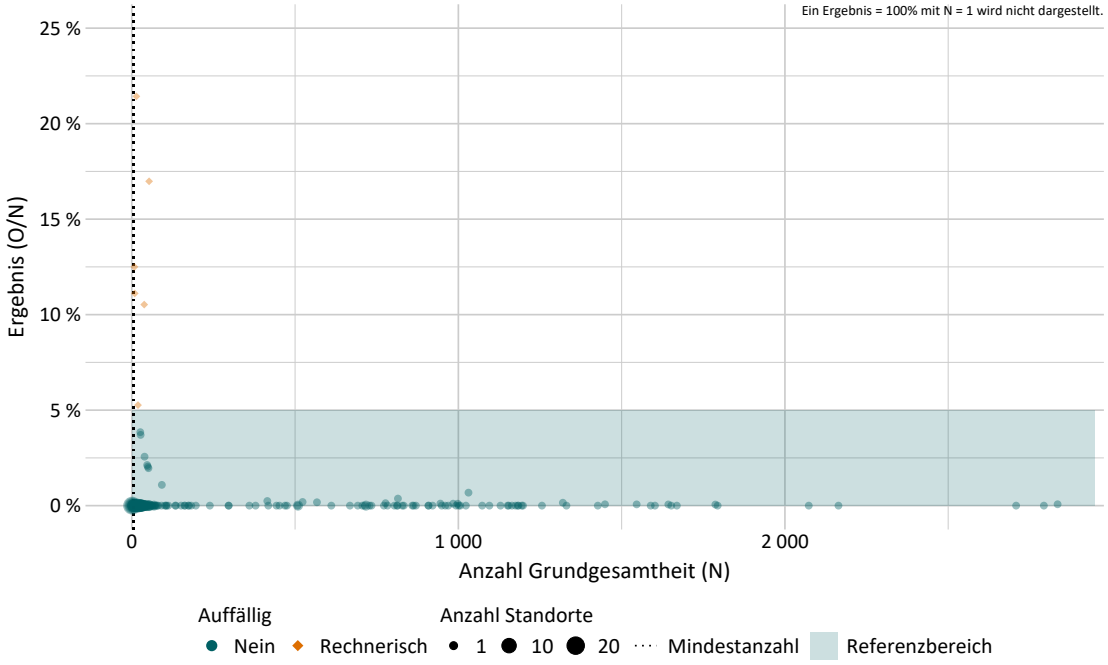
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	89.007 / 88.902	100,12	0,30 % 1 / 330

850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik in dem jeweiligen Modul mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	330	6	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	52 / 88.902	0,06	1,82 % 6 / 330

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Karotis-Revaskularisation

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

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

Tabellenverzeichnis 4
Abbildungsverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 6
1 Hintergrund 7
2 Einordnung der Ergebnisse 11
2.1 Datengrundlage 11
2.1.1 Überblick 11
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 11
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 12
2.2.1 Überblick 12
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 14
2.2.3 Detailergebnisse 19
2.2.4 Im Fokus: Qualitätsindikator „Postprozedurale fachneurologische Untersuchung“ (ID 161800) 34
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 36
2.3.1 Überblick 36
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 36
2.3.3 Detailergebnisse 39
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 43
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 43
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 45
4 Evaluation 47
5 Ausblick 50
Literatur 51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KAROTIS 8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KAROTIS 10
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – KAROTIS 11
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KAROTIS 14
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KAROTIS 18
Tabelle 6: QI 162400: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose 19
Tabelle 7: QI 162401: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose 19
Tabelle 8: QI 161800: Postprozedurale fachneurologische Untersuchung 22
Tabelle 9: QI 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation 24
Tabelle 10: QI 11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch 25
Tabelle 11: TKez 11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch 26
Tabelle 12: QI 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt 27
Tabelle 13: TKez 51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt 27
Tabelle 14: TKez 162302: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt 28
Tabelle 15: TKez 162301: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch 29
Tabelle 16: TKez 605: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch 29
Tabelle 17: TKez 606: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karo-tisstenose und kontralateraler Karotisstenose – offen-chirurgisch 30
Tabelle 18: TKez 51859: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Ka-rotisstenose – offen-chirurgisch 30
Tabelle 19: TKez 162304: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt 30
Tabelle 20: TKez 51445: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – kathetergestützt 31
Tabelle 21: TKez 51448: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – kathetergestützt 31

Tabelle 22: TKez 51860: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Ka-rotisstenose – kathetergestützt 31
Tabelle 23: TKez 162300: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – offen-chirurgisch 32
Tabelle 24: TKez 162303: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – kathetergestützt 32
Tabelle 25: TKez 162402: Periprozedurales Neuromonitoring 33
Tabelle 26: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KAROTIS 36
Tabelle 27: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KAROTIS 37
Tabelle 28: AK 850332: Angabe von ASA 4 bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose 39
Tabelle 29: AK 852200: Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen 40
Tabelle 30: AK 850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 41
Tabelle 31: AK 850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 41
Tabelle 32: AK 850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 42
Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KAROTIS 43
Tabelle 34: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KAROTIS 45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Qualitativ auffällige Ergebnisse des Indikators zur fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) sowie der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) 35

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AD	administrative Daten
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
ASA	American Society of Anesthesiologists
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS KAROTIS	QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standardvorgehensweise (Standard Operating Procedure)
STNV	Stellungnahmeverfahren
TKez	Transparenzkennzahl

1 Hintergrund

Die beiden Halsschlagadern – die Karotiden – transportieren das Blut vom Herz zum Kopf und Gehirn und sind somit wichtig für die Versorgung des Gehirns mit Sauerstoff und Nährstoffen. Abhängig von Alter, Lebensstil oder Erkrankungen und vor allem bei einer bestehenden Arterienverkalkung (Arteriosklerose) kann eine einseitige oder beidseitige Verengung der Halsschlagader (Karotisstenose) auftreten. Eine solche Verengung geht mit einem erhöhten Risiko für Durchblutungsstörungen (Ischämie) im Gehirn einher. So sind pro Jahr schätzungsweise 30.000 Schlaganfälle in Deutschland auf eine Verengung oder einen Verschluss der Halsschlagadern zurückzuführen. Bei rund einer Million Menschen in Deutschland ist eine der beiden Halsschlagadern deutlich – um mindestens 50 % – verengt. Durch die Verengung des Gefäßes und der damit einhergehenden Ischämie im Gehirn können unterschiedliche Symptome, beispielsweise Sehverlust oder Bewusstseinsverlust bzw. Lähmungen von Extremitäten oder gar ganzer Körperseiten, auftreten. In der klinischen Praxis werden asymptomatische und symptomatische Karotisstenosen unterschieden. Bei einer asymptomatischen Karotisstenose traten innerhalb der letzten 6 Monate keine Symptome neu auf. Als symptomatische Karotisstenose wird eine Stenose der Karotis bezeichnet, die innerhalb der letzten 6 Monate zu den oben genannten Symptomen geführt hat. Zur Wiederherstellung der Durchblutung (Revaskularisation) können zwei Arten der Behandlung angewendet werden: offen-chirurgisch oder kathetergestützt. Bei der offen-chirurgischen Behandlung wird das Gefäß in einem operativen Verfahren durch einen Schnitt geöffnet und die Verkalkungen ausgeschält. Bei der kathetergestützten Behandlung wird über die Leistenschlagader ein Katheter eingeführt, die verengte Stelle mit einem Ballon geweitet und eine Gefäßstütze aus feinem Draht (Stent) eingesetzt. Die Auswahl der geeigneten Behandlung (offen-chirurgisch oder kathetergestützt) sollte in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten sowie mit allen behandelnden Fachdisziplinen erfolgen.

Im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Behandlungen zur Verbesserung des Blutflusses in der Halsschlagader erfasst. Die Ziele des QS-Verfahrens liegen gemäß DeQS-RL darin, die Indikationsstellung und die Prozessqualität zu verbessern sowie die Komplikationsrate während und nach dem Eingriff zu verringern.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Versorgungsqualität im Verfahren QS KAROTIS wird im Auswertungsjahr 2026 mithilfe von 6 Qualitätsindikatoren und 14 Transparenzkennzahlen gemessen und bewertet. Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich auf Basis der QS-Dokumentation. 2 Qualitätsindikatoren prüfen, ob die Indikationsstellung zur Behandlung der Karotisstenose angemessen gestellt wurde (IDs 162400 und 162401). Das Auftreten von Schlaganfällen oder Todesfällen während und nach der Behandlung wird mit zwei weiteren Qualitätsindikatoren, die die Ergebnisqualität messen, erfasst (IDs 11704 und 51873). Mittels Transparenzkennzahlen wird das Auftreten von Schlaganfällen oder Todesfällen für bestimmte Subgruppen (IDs 162301, 605, 606, 51859, 162304, 51445, 51448 und 51860) sowie

schwerer Schlaganfälle oder Todesfälle (IDs 11724 und 51865) berichtet. Eine weitere Transparenzkennzahl misst, wie häufig Schlaganfälle und Todesfälle nach einer akuten Schlaganfallbehandlung aufgetreten sind (ID 162302). Darüber hinaus misst ein Qualitätsindikator, wie häufig Schlaganfälle oder Todesfälle nach der Behandlung der Karotisstenose auftraten, wenn in derselben Operation eine Verengung bzw. ein Verschluss der Herzkranzgefäße behandelt wurde (ID 52240). Lokale Komplikationen wie z. B. Wundinfektionen oder Nachblutungen, welche nach Behandlung der Karotisstenose auftreten können und einen erneuten Eingriff bedingen, werden durch 2 Transparenzkennzahlen abgebildet (IDs 162300 und 162303). Mithilfe des Neuromonitorings soll die Durchblutung des Gehirns während des offen-chirurgischen Eingriffs überprüft werden, um beispielsweise Schlaganfälle während des Eingriffs zu verhindern. Die Transparenzkennzahl 162402 bildet ab, wie häufig ein Neuromonitoring durchgeführt wurde. Damit auch Schlaganfälle mit leichten Symptomen nach der Karotis-Revaskularisation entdeckt und behandelt werden können, misst ein weiterer Qualitätsindikator die Prozessqualität. Der Indikator misst, wie häufig eine fachneurologische Untersuchung im Anschluss an die Operation der Karotisstenose durchgeführt wurde (ID 161800).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KAROTIS

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	QS-Dokumentation	2025
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	QS-Dokumentation	2025
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QS-Dokumentation	2025
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch	QS-Dokumentation	2025
11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch			
162301	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2025
605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2025
606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
	Karotisstenose und kontralateraler Karotisste-nose –offen-chirurgisch*		
51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotiss-tenose – offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2025
162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – offen-chirurgisch*	QS-Dokumentation	2025
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt	QS-Dokumentation	2025
51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt*	QS-Dokumentation	2025
162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehand-lung – kathetergestützt*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt			
162304	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karo-tisstenose – kathetergestützt *	QS-Dokumentation	2025
51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karo-tisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – kathetergestützt*	QS-Dokumentation	2025
51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karo-tisstenose und kontralateraler Karotisstenose – kathetergestützt*	QS-Dokumentation	2025
51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotiss-tenose – kathetergestützt*	QS-Dokumentation	2025
162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – kathetergestützt *	QS-Dokumentation	2025
162402	Periprozedurales Neuromonitoring*	QS-Dokumentation	2025
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersu-chung	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS KAROTIS werden im Auswertungsjahr 2026 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Die Plausibilität und Vollständigkeit der Dokumentation wird durch das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 4 bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose" (ID 850332) sowie „Angabe , sonstige' bei sonstigen Karotisläsionen" (ID 852200) überprüft. Das Auffälligkeitskriterium 850332 überprüft, ob bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose häufig der Schweregrad 4 (Schwere Allgemeinerkrankung mit ständiger Lebensbedrohung) nach der Klassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA) dokumentiert wurde. Eine falsch hohe ASA-Einstufung wirkt sich auf die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren 11704 und 51873 aus. Das Auffälligkeitskriterium 852200 überprüft, ob bei Fällen mit Karotis-Revaskularisation häufig eine sonstige Karotisläsion, die nicht näher bezeichnet werden kann, dokumentiert wurde. Es sollte möglichst nur in seltenen Fällen nötig sein, „sonstige" zu dokumentieren. Fälle, in denen „sonstige" angegeben wurde, können ggf. nicht korrekt den Indikationsindikatoren (IDs 162400 und 162401) zugeordnet werden. Die Vollzähligkeit der Dokumentation wird durch die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation (IDs 850085 und 850086) sowie durch das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (ID 850223) überprüft.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KAROTIS

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850332	Angabe von ASA 4 bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose	QS-Dokumentation
852200	Angabe „sonstige" bei sonstigen Karotisläsionen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Vergleich zum Vorjahr wurden insgesamt rund 600 Datensätze weniger übermittelt, was einem Rückgang von etwa 2 % entspricht. Zugleich haben 26 Leistungserbringer weniger Daten geliefert. Aus dem Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) geht hervor, dass einige Leistungserbringer die Durchführung entsprechender Eingriffe im Jahr 2025 eingestellt haben. Dies könnte die geringe Abnahme der Anzahl erwarteter und gelieferter Datensätze im Erfassungsjahr 2025 erklären.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Für das Verfahren *QS KAROTIS* erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren, Transparenzkennzahlen und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort). Insgesamt haben 526 Leistungserbringer Daten geliefert.

Auffällig ist ein Anstieg der übermittelten Minimaldatensätze (MDS) über die letzten 3 Jahre (von 174 im AJ 2023 auf 263 im aktuellen Auswertungsjahr). Die Gründe sind derzeit nicht bekannt. Es wird vermutet, dass es ICD- bzw. OPS-Kodes in den Auslösekriterien gibt, die nicht alleinig für die offen-chirurgische oder kathetergestützte Behandlung von Karotisstenosen verwendet werden. Insgesamt wird der Anstieg jedoch als geringfügig eingeschätzt und es wird davon ausgegangen, dass die Kodes zur Auslösung der Dokumentation im Verfahren weiterhin korrekt sind. Das IQTIG wird die Entwicklungen weiter beobachten und sie gegebenenfalls mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – KAROTIS

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	33.988 33.725 263	34.114	99,63
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	555		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	584	588	99,32
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	526	528	99,62

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Verfahren *QS KAROTIS* ist im Auswertungsjahr 2026 insgesamt eine Verbesserung der Bundesergebnisse gegenüber dem Vorjahr festzustellen. In den beiden Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) sowie im Indikator zur postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) ist im Vergleich zum Vorjahr ein positiver Trend ersichtlich. Gleichzeitig besteht trotz dieses positiven Trends weiterhin Verbesserungspotenzial bei der Einbeziehung von Neurologinnen und Neurologen vor und nach der Karotis-Revaskularisation. Dies lässt sich auch aus den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens ableiten. Im Verfahren *QS KAROTIS* ist der Anteil qualitativer Auffälligkeiten in diesen drei Indikatoren im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 am höchsten gewesen.

Die Einbeziehung von Neurologinnen und Neurologen vor dem Eingriff ist ein Kriterium, welches in den Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) ausgewertet wird. Die Bundesergebnisse zeigen, dass bei 71,56 % der Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (ID 162400) eine leitliniengerechte Indikation gemäß der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose“ vorliegt. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Stenose trifft dies auf 91,20 % zu. Die beiden Qualitätsindikatoren wurden im Auswertungsjahr 2025 erstmals entsprechend den ausgewählten Kriterien in der o. g. Leitlinie ausgewertet. Der positive Trend der Ergebnisse ist daher sehr wahrscheinlich auf eine zunehmende Einhaltung der Leitlinienempfehlungen sowie der Qualitätsanforderungen der Indikatoren zurückzuführen. Vor dem Hintergrund eines hohen Anteils qualitativer Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren (asymptomatisch: 47,92 %; symptomatisch: 36,47 %) und damit einhergehender Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung ist davon auszugehen, dass sich der positive Trend im kommenden Jahr fortsetzen wird.

Die Einbeziehung von Neurologinnen und Neurologen nach dem Eingriff wird im Qualitätsindikator zur fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) ausgewertet. Das Bundesergebnis zeigt, dass bei 95,71 % der behandelten Patientinnen und Patienten eine fachneurologische Untersuchung nach der Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an durchgeführten postprozeduralen fachneurologischen Untersuchungen um ca. 3 Prozentpunkte gestiegen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass nach den ersten beiden Auswertungsjahren Leistungserbringer Vereinbarungen bzw. Kooperationen mit Neurologinnen und Neurologen geschlossen haben.

Die beiden Indikatoren zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen zeigen weitgehend konstante Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr. So liegt die rohe Rate beim Indikator zu den offen-chirurgischen Eingriffen (ID 11704) bei 2,32 % und beim Indikator zu den kathetergestützten Eingriffen (ID 51873) bei 3,46 % und damit weitgehend im Bereich der Vorjahreswerte. Im Indikator zu den kathetergestützten Eingriffen (ID 51873) sowie den dazugehörigen Transparenzkennzahlen (IDs 51865, 162304, 51445, 51448 und 51860) sind die akuten kathetergestützten Schlaganfall-

behandlungen bereits aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Zum Auswertungsjahr 2026 wurde diese Anpassung auch bei den Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401), beim Indikator zur postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) sowie bei der Transparenzkennzahl zu lokalen Komplikationen bei kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen (ID 162303) und den Auffälligkeitskriterien (IDs 850332 und 852200) vorgenommen. Hintergrund ist die im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeschluss getroffene Festlegung, dass die Qualitätsanforderungen für Karotiseingriffe auf diese Fälle nicht anzuwenden sind. Somit werden ab dem aktuellen Auswertungsjahr Patientinnen und Patienten, bei denen eine akute kathetergestützte Schlaganfallbehandlung durchgeführt wird, aus den Grundgesamtheiten aller Qualitätsindikatoren ausgeschlossen. Bei einer akuten kathetergestützten Schlaganfallbehandlung kann das Gerinnsel, welches eine Durchblutungsstörung oder andere Symptome verursacht hat, mithilfe eines kathetergestützten Eingriffs entfernt werden (Thrombektomie). Gleichzeitig gibt es weitere Behandlungen eines Schlaganfalls, die ebenfalls aus der Grundgesamtheit der Indikatoren ausgeschlossen werden. Diese Eingriffe finden innerhalb des Schädels statt (intrakraniell) und gehen mit einem höheren Risiko für Komplikationen einher als die offenchirurgischen und kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen.

Eine wesentliche Änderung gegenüber dem Vorjahr betrifft die Einführung einer neuen statistischen Methodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit. Bei der Bewertung von Leistungserbringerergebnissen wird nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt, sodass nicht jede Abweichung vom Referenzbereich zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt. Das IQTIG sieht den Vorteil der neuen Methodik darin, dass insbesondere Leistungserbringer mit kleineren Fallzahlen nun seltener zufallsbedingt rechnerisch auffällig werden. Gleichzeitig hat ein Leistungserbringer, der im hohen Fallzahlbereich ein besonders niedriges Ergebnis erreicht, eine höhere Chance, rechnerisch auffällig zu werden. Das Expertengremium auf Bundesebene spricht sich dafür aus, dass Leistungserbringer mit geringer Fallzahl, deren Ergebnis zwar außerhalb des perzentilbasierten Referenzbereichs liegt und die jedoch nicht rechnerisch auffällig werden, weiterhin im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden sollten. Das Expertengremium nimmt an, dass bei diesen Leistungserbringern strukturelle Probleme vorliegen, die sich auf die Versorgungsqualität und insbesondere auf die Patientensicherheit auswirken. Perspektivisch können diese Ergebnisse besser mit einem festen Referenzbereich adressiert werden, was das Expertengremium grundsätzlich befürwortet.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – KAROTIS

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	63,16 % O = 10.963 N = 17.357	71,56 % O = 12.580 N = 17.580 (≥ 24,07 %; 5. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	83,66 % O = 9.118 N = 10.899	91,20 % O = 9.581 N = 10.506 (≥ 76,80 %; 5. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	6,98 % O = 6 N = 86	10,26 % O = 8 N = 78 (Sentinel Event)	vergleichbar
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch	1,00 O/E = 569 / 569,00 2,38 % O/N = 569 / 23.916	0,98 O/E = 545 / 554,82 2,32 % O/N = 545 / 23.531 (≤ 1,25; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch*	1,00 O/E = 313 / 313,12 1,31 % O/N = 313 / 23.916	0,96 O/E = 294 / 306,57 1,25 % O/N = 294 / 23.531	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch				
162301	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch*	1,46 % O = 206 N = 14.135	1,61 % O = 229 N = 14.237	vergleichbar
605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch*	1,36 % O = 170 N = 12.464	1,53 % O = 193 N = 12.613	vergleichbar
606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – offen-chirurgisch*	2,15 % O = 36 N = 1.671	2,22 % O = 36 N = 1.624	vergleichbar
51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch*	3,10 % O = 264 N = 8.504	2,77 % O = 225 N = 8.137	vergleichbar
162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – offen-chirurgisch*	4,73 % O = 1.135 N = 24.002	4,54 % O = 1.073 N = 23.609	vergleichbar
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt	1,00 O/E = 233 / 233,00 3,49 % O/N = 233 / 6.677	0,99 O/E = 229 / 231,38 3,46 % O/N = 229 / 6.621 (≤ 1,47; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt*	1,00 O/E = 156 / 156,01 2,34 % O/N = 156 / 6.677	0,90 O/E = 140 / 155,15 2,11 % O/N = 140 / 6.621	eingeschränkt vergleichbar
162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt*	20,56 % O = 721 N = 3.506	21,08 % O = 702 N = 3.330	vergleichbar
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt				
162304	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt *	1,83 % O = 59 N = 3.222	2,09 % O = 70 N = 3.343	vergleichbar
51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – kathetergestützt*	1,74 % O = 46 N = 2.638	1,90 % O = 53 N = 2.789	vergleichbar
51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – kathetergestützt*	2,23 % O = 13 N = 584	3,07 % O = 17 N = 554	vergleichbar
51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt*	3,05 % O = 73 N = 2.395	3,17 % O = 75 N = 2.369	vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – kathetergestützt *	2,46 % O = 164 N = 6.677	2,27 % O = 150 N = 6.621	eingeschränkt vergleichbar
162402	Periprozedurales Neuromonitoring*	70,93 % O = 11.691 N = 16.482	74,98 % O = 12.125 N = 16.172	vergleichbar
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	92,15 % O = 27.968 N = 30.349	95,71 % O = 28.640 N = 29.924 (≥ 80,00 %)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – KAROTIS

ID	Qualitätsindikator	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	2024	48 / 538	8,92	–
		2025	27 / 522	5,17	7
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	2024	85 / 522	16,28	–
		2025	24 / 502	4,78	13
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	2024	6 / 40	15,00	3
		2025	4 / 35	11,43	1
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch	2024	33 / 501	6,59	9
		2025	24 / 486	4,94	4
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt	2024	48 / 359	13,37	4
		2025	18 / 354	5,08	5
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	2024	68 / 567	11,99	51
		2025	21 / 545	3,85	14

2.2.3 Detailergebnisse

Indikationsstellung bei asymptomatischer bzw. symptomatischer Karotisstenose (IDs 162400 und 162401)

Tabelle 6: QI 162400: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	63,16 % O = 10.963 N = 17.357	**71,56 %** **O = 12.580** **N = 17.580**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	48 / 538 8,92 %	**27 / 522** **5,17 %** **(Refbereich: ≥ 24,07 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**23 / 48** **47,92 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**23 / 538** **4,28 %**	n. a.

Tabelle 7: QI 162401: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	83,66 % O = 9.118 N = 10.899	**91,20 %** **O = 9.581** **N = 10.506**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	85 / 522 16,28 %	**24 / 502** **4,78 %** **(Refbereich: ≥ 76,80 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**31 / 85** **36,47 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**31 / 522** **5,94 %**	n. a.

Die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) messen den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen ein Eingriff ab einem Stenosegrad ≥ 60 % (bei asymptomatischer Stenose) bzw. ≥ 50 % (bei symptomatischer Stenose) nach dem North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) durchgeführt wurde. Seit dem Auswertungsjahr 2025 wird zusätzlich berücksichtigt, ob im Vorfeld des Eingriffs die Überprüfung des Stenosegrades sowie die Indikationsstellung interdisziplinär unter Einbezug der Fachdisziplin Neurologie und mindestens einer weiteren Fachdisziplin (z. B. Angiologie oder Gefäßchirurgie) erfolgt sind. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Stenose wird außerdem berücksichtigt, ob eine Bildgebung des Hirnparenchyms vorliegt.

Die Weiterentwicklung der Indikatoren zur Indikationsstellung ist auf Basis der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose“ erfolgt (Eckstein et al. 2020). Bei der Einschätzung des Eignungskriteriums „Zusammenhang mit einem patientenrelevanten Merkmal“ konnte in der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeauftragung des GBA nicht abschließend eingeschätzt werden, ob ausreichend Evidenz für die ausgewählten Kriterien vorliegt, da diese zum Zeitpunkt der Überprüfung (Erfassungsjahr 2022) noch nicht vollumfänglich einbezogen werden konnten. Daher wurde eine erneute Leitlinienrecherche durchgeführt. In den Leitlinien wurden für alle Kriterien mit Ausnahme des Vorliegens einer Bildgebung des Hirnparenchyms starke Empfehlungen identifiziert. Da im Auswertungsjahr 2026 die Bildgebung des Hirnparenchyms bei 97,76 % der Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose durchgeführt wurde, wird angenommen, dass dies ein akzeptiertes Kriterium in der klinischen Praxis ist, auch wenn derzeit keine starken Leitlinienempfehlungen dafür vorliegen.

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren ID 162400 und ID 162401 liegen im Auswertungsjahr 2026 bei 71,56 % sowie bei 91,20 %. Das bedeutet, dass bei 71,56 % der 17.580 Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose sowie bei 91,20 % der 10.506 Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose vor der Karotis-Revaskularisation die Kriterien für die Indikationsstellung eingehalten wurden.

Die Daten zeigen, dass deutlich mehr Menschen mit asymptomatischer Karotisstenose als mit symptomatischer Karotisstenose behandelt werden. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Stenose ist die Anzahl offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisationen rückläufig, während sie bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten gestiegen ist. Die weiterhin hohe Anzahl an Karotis-Revaskularisationen bei asymptomatischer Stenose und vor allem der Anstieg an offen-chirurgisch durchgeführten Eingriffen wird im weiteren zeitlichen Verlauf beobachtet werden. Es könnte damit zusammenhängen, dass die Anzahl älterer Menschen in Deutschland gestiegen ist. Einzelne Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene vermuten, dass das öffentliche Bewusstsein zum Thema Schlaganfälle zugenommen habe und Menschen mit vermeintlichen Symptomen häufiger eine Ultraschalluntersuchung wahrnähmen als vor einigen Jahren. Gegebenenfalls gibt es auch andere Begründungen für die Zunahme von Karotis-Revaskularisationen bei asymptomatischer Stenose, z. B. ökonomische Anreize, die unter Umständen eher zu einer Überversorgung führen.

Zu den Ergebnissen des Auswertungsjahres 2025 wurden im Stellungnahmeverfahren zu 5 der 23 als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse im Indikator 162400 sowie zu 6 der 31 als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse im Indikator 162401 Maßnahmen der Stufe 1 für erforderlich gehalten. Dies waren vor allem Zielvereinbarungen zur Implementierung/Modifikation von SOP, Leitlinien bzw. Handlungsempfehlungen, z. B. im Hinblick auf die interdisziplinäre Indikationsstellung. Die fehlende Einbeziehung eines Neurologen bzw. einer Neurologin und damit einhergehend auch Prozessmängel wurden am häufigsten als Begründung für die Bewertung als qualitativ auffällig genannt. Der Anteil an Ergebnissen, die aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation nicht bewertet werden konnten, ist im Vergleich zum Vorjahr um ca. 5 % gestiegen. Am häufigsten treten Dokumentationsfehler bei den Indikatoren zur Indikationsstellung auf. Zum einen wurde in den Kommentaren zu den Bewertungen angegeben, dass für diese Fälle ein Minimaldatensatz

zutreffend gewesen wäre. Einen Minimaldatensatz können Leistungserbringer anlegen, wenn die Karotis-Revaskularisation nicht aufgrund einer Stenose erfolgt ist, sondern beispielsweise das Ziel der Blutungsstillung hatte. Zum anderen verweisen einige Kommentare nur auf eine unzureichende Dokumentation bzw. auf Unklarheiten in der Dokumentation

Die Bewertung von rechnerisch auffälligen Leistungserbringern mit geringen Fallzahlen ist gemäß QSEB heterogen: Bei 2 von 11 bzw. 5 von 22 Leistungserbringern mit geringer Fallzahl (n = 1) in den Indikatoren zur Indikationsstellung bei asymptomatischer bzw. symptomatischer Karotisstenose (IDs 162400 und162401) wurde kein Stellungnahmeverfahren eröffnet, sondern ein Hinweis auf die rechnerische Auffälligkeit verschickt. Gleichzeitig wurde 1 der 11 bzw. 4 der 22 Leistungserbringerergebnisse im Indikator 162400 bzw. 162401 als qualitativ auffällig bewertet. Aus den Rückmeldungen zum ersten Stellungnahmeverfahren (AJ 2025) lässt sich ableiten, dass Mängel in der Versorgungsqualität vor allem bei Leistungserbringern mit geringer Fallzahl kritisch gesehen werden. Das Expertengremium auf Bundesebene schließt sich der Einschätzung der LAG an und betont, dass es wichtig sei, dass jeder Leistungserbringer, welcher Karotis-Revaskularisationen durchführt, über eine ausreichende Expertise und Erfahrung verfügt sowie die notwendigen Prozesse und Strukturen vorhalten sollte. Das Expertengremium auf Bundesebene schließt sich der Einschätzung der Fachkommission an, dass sie es kritisch sehen, dass Leistungserbringer mit geringer Fallzahl die Prozesse und Strukturen vorhalten können, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Es spricht sich dafür aus, dass Leistungserbringer mit geringer Fallzahl, deren Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt, weiterhin im Stellungnahmeverfahren beraten werden sollten. Das Expertengremium nimmt an, dass bei diesen Leistungserbringern strukturelle Probleme vorliegen, die sich auf die Versorgungsqualität und insbesondere auf die Patientensicherheit auswirken. An dieser Stelle sei auf den Auftrag des GBA an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) verwiesen, eine Empfehlung zur Mindestvorhaltezahl gemäß § 135f SGB V im Rahmen der Leistungsgruppe 19 Carotis zu treffen.[1] Eine solche Vorgabe hätte auch Auswirkungen auf das Verfahren *QS KAROTIS*.

Aufgrund der Einführung der neuen Methodik zur Auffälligkeitseinstufung zum Auswertungsjahr 2026 kommt es bei den Indikatoren zur Indikationsstellung dazu, dass es Leistungserbringer mit geringer Fallzahl gibt, deren Ergebnis zwar außerhalb des perzentilbasierten Referenzbereichs liegt, die jedoch nicht rechnerisch auffällig werden. Dies liegt an der Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit. Solche Leistungserbringerergebnisse werden nicht im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens besprochen. Nach neuer Methodik zur Auffälligkeitseinstufung rekrutiert sich der in beiden Indikatoren durch das 5. Perzentil angestrebte Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten (5 %) gleichmäßiger aus der gesamten Fallzahlverteilung: Ein unterdurchschnittlicher Leistungserbringer, der im hohen Fallzahlbereich ein besonders niedriges Ergebnis erreicht, hat eine höhere Chance rechnerisch auffällig zu werden. Dafür sinkt der relative Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten im besonders niedrigen Fallzahlbereich, in dem Indikatorergebnisse statistisch unsicherer sind.

[1] Vgl. https://www.iqwig.de/projekte/m26-05.html (abgerufen am: 26.06.2026)

Durch die Festlegung eines festen Referenzbereiches kann den Anmerkungen der LAG und des Expertengremiums auf Bundesebene Sorge getragen werden. Ein fester Referenzbereich ermöglicht es, anhand des Indikatorergebnisses eine Aussage über die Versorgungsqualität des Leistungserbringers zu treffen. Dies ist auch unterjährig mithilfe der Zwischenberichte möglich, da die Auffälligkeitseinstufung unabhängig von den Ergebnissen anderer Leistungserbringer ist. Das Expertengremium befürwortet die Festlegung der Referenzbereiche.

Vor dem Hintergrund des Anstiegs der offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisationen bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotis-Stenose gewinnen die anhand der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" (Eckstein et al. 2020) ausgewählten Kriterien zur Indikationsstellung an Bedeutung. Sie tragen maßgeblich dazu bei, dass durchgeführte Karotis-Revaskularisationen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens kritisch geprüft werden und Maßnahmen zur Verbesserung angestoßen werden können.

Postprozedurale fachneurologische Untersuchung (ID 161800)

Tabelle 8: QI 161800: Postprozedurale fachneurologische Untersuchung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	81,79 % O = 24.432 N = 29.872	92,15 % O = 27.968 N = 30.349	**95,71 %** **O = 28.640** **N = 29.924**
rechnerische Auffälligkeiten	164 / 601 27,29 %	68 / 567 11,99 %	**21 / 545** **3,85 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	80 / 164 48,78 %	**46 / 68** **67,65 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	80 / 601 13,31 %	**46 / 567** **8,11 %**	n. a.

Mit diesem Qualitätsindikator wird gemessen, ob bei mehr als 80 % der Patientinnen und Patienten nach einer offen-chirurgischen oder kathetergestützten Karotis-Revaskularisation eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde.

Dieser Qualitätsindikator wurde zum Auswertungsjahr 2024 dahingehend angepasst, dass nun nach jeder Karotis-Revaskularisation eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung notwendig ist. Somit können auch kleinere neurologische Defizite vor Entlassung erkannt und ggf. behandelt werden. Zudem wird angenommen, dass durch die Durchführung einer fachneurologischen Untersuchung mehr Schlaganfälle und Durchblutungsstörungen mit leichteren Symptomen erfasst und dokumentiert werden.

Das Bundesergebnis dieses Qualitätsindikators liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 95,71 %, d. h., dass bei 95,71 % der 29.924 Patientinnen und Patienten eine fachneurologische Untersuchung nach erfolgter Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an durchgeführten postprozeduralen fachneurologischen Untersuchungen um etwa 4 Prozentpunkte gestiegen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass nach den ersten beiden Auswertungsjahren Leistungserbringer Vereinbarungen bzw. Kooperationen mit Neurologinnen und Neurologen zur Durchführung der postoperativen fachneurologischen Untersuchung geschlossen haben. Diese Annahme wird auch durch die Rückmeldungen zum Stellungnahmeverfahren gestützt. Es gab einige Leistungserbringer, die bereits unterjährig notwendige Strukturen und Prozesse etabliert haben, um eine regelhafte postprozedurale fachneurologische Untersuchung zu gewährleisten.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 46 von 68 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Für den angepassten Indikator war dies das zweite Auswertungsjahr, zu dem ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde. Der Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt bei 67,65 % und ist somit im Vergleich zum Vorjahr weiter gestiegen (AJ 2024: 48,78). Gemäß Rückmeldungen im QSEB lagen zu 43 der 68 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel vor. Diese beziehen sich vor allem auf die Vereinbarungen bzw. Kooperationen mit Neurologinnen und Neurologen zur Durchführung der postoperativen fachneurologischen Untersuchung. Gleichzeitig meldeten einige LAG zurück, dass es Leistungserbringer gibt, bei denen weiterhin Struktur- und Prozessverbesserungen ausstehen, obwohl bereits Maßnahmen seitens des Leistungserbringers ergriffen wurden.

Zu 11 der 46 qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse wurden im Anschluss des Stellungnahmeverfahrens Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Den Rückmeldungen des QSEB kann entnommen werden, dass bei insgesamt 5 Leistungserbringern eine Zielvereinbarung zur Einführung einer SOP zur fachneurologischen Untersuchung im stationären Setting, zwei Behandlungspfade und Handlungsempfehlungen sowie eine Zielvereinbarung zur Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien geschlossen wurden.

Es ist anzunehmen, dass die Einbeziehung von neurologischer Fachexpertise die Leistungserbringer generell vor Herausforderungen stellt: Insgesamt haben 27 Leistungserbringer sowohl im Indikator zur postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) als auch in einem der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Bei 14 Leistungserbringern liegt sowohl im Indikator 161800 als auch in einem der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) ein als qualitativ auffällig bewertetes Ergebnis vor.

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation (ID 52240)

Tabelle 9: QI 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	12,61 % O = 14 N = 111	6,98 % O = 6 N = 86	**10,26 %** **O = 8** **N = 78**
rechnerische Auffälligkeiten	9 / 40 22,50 %	6 / 40 15,00 %	**4 / 35** **11,43 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 9 33,33 %	**1 / 6** **16,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 40 7,50 %	**1 / 40** **2,50 %**	n. a.

Mit diesem Qualitätsindikator wird gemessen, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose Schlaganfälle und Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit dem Eingriff an der Karotis beobachtet wurden, wenn eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation in Kombination mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde. Im Qualitätsindikator wird jeder aufgetretene Schlaganfall oder Todesfall als rechnerisch auffälliges Ergebnis betrachtet (Sentinel Event), um bei diesen Fällen die Indikation für einen Simultaneingriff zu überprüfen.

Das Bundesergebnis dieses Qualitätsindikators liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 10,26 %. Das bedeutet, dass 8 der 78 Patientinnen und Patienten, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose zeitgleich mit einer Bypassoperation am Herzen durchgeführt wurde, einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Die beobachtete Anzahl der simultan durchgeführten Karotis-Revaskularisationen mit einer aortokoronaren Bypassoperation ist im Vergleich zu den Vorjahren gesunken. Das Expertengremium auf Bundesebene nimmt die Abnahme von simultan durchgeführten aortokoronaren Bypassoperationen während einer Karotis-Revaskularisation bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Stenose positiv zu Kenntnis. Die Indikation für simultan durchgeführte Eingriffe solle wohl überlegt getroffen werden und könne durch sequentielle oder separate Eingriffe nach Möglichkeit ersetzt werden. Es spricht sich für die Entwicklung eines Indikators zur Überprüfung der Indikationsstellung bei herzchirurgischen Simultaneingriffen aus. Ziel sei es, die Indikationsstellung bei allen Patientinnen und Patienten zu überprüfen und nicht nur bei denjenigen, die eine Komplikation erlitten haben. Das IQTIG wird dieses Thema nach Aktualisierung der „S3 Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose“ (Eckstein et al. 2020) mit dem Expertengremium beraten.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde bei 1 von 6 Leistungserbringern das rechnerisch auffällige Ergebnis als qualitativ auffällig bewertet. Mit diesem Leistungserbringer wurde bereits im Vorjahr ein Stellungnahmeverfahren geführt. Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 war, dass die SOP des Leistungserbringers aktualisiert werden sollte. Im Auswertungsjahr 2025 wurde im Stellungnahmeverfahren festgestellt, dass weiterhin Mängel in der SOP des Leistungserbringers bestehen und diese erneut überarbeitet werden muss.

Periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle im Krankenhaus (IDs 11704, 11724, 162301, 605, 606, 51859, 51873, 51865, 162304, 51445, 51448, 51860 und 162302)

Die Qualitätsindikatoren 11704 und 51873 messen, wie häufig periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischen oder kathetergestützten Eingriffen bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus beobachtet werden. Die Indikatorenergebnisse sind auf Basis der Daten aus dem Vorjahr risikoadjustiert. Mithilfe der Transparenzkennzahlen 11724 und 51865 wird das Auftreten von schweren Schlaganfällen oder Todesfällen bei Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischen oder kathetergestützten Eingriffen beobachtet. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahlen sind ebenfalls risikoadjustiert. Die Transparenzkennzahlen 162301, 51859, 162304 und 51860 betrachten das Auftreten von Schlaganfällen oder Todesfällen für Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer und symptomatischer Karotisstenose. Die Transparenzkennzahl 162302 misst, wie häufig Schlaganfälle und Todesfälle nach einer akuten Schlaganfallbehandlung aufgetreten sind.

Periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle im Krankenhaus offen-chirurgisch (IDs 11704 und 11724)

Tabelle 10: QI 11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,99 O/E = 568 / 574,50 2,39 % O/N = 568 / 23.741	1,00 O/E = 569 / 569,00 2,38 % O/N = 569 / 23.916	**0,98** **O/E = 545 / 554,82** **2,32 %** **O/N = 545 / 23.531**
rechnerische Auffälligkeiten	43 / 524 8,21 %	33 / 501 6,59 %	**24 / 486** **4,94 %** **(Refbereich: ≤ 1,25; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	16 / 43 37,21 %	**7 / 33** **21,21 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	16 / 524 3,05 %	**7 / 501** **1,40 %**	n. a.

Tabelle 11: TKez 11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,02 O/E = 323 / 315,31 1,36 % O/N = 323 / 23.741	1,00 O/E = 313 / 313,12 1,31 % O/N = 313 / 23.916	**0,96** **O/E = 294 / 306,57** **1,25 %** **O/N = 294 / 23.531**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten, die periprozedural bei einer offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben (ID 11704), liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 2,32 % (545/23.531). Von den 545 beobachteten Schlaganfällen werden 294 als schwere, invalidisierende Schlaganfälle und Schlaganfälle mit tödlichem Ausgang dokumentiert.

Die Dokumentationsqualität für die Indikatoren bzw. Transparenzkennzahlen wird mithilfe des Auffälligkeitskriteriums „Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten" (ID 850332) geprüft. Eine falsch hohe ASA-Einstufung ergibt ein höheres Risikoprofil des Patientenkollektivs des Leistungserbringers. Ein falsch hohes Risikoprofil eines Leistungserbringers kann dazu führen, dass das Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 7 von 33 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (das entspricht einem Anteil von 21,21 %). Aus den Rückmeldungen des QSEB wird deutlich, dass bei einzelnen Leistungserbringern mit rechnerischen Ergebnissen die Expertise bzw. die Strukturen fehlen, um Komplikationen zeitnah zu erkennen bzw. auf diese adäquat reagieren zu können. Ein Leistungserbringer, der eine geringe Anzahl an Karotis-Revaskularisationen durchgeführt hat, wird wiederholt als qualitativ auffällig bewertet. Zudem sind entsprechend den Rückmeldungen aus dem QSEB aufgetretene Komplikationen seitens des Leistungserbringers nicht zeitnah erkannt und adäquat behandelt worden. Auch im Gespräch mit der Fachkommission auf Landesebene konnte das Vorgehen seitens des Leistungserbringers nicht schlüssig begründet werden. Die Fachkommission auf Landesebene empfahl daraufhin die Einleitung von Maßnahmen der Stufe 2. Der Beschluss der Maßnahmenstufe 2 durch die LAG war zum Abgabezeitpunkt des QSEB noch ausstehend, daher ist derzeit nicht bekannt, ob Maßnahmen der Stufe 2 eingeleitet wurden.

Periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt (IDs 51873, 51865 und 162302)

Tabelle 12: QI 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,10 O/E = 246 / 224,56 3,86 % O/N = 246 / 6.373	1,00 O/E = 233 / 233,00 3,49 % O/N = 233 / 6.677	**0,99** **O/E = 229 / 231,38** **3,46 %** **O/N = 229 / 6.621**
rechnerische Auffälligkeiten	26 / 368 7,07 %	48 / 359 13,37 %	**18 / 354** **5,08 %** **(Refbereich: ≤ 1,47; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 26 15,38 %	**8 / 48** **16,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 368 1,09 %	**8 / 359** **2,23 %**	n. a.

Tabelle 13: TKez 51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,97 O/E = 147 / 151,72 2,31 % O/N = 147 / 6.373	1,00 O/E = 156 / 156,01 2,34 % O/N = 156 / 6.677	**0,90** **O/E = 140 / 155,15** **2,11 %** **O/N = 140 / 6.621**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 14: TKez 162302: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	21,37 % O = 680 N = 3.182	20,56 % O = 721 N = 3.506	**21,08 %** **O = 702** **N = 3.330**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten, die periprozedural bei einer kathetergestützten Karotis-Revaskularisation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben (ID 51873), liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 3,46 % (229/6.621). Von den 229 beobachteten Schlaganfällen werden 140 als schwere, invalidisierende Schlaganfälle und Schlaganfälle mit tödlichem Ausgang dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich eine geringe Abnahme der Anzahl an schweren Schlaganfällen.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 8 von 48 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (das entspricht einem Anteil von 16,67 %). Dies stellt im Vergleich zum Vorjahr eine leichte Zunahme dar. Gründe für die Bewertung als qualitativ auffällig waren Struktur- und Prozessmängel. Als Beispiele wurden seitens der LAG genannt, dass im Gespräch nicht geklärt werden konnte, warum die asymptomatische Karotisstenose und nicht die symptomatische Stenose behandelt wurde. Dazu kommt, dass weitere Mängel in der Patienten- und QS-Dokumentation identifiziert wurden. Zu 4 der qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse wurden Maßnahmen der Stufe 1 empfohlen, um die Versorgungsqualität zu verbessern. Dies waren im Konkreten die Empfehlung zur Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien.

Die Transparenzkennzahl „Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt“ (ID 162302) misst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde. Sie wurde im Zuge der Empfehlung des Datenfeldes „Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?“ eingeführt. Mithilfe dieses Datenfeldes sollen Patientinnen und Patienten mit akuter Schlaganfallbehandlung identifiziert und aus dem Indikator 51873 sowie der Transparenzkennzahl 51865 ausgeschlossen werden. Im Auswertungsjahr 2026 liegt der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall oder Tod nach einer kathetergestützten akuten Schlaganfallbehandlung bei 21,08 %. Diese Fälle konnten aufgrund des neuen Datenfeldes sicher aus den Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zu periprozeduralen Schlaganfällen und Todesfällen ausgeschlossen werden (IDs 51865, 162304, 51445, 51448 und 51860). Laut den Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung wird die Transparenzkennzahl

162302 ab dem Erfassungsjahr 2026 (Auswertungsjahr 2027) nicht mehr ausgewertet. In dieser Transparenzkennzahl 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 Kennzahlergebnisses für qualitätsfördernde Maßnahmen der externen Qualitätssicherung als nicht vollständig erfüllt eingeschätzt.

Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer und symptomatischer Karotisstenose

Tabelle 15: TKez 162301: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,44 % O = 200 N = 13.904	1,46 % O = 206 N = 14.135	**1,61 %** **O = 229** **N = 14.237**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 16: TKez 605: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,34 % O = 164 N = 12.270	1,36 % O = 170 N = 12.464	**1,53 %** **O = 193** **N = 12.613**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 17: TKez 606: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karo-tisstenose und kontralateraler Karotisstenose – offen-chirurgisch

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,20 % O = 36 N = 1.634	2,15 % O = 36 N = 1.671	**2,22 %** **O = 36** **N = 1.624**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 18: TKez 51859: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Ka-rotisstenose – offen-chirurgisch

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,22 % O = 273 N = 8.474	3,10 % O = 264 N = 8.504	**2,77 %** **O = 225** **N = 8.137**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 19: TKez 162304: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,84 % O = 57 N = 3.099	1,83 % O = 59 N = 3.222	**2,09 %** **O = 70** **N = 3.343**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 20: TKez 51445: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – kathetergestützt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,75 % O = 46 N = 2.625	1,74 % O = 46 N = 2.638	**1,90 %** **O = 53** **N = 2.789**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 21: TKez 51448: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – kathetergestützt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,32 % O = 11 N = 474	2,23 % O = 13 N = 584	**3,07 %** **O = 17** **N = 554**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 22: TKez 51860: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Ka-rotisstenose – kathetergestützt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,93 % O = 89 N = 2.266	3,05 % O = 73 N = 2.395	**3,17 %** **O = 75** **N = 2.369**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Transparenzkennzahlen 162301, 605, 606, 51859, 162304, 51445, 51448 und 51860 stellen das Auftreten von Schlaganfällen und Todesfällen bei asymptomatischer und symptomatischer Karotisstenose getrennt nach offen-chirurgischem oder kathetergestütztem Vorgehen dar. Die Anzahl an Schlaganfällen und Todesfällen wird bei den asymptomatischen Karotisstenosen zusätzlich

getrennt nach Auftreten einer kontralateralen Stenose ausgewertet. Laut der „S3-Leiltinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" ist das Risiko für einen Schlaganfall nach initialer symptomatischer Karotisstenose höher als nach initial asymptomatischer Karotisstenose (Eckstein et al. 2020). Dies spiegeln auch die Ergebnisse der Transparenzkennzahlen 162301, 162304, 51859 und 51860 wider, die Schlaganfälle und Todesfälle bei asymptomatischer und symptomatischer Stenose betrachten. Der Anteil an Schlaganfällen und Todesfällen liegt bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Stenose bei 2,77 % (ID 51859) bzw. 3,17 % (ID 51860), bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Stenose liegt dieser Anteil nur bei 1,61 % (ID 162301) bzw. 2,09 % (ID 162304). Im Auswertungsjahr 2026 und in den Vorjahren sind bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose und vorliegender kontralateralen Stenose etwas geringfügig mehr periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle zu verzeichnen (ID 606: 2,22 %; ID 51448: 3,07 %) als bei Patientinnen und Patienten ohne kontralaterale Stenose (ID 605: 1,53 %; ID 51445: 1,90 %).

Lokale Komplikationen (IDs 162300 und 162303)

Tabelle 23: TKez 162300: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – offen-chirurgisch

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	4,30 % O = 1.026 N = 23.852	4,73 % O = 1.135 N = 24.002	**4,54 %** **O = 1.073** **N = 23.609**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 24: TKez 162303: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – kathetergestützt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,29 % O = 146 N = 6.373	2,46 % O = 164 N = 6.677	**2,27 %** **O = 150** **N = 6.621**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Im Zusammenhang mit einer offen-chirurgischen oder kathetergestützten Karotis-Revaskularisation kann es zu lokalen Komplikationen kommen. Dazu zählen insbesondere Nervenläsionen, Nachblutungen sowie Wundinfektionen. Lokale Komplikationen nach Karotis-Revaskularisation

sind für Patientinnen und Patienten von hoher Bedeutung, da sie einen verlängerten stationären Aufenthalt, operative Revisionen mit oder ohne erneuten stationären Aufenthalt bedingen und damit die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen können (Eckstein et al. 2020). Eine Kontrolle der Komplikationsraten wird in der S3-Leitlinie empfohlen (Eckstein et al. 2020).

Die Bundesergebnisse der Transparenzkennzahlen ID 162300 und ID 162303 liegen im Auswertungsjahr 2026 bei 4,54 % sowie bei 2,27 %. Die geringe Abnahme von Fällen in der Grundgesamtheit der Transparenzkennzahl zu lokalen Komplikationen nach kathetergestützten Eingriffen (ID 162303) kann mit dem Ausschluss von Fällen mit akuter kathetergestützter Schlaganfallbehandlung einhergehen.

Zu den Transparenzkennzahlen zu lokalen Komplikationen (IDs 162300 und 162303) soll laut den Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Entwicklung einer Risikoadjustierung geprüft werden. Dadurch soll den Leistungserbringern die Möglichkeit gegeben werden, die eigenen Komplikationsraten mit denen der anderen Leistungserbringer zu vergleichen. Das IQTIG wird diesen Sachverhalt mit dem Expertengremium auf Bundesebene in einer der kommenden Sitzungen beraten.

Periprozedurales Neuromonitoring (ID 162402)

Tabelle 25: TKez 162402: Periprozedurales Neuromonitoring

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	70,93 % O = 11.691 N = 16.482	**74,98 %** **O = 12.125** **N = 16.172**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Das intraoperative Neuromonitoring beinhaltet mehrere Untersuchungsverfahren zur Identifikation einer zerebralen Minderperfusion und sollte in Verbindung mit der einhergehenden Steuerung der zerebralen Durchblutung und zur Kontrolle der Shuntfunktion herangezogen werden. Die Transparenzkennzahl wurde zum Auswertungsjahr 2025 in Anlehnung an die Empfehlung der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose“ (Eckstein et al. 2020) entwickelt und eingeführt. Sie misst, wie häufig ein Neuromonitoring bei Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation in Allgemeinanästhesie durchgeführte wurde (Eckstein et al. 2020). Im Auswertungsjahr 2026 haben 74,98 % aller betreffenden Patientinnen und Patienten während des Eingriffs ein Neuromonitoring erhalten.

Die Datenfelder zum Neuromonitoring wurden bereits ein Jahr vor der ersten Auswertung der Transparenzkennzahl „Periprozedurales Neuromonitoring“ (ID 162402) empfohlen. Somit liegen

erste Auswertungen zur Durchführung des Neuromonitoring bereits ab dem Auswertungsjahr 2024 vor. Beim Vergleich der Anteile des durchgeführten Neuromonitorings während offen-chirurgischer Eingriffe kann beobachtet werden, dass der Anteil des durchgeführten Neuromonitorings vor Einführung der Transparenzkennzahl bereits bei etwa 72 % lag. Im Auswertungsjahr 2025 wurde die Transparenzkennzahl eingeführt und der Anteil hat um etwa 5 Prozentpunkte zugenommen (AJ 2024: 71,97 %; AJ 2025: 76,67 %, AJ 2026: 80,44 %). Für den Anteil des durchgeführten Neuromonitorings während kathetergestützter Eingriffe kann ebenfalls ein leichter Anstieg beobachtet werden, auch wenn der Anteil hier deutlich geringer ausfällt im Vergleich zu den offen-chirurgischen Eingriffen (AJ 2024: 37,26 %; AJ 2025: 43,11 %, AJ 2025: 43,14 %). An dieser Stelle muss jedoch darauf verwiesen werden, dass diese Transparenzkennzahl zum Auswertungsjahr 2027 gestrichen wird. Die Streichung wird damit begründet, dass die Transparenzkennzahl das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal" entsprechend den Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung nicht vollständig erfüllt. Somit wird sie als nicht geeignet für die externe Qualitätssicherung eingeschätzt (IQTIG 2024a).

2.2.4 Im Fokus: Qualitätsindikator „Postprozedurale fachneurologische Untersuchung" (ID 161800)

Qualitätsziel

Möglichst viele Patientinnen und Patienten erhalten nach einer Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung

Hintergrund

Der Qualitätsindikator wurde zum Auswertungsjahr 2024 dahingehend angepasst, dass nun nach jeder Karotis-Revaskularisation eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgen soll. Somit können auch kleinere neurologische Defizite vor Entlassung erkannt und ggf. behandelt werden. Zudem wird angenommen, dass durch die Durchführung einer fachneurologischen Untersuchung mehr Schlaganfälle und Durchblutungsstörungen mit leichteren Symptomen erfasst und dokumentiert werden.

Bewertung der Ergebnisse

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators ist im Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 4 Prozentpunkte gestiegen (AJ 2024: 81,79 %; AJ 2025: 92,15 %; AJ 2026: 95,71 %), es zeigt sich somit eine deutliche Verbesserung der Bundesergebnisse im zeitlichen Verlauf. Gleichzeitig besteht in diesem Indikator weiterhin Verbesserungspotenzial.

Im Verfahren *QS KAROTIS* entfallen sowohl die meisten rechnerischen Auffälligkeiten als auch die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wiederholt auf den Indikator zur fachneurologischen Untersuchung. Bei 29 der 46 Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 kam es damit wiederholt zu einer qualitativen Auffälligkeit. Doch gleichzeitig wurden für weniger als die Hälfte der Leistungserbringer mit einer wiederholten qualitativen Auffälligkeit Maßnahmen der Stufe 1 als erforderlich erachtet.

Die Kommentare aus dem QSEB legen nahe, dass es Leistungserbringer gibt, die bereits Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet haben, welche sich jedoch noch nicht in der Ergebnisentwicklung zum Auswertungsjahr 2025 gezeigt haben. Das kann daran liegen, dass Maßnahmen im laufenden Kalenderjahr eingeführt wurden. Als Maßnahmen werden hierbei genannt, dass Kooperationen mit Neurologinnen und Neurologen vereinbart, Strukturen und Prozesse verbessert sowie SOP und Handlungsempfehlungen anpasst wurden.

Es ist anzunehmen, dass die Einbeziehung neurologischer Fachexpertise Leistungserbringer generell vor Herausforderungen stellt: Insgesamt haben 27 der 68 Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Indikator zur fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) sowohl in diesem Indikator als auch in einem der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Bei 14 der 46 Leistungserbringer mit qualitativ auffällig bewertetem Ergebnis im Indikator zur fachneurologischen Untersuchung liegt sowohl in diesem als auch in einem der Indikatoren zur Indikationsstellung ein als qualitativ auffällig bewertetes Ergebnis vor. Die Anzahl an Leistungserbringern mit einer qualitativen Auffälligkeit im Indikator 161800 und im Indikator 162400 sowie mit einer qualitativen Auffälligkeit im Indikator 161800 und im Indikator 162401 ist mit 6 bzw. 5 nahezu gleich. Es gibt 3 Leistungserbringerergebnisse, die im Indikator 161800 und sowohl im Indikator 162400 als auch im Indikator 162401 qualitativ auffällig bewertet wurden. Aus den Rückmeldungen des QSEB geht zum einen hervor, dass eher Maßnahmen zu den Indikationsindikatoren empfohlen wurden, wenn der Leistungserbringer bereits im Vorjahr oder im aktuellen Jahr im Indikator 161800 auffällig war und noch keine Maßnahmen zur Verbesserung umgesetzt hat. Zum anderen geht aus den Rückmeldungen des QSEB hervor, dass einige LAG explizit auf das erste Jahr der Auswertung der Indikationsindikatoren verwiesen haben und entweder die Ergebnisse nicht als qualitativ auffällig bewertet oder keine Maßnahmen empfohlen haben. Es ist anzunehmen, dass den Leistungserbringern an dieser Stelle Zeit eingeräumt wurde, um selbstständig Maßnahmen zur Verbesserung zu identifizieren und einzuführen.

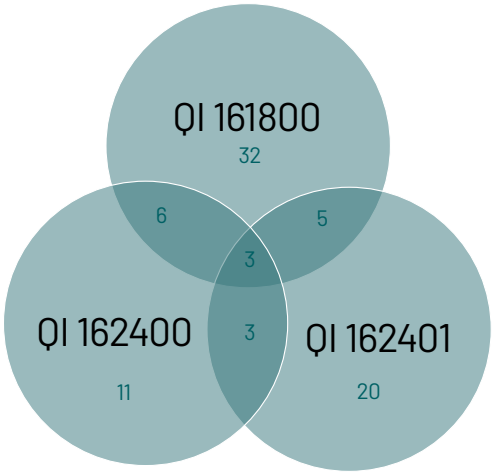


Abbildung 1: Qualitativ auffällige Ergebnisse des Indikators zur fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) sowie der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401)

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Insgesamt kann im Verfahren *QS KAROTIS* eine gute Dokumentationsqualität beobachtet werden. Die Dokumentationsqualität wird mithilfe von 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewertet. Sie zeigen sich über die letzten Jahre auf konstant hohem Niveau. Von den LAG werden keine relevanten Dokumentationsprobleme zurückgemeldet, die sich auf die Datenqualität der Indikatoren auswirken.

Der höchste Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Auswertungsjahr 2026 konnte beim Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 4 bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose“ (ID 850332) beobachtet werden (AJ 2026: 4,21 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist dieser Anteil um 0,7 Prozentpunkte gestiegen (AJ 2025: 3,51 %). Im Vorjahr wies das Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚sonstige‘ bei sonstigen Karotisläsionen“ (ID 852200) den höchsten Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen auf (AJ 2025: 2,46 %).

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 26: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – KAROTIS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850332	Angabe von ASA 4 bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose	1,26 % 381/30.230 (≤ 5,10 %; 95. Perzentil)
852200	Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen	1,27 % 383/30.230 (≤ 4,60 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	99,63 % 33.988/34.114 (≥ 95,00 %)
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	99,63 % 33.988/34.114 (≤ 110,00 %)
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,77 % 263/34.114 (≤ 5,00 %)

Tabelle 27: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – KAROTIS

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850332	Angabe von ASA 4 bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose	11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch 11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt 51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt	2025	23 / 546	4,21	6
852200	Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen	603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	2025	19 / 546	3,48	2

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt				
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	9 / 588	1,53	3
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	1 / 588	0,17	1
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	13 / 588	2,21	3

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten (ID 850332)

Tabelle 28: AK 850332: Angabe von ASA 4 bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,21 % O = 377 N = 31.082	1,23 % O = 391 N = 31.703	**1,26 %** **O = 381** **N = 30.230**
rechnerische Auffälligkeiten	22 / 601 3,66 %	20 / 569 3,51 %	**23 / 546** **4,21 %** **(Refbereich: ≤ 5,10 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 22 45,45 %	**12 / 20** **60,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	10 / 601 1,66 %	**12 / 569** **2,11 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft, ob bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose häufig ASA-Kategorie 4 (Schwere Allgemeinerkrankung mit ständiger Lebensbedrohung) nach der Klassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA) dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit einer asymptomatischen Karotisstenose werden aufgrund ihres allgemeinen Gesundheitszustandes und ihrer Vorerkrankungen sehr häufig in die ASA-Kategorien 1 bis 3 und eher selten bzw. in Einzelfällen in die ASA-Kategorie 4 eingeordnet. Daher sollten die Gründe geprüft werden, weshalb ein Leistungserbringer häufig Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Stenose und gleichzeitig ASA 4 einschätzt und operiert. Die Einstufung nach ASA erfolgt in der Regel durch die Anästhesistin bzw. den Anästhesisten. Die Odds Ratio bei der Angabe der ASA-Kategorien 4 oder 5 liegt bei den Indikatoren zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen im Krankenhaus bei offen-chirurgischen bzw. kathetergestützten Eingriffen (IDs 11704 und 51873) bei 2,06 bzw. 3,55, was einem erhöhten Risiko für das Auftreten eines Schlaganfalls oder des Todes entspricht. Eine falsch hohe ASA-Einstufung ergibt ein höheres Risikoprofil des Patientenkollektivs des Leistungserbringers, wodurch sein Ergebnis erst bei einer vergleichsweise hohen Anzahl an Todesfällen außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Im Auswertungsjahr 2026 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 1,26 %. Das bedeutet, dass bei 1,26 % der 30.230 Fälle mit asymptomatischer Karotisstenose nach einer offen-chirurgischen oder kathetergestützten Karotis-Revaskularisation ASA 4 dokumentiert wurde. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 5,10 % und mindestens 2 Fällen im Zähler hatten insgesamt 4,21 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse in diesem Auffälligkeitskriterium (23 von 546). Aufgrund des perzentilbasierten Referenzbereichs bleibt der Anteil

der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen in diesem Auffälligkeitskriterium über die Jahre nahezu gleich.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 12 von 20 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen als qualitativ auffällig bewertet. Begründet wurde die Bewertung als qualitativ auffällig damit, dass die ASA-Einstufung der Patientin bzw. des Patienten falsch dokumentiert wurde. 1 Leistungserbringer mit einem qualitativ auffällig bewerteten Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 ist wiederholt als qualitativ auffällig bewertet worden. Es wurden Maßnahmen der Stufe 1 als erforderlich erachtet. Der Leistungserbringer soll an Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien teilnehmen, um seine Versorgungsqualität zu verbessern.

Angabe „sonstige" bei sonstigen Karotisläsionen (ID AK 852200)

Tabelle 29: AK 852200: Angabe „sonstige" bei sonstigen Karotisläsionen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,12 % O = 658 N = 31.082	1,77 % O = 561 N = 31.703	**1,27 %** **O = 383** **N = 30.230**
rechnerische Auffälligkeiten	35 / 601 5,82 %	26 / 569 4,57 %	**19 / 546** **3,48 %** **(Refbereich: ≤ 4,60 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	20 / 35 57,14 %	**14 / 26** **53,85 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft, ob bei Fällen mit Karotis-Revaskularisation, die in die Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren einfließen, häufig „sonstige" bei den sonstigen Karotisläsionen der operierten Seite dokumentiert wurde. Dies wäre gerechtfertigt, wenn keine der vorgegebenen sonstigen Karotisläsionen (exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung, Aneurysma, symptomatisches Coiling, Mehretagenläsion) zutreffend ist. Es sollte daher möglichst nur in seltenen Fällen nötig sein, „sonstige" zu dokumentieren. Eine fehldokumentierte Angabe als „sonstige" bei den sonstigen Karotisläsionen führt zu einer falschen Zuordnung zu den Indikationsgruppen, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zur Indikation (IDs 162400 und 162401) sowie zur Risikoadjustierung verwendet werden.

Im Auswertungsjahr 2026 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 1,27 %. Das bedeutet, dass bei 1,27 % der 30.230 im Auffälligkeitskriterium betrachteten Fälle angegeben wurde, dass eine „sonstige Karotisläsion", die nicht näher klassifiziert werden kann, an der operierten Seite vorliegt. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 4,60 % hatten insgesamt 3,48 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse in diesem Auffälligkeitskriterium (19 von 546). Aufgrund des perzentilbasierten Referenzbereichs bleibt der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen in diesem Auffälligkeitskriterium über die Jahre nahezu gleich.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 14 von 26 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Begründet wurde die Bewertung als qualitativ auffällig mit bestätigten Fehldokumentationen, da eine der unter „sonstige Karotisläsionen" enthaltene Läsion, beispielsweise ein Aneurysma, vorlag. Zu 3 der 14 qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse wurden Maßnahmen der Stufe 1 als erforderlich erachtet. Dies waren zum einen die Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien, zum anderen wurde zu einem Leistungserbringerergebnis zurückgemeldet, dass eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität vereinbart wurde. Zwei dieser Leistungserbringer waren wiederholt qualitativ auffällig bewertet worden.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 30: AK 850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,79 % O = 33.871 N = 33.607	100,10 % O = 34.562 N = 34.529	**99,63 %** **O = 33.988** **N = 34.114**
rechnerische Auffälligkeiten	11 / 631 1,74 %	6 / 603 1,00 %	**9 / 588** **1,53 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 11 54,55 %	**4 / 6** **66,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 631 0,95 %	**4 / 603** **0,66 %**	n. a.

Tabelle 31: AK 850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,79 % O = 33.871 N = 33.607	100,10 % O = 34.562 N = 34.529	**99,63 %** **O = 33.988** **N = 34.114**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 631 0,16 %	2 / 603 0,33 %	**1 / 588** **0,17 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**0 / 2** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 631 0,00 %	**0 / 603** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 32: AK 850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,60 % O = 201 N = 33.607	0,65 % O = 225 N = 34.529	**0,77 %** **O = 263** **N = 34.114**
rechnerische Auffälligkeiten	17 / 631 2,69 %	10 / 603 1,66 %	**13 / 588** **2,21 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 17 35,29 %	**0 / 10** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 631 0,95 %	**0 / 603** **0,00 %**	n. a.

In den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zeigen sich für das Verfahren *QS KAROTIS* im Auswertungsjahr 2025 keine Besonderheiten.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KAROTIS

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	3.124	-	2.527	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	3.124	100,00	2.527	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	313	10,02	288	11,40
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	313	100,00	288	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	313	100,00	288	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	31	9,90	13	4,51
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	282	90,10	275	95,49
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	282	100,00	275	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	1,06	6	2,18
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	1	0,36
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	105	33,55	86	29,86
Bewertung als qualitativ auffällig	106	33,87	116	40,28
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	31	9,90	45	15,62

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sonstiges	40	12,78	27	9,38
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	21	n. a.	38	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS KAROTIS* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2024) 6 Qualitätsindikatoren geprüft, für die 2.527 Ergebnisse ermittelt wurden. Die Anzahl der Indikatorergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr um 597 gesunken. Diese Abnahme kann durch die Weiterentwicklung der Indikationsindikatoren zum Auswertungsjahr 2025 erklärt werden. Im Auswertungsjahr 2024 wurde die angemessene Indikationsstellung mit 4 Indikatoren, ab dem Auswertungsjahr 2025 mit 2 Indikatoren ausgewertet. Über alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse wird in den von den Landesarbeitsgemeinschaften übermittelten Qualitätssicherungsergebnisberichten informiert. Hinsichtlich der absoluten Anzahl an rechnerisch auffälligen Ergebnissen zeigt sich im Auswertungsjahr 2026 ebenfalls eine leichte Abnahme von 313 auf 288. Es wird angenommen, dass diese Abnahme proportional mit der Abnahme der Indikatorergebnisse einhergeht.

Nachdem der Anteil nicht durchgeführter Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr gestiegen war, ist dieser Anteil zum Auswertungsjahr 2025 wieder gesunken. Vor dem Hintergrund der Umstellung der Methodik zur Auffälligkeitseinstufung zum Auswertungsjahr 2026 wird angenommen, dass die Anzahl an Stellungnahmeverfahren, die nicht durchgeführt werden, zukünftig abnimmt.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden von 275 schriftlichen Stellungnahmen 116 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse einem Anteil von 40,28 % entspricht. Dieser Anteil qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr um ca. 6 % gestiegen. Der Anstieg an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen kann auf die Indikatoren zur Indikationsstellung zurückgeführt werden. Diese wurden zum Auswertungsjahr 2025 überarbeitet. In diesen Indikatoren wurden 47,92 % bzw. 36,47 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. In den Vorjahren wurden die Indikatorenergebnisse (IDs 603, 51437, 604 und 51443) nie bzw. selten als qualitativ auffällig bewertet.

Sowohl die meisten rechnerischen Auffälligkeiten als auch die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse entfallen im Auswertungsjahr 2025 wiederholt auf den Indikator 161800 zur fachneurologischen Untersuchung. Gleichzeitig hat sich das Bundesergebnis für den seit dem Auswertungsjahr 2024 angepassten Indikator 161800 im Verlauf über die letzten 3 Jahre verbessert (AJ 2024: 81,79 %; AJ 2025: 92,15 %; AJ 2026: 95,71 %). Da der Indikator zum Auswertungsjahr

2024 angepasst wurde, ist davon auszugehen, dass noch nicht alle Leistungserbringer Maßnahmen zur Verbesserung umgesetzt haben. Seit dem Auswertungsjahr 2024 erhalten Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in diesem Indikator, wenn sie bei weniger als 80 % der Patientinnen und Patienten mit Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung durchgeführt haben. Zu diesem Indikator wurden auch die meisten Maßnahmen der Stufe 1 empfohlen (11 von 38). Dies waren Zielvereinbarungen zur Umsetzung von SOP, Behandlungspfaden und Handlungsempfehlungen zur fachneurologischen Untersuchung im stationären Setting sowie die Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden im Verfahren *QS KAROTIS* 17 Maßnahmen der Stufe 1 mehr im Vergleich zum Vorjahr empfohlen. Der Anstieg der Maßnahmen der Stufe 1 kann auf die Indikatoren zur fachneurologischen Untersuchung sowie zur Indikationsstellung zurückgeführt werden. Diese drei Indikatoren wurden zum Auswertungsjahr 2023 bzw. 2024 dahingehend überarbeitet, das sowohl bei der Indikation als auch bei der postprozeduralen Versorgung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (vor allem mit einer Neurologin oder einem Neurologen) gefordert wird.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 34: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KAROTIS

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.108	100,00	2.956	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	86	2,77	64	2,17
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	86	100,00	64	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	15	17,44	2	3,12
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	71	82,56	62	96,88
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	71	100,00	62	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	1,61
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	22	25,58	27	42,19
Bewertung als qualitativ auffällig	42	48,84	30	46,88
Sonstiges	7	8,14	5	7,81
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	2	n. a.	5	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS KAROTIS* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2024) 5 Auffälligkeitskriterien geprüft, für die 2.956 Ergebnisse ermittelt wurden. Die Anzahl der Auffälligkeitskriterienergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr um ca. 5 % gesunken. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil rechnerisch auffälliger Ergebnisse an allen Ergebnissen der Auffälligkeitskriterien ungefähr gleichbleibend (2,17 %). Es zeigte sich insgesamt eine Zunahme der als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse um etwa 16,6 %. Das könnte daran liegen, dass die Dokumentationsqualität überwiegend gut ist und trotz rechnerischer Auffälligkeit keine Qualitätsdefizite entdeckt werden. Aufgrund des perzentilbasierten Referenzbereichs werden immer 5 % der Leistungserbringer mit den geringsten Ergebnissen rechnerisch auffällig, auch wenn die Dokumentationsqualität auf einem hohen Niveau ist.

Der Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse ist bei den einzelnen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit nahezu gleich. Im Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten“ (ID 850332) liegt dieser bei 60 % und beim Auffälligkeitskriterium „Angabe , sonstige‘ bei sonstigen Karotisläsionen“ (ID 852200) bei etwa 54 %. Auch der Anteil an eingeleiteten Maßnahmen der Stufe 1 unterschiedet sich zwischen diesen beiden Auffälligkeitskriterien nur leicht (ID 850332: 16,67 %; ID 852200: 21,43 %).

2 der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis im Auffälligkeitskriterium „Angabe , sonstige‘ bei sonstigen Karotisläsionen“ (ID 852200) im Auswertungsjahr 2025 waren bereits wiederholt auffällig. Mit einem wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen, da laut Rückmeldung der LAG im QSEB Dokumentationsfehler in allen Fällen vorlagen. Im Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten“ (ID 850332) war ein Leistungserbringer wiederholt auffällig.

4 Evaluation

Die Qualitätsindikatoren des Verfahren *QS KAROTIS* sollen insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Ziele des Verfahrens verfolgen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Prozessqualität
- Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen

Für die Weiterentwicklung der Indikatoren zur Indikationsstellung bei asymptomatischer bzw. symptomatischer Karotisstenose (IDs 162400 und 162401) konnte im Rahmen der Verfahrensprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung des GBA nicht abschließend eingeschätzt werden, ob ausreichend Evidenz für die ausgewählten Kriterien vorliegt, da diese zum Zeitpunkt der Überprüfung (Erfassungsjahr 2022) noch nicht vollumfänglich einbezogen werden konnte Daher wurde eine erneute Leitlinienrecherche durchgeführt, um einzuschätzen, ob das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem patientenrelevanten Merkmal" erfüllt ist. Es wurden für die neuen Kriterien alle Leitlinien verwendet, die in der Verfahrensüberprüfung einbezogen wurden. Für die Kriterien zum Stenosegrad, die Überprüfung des Stenosegrades sowie die interdisziplinäre Indikationsstellung wurden starke Empfehlungen identifiziert. Für das Kriterium Bildgebung des Hirnparenchyms bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Stenose konnten derzeit keine starken Empfehlungen in den eingeschlossenen Leitlinien identifiziert werden. Dieses Kriterium wird nach Aktualisierung der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose" (Eckstein et al. 2020) mit dem Expertengremium beraten. Im Auswertungsjahr 2026 wurde die Bildgebung des Hirnparenchyms bei 97,76 % der Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose durchgeführt. Somit wird derzeit nicht davon ausgegangen, dass dieses Kriterium aufgrund fehlender starker Leitlinienempfehlungen kritisch gesehen wird.

Das Expertengremium auf Bundesebene spricht sich grundsätzlich für die Einführung fester Referenzbereiche für die Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) aus. Ein fester Referenzbereich ermöglicht eine direkte Ableitung einer Qualitätsaussage aus dem Indikatorergebnis. Dies scheint vor dem Hintergrund der breiten Streuung der Ergebnisse in den Auswertungsjahren 2025 und 2026 sowie aufgrund der Umstellung der Auffälligkeitseinstufung erforderlich. Die Empfehlung ist für das Erfassungsjahr 2028 geplant. Der Hintergrund zur Umstellung der Auffälligkeitseinstufung ist, dass der in beiden Indikatoren durch das 5. Perzentil angestrebte Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten (5 %) sich gleichmäßiger aus der gesamten Fallzahlverteilung verteilt: Ein unterdurchschnittlicher Leistungserbringer, der im hohen Fallzahlbereich ein besonders niedriges Ergebnis erreicht, hat eine höhere Chance rechnerisch auffällig zu werden. Dafür sinkt der relative Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten im besonders niedrigen Fallzahlbereich, in dem Indikatorenergebnisse statistisch unsicherer sind.

Für das Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2024) haben zwei der insgesamt 16 LAG Rückmeldungen zu den Evaluationsfragen an das IQTIG übermittelt. Eine LAG hat zurückgemeldet, dass trotz der Eindeutigkeit das Datenfeld „Erfolgte die Indikationsstellung zum Eingriff an der Karotis durch mehrere Fachdisziplinen?“ und der nachfolgenden Datenfelder eine Vielzahl an Dokumentationsfehlern geltend gemacht wurden. Es wird vermutet, dass die Vielzahl an Dokumentationsfehlern mit der Neueinführung der Datenfelder zusammenhängen könnten, sodass dies im weiteren zeitlichen Verlauf beobachtet werden muss. Im Rahmen der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeauftragung wurde ebenfalls seitens einiger LAG zurückgemeldet, dass es zu Missverständnissen hinsichtlich der Angaben der behandelten Stenose kam, da sowohl die behandelte als auch die kontralaterale Stenose ausführlich dokumentiert werden müssen. Das IQTIG plant die QS-Dokumentation dahingehend anzupassen, dass nur noch die Angaben zur behandelten Stenose ausführlich dokumentiert werden müssen. Die Anpassung der QS-Dokumentation wird mit Expertengremium auf Bundesebene beraten und voraussichtlich zum Erfassungsjahr 2028 empfohlen.

Das Richtlinienziel „Verbesserung der Prozessqualität“ wird durch den Indikator 161800 abgebildet. Der Indikator misst, ob bei mehr als 80 % der Patientinnen und Patienten nach einer offenchirurgischen oder kathetergestützten Karotis-Revaskularisation eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde. Hier wurde im Expertengremium diskutiert, ob diese Untersuchung während oder nach dem stationären Aufenthalt stattfinden sollte. Die Mehrheit des Expertengremiums spricht sich weiterhin dafür aus, dass die fachneurologische Untersuchung vor der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt erfolgen sollte. Der Leistungserbringer müsse sicherstellen, dass bei Entlassung kein neurologisches Defizit vorliegt bzw. ein neurologisches Defizit vor Entlassung entdeckt und zeitnah behandelt werden kann. Dem Indikator liegen starke Leitlinien-Empfehlungen aus zwei Leitlinien zugrunde. Zum einen aus der „European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 Clinical Practice Guidelines on the Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease“, in der eine fachneurologische Untersuchung nach Karotis-Revaskularisationen empfohlen wird (Naylor et al. 2023). Zum anderen aus der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose“ in der empfohlen wird, dass bei elektiven Eingriffen die Schlaganfallrate/Letalität während des stationären Aufenthaltes fachneurologisch kontrolliert werden soll.

Das Richtlinienziel „Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen“ wird durch die Indikatoren 52240, 11704 und 51873 abgebildet. Die Indikatoren 11704 und 51873 messen, wie häufig periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischen oder kathetergestützten Eingriffen bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus beobachtet werden. Aufgrund der mittleren Verweildauer von 4 Tagen nach offen-chirurgischen bzw. 2 Tagen nach kathetergestützten Eingriffen besteht die Annahme, dass nicht alle Schlaganfälle und Todesfälle, die als Komplikation nach der Karotis-Revaskularisation auftreten, erfasst werden. Dies wird auch in der Literatur (Fokkema et al. 2013, Liang et al. 2020) dargestellt. Entsprechend wurde das IQTIG mit der Weiterentwicklung der Indikatoren beauftragt. Der Weiterentwicklungsbericht wurde dem GBA zur Verfügung gestellt (IQTIG 2024b). Im Sinne der Patientensicherheit und Verbesserung der Versorgungsqualität empfiehlt das IQTIG weiterhin eine zeitnahe

Einführung von Follow-up-Indikatoren, damit auch Schlaganfälle und Todesfälle, die nach dem stationären Aufenthalt auftreten, in der Qualitätssicherung adressiert werden können.

Mit dem Qualitätsindikator „Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation“ (ID 52240) wird gemessen, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose Schlaganfälle und Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang des Eingriffs an der Karotis beobachtet wurden, wenn eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation in Kombination mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde. Im Qualitätsindikator wird jeder aufgetretene Schlaganfall oder Todesfall als rechnerisch auffälliges Ergebnis betrachtet (Sentinel Event), um bei diesen Fällen die Indikation für einen Simultaneingriff zu überprüfen. Das Expertengremium spricht sich für die Entwicklung eines Indikators zur Überprüfung der Indikationsstellung bei Simultaneingriffen aus. Ziel ist es, die Indikationsstellung bei allen Patientinnen und Patienten zu überprüfen und nicht nur bei denjenigen, die eine Komplikation erlitten haben. Eine LAG hat im Rahmen der Evaluationsfragen zu diesem Indikator ebenfalls zurückgemeldet, dass dieser weiterentwickelt werden solle und auch der Referenzbereich kritisch geprüft werden solle. Das IQTIG wird die Indikationsstellung bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff nach ausstehender Aktualisierung der „S3 Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose“ mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten.

Zu den Transparenzkennzahlen zu lokalen Komplikationen (IDs 162300 und 162303) soll laut der den Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung die Entwicklung einer Risikoadjustierung geprüft werden. Hierzu hat das IQTIG bereits orientierende Literaturrecherchen durchgeführt und wird die Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene hinsichtlich einer Risikoadjustierung fortsetzen.

5 Ausblick

Die Ergebnisse der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) sowie des Indikators zur postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) zeigen, dass die Neurologinnen und Neurologen noch nicht von allen Leistungserbringern bei der Entscheidung zum Eingriff bzw. nach dem Eingriff einbezogen wurden. Hier wird ein hohes Verbesserungspotenzial gesehen. Gleichzeitig kann anhand der gestiegenen Bundesergebnisse dieser drei Indikatoren im Auswertungsjahr 2026 festgestellt werden, dass im Vergleich zum Vorjahr mehr Leistungserbringer die Leitlinienempfehlungen umgesetzt haben. Außerdem kann anhand der Ergebnisse gezeigt werden, dass es einige Leistungserbringer gibt, die Karotis-Revaskularisationen durchführen, die sowohl im Vorfeld als auch nach dem Eingriff keinen Neurologen bzw. keine Neurologin einbeziehen. Entsprechende Herausforderungen in der interdisziplinären Abstimmung scheinen besonders für Leistungserbringer mit geringerer Fallzahl zuzutreffen. Das Expertengremium auf Bundesebene spricht sich dafür aus, dass Leistungserbringer mit geringerer Fallzahl, deren Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt, weiterhin im Stellungnahmeverfahren beraten werden sollten. Es betont, dass es wichtig sei, dass jeder Leistungserbringer, welcher Karotis-Revaskularisationen durchführt, über eine ausreichende Erfahrung verfügt sowie die notwendigen Prozesse und Strukturen vorhalten sollte. Um diesem Sachverhalt perspektivisch zu begegnen, plant das IQTIG, zu den Indikationsindikatoren einen festen Referenzbereich zum Erfassungsjahr 2028 zu empfehlen.

Im Rahmen der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeauftragung wurde von den LAG zurückgemeldet, dass es zu Missverständnissen hinsichtlich der Angaben der behandelten Stenose kam, da sowohl die behandelte als auch die kontralaterale Stenose ausführlich dokumentiert werden müssen. Das IQTIG plant, die QS-Dokumentation dahingehend anzupassen, dass nur noch die Angaben zur behandelten Stenose ausführlich dokumentiert werden müssen. Dadurch soll die QS-Dokumentation vereinfacht und die Datenqualität erhöht werden. Die Anpassung der QS-Dokumentation wird mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten und voraussichtlich zum Erfassungsjahr 2028 empfohlen.

Derzeit werden im Verfahren *QS KAROTIS* nur Schlaganfälle und Todesfälle betrachtet, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Das IQTIG hält an seiner Empfehlung fest, sozialdatenbasierte Indikatoren einzuführen, die Schlaganfälle und Todesfälle bis zu 30 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus betrachten. Dies wird auch seitens des Expertengremiums unterstützt. Diese Weiterentwicklung ist im Sinne der Patientensicherheit empfehlenswert und kann einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten, da die Krankenhäuser Informationen zu Komplikationen nach Entlassung erhalten, wobei kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht.

Literatur

DGG [Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin] (2020): AWMF-Registernummer 004-028. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose. Langfassung. 2. Auflage [Stand:] 03.02.2020. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/004-028l_extracranielle-Carotisstenose-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2025-02-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 29.06.2026). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

Fokkema, M; Bensley, RP; Lo, RC; Hamden, AD; Wyers, MC; Moll, FL; et al. (2013): In-hospital versus postdischarge adverse events following carotid endarterectomy. *Journal of Vascular Surgery* 57(6): 1568-1575.e3. DOI: 10.1016/j.jvs.2012.11.072.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK* und *QS HGV*. Abschlussbericht. [Stand:] 16.08.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_WE-datengestuetzte-QS-Verfahren-KCHK-CAP-MC-KAROTIS-DEK-HGV_Abschlussbericht_2024-08-16_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 29.06.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Weiterentwicklung des *Qualitätssicherungsverfahren Karotis*. Entwicklung von Follow-Up-Indikatoren unter Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Ereignisse Schlaganfall und Tod. Zwischenbericht. [Stand:] 14.06.2024. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

Liang, P; Solomon, Y; Swerdlow, NJ; Li, C; Varkevisser, RRB; de Guerre, LEVM; et al. (2020): In-hospital outcomes alone underestimate rates of 30-day major adverse events after carotid artery stenting. *Journal of Vascular Surgery* 71(4): 1233-1241. DOI: 10.1016/j.jvs.2019.06.201.

Naylor, R; Rantner, B; Ancetti, S; de Borst, GJ; De Carlo, M; Halliday, A; et al. (2023): Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 Clinical Practice Guidelines on the Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 65(1): 7-111. DOI: 10.1016/j.ejvs.2022.04.011.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

KAROTIS: Karotis-Revaskularisation

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Karotis-Revaskularisation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 7

Datengrundlagen 9

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 11

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 14

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 15

162400: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose 15

Details zu den Ergebnissen 18

162401: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose 20

Details zu den Ergebnissen 23

52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation 25

Details zu den Ergebnissen 28

11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 29

Details zu den Ergebnissen 33

11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 36

Details zu den Ergebnissen 40

Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 42

162301: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 42

605: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch 45

606: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch 48

51859: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 51

162300: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch 54

51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt 57

Details zu den Ergebnissen 61

51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt 64

Details zu den Ergebnissen 68

162302: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt 70

Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt 73

162304: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 73

51445: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt 76

51448: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt 79

51860: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 82

162303: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt 85

162402: Periprozedurales Neuromonitoring 88

161800: Postprozedurale fachneurologische Untersuchung 91

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 94

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 94

850332: Angabe von ASA 4 bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose 94

852200: Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen 96

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 98

850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 98

850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 100

850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 102

Basisauswertung 104

Karotis-Revaskularisation (Gesamt) 104

Patientin und Patient ... 104
BMI-Klassifikation (WHO) ... 106
Klinische Diagnostik ... 107
Art des Eingriffs ... 111
Karotis-Revaskularisation (offen-chirurgisch) ... 113
Patientin und Patient ... 113
BMI-Klassifikation (WHO) ... 114
Klinische Diagnostik ... 115
Apparative Diagnostik ... 117
Stenosegrad (NASCET) - therapierte Seite ... 118
Stenosegrad (NASCET) - kontralaterale Seite ... 119
Überprüfung des Stenosegrades ... 120
Indikationsstellung ... 120
Bildgebung ... 121
Eingriff/Prozedur ... 121
Postprozeduraler Verlauf ... 124
Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes ... 127
Entlassung ... 128
Sterblichkeit ... 129
Karotis-Revaskularisation (kathetergestützt) ... 130
Patientin und Patient ... 130
BMI-Klassifikation (WHO) ... 131
Klinische Diagnostik ... 132
Apparative Diagnostik ... 134
Stenosegrad (NASCET) - therapierte Seite ... 135
Stenosegrad (NASCET) - kontralaterale Seite ... 136
Überprüfung des Stenosegrades ... 137
Indikationsstellung ... 137
Bildgebung ... 138
Eingriff/Prozedur ... 138
Postprozeduraler Verlauf ... 141

Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes ... 144

Entlassung ... 145

Sterblichkeit ... 146

Einleitung

Die externe Qualitätssicherung fokussiert auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie sowohl die offen-chirurgischen als auch die kathetergestützten Therapieformen, die sich dem meist durch Arterienverkalkung entstehenden Krankheitsbild der verengten Halsschlagader(n) (Karotisstenose[n]) widmet. Die Eingriffe erfolgen in der Regel einseitig; in seltenen Fällen auch beidseitig. Die rechtfertigende Indikation für entsprechende Eingriffe liefert die konsekutive Mangeldurchblutung (Ischämie) des Gehirns; zudem können Abschwemmungen aus der verkalkten Gefäßwand (Embolisation) zu einem Schlaganfall führen. Hauptursache für eine Verengung der Schlagadern ist die Arterienverkalkung (Arteriosklerose). Die Art der Behandlung richtet sich nach dem Grad der Verengung der Halsschlagader. Die Angaben zum Stenosegrad, d. h. zum Ausmaß der Verengung, werden international nach der NASCET-Methode dokumentiert. NASCET ist der Name einer randomisierten Studie (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial), in der der Stenosegrad mithilfe der Angiographie (Darstellung von Blutgefäßen mittels bildgebender Verfahren) ermittelt wurde. Die Bestimmung des Stenosegrades erfolgt i. d. R. mittels Ultraschall (Duplexsonographie) und Angabe der Ergebnisse in NASCET-Werten.

Bei symptomlosen Patientinnen und Patienten mit geringen Verengungen kann eine medikamentöse Therapie ausreichend sein; bei höhergradigen Verengungen oder bei Vorhandensein von Symptomen ist meist ein invasiver Eingriff erforderlich. Hierfür stehen aktuell zwei unterschiedliche Methoden zur Verfügung. Bei der Thrombendarteriektomie werden die Ablagerungen offen-chirurgisch aus dem Blutgefäß entfernt, um die erkrankte Arterie zu rekonstruieren (Karotis-Rekonstruktion). Alternativ kann das Gefäß auch durch einen Ballonkatheter (kathetergestützt) aufgeweitet und mittels eines eingesetzten Drahtgeflechts (Stent) behandelt werden. Die Auswahl der geeigneten Therapieform erfolgt leitlinienbasiert in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und mit allen behandelnden Fachdisziplinen.

Die Qualitätsindikatoren dieses QS-Verfahrens fokussieren sich auf die Indikationsstellung zum Eingriff an der Arteria carotis, schwere Komplikationen (Schlaganfall oder Tod) im zeitlichen Umfeld des Eingriffs sowie die Diagnostik periprozeduraler neurologischer Komplikationen. Sofern nicht anders gekennzeichnet, bezieht sich die Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu offen-chirurgisch bzw. kathetergestützt immer auf das beim ersten Karotiseingriff verwendete Verfahren.

Erläuterung Indikationsgruppen:

Indikationsgruppe A: Asymptomatische Karotisläsion
- Karotiseingriffe bei einer asymptomatischen Karotisläsion (asymptomatisch = innerhalb der letzten 6 Monate ereignisfrei, d. h. kein neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet, nicht gemeint sind Residuen vorangegangener Ereignisse)
- unter Ausschluss von Karotiseingriffen unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und von Simultaneingriffen (Indikationsgruppe D)

Indikationsgruppe B: Symptomatische Karotisläsion
- elektive Karotiseingriffe bei einer symptomatischen Karotisläsion (symptomatisch = nicht

ereignisfrei innerhalb der letzten 6 Monate)
- unter Ausschluss von Karotiseingriffen unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und von Simultaneingriffen (Indikationsgruppe D)

Indikationsgruppe C: Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen
- Notfalleingriffe
oder
- Karotiseingriffe bei Patientinnen und Patienten mit (jeweils ipsilateral zum Eingriff):
Aneurysma
oder Mehretagenläsion
oder exulzerierende Plaques bei einer symptomatischen Karotisstenose mit einem Stenosegrad von < 50% (NASCET)
oder symptomatischem Coiling
- unter Ausschluss von Simultaneingriffen (Indikationsgruppe D)

Indikationsgruppe D: Simultaneingriffe
- Simultaneingriffe am arteriellen Gefäßsystem (z. B. aorto-koronarer Bypass, periphere arterielle Rekonstruktion, Aortenrekonstruktion, PTA/Stent intrakraniell, Herzklappenoperation)

Die Vorjahresberechnungen werden in der Auswertung mit den aktuellen Rechenregeln und leistungserbringenden Standorten durchgeführt. Hierdurch lassen sich ggf. Differenzen bezüglich der Qualitätsindikatorergebnisse und Anzahl leistungserbringender Standorte im Vergleich zur Auswertung des Vorjahres erklären.
Im Verfahren QS KAROTIS gilt ein Ergebnis als auffällig, wenn es außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Aufgrund der Umstellung der Auswertungsmethodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit lässt sich nicht mehr am bloßen Zahlenwert des Indikatorergebnisses ablesen, ob eine rechnerische Auffälligkeit vorliegt. Ein Ergebnis im Referenzbereich ist weiterhin nicht auffällig. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereich kann allerdings rechnerisch auffällig oder unauffällig sein. Nur wenn es mit einer hinreichend kleinen A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs einhergeht, ist es rechnerisch auffällig. Die neue Auswertungsmethodik bildet demnach ab, dass manche Abweichungen vom Referenzbereich auch plausibel durch zufallsbedingte Variabilität erklärbar sind.

Nähere Informationen finden Sie unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-auffaelligkeitseinstufung/.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen :

- QS-Dokumentationsdaten
- Standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird zusätzlich auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	33.988 33.725 263	34.114	99,63
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	555		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	584	588	99,32
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	526	528	99,62

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-karotis/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	≥ 24,07 % (5. Perzentil)	71,56 % O = 12.580 N = 17.580
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	≥ 76,80 % (5. Perzentil)	91,20 % O = 9.581 N = 10.506
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	Sentinel Event	10,26 % O = 8 N = 78
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	≤ 1,25 (95. Perzentil)	0,98 O/E = 545 / 554,82 2,32 % O/N = 545 / 23.531
11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	0,96 O/E = 294 / 306,57 1,25 % O/N = 294 / 23.531

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch			
162301	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	1,61 % O = 229 N = 14.237
605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	1,53 % O = 193 N = 12.613
606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	2,22 % O = 36 N = 1.624
51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	2,77 % O = 225 N = 8.137
162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch	Transparenzkennzahl	4,54 % O = 1.073 N = 23.609
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	≤ 1,47 (95. Perzentil)	0,99 O/E = 229 / 231,38 3,46 % O/N = 229 / 6.621
51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	0,90 O/E = 140 / 155,15 2,11 % O/N = 140 / 6.621
162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	21,08 % O = 702 N = 3.330

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt			
162304	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	2,09 % O = 70 N = 3.343
51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	1,90 % O = 53 N = 2.789
51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	3,07 % O = 17 N = 554
51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	3,17 % O = 75 N = 2.369
162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt	Transparenzkennzahl	2,27 % O = 150 N = 6.621
162402	Periprozedurales Neuromonitoring	Transparenzkennzahl	74,98 % O = 12.125 N = 16.172
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	≥ 80,00 %	95,71 % O = 28.640 N = 29.924

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850332	Angabe von ASA 4 bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose	≤ 5,10 % (95. Perzentil)	1,26 % 381 / 30.230	4,21 % 23 / 546
852200	Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen	≤ 4,60 % (95. Perzentil)	1,27 % 383 / 30.230	3,48 % 19 / 546
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	99,63 % 33.988 / 34.114	1,53 % 9 / 588
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	99,63 % 33.988 / 34.114	0,17 % 1 / 588
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,77 % 263 / 34.114	2,21 % 13 / 588

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

162400: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose

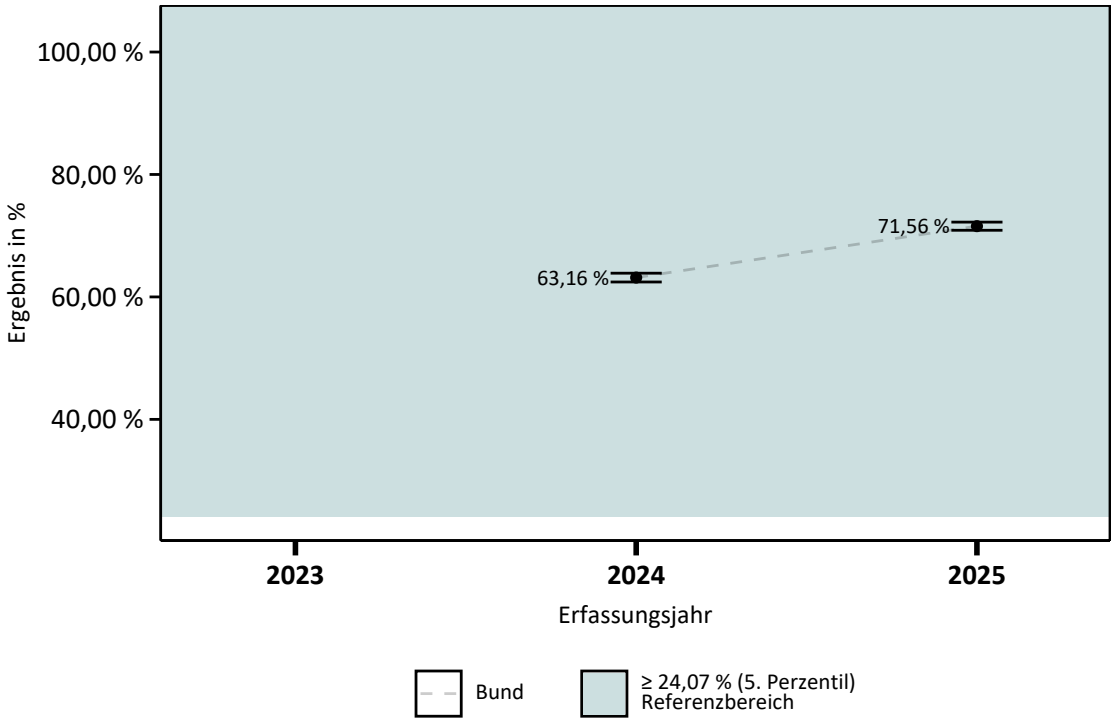
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad ≥ 60 % (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär und die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten bei denen - ein Stenosegrad ab 60 % (NASCET) vorliegt und - eine interdisziplinäre Indikationsstellung erfolgt ist (mindestens zwei Fachdisziplinen und eine davon ist der Fachbereich Neurologie) und - eine Überprüfung des Stenosegrades vor dem Eingriff an der Karotis erfolgt ist (durch einen weiteren Untersucher oder weiteres diagnostisches Verfahren oder sowohl weiteres diagnostisches Verfahren als auch weiteren Untersucher)
Referenzbereich	≥ 24,07 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

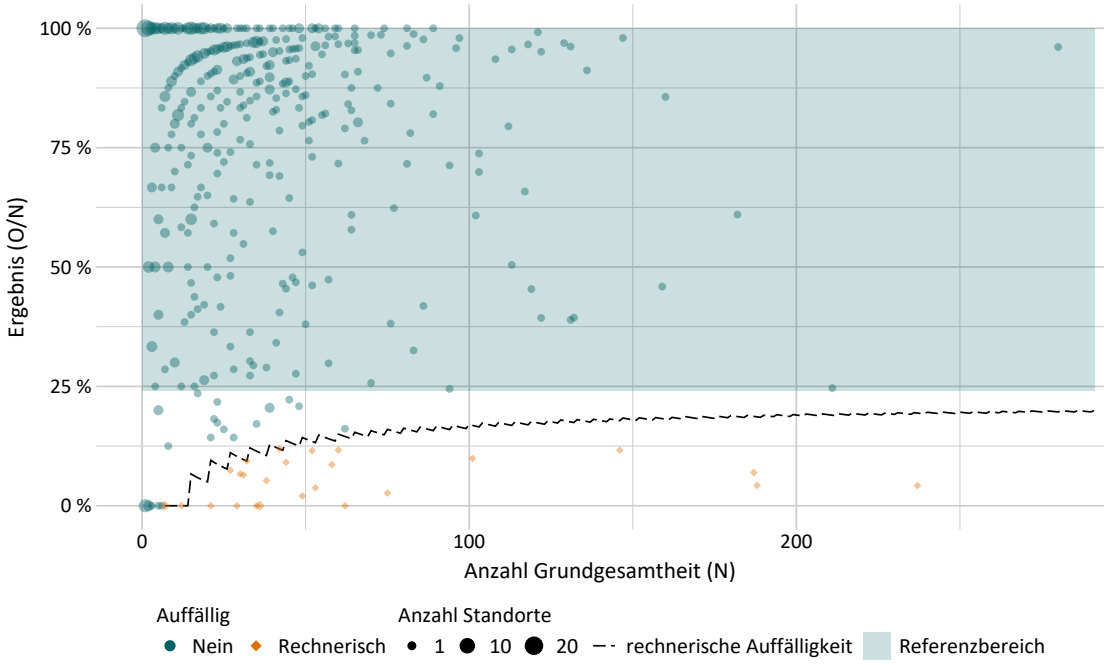
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	2023	- / -	-	-
	2024	10.963 / 17.357	63,16	62,44 - 63,88
	2025	12.580 / 17.580	71,56	70,89 - 72,22

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	522	27	0,00	100,00	90,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 162400** **Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose**	71,56 % 12.580/17.580
1.1.1	ID: 16_24000 Stenosegrad an der operierten Seite ≥ 60 % (nach NASCET)	98,16 % 17.256/17.580
1.1.2	ID: 16_24001 Indikationsstellung interdisziplinär erfolgt[1]	73,55 % 12.930/17.580
1.1.3	ID: 16_24002 Überprüfung des Stenosegrades im Rahmen der Indikationsstellung	97,50 % 17.141/17.580
1.1.4	ID: 16_26000 Ohne kontralateralen Verschluss oder mit kontralateraler Stenose < 75 % (NASCET)	87,61 % 15.402/17.580
1.1.5	ID: 16_26001 Mit kontralateralem Verschluss oder mit kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	12,39 % 2.178/17.580
1.1.6	ID: 16_24003 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	71,21 % 10.138/14.237
1.1.6.1	ID: 16_26002 Stenosegrad an der operierten Seite ≥ 60 % (nach NASCET)	98,48 % 14.020/14.237
1.1.6.2	ID: 16_26003 Indikationsstellung interdisziplinär erfolgt[2]	72,89 % 10.378/14.237
1.1.6.3	ID: 16_26004 Überprüfung des Stenosegrades im Rahmen der Indikationsstellung	97,98 % 13.949/14.237
1.1.6.4	ID: 16_26005 Ohne kontralateralen Verschluss oder mit kontralateraler Stenose < 75 % (NASCET)	88,59 % 12.613/14.237
1.1.6.5	ID: 16_26006 Mit kontralateralem Verschluss oder mit kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	11,41 % 1.624/14.237
1.1.7	ID: 16_24004 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	72,25 % 2.481/3.434
1.1.7.1	ID: 16_26007 Stenosegrad an der operierten Seite ≥ 60 % (nach NASCET)	96,77 % 3.323/3.434
1.1.7.2	ID: 16_26008 Indikationsstellung interdisziplinär erfolgt[3]	75,71 % 2.600/3.434
1.1.7.3	ID: 16_26009 Überprüfung des Stenosegrades im Rahmen der Indikationsstellung	95,28 % 3.272/3.434

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.7.4	ID: 16_26010 Ohne kontralateralen Verschluss oder mit kontralateraler Stenose < 75 % (NASCET)	83,58 % 2.870/3.434
1.1.7.5	ID: 16_26011 Mit kontralateralem Verschluss oder mit kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	16,42 % 564/3.434

[1] Die interdisziplinäre Indikationsstellung ist so definiert, dass sowohl ein Neurologe / eine Neurologin als auch mindestens ein Arzt / eine Ärztin einer weiteren Fachdisziplin (z. B. Angiologie oder Gefäßchirurgie) an der Indikationsstellung beteiligt waren.

[2] Die interdisziplinäre Indikationsstellung ist so definiert, dass sowohl ein Neurologe / eine Neurologin als auch mindestens ein Arzt / eine Ärztin einer weiteren Fachdisziplin (z. B. Angiologie oder Gefäßchirurgie) an der Indikationsstellung beteiligt waren.

[3] Die interdisziplinäre Indikationsstellung ist so definiert, dass sowohl ein Neurologe / eine Neurologin als auch mindestens ein Arzt / eine Ärztin einer weiteren Fachdisziplin (z. B. Angiologie oder Gefäßchirurgie) an der Indikationsstellung beteiligt waren.

162401: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose

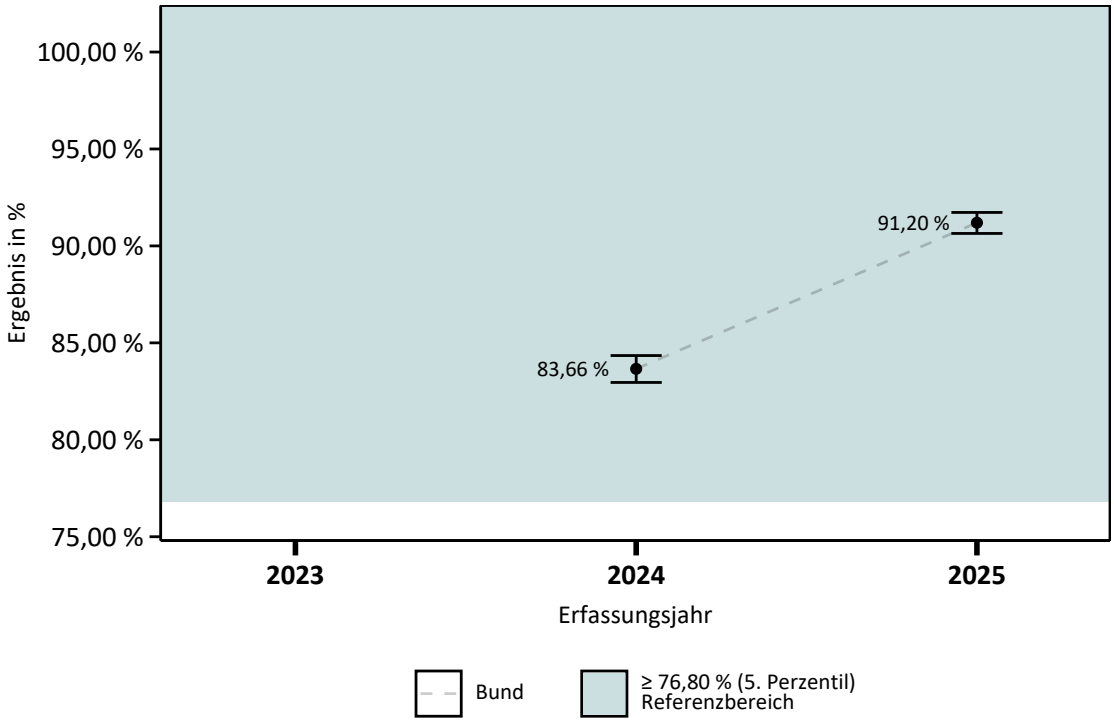
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad ≥ 50 % (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär, die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist und eine Bildgebung des Hirnparenchyms vorliegt
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten bei denen - ein Stenosegrad ab 50 % (NASCET) vorliegt und - eine interdisziplinäre Indikationsstellung erfolgt ist (mindestens zwei Fachdisziplinen und eine davon ist der Fachbereich Neurologie) und - eine Überprüfung des Stenosegrades vor dem Eingriff an der Karotis erfolgt ist (durch einen weiteren Untersucher oder weiteres diagnostisches Verfahren oder sowohl weiteres diagnostisches Verfahren als auch weiteren Untersucher) und - eine Bildgebung des Hirnparenchyms erfolgt ist
Referenzbereich	≥ 76,80 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

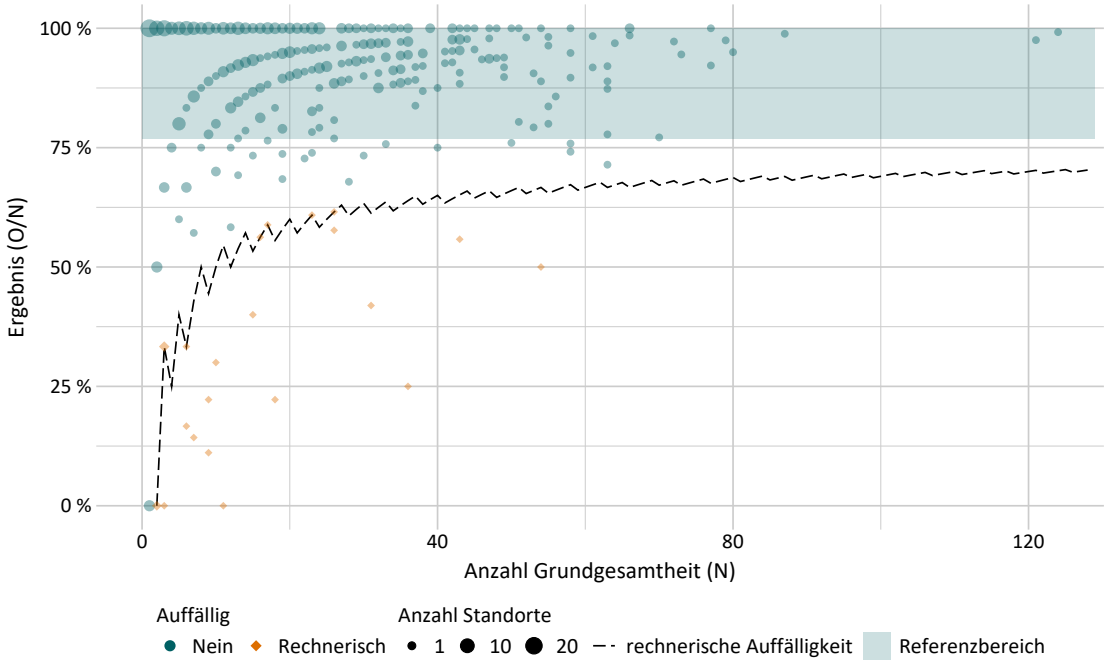
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	9.118 / 10.899	83,66	82,96 - 84,34
	2025	9.581 / 10.506	91,20	90,64 - 91,73

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	502	24	0,00	100,00	96,67

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 162401** **Indikation bei symptomatischer Karotisstenose**	91,20 % 9.581/10.506
2.1.1	ID: 16_24005 Stenosegrad an der operierten Seite ≥ 50 % (nach NASCET)	99,31 % 10.434/10.506
2.1.2	ID: 16_24006 Indikationsstellung interdisziplinär erfolgt[4]	94,38 % 9.916/10.506
2.1.3	ID: 16_24007 Überprüfung des Stenosegrades im Rahmen der Indikationsstellung	98,68 % 10.367/10.506
2.1.4	ID: 16_24008 Bildgebung des Hirnparenchyms im Rahmen der Indikationsstellung	97,76 % 10.271/10.506
2.1.5	ID: 16_26012 Ohne kontralateralen Verschluss oder mit kontralateraler Stenose < 75 % (NASCET)	88,71 % 9.320/10.506
2.1.6	ID: 16_26013 Mit kontralateralem Verschluss oder mit kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	11,29 % 1.186/10.506
2.1.7	ID: 16_24009 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	93,15 % 7.580/8.137
2.1.7.1	ID: 16_26014 Stenosegrad an der operierten Seite ≥ 50 % (nach NASCET)	99,46 % 8.093/8.137
2.1.7.2	ID: 16_26015 Indikationsstellung interdisziplinär erfolgt[5]	94,60 % 7.698/8.137
2.1.7.3	ID: 16_26016 Überprüfung des Stenosegrades im Rahmen der Indikationsstellung	98,82 % 8.041/8.137
2.1.7.4	ID: 16_26017 Bildgebung des Hirnparenchyms im Rahmen der Indikationsstellung	97,74 % 7.953/8.137
2.1.7.5	ID: 16_26018 Ohne kontralateralen Verschluss oder mit kontralateraler Stenose < 75 % (NASCET)	89,90 % 7.315/8.137
2.1.7.6	ID: 16_26019 Mit kontralateralem Verschluss oder mit kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	10,10 % 822/8.137
2.1.8	ID: 16_24010 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	90,45 % 2.264/2.503

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1.8.1	ID: 16_26020 Stenosegrad an der operierten Seite ≥ 50 % (nach NASCET)	98,76 % 2.472/2.503
2.1.8.2	ID: 16_26021 Indikationsstellung interdisziplinär erfolgt[6]	93,33 % 2.336/2.503
2.1.8.3	ID: 16_26022 Überprüfung des Stenosegrades im Rahmen der Indikationsstellung	97,64 % 2.444/2.503
2.1.8.4	ID: 16_26023 Bildgebung des Hirnparenchyms im Rahmen der Indikationsstellung	97,80 % 2.448/2.503
2.1.8.5	ID: 16_26024 Ohne kontralateralen Verschluss oder mit kontralateraler Stenose < 75 % (NASCET)	84,82 % 2.123/2.503
2.1.8.6	ID: 16_26025 Mit kontralateralem Verschluss oder mit kontralateraler Stenose ≥ 75 % (NASCET)	15,18 % 380/2.503

[4] Die interdisziplinäre Indikationsstellung ist so definiert, dass sowohl ein Neurologe / eine Neurologin als auch mindestens ein Arzt / eine Ärztin einer weiteren Fachdisziplin (z. B. Angiologie oder Gefäßchirurgie) an der Indikationsstellung beteiligt waren.

[5] Die interdisziplinäre Indikationsstellung ist so definiert, dass sowohl ein Neurologe / eine Neurologin als auch mindestens ein Arzt / eine Ärztin einer weiteren Fachdisziplin (z. B. Angiologie oder Gefäßchirurgie) an der Indikationsstellung beteiligt waren.

[6] Die interdisziplinäre Indikationsstellung ist so definiert, dass sowohl ein Neurologe / eine Neurologin als auch mindestens ein Arzt / eine Ärztin einer weiteren Fachdisziplin (z. B. Angiologie oder Gefäßchirurgie) an der Indikationsstellung beteiligt waren.

52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation

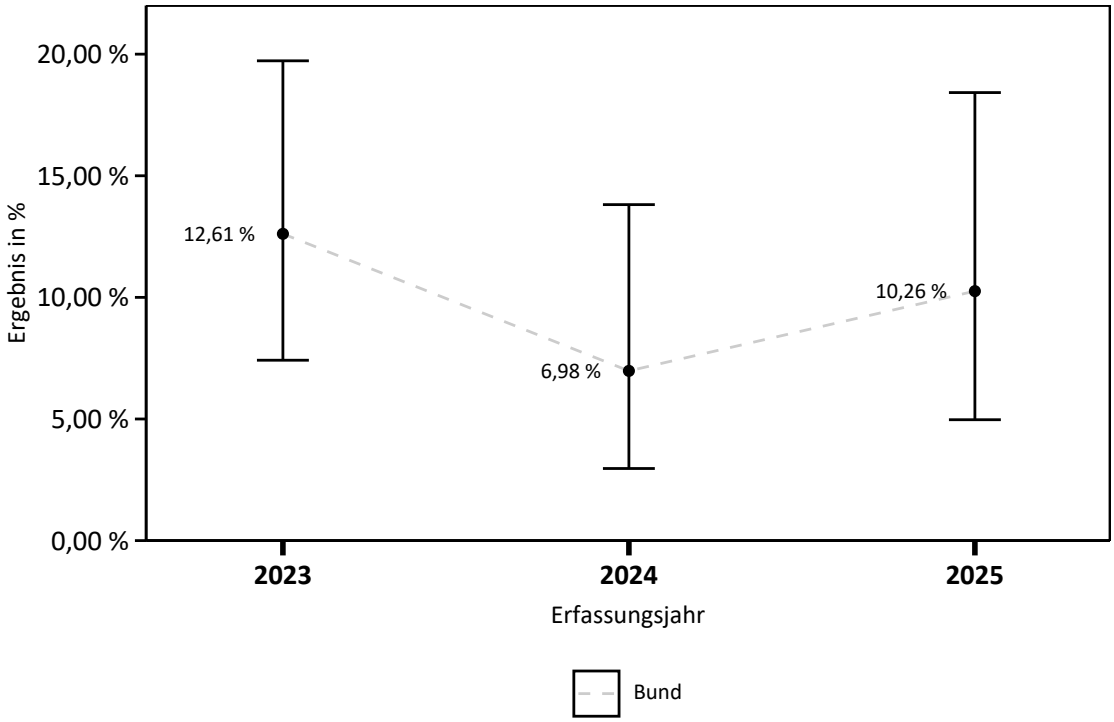
Qualitätsziel	Keine periprozeduralen Schlaganfälle oder Todesfälle
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

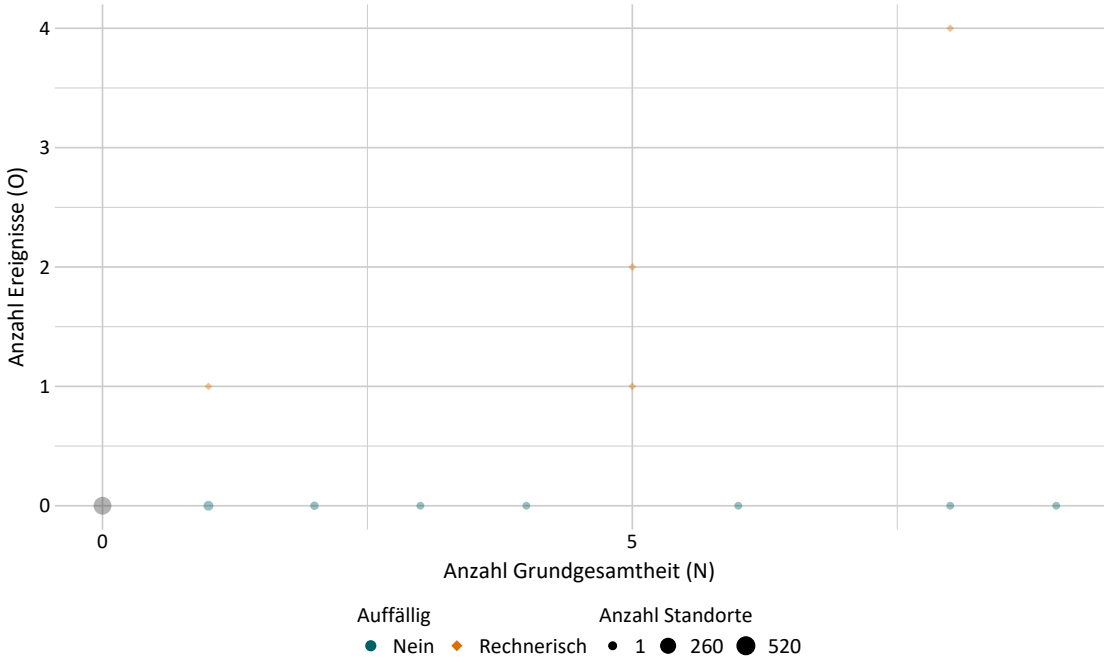
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	14 / 111	12,61	7,42 - 19,73
	2024	6 / 86	6,98	2,96 - 13,81
	2025	8 / 78	10,26	4,97 - 18,42

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	35	4	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 16_22011 Asymptomatische Karotisstenose bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation	0,33 % 78/23.609
3.1.1	**ID: 52240** **Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod**	10,26 % 8/78
3.1.1.1	ID: 16_26026 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	x % ≤3/78
3.1.1.2	ID: 16_26027 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,00 % 0/78
3.1.1.3	ID: 16_22012 Verstorbene Patientinnen und Patienten	7,69 % 6/78

11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch

Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, mit Ausnahme von Patientinnen und Patienten, bei denen eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 11704
Referenzbereich	≤ 1,25 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear von 50 bis 90) Schweregrad der Behinderung, Rankin 2 Schweregrad der Behinderung, Rankin 3 Schweregrad der Behinderung, Rankin 4 Schweregrad der Behinderung, Rankin 5 ASA-Klassifikation 4 oder 5 Kontralaterale Stenose ab 75% Rezidiveingriff Notfall (Indikationsgruppe C) Indikationsgruppe D Diabetes mellitus mit Insulin behandelt eGFR bis 15 oder präoperative Nierenersatztherapie
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

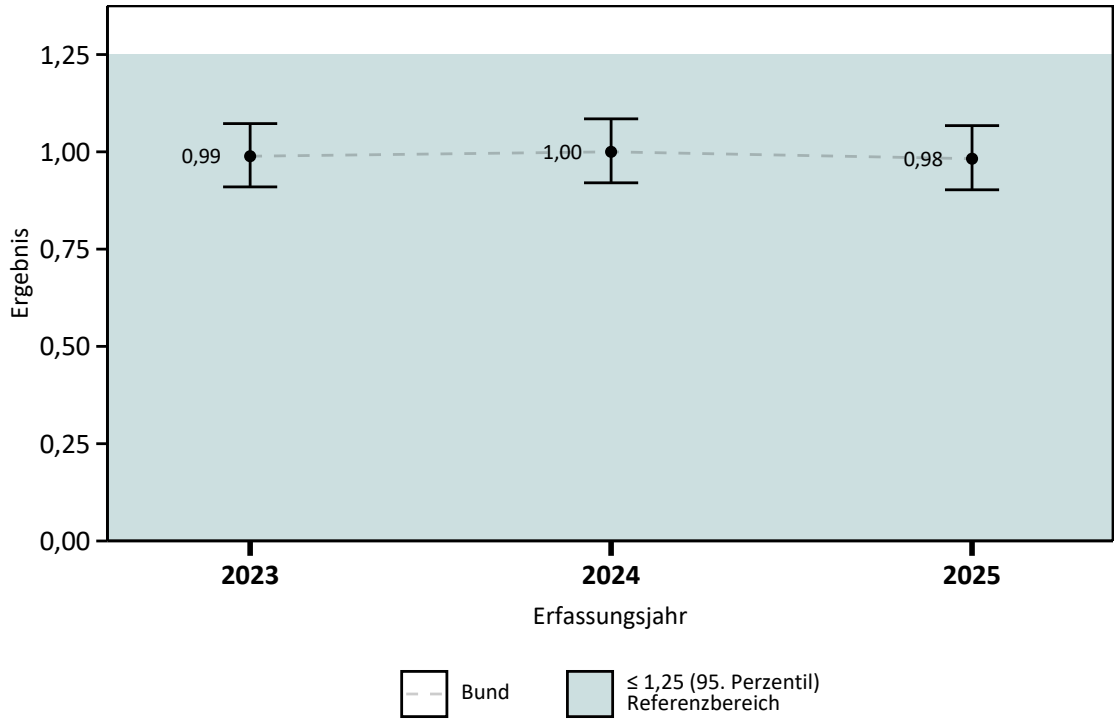
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	23.741	568 / 574,50	0,99	0,91 - 1,07
	2024	23.916	569 / 569,00	1,00	0,92 - 1,08
	2025	23.531	545 / 554,82	0,98	0,90 - 1,07

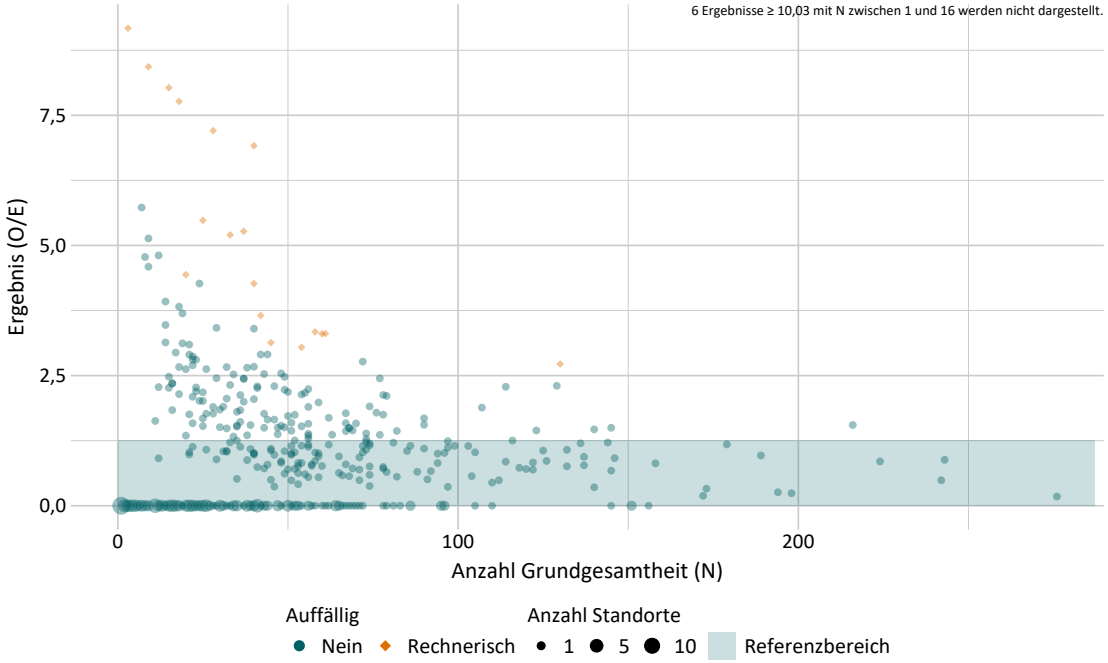
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

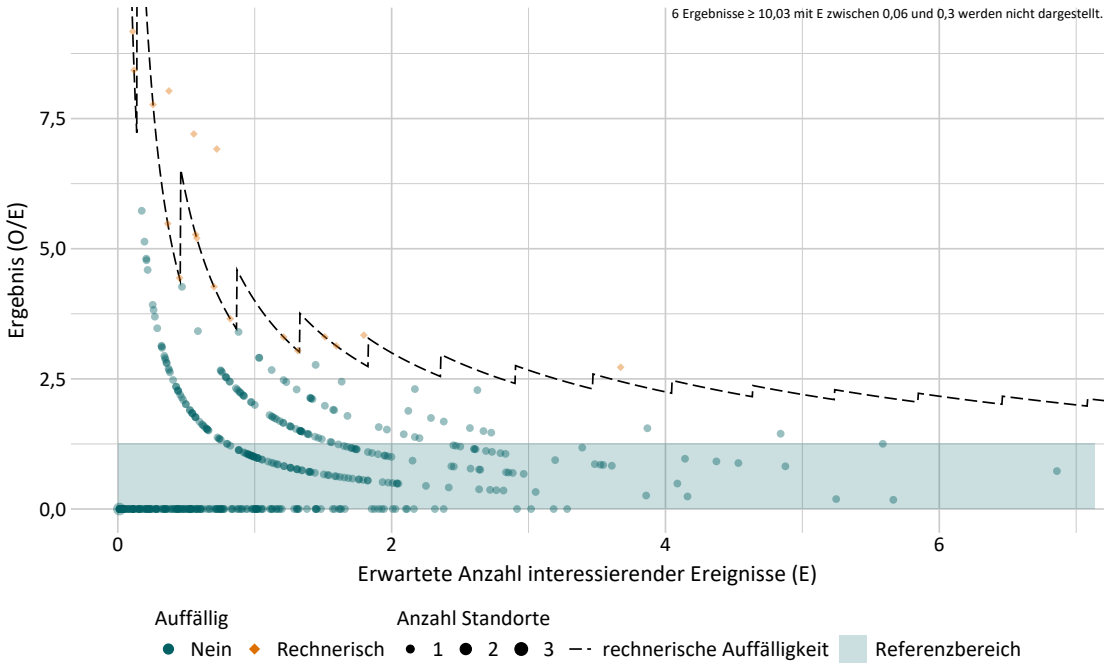
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



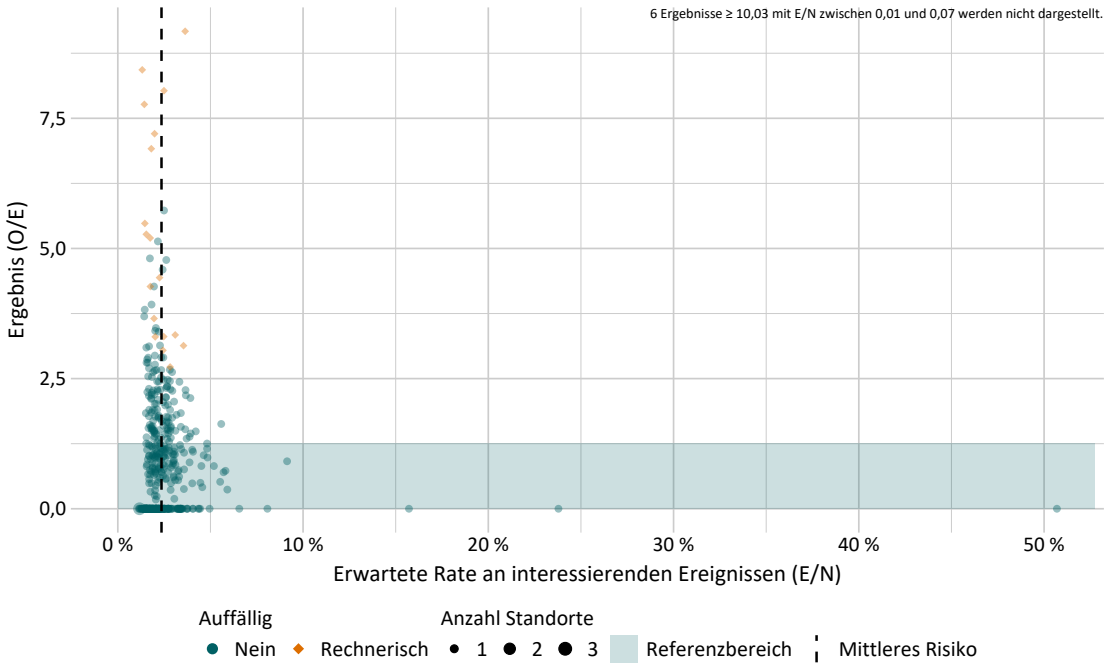
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	486	24	0,00	17,86	0,71

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Risikoadjustierung periprozeduraler Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 11704 - offen-chirurgisch	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[7]	
4.1.1.1	ID: O_11704 O/N (observed, beobachtet)	2,32 % 545/23.531
4.1.1.2	ID: E_11704 E/N (expected, erwartet)	2,36 % 554,82/23.531
4.1.1.3	**ID: 11704** **O/E**	0,98

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offenchirurgisch	
4.2.1	ID: 16_26028 Beobachtete Anzahl an ischämischen Schlaganfällen	1,55 % 365/23.531
4.2.2	ID: 16_26029 Beobachtete Anzahl an symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,20 % 47/23.531
4.2.3	ID: 16_22099 Beobachtete Anzahl an Todesfällen	0,83 % 196/23.531

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	
4.3.1	ID: 16_22043 Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod - offen-chirurgisch	2,34 % 553/23.609
4.3.1.1	Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A	
4.3.1.1.1	ID: 16_26062 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch[8]	1,61 % 229/14.237
4.3.1.1.1.1	ID: 16_26038 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	1,19 % 170/14.237

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3.1.1.1.2	ID: 16_26039 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,13 % 18/14.237
4.3.1.1.1.3	ID: 16_26040 Verstorbene Patientinnen und Patienten	0,43 % 61/14.237
4.3.1.1.1.4	ID: 16_26063 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch[9]	1,53 % 193/12.613
4.3.1.1.1.4.1	ID: 16_26032 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	1,13 % 142/12.613
4.3.1.1.1.4.2	ID: 16_26033 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,12 % 15/12.613
4.3.1.1.1.4.3	ID: 16_22096 Verstorbene Patientinnen und Patienten	0,44 % 56/12.613
4.3.1.1.1.5	ID: 16_26064 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch[10]	2,22 % 36/1.624
4.3.1.1.1.5.1	ID: 16_26034 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	1,72 % 28/1.624
4.3.1.1.1.5.2	ID: 16_26035 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	x % ≤3/1.624
4.3.1.1.1.5.3	ID: 16_22101 Verstorbene Patientinnen und Patienten	0,31 % 5/1.624
4.3.1.2	Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B	
4.3.1.2.1	ID: 16_26065 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch[11]	2,77 % 225/8.137
4.3.1.2.1.1	ID: 16_26036 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	1,77 % 144/8.137
4.3.1.2.1.2	ID: 16_26037 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,27 % 22/8.137
4.3.1.2.1.3	ID: 16_22103 Verstorbene Patientinnen und Patienten	1,04 % 85/8.137
4.3.1.3	ID: 16_22046 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe C	7,26 % 73/1.005
4.3.1.3.1	ID: 16_26041 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	4,28 % 43/1.005

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3.1.3.2	ID: 16_26042 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,40 % 4/1.005
4.3.1.3.3	ID: 16_26043 Verstorbene Patientinnen und Patienten	4,08 % 41/1.005
4.3.1.4	ID: 16_22047 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe D	11,30 % 26/230
4.3.1.4.1	ID: 16_26044 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	4,35 % 10/230
4.3.1.4.2	ID: 16_26045 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	x % ≤3/230
4.3.1.4.3	ID: 16_26046 Verstorbene Patientinnen und Patienten	6,52 % 15/230

[8] Diese Kennzahl umfasst alle Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A und betrachtet die gleichen Fälle wie die Kennzahl 162301 (Abweichungen zwischen den beiden Kennzahlen können auf die Unterschiede im Nenner zurückgeführt werden). Sie liefert zusätzliche Informationen zum QI und wird daher hier aufgeführt.

[9] Diese Kennzahl betrachtet die gleichen Fälle wie die Kennzahl 606 (Abweichungen zwischen den beiden Kennzahlen können auf die Unterschiede im Nenner zurückgeführt werden). Sie liefert zusätzliche Informationen zum QI und wird daher hier aufgeführt.

[10] Diese Kennzahl betrachtet die gleichen Fälle wie die Kennzahl 605 (Abweichungen zwischen den beiden Kennzahlen können auf die Unterschiede im Nenner zurückgeführt werden). Sie liefert zusätzliche Informationen zum QI und wird daher hier aufgeführt.

[11] Diese Kennzahl umfasst alle Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B und betrachtet die gleichen Fälle im Zähler wie die Kennzahl 51859 (Abweichungen zwischen den beiden Kennzahlen können auf die Unterschiede im Nenner zurückgeführt werden). Sie liefert zusätzliche Informationen zum QI und wird daher hier aufgeführt.

11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch

Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, mit Ausnahme von Patientinnen und Patienten, bei denen eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 11724
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear von 50 bis 90) Schweregrad der Behinderung, Rankin 2 Schweregrad der Behinderung, Rankin 3 Schweregrad der Behinderung, Rankin 4 Schweregrad der Behinderung, Rankin 5 ASA-Klassifikation 4 oder 5 Kontralaterale Stenose ab 75% Rezidiveingriff Notfall (Indikationsgruppe C) Indikationsgruppe D Diabetes mellitus mit Insulin behandelt eGFR bis 15 oder präoperative Nierenersatztherapie
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

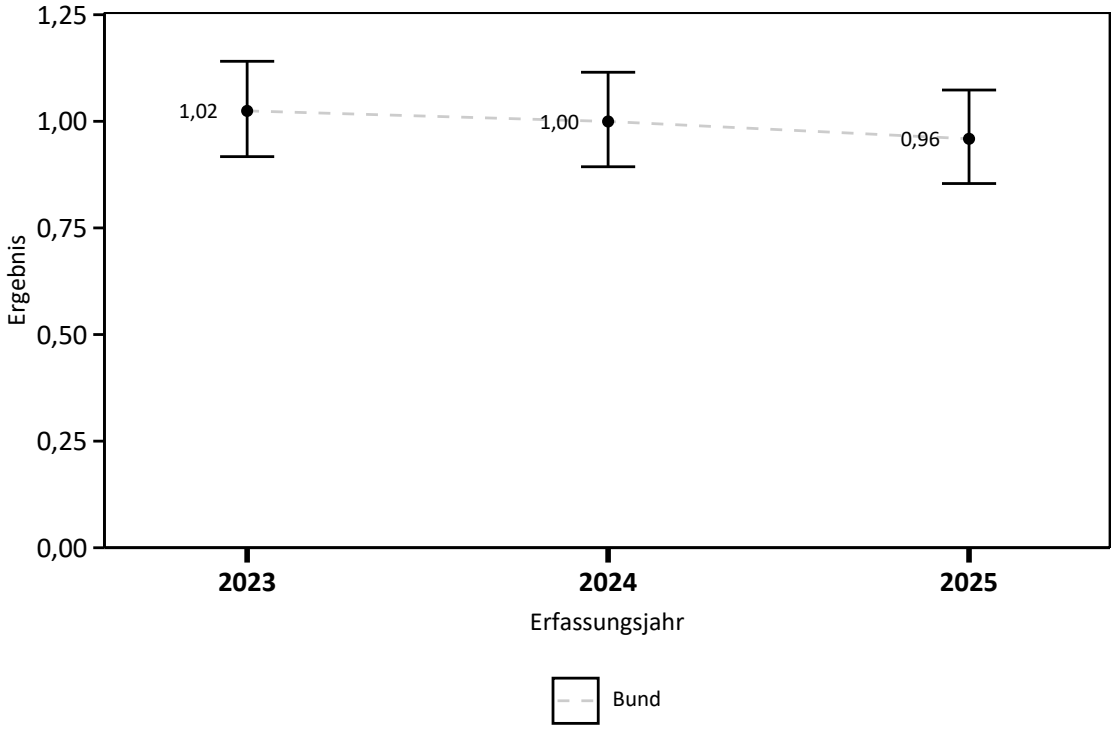
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	23.741	323 / 315,31	1,02	0,92 - 1,14
	2024	23.916	313 / 313,12	1,00	0,89 - 1,12
	2025	23.531	294 / 306,57	0,96	0,85 - 1,07

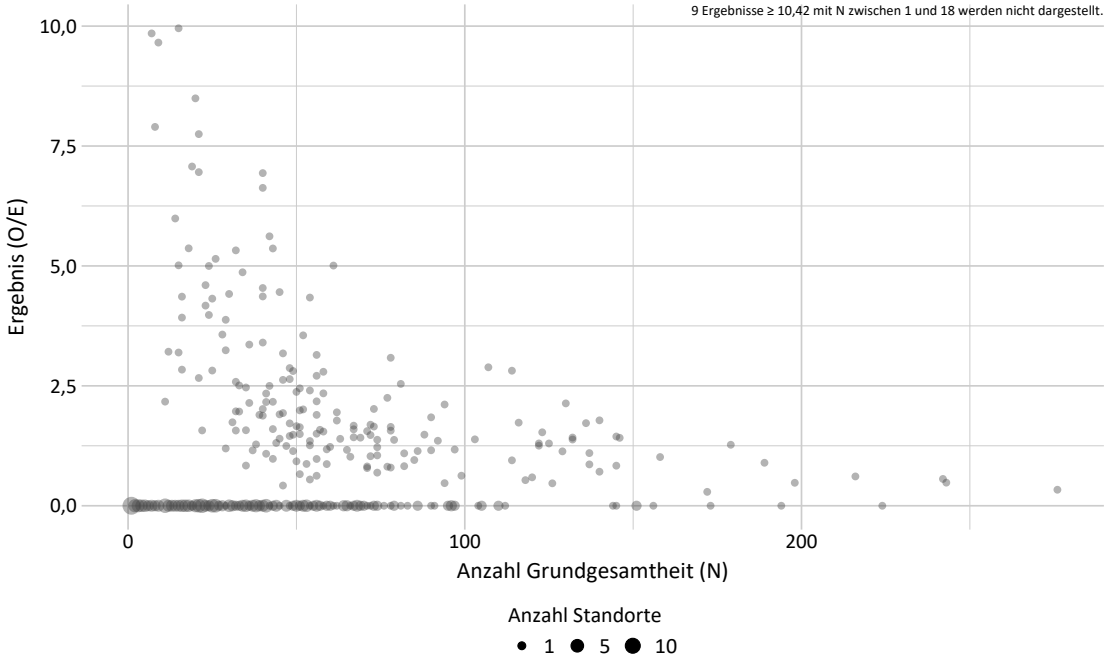
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

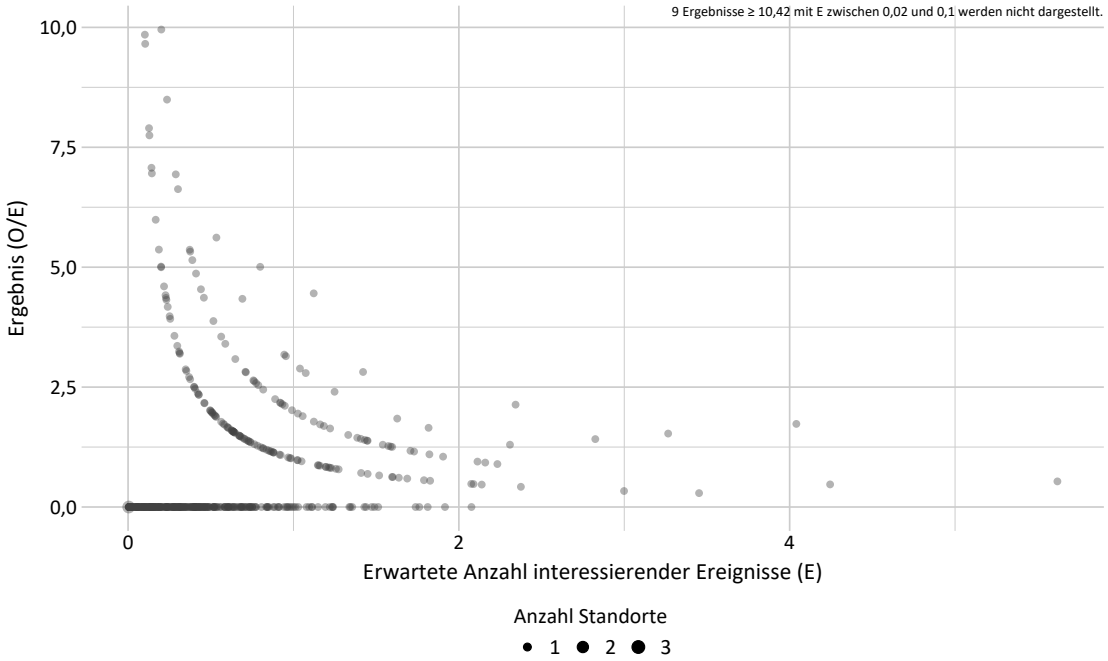
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



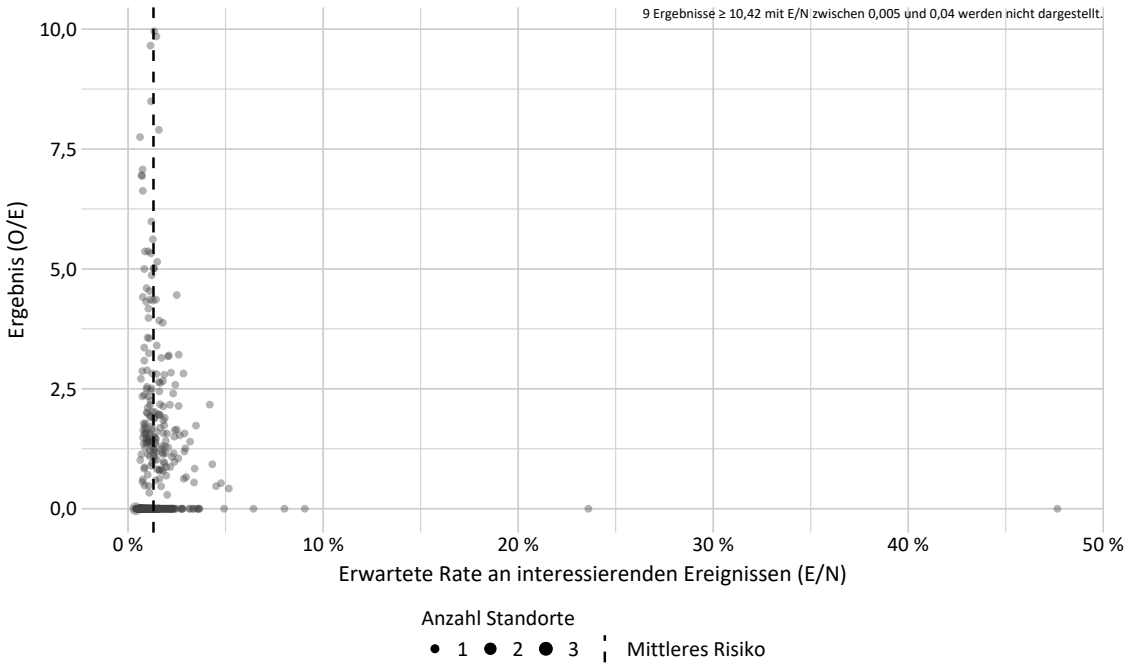
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	486	0	0,00	42,10	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Risikoadjustierung schwerer Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus nach logistischem Karotis-Score für ID 11724 - offen-chirurgisch	
5.1.1	Beobachtete schwere ischämische Schlaganfälle oder schwere symptomatische intrakranielle Blutungen oder Todesfälle in Karotis-Score Risikoklassen für ID 11724	
5.1.1.1	ID: 16_22032 Risikoklasse 0 - < 1,5 %	0,66 % 132/19.887
5.1.1.2	ID: 16_22033 Risikoklasse 1,5 - < 3,0 %	2,15 % 41/1.910
5.1.1.3	ID: 16_22034 Risikoklasse 3,0 - < 5,0 %	4,78 % 42/879
5.1.1.4	ID: 16_22035 Risikoklasse ≥ 5,0 %	9,24 % 79/855
5.1.1.5	ID: 16_22036 Summe Karotis-Score Risikoklassen für ID 11724	1,25 % 294/23.531
5.1.2	Erwartete schwere ischämische Schlaganfälle oder schwere symptomatische intrakranielle Blutungen oder Todesfälle in Karotis-Score Risikoklassen für ID 11724	
5.1.2.1	ID: 16_22037 Risikoklasse 0 - < 1,5 %	0,63 % 125,40/19.887
5.1.2.2	ID: 16_22038 Risikoklasse 1,5 - < 3,0 %	2,11 % 40,33/1.910
5.1.2.3	ID: 16_22039 Risikoklasse 3,0 - < 5,0 %	3,80 % 33,43/879
5.1.2.4	ID: 16_22040 Risikoklasse ≥ 5,0 %	12,56 % 107,41/855
5.1.2.5	ID: 16_22041 Summe Karotis-Score Risikoklassen für ID 11724	1,30 % 306,57/23.531
5.1.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[12]	
5.1.3.1	ID: O_11724 O/N (observed, beobachtet)	1,25 % 294/23.531
5.1.3.2	ID: E_11724 E/N (expected, erwartet)	1,30 % 306,57/23.531
5.1.3.3	**ID: 11724** **O/E**	0,96

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	
5.2.1	ID: 16_26030 Beobachtete Anzahl an schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6)	0,51 % 120/23.531
5.2.2	ID: 16_26031 Beobachtete Anzahl an schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6)	0,15 % 35/23.531
5.2.3	ID: 16_22111 Beobachtete Anzahl an Todesfällen	0,83 % 196/23.531

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	
5.3.1	ID: 16_22026 Patientinnen und Patienten mit schweren periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod	1,25 % 294/23.531
5.3.1.1	ID: 16_22027 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A	0,68 % 97/14.237
5.3.1.2	ID: 16_22028 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B	1,59 % 129/8.137
5.3.1.3	ID: 16_22029 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe C	5,57 % 56/1.005
5.3.1.4	ID: 16_22030 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe D	7,89 % 12/152

Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch

Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen

162301: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

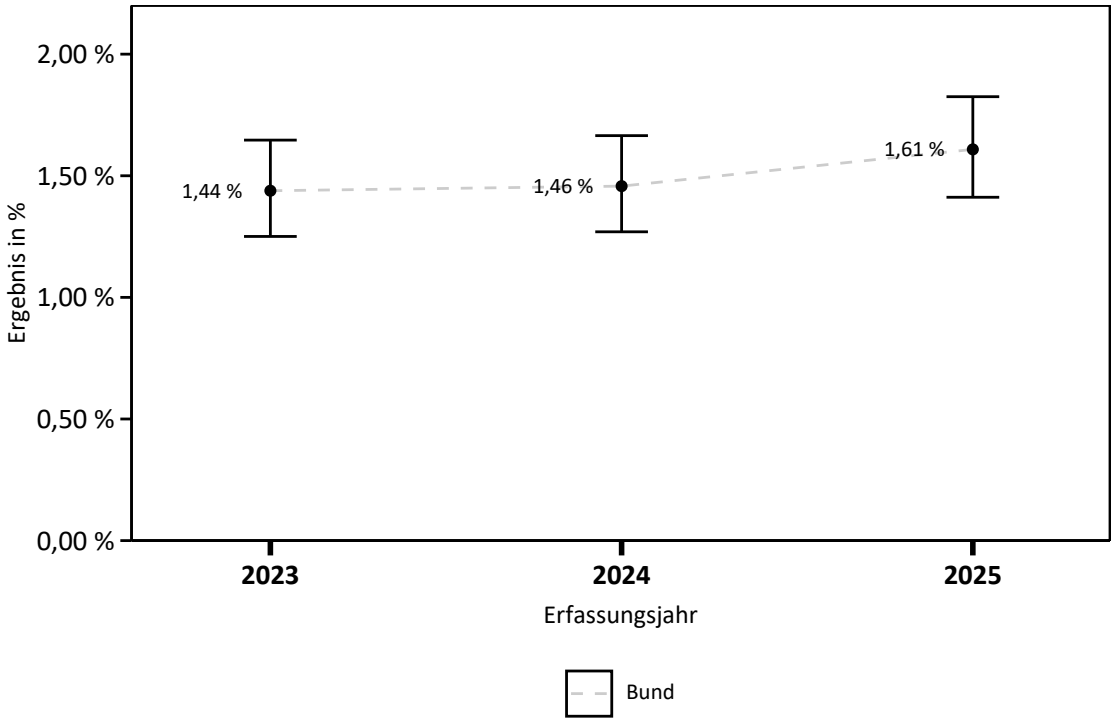
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

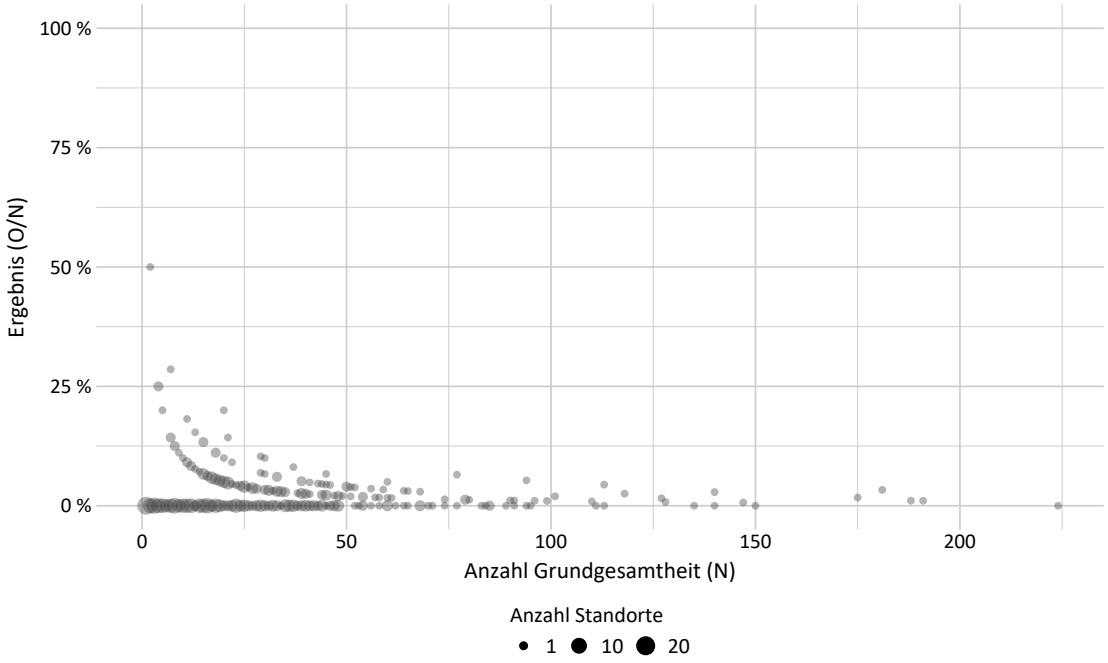
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	200 / 13.904	1,44	1,25 - 1,65
	2024	206 / 14.135	1,46	1,27 - 1,67
	2025	229 / 14.237	1,61	1,41 - 1,83

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	473	0	0,00	50,00	0,00

605: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch

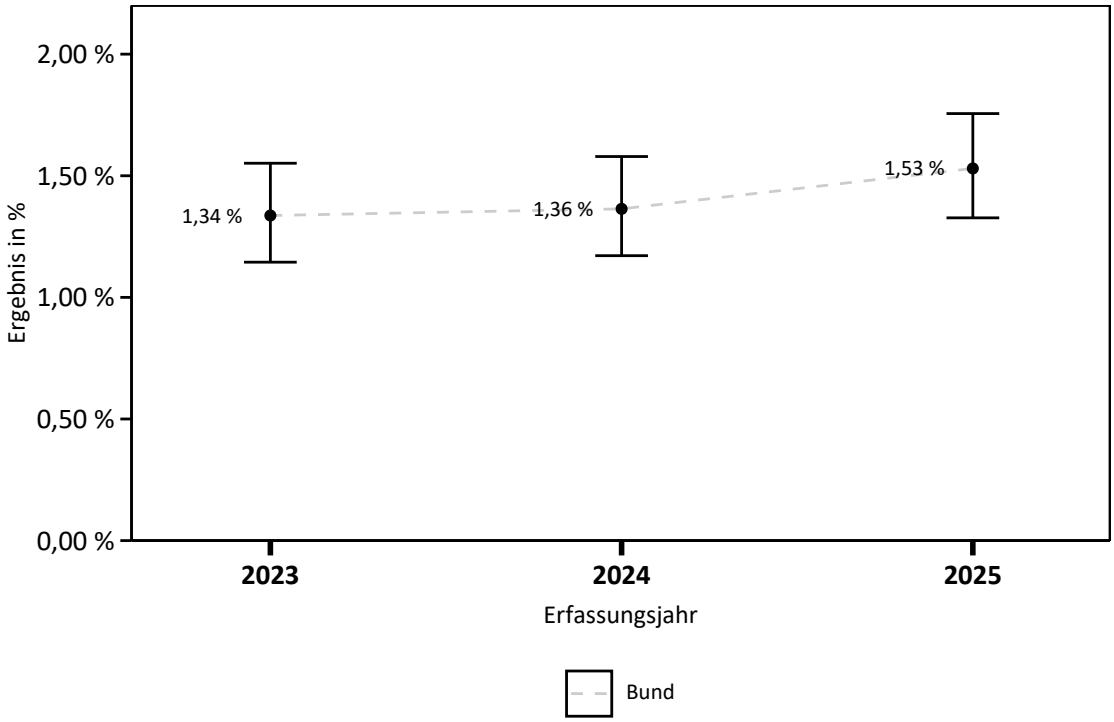
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag.
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

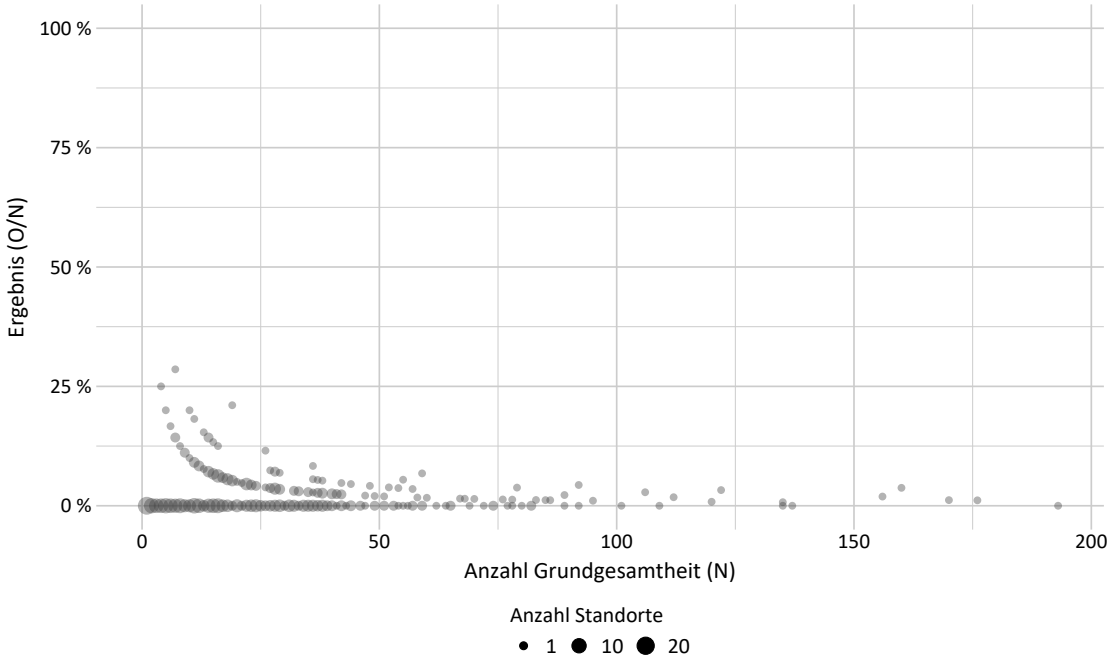
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	164 / 12.270	1,34	1,14 - 1,55
	2024	170 / 12.464	1,36	1,17 - 1,58
	2025	193 / 12.613	1,53	1,33 - 1,76

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	471	0	0,00	28,57	0,00

606: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch

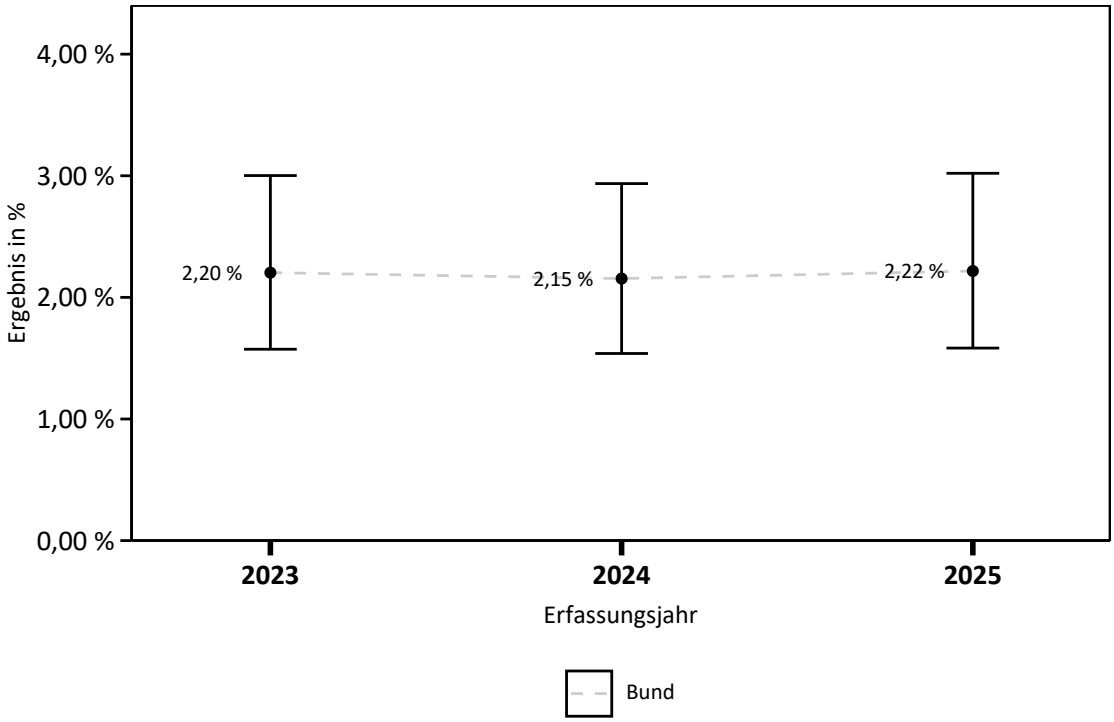
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, und bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag.
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

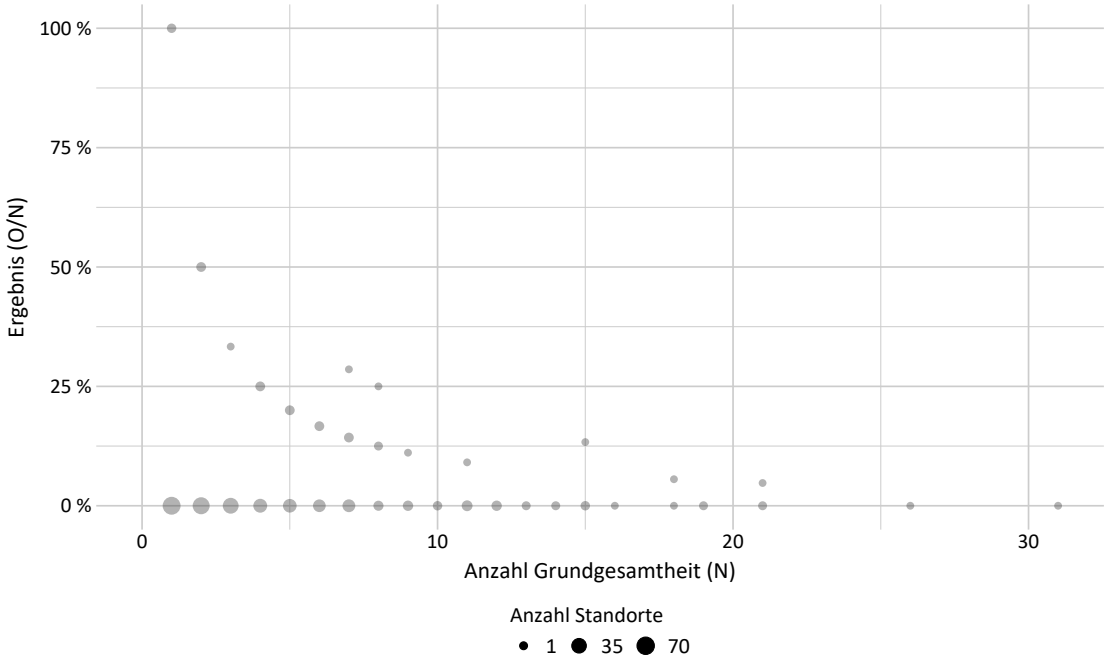
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	36 / 1.634	2,20	1,57 - 3,00
	2024	36 / 1.671	2,15	1,54 - 2,94
	2025	36 / 1.624	2,22	1,58 - 3,02

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	364	0	0,00	100,00	0,00

51859: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

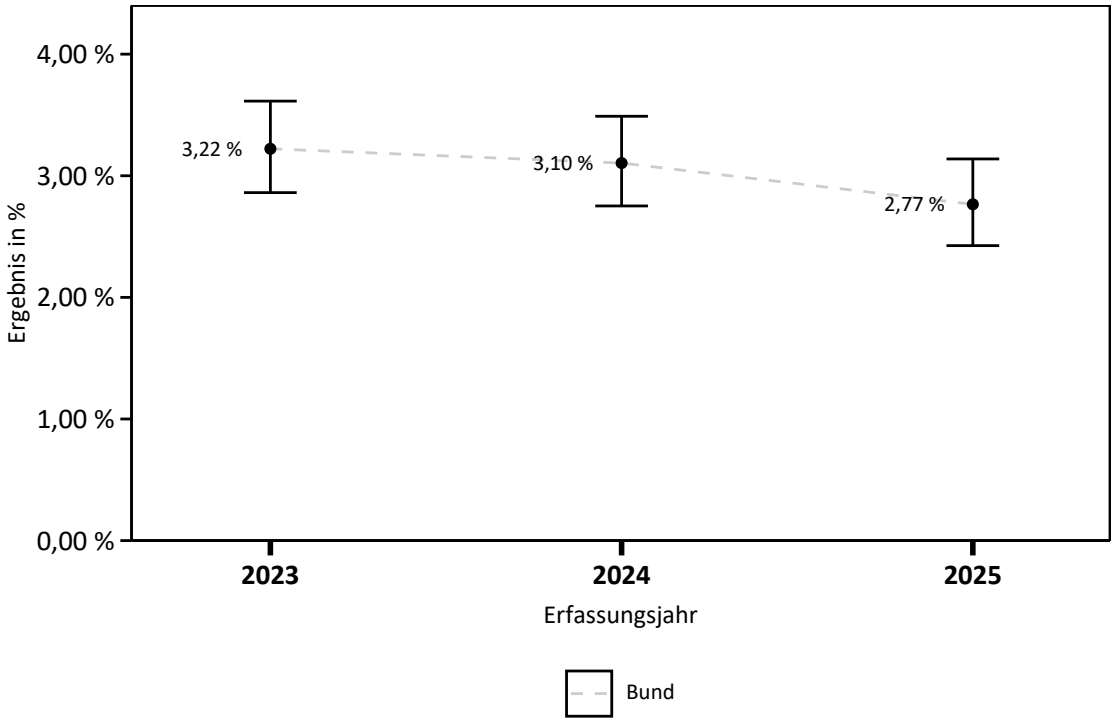
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

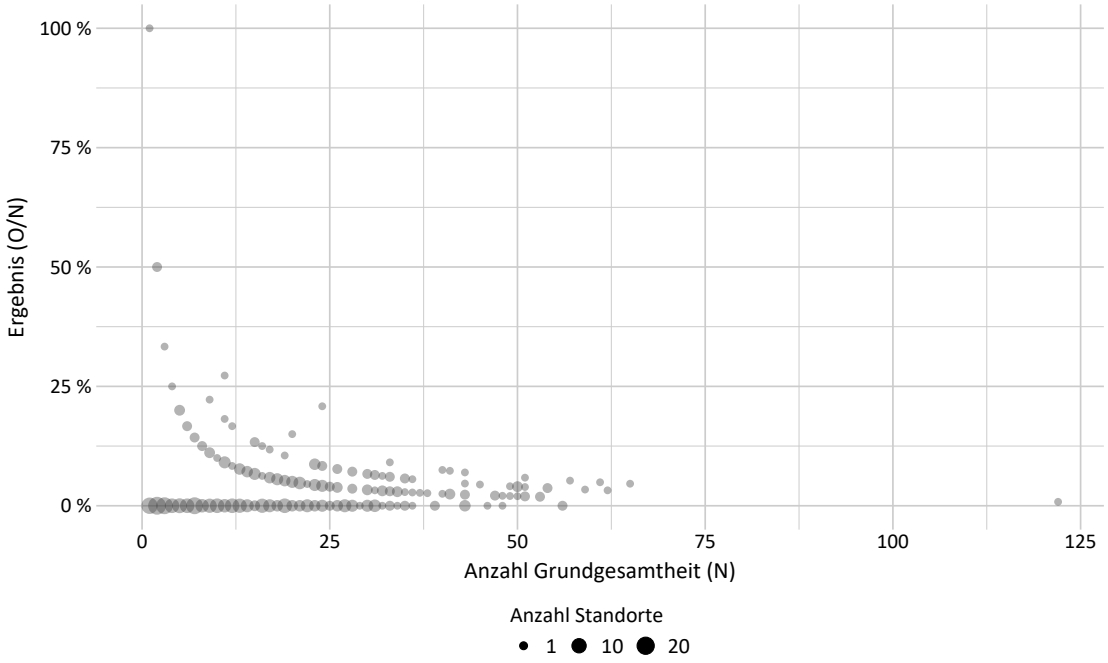
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	273 / 8.474	3,22	2,86 - 3,61
	2024	264 / 8.504	3,10	2,75 - 3,49
	2025	225 / 8.137	2,77	2,43 - 3,14

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	445	0	0,00	100,00	0,00

162300: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch

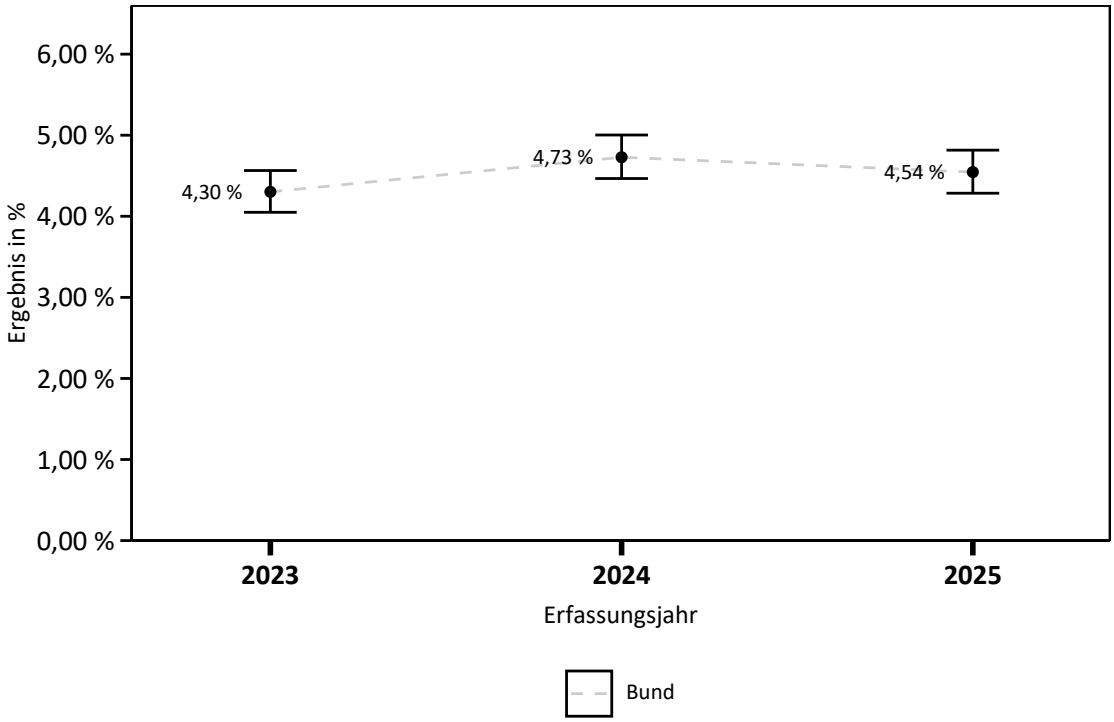
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativen lokalen Komplikationen (OP-pflichtige Nachblutung, Nervenläsion als Folge des Eingriffs, Karotisverschluss, behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle, Wundinfektionen, Sonstige)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

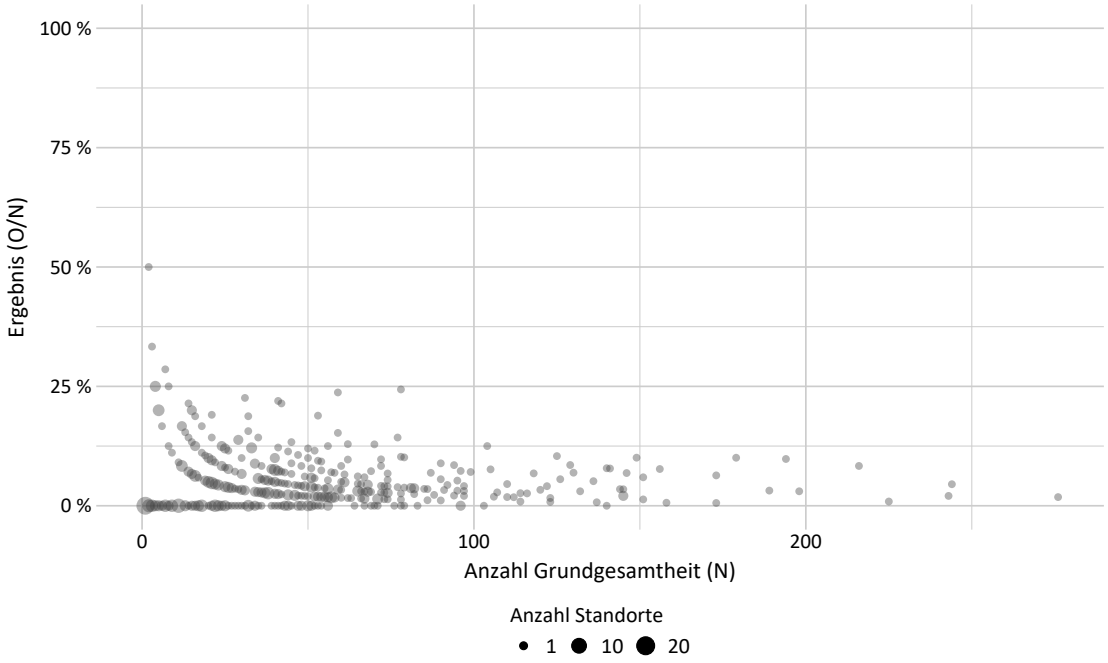
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.026 / 23.852	4,30	4,05 - 4,56
	2024	1.135 / 24.002	4,73	4,47 - 5,00
	2025	1.073 / 23.609	4,54	4,28 - 4,82

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	487	0	0,00	50,00	3,23

51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt

Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 51873
Referenzbereich	≤ 1,47 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear von 50 bis 90) Schweregrad der Behinderung, Rankin 2 Schweregrad der Behinderung, Rankin 3 Schweregrad der Behinderung, Rankin 4 Schweregrad der Behinderung, Rankin 5 ASA-Klassifikation 4 oder 5 Notfall (Indikationsgruppe C) Aneurysma (Indikationsgruppe C) Indikationsgruppe D eGFR bis 15 oder präoperative Nierenersatztherapie
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

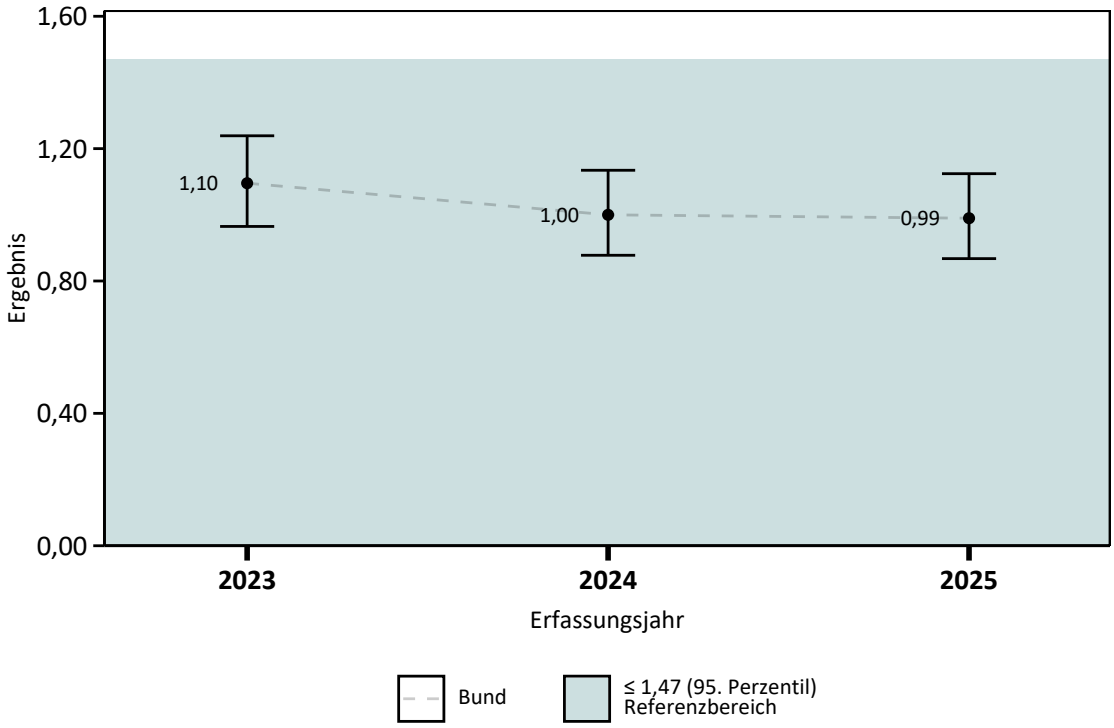
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	6.373	246 / 224,56	1,10	0,96 - 1,24
	2024	6.677	233 / 233,00	1,00	0,88 - 1,13
	2025	6.621	229 / 231,38	0,99	0,87 - 1,12

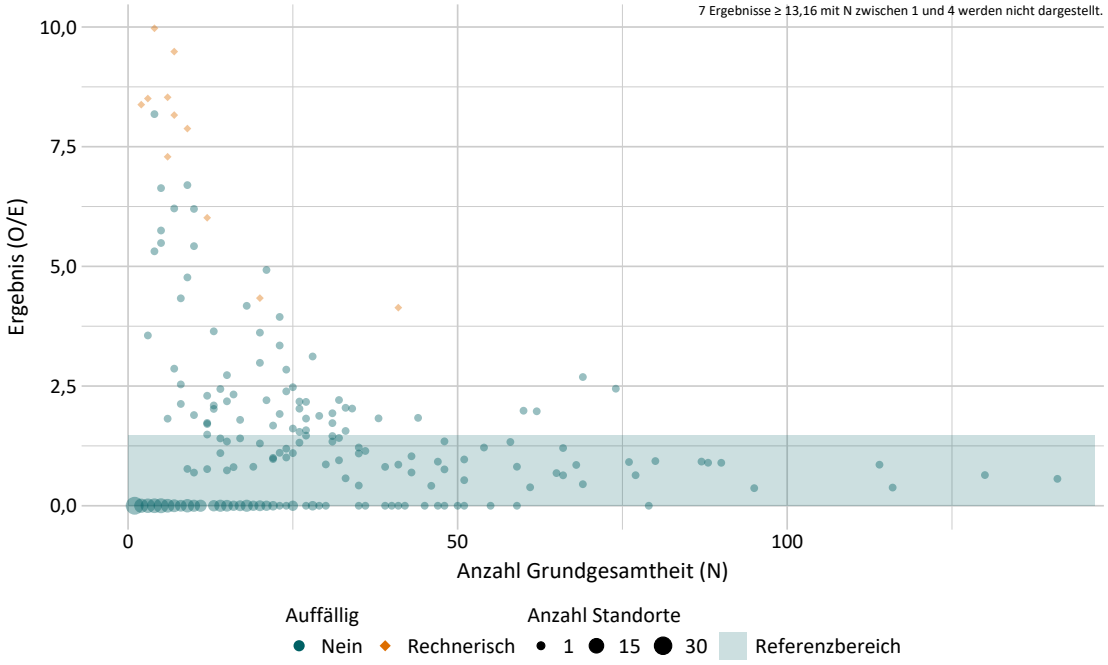
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

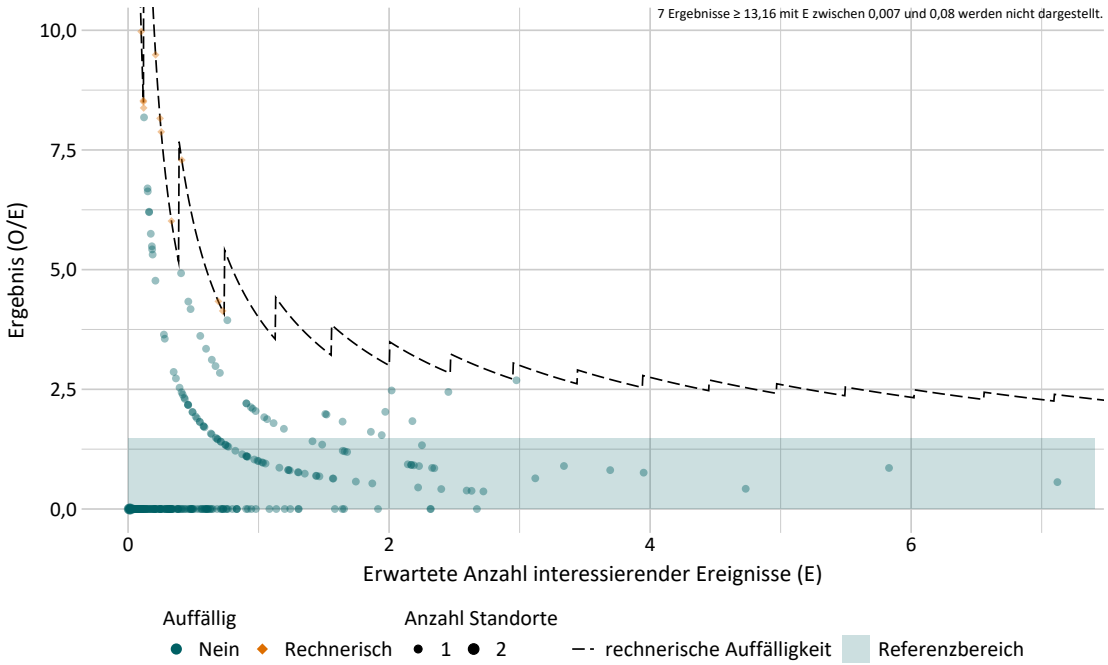
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



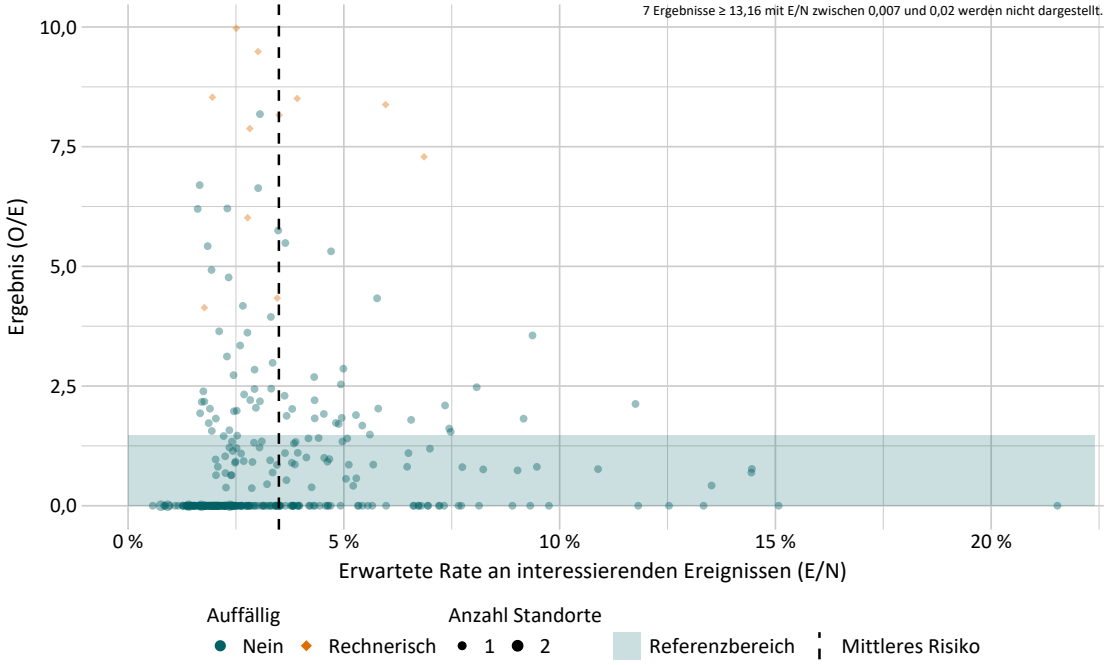
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	354	18	0,00	138,02	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	Risikoadjustierung periprozeduraler Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 51873 - kathetergestützt	
8.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[13]	
8.1.1.1	ID: O_51873 O/N (observed, beobachtet)	3,46 % 229/6.621
8.1.1.2	ID: E_51873 E/N (expected, erwartet)	3,49 % 231,38/6.621
8.1.1.3	**ID: 51873** **O/E**	0,99

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	
8.2.1	ID: 16_26070 Beobachtete Anzahl an ischämischen Schlaganfällen	1,86 % 123/6.621
8.2.2	ID: 16_26071 Beobachtete Anzahl an symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,32 % 21/6.621
8.2.3	ID: 16_22113 Beobachtete Anzahl an Todesfällen	1,57 % 104/6.621

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	
8.3.1	ID: 16_22088 Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod - kathetergestützt	3,46 % 229/6.621
8.3.1.1	Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A	
8.3.1.1.1	ID: 16_26066 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt[14]	2,09 % 70/3.343
8.3.1.1.1.1	ID: 16_26053 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	1,35 % 45/3.343

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3.1.1.1.2	ID: 16_26054 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,18 % 6/3.343
8.3.1.1.1.3	ID: 16_26055 Verstorbene Patientinnen und Patienten	0,78 % 26/3.343
8.3.1.1.1.4	ID: 16_26067 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt[15]	1,90 % 53/2.789
8.3.1.1.1.4.1	ID: 16_26047 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	1,22 % 34/2.789
8.3.1.1.1.4.2	ID: 16_26048 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,14 % 4/2.789
8.3.1.1.1.4.3	ID: 16_22105 Verstorbene Patientinnen und Patienten	0,68 % 19/2.789
8.3.1.1.1.5	ID: 16_26068 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt[16]	3,07 % 17/554
8.3.1.1.1.5.1	ID: 16_26049 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	1,99 % 11/554
8.3.1.1.1.5.2	ID: 16_26050 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	x % ≤3/554
8.3.1.1.1.5.3	ID: 16_22107 Verstorbene Patientinnen und Patienten	1,26 % 7/554
8.3.1.2	Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B	
8.3.1.2.1	ID: 16_26069 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt[17]	3,17 % 75/2.369
8.3.1.2.1.1	ID: 16_26051 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	2,03 % 48/2.369
8.3.1.2.1.2	ID: 16_26052 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,34 % 8/2.369
8.3.1.2.1.3	ID: 16_22109 Verstorbene Patientinnen und Patienten	1,06 % 25/2.369
8.3.1.3	ID: 16_22091 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe C	9,33 % 68/729
8.3.1.3.1	ID: 16_26056 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	3,16 % 23/729

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3.1.3.2	ID: 16_26057 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	0,82 % 6/729
8.3.1.3.3	ID: 16_26058 Verstorbene Patientinnen und Patienten	6,04 % 44/729
8.3.1.4	ID: 16_22092 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe D	8,89 % 16/180
8.3.1.4.1	ID: 16_26059 Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen	3,89 % 7/180
8.3.1.4.2	ID: 16_26060 Patientinnen und Patienten mit symptomatischen intrakraniellen Blutungen	x % ≤3/180
8.3.1.4.3	ID: 16_26061 Verstorbene Patientinnen und Patienten	5,00 % 9/180

[14] Diese Kennzahl umfasst alle Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A und betrachtet die gleichen Fälle wie die Kennzahl 162304. Sie liefert zusätzliche Informationen zum QI und wird daher hier aufgeführt.

[15] Diese Kennzahl betrachtet die gleichen Fälle wie die Kennzahl 51445. Sie liefert zusätzliche Informationen zum QI und wird daher hier aufgeführt.

[16] Diese Kennzahl betrachtet die gleichen Fälle wie die Kennzahl 51448. Sie liefert zusätzliche Informationen zum QI und wird daher hier aufgeführt.

[17] Diese Kennzahl umfasst alle Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B und betrachtet die gleichen Fälle im Zähler wie die Kennzahl 51860. Sie liefert zusätzliche Informationen zum QI und wird daher hier aufgeführt.

51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt

Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4,5,6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4,5,6) oder verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 51865
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear von 50 bis 90) Schweregrad der Behinderung, Rankin 2 Schweregrad der Behinderung, Rankin 3 Schweregrad der Behinderung, Rankin 4 Schweregrad der Behinderung, Rankin 5 ASA-Klassifikation 4 oder 5 Notfall (Indikationsgruppe C) Aneurysma (Indikationsgruppe C) Indikationsgruppe D eGFR bis 15 oder präoperative Nierenersatztherapie
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

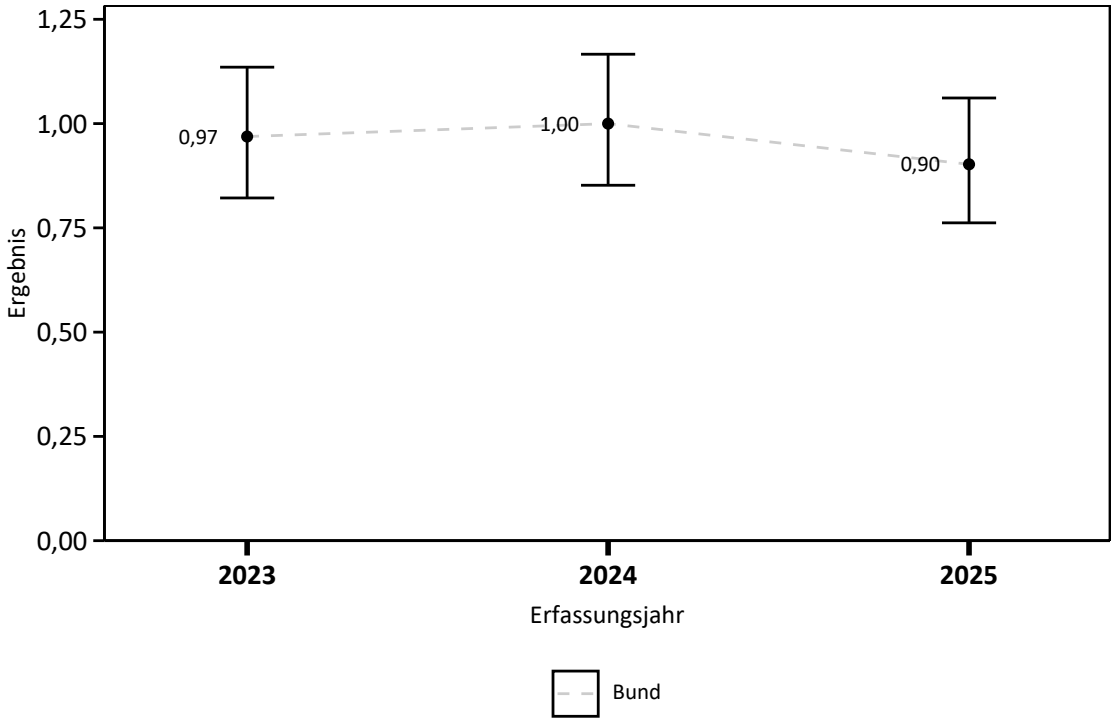
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	6.373	147 / 151,72	0,97	0,82 - 1,14
	2024	6.677	156 / 156,01	1,00	0,85 - 1,17
	2025	6.621	140 / 155,15	0,90	0,76 - 1,06

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

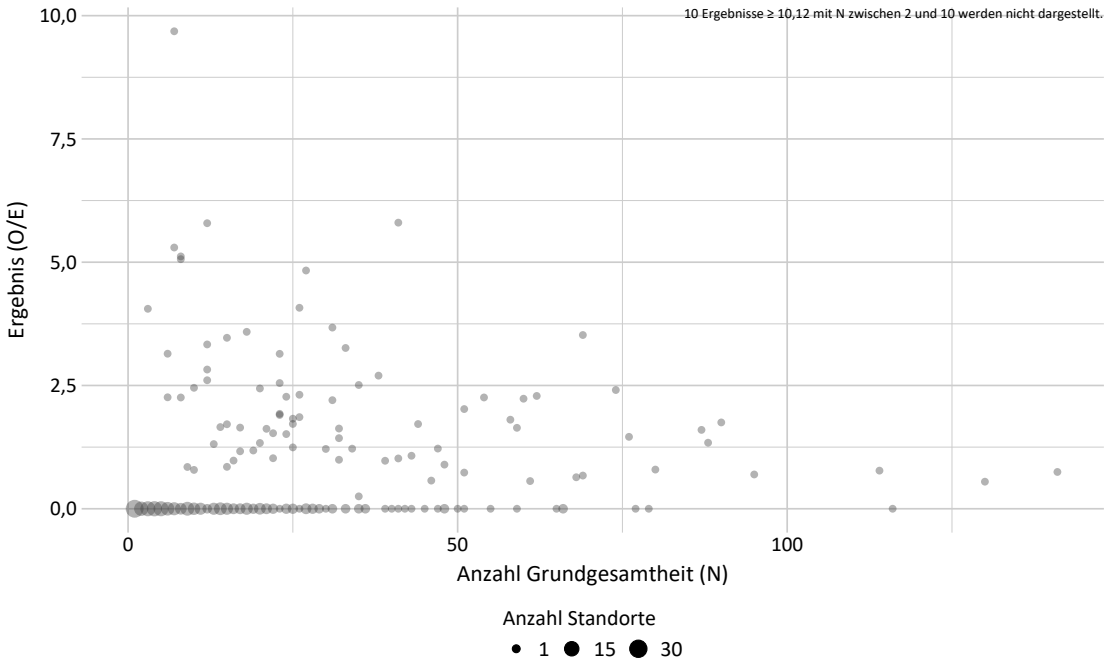
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

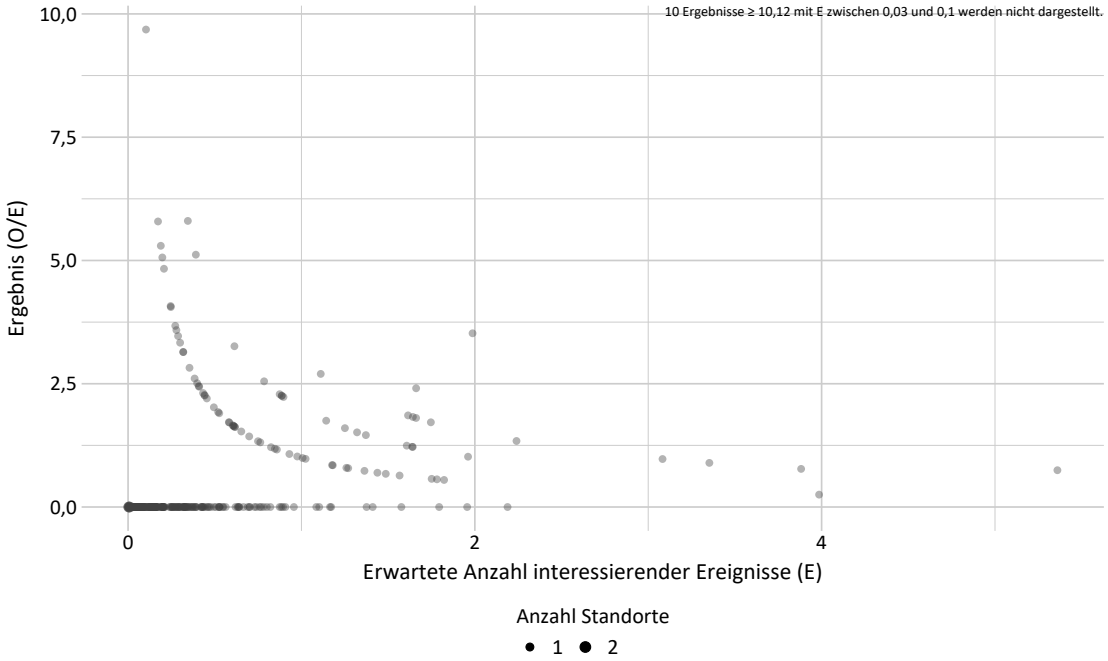
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



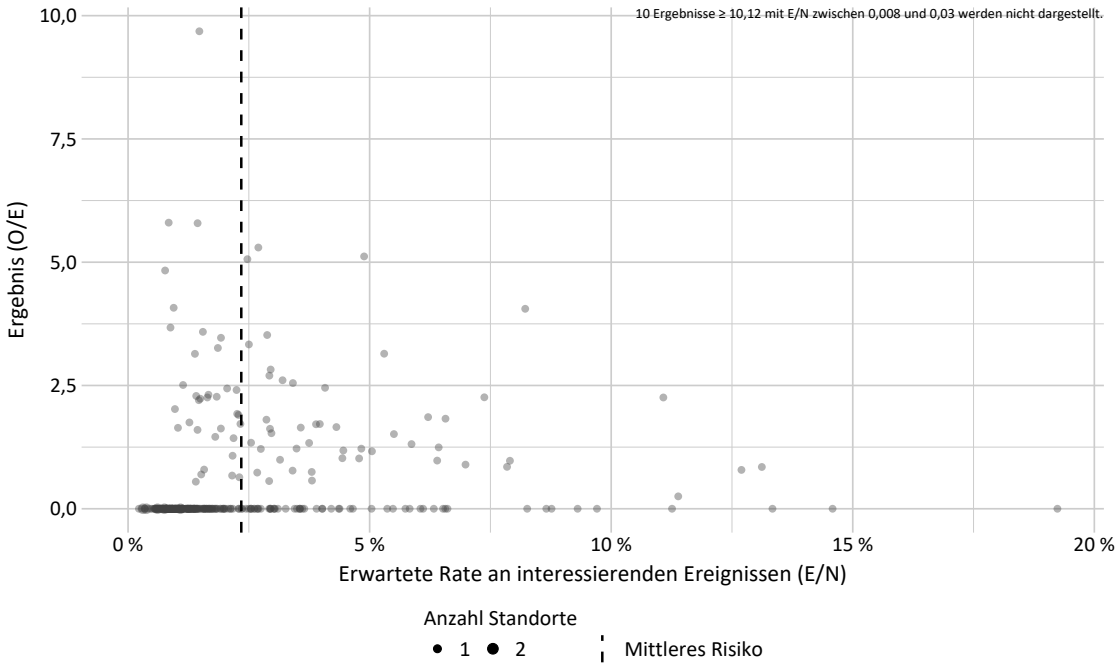
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	354	0	0,00	30,65	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	Risikoadjustierung schwerer Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus nach logistischem Karotis-Score für ID 51865 - kathetergestützt	
9.1.1	Beobachtete schwere ischämische Schlaganfälle oder schwere symptomatische intrakranielle Blutungen oder Todesfälle in Karotis-Score Risikoklassen für ID 51865	
9.1.1.1	ID: 16_22077 Risikoklasse 0 - < 1,5 %	0,72 % 35/4.849
9.1.1.2	ID: 16_22078 Risikoklasse 1,5 - < 3,0 %	3,15 % 27/856
9.1.1.3	ID: 16_22079 Risikoklasse 3,0 - < 5,0 %	4,21 % 15/356
9.1.1.4	ID: 16_22080 Risikoklasse ≥ 5,0 %	11,25 % 63/560
9.1.1.5	ID: 16_22081 Summe Karotis-Score Risikoklassen für ID 51865	2,11 % 140/6.621
9.1.2	Erwartete schwere ischämische Schlaganfälle oder schwere symptomatische intrakranielle Blutungen oder Todesfälle in Karotis-Score Risikoklassen für ID 51865	
9.1.2.1	ID: 16_22082 Risikoklasse 0 - < 1,5 %	0,77 % 37,21/4.849
9.1.2.2	ID: 16_22083 Risikoklasse 1,5 - < 3,0 %	2,05 % 17,51/856
9.1.2.3	ID: 16_22084 Risikoklasse 3,0 - < 5,0 %	3,88 % 13,81/356
9.1.2.4	ID: 16_22085 Risikoklasse ≥ 5,0 %	15,47 % 86,62/560
9.1.2.5	ID: 16_22086 Summe Karotis-Score Risikoklassen für ID 51865	2,34 % 155,15/6.621
9.1.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[18]	
9.1.3.1	ID: O_51865 O/N (observed, beobachtet)	2,11 % 140/6.621
9.1.3.2	ID: E_51865 E/N (expected, erwartet)	2,34 % 155,15/6.621
9.1.3.3	**ID: 51865** **O/E**	0,90

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	
9.2.1	ID: 16_26072 Beobachtete Anzahl an schweren ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6)	0,53 % 35/6.621
9.2.2	ID: 16_26073 Beobachtete Anzahl an schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6)	0,26 % 17/6.621
9.2.3	ID: 16_22115 Beobachtete Anzahl an Todesfällen	1,57 % 104/6.621

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.3	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	
9.3.1	ID: 16_22072 Patientinnen und Patienten mit schweren periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod	2,11 % 140/6.621
9.3.1.1	ID: 16_22073 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A	1,08 % 36/3.343
9.3.1.2	ID: 16_22074 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B	1,60 % 38/2.369
9.3.1.3	ID: 16_22075 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe C	7,54 % 55/729
9.3.1.4	ID: 16_22076 Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe D	6,11 % 11/180

162302: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt

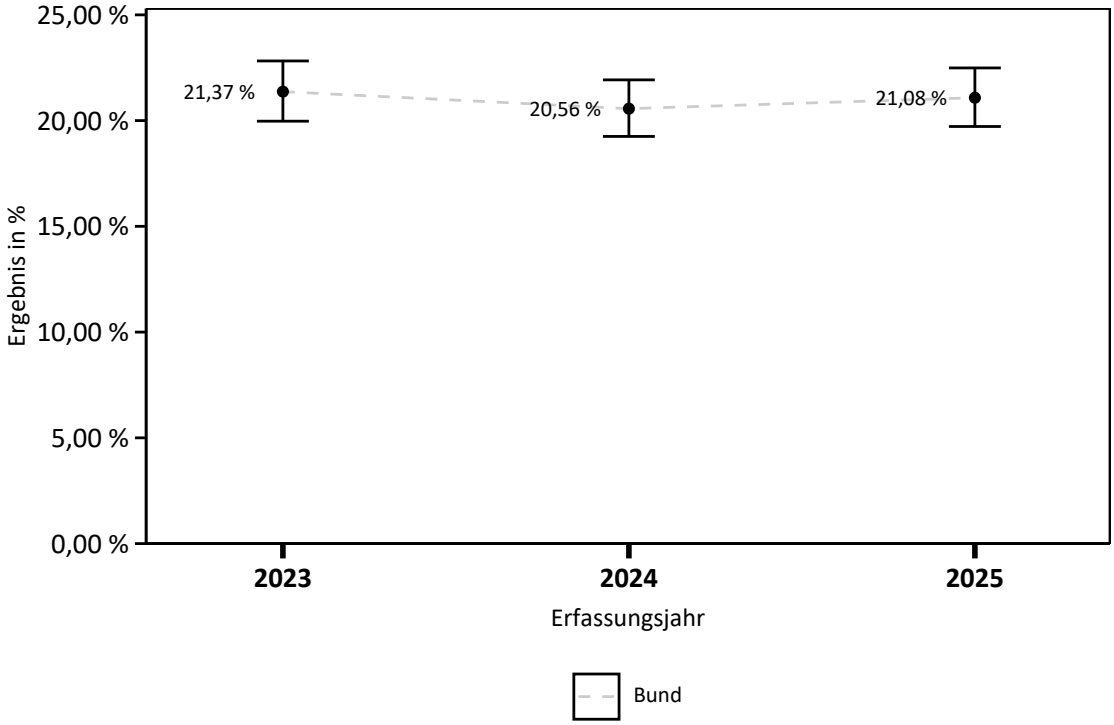
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

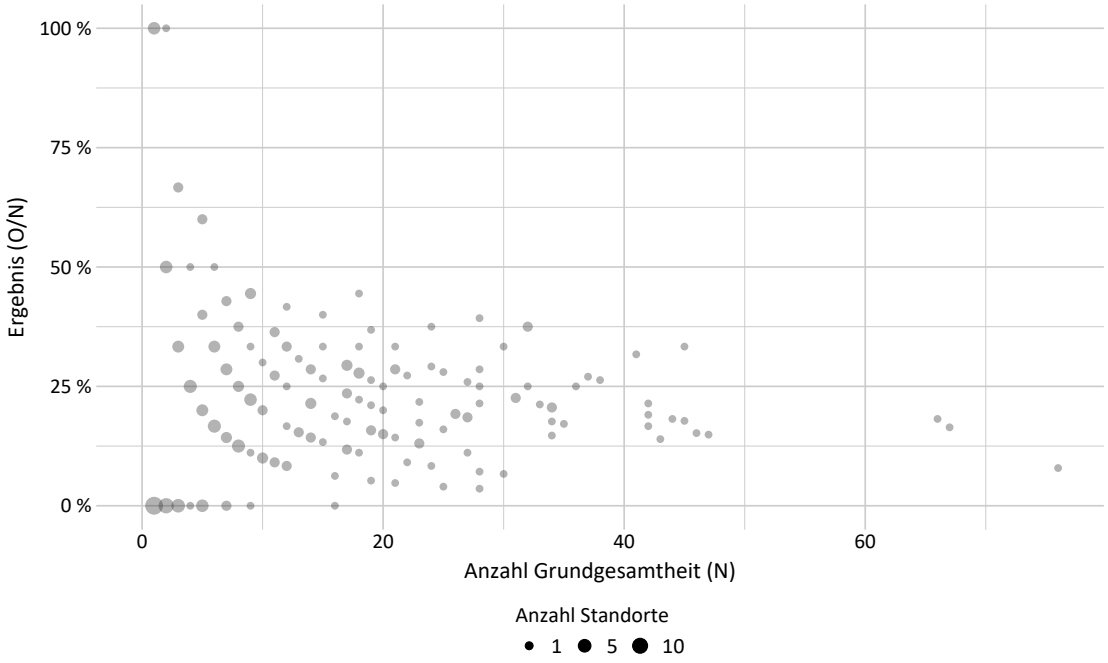
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	680 / 3.182	21,37	19,97 - 22,82
	2024	721 / 3.506	20,56	19,25 - 21,93
	2025	702 / 3.330	21,08	19,72 - 22,49

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	238	0	0,00	100,00	20,00

Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt

Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen

162304: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

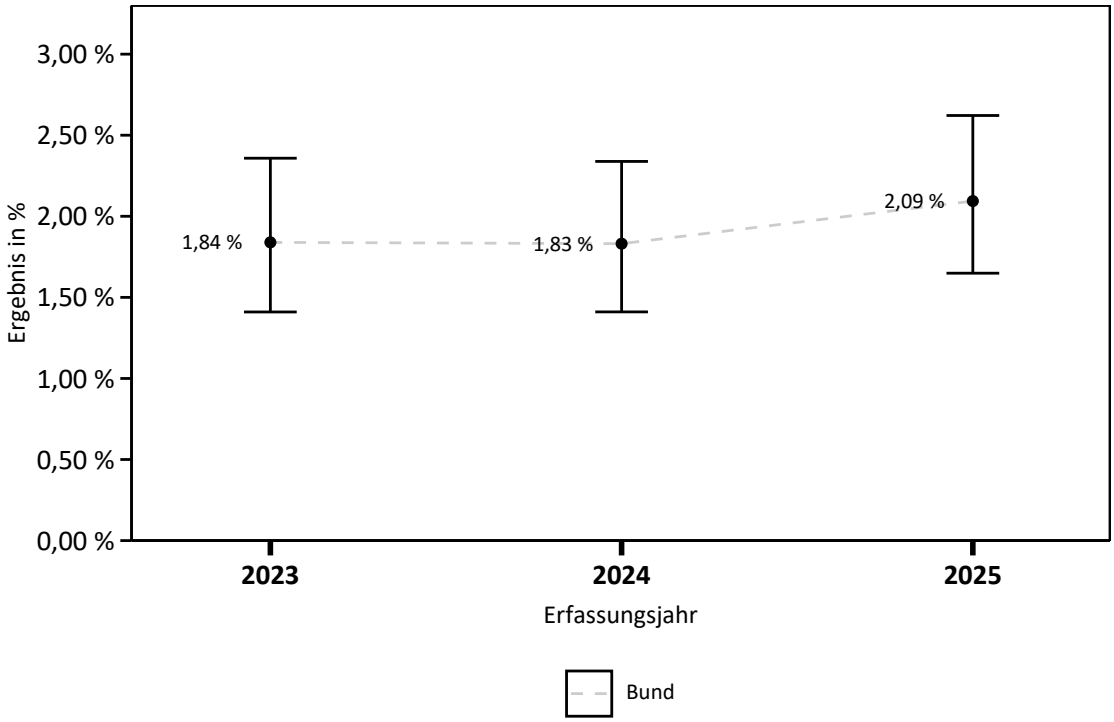
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

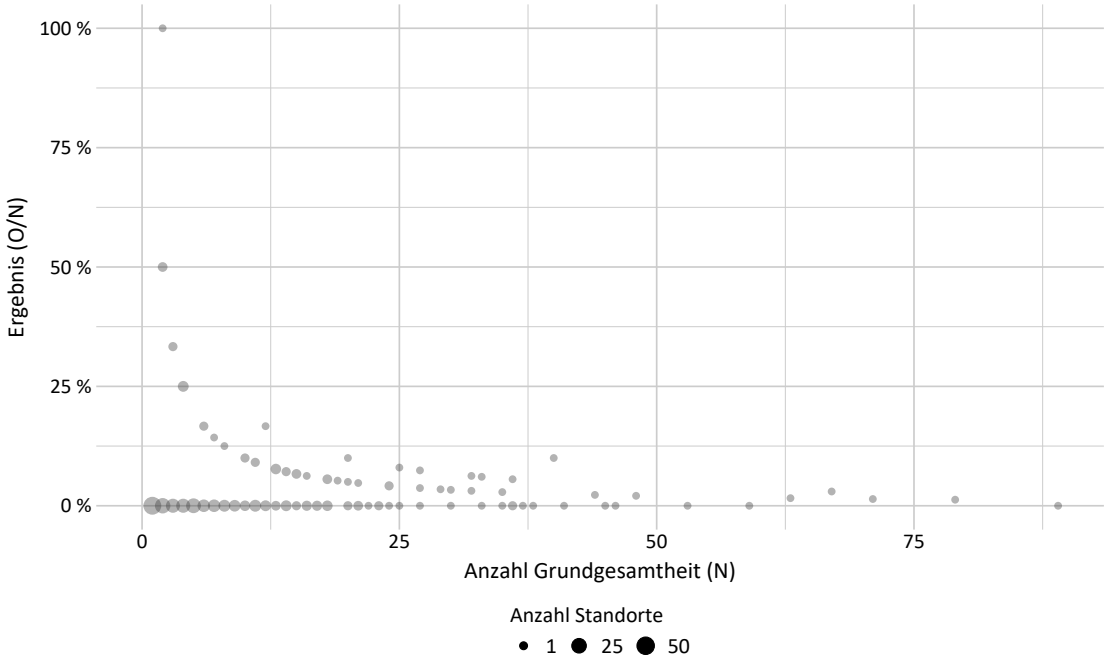
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	57 / 3.099	1,84	1,41 - 2,36
	2024	59 / 3.222	1,83	1,41 - 2,34
	2025	70 / 3.343	2,09	1,65 - 2,62

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	330	0	0,00	100,00	0,00

51445: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt

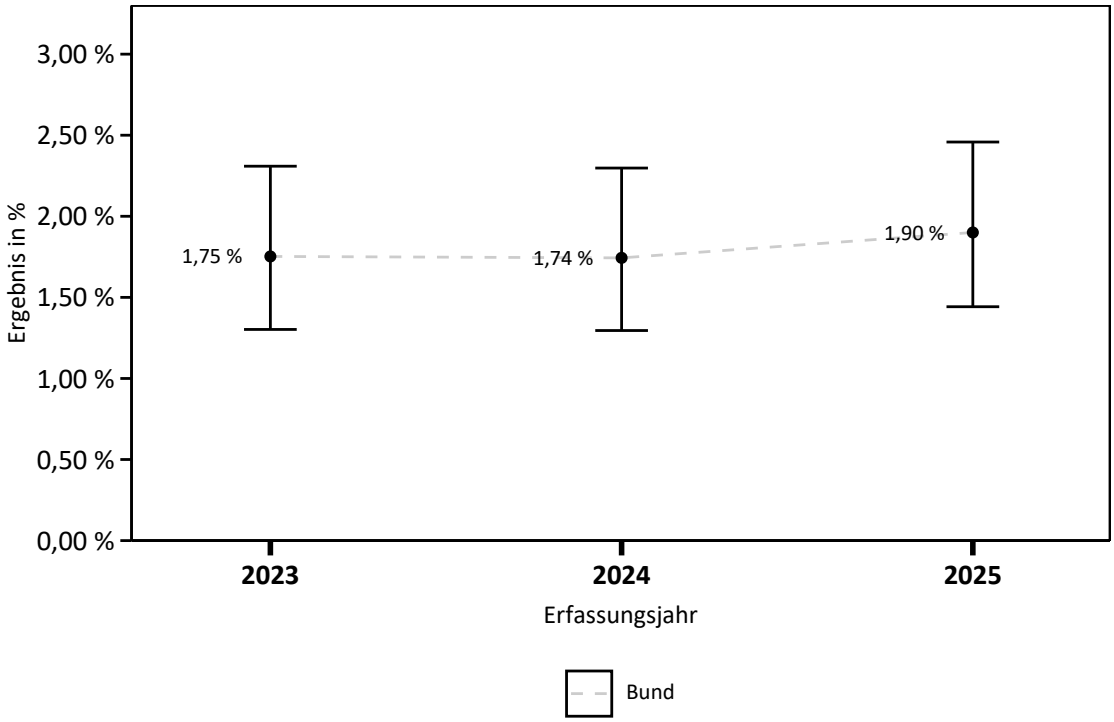
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag sowie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

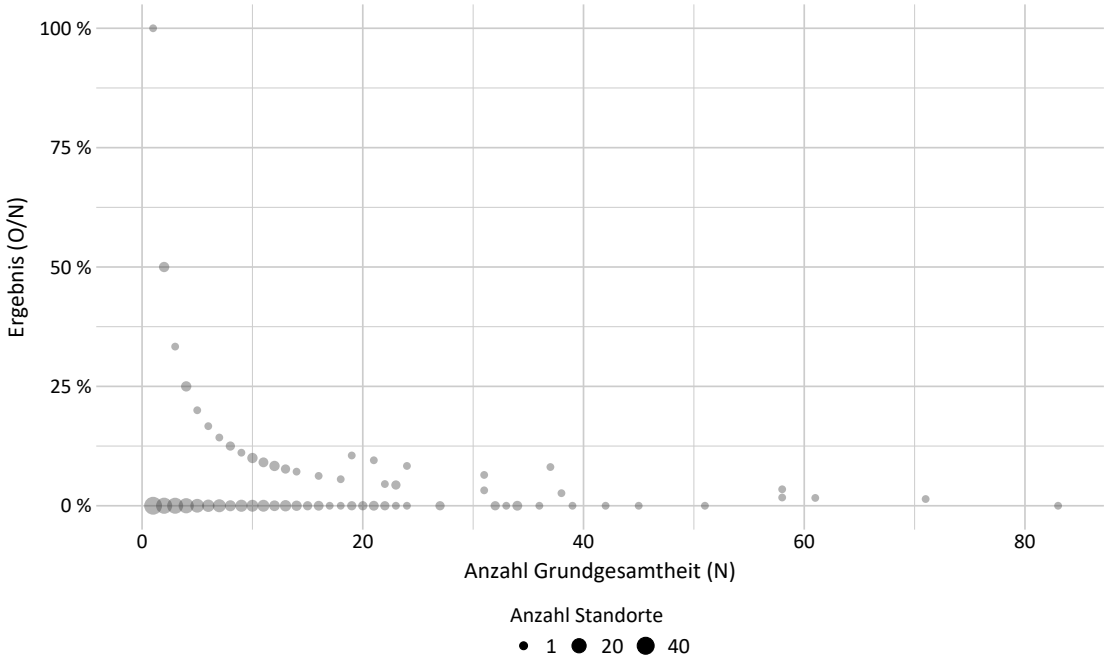
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	46 / 2.625	1,75	1,30 - 2,31
	2024	46 / 2.638	1,74	1,30 - 2,30
	2025	53 / 2.789	1,90	1,44 - 2,46

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	314	0	0,00	100,00	0,00

51448: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt

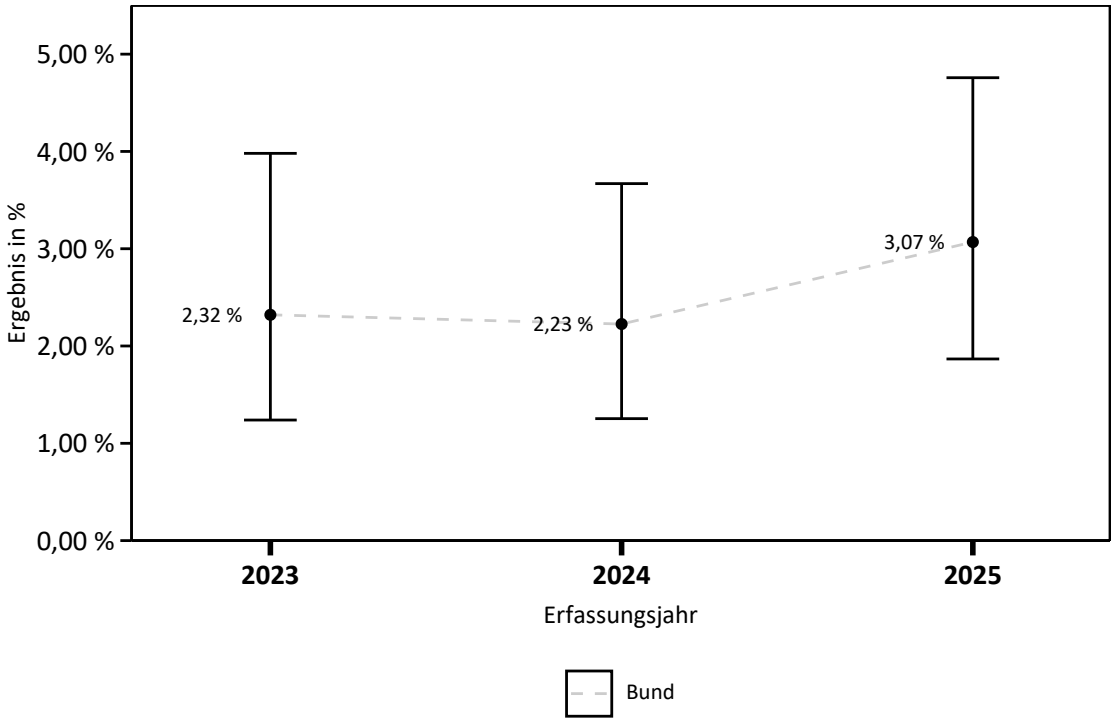
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, und bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag sowie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

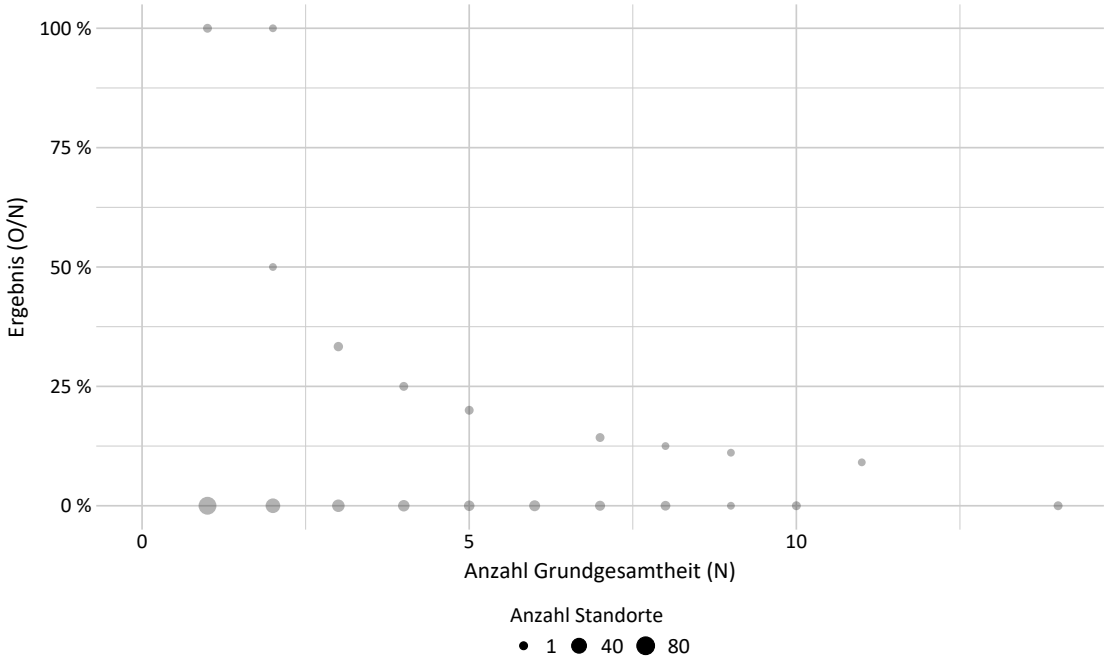
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	11 / 474	2,32	1,24 - 3,98
	2024	13 / 584	2,23	1,25 - 3,67
	2025	17 / 554	3,07	1,87 - 4,76

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	199	0	0,00	100,00	0,00

51860: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

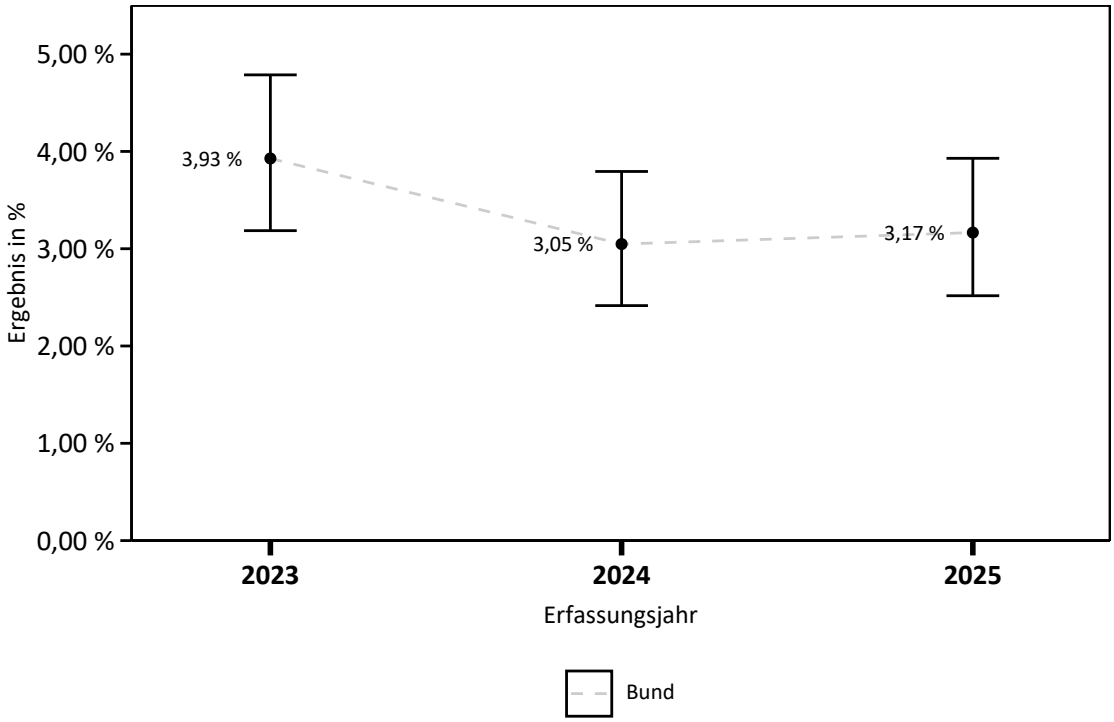
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

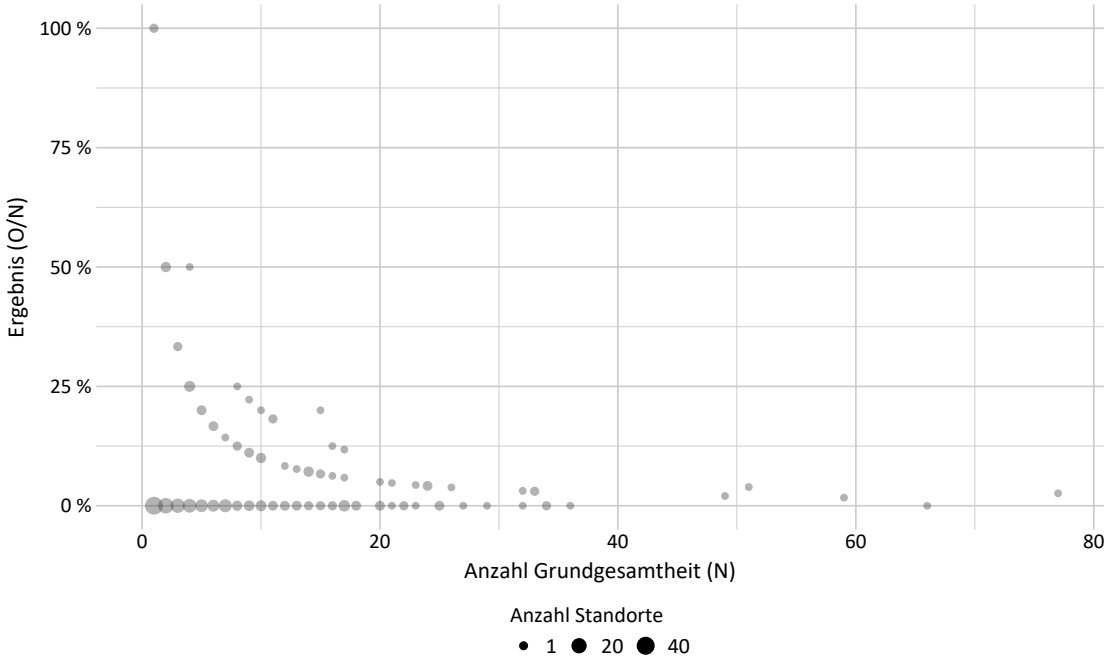
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	89 / 2.266	3,93	3,19 - 4,79
	2024	73 / 2.395	3,05	2,42 - 3,79
	2025	75 / 2.369	3,17	2,52 - 3,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	274	0	0,00	100,00	0,00

162303: Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt

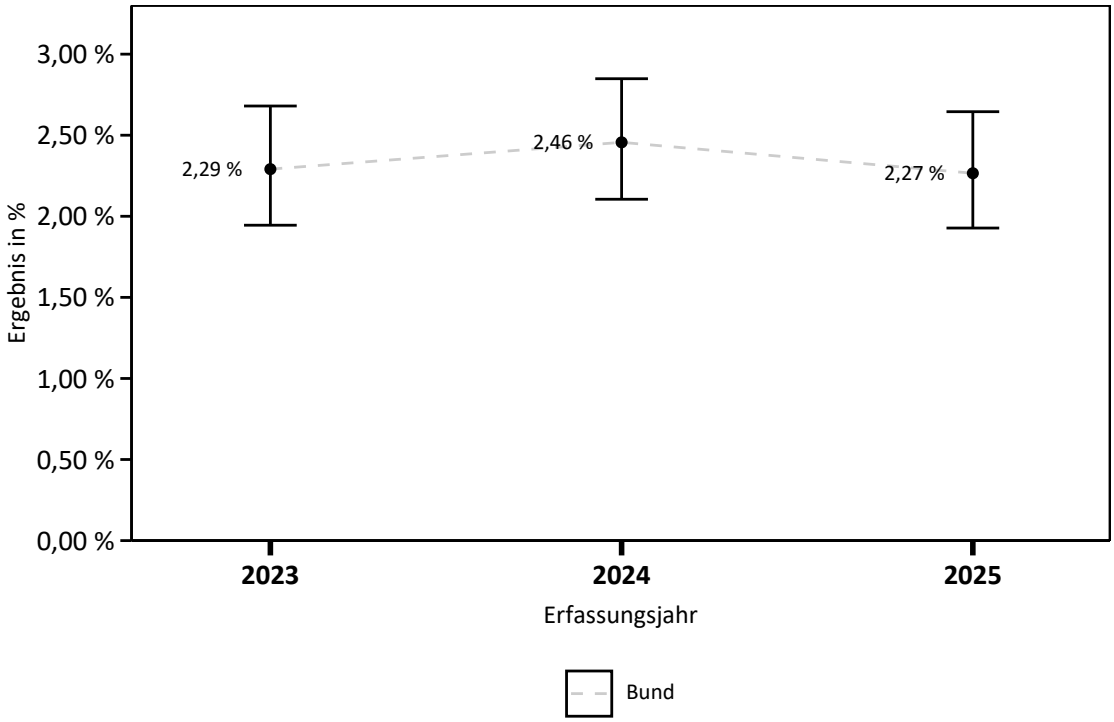
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativen lokalen Komplikationen (OP-pflichtige Nachblutung, Nervenläsion als Folge des Eingriffs, Karotisverschluss, behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle, Wundinfektionen, Sonstige)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

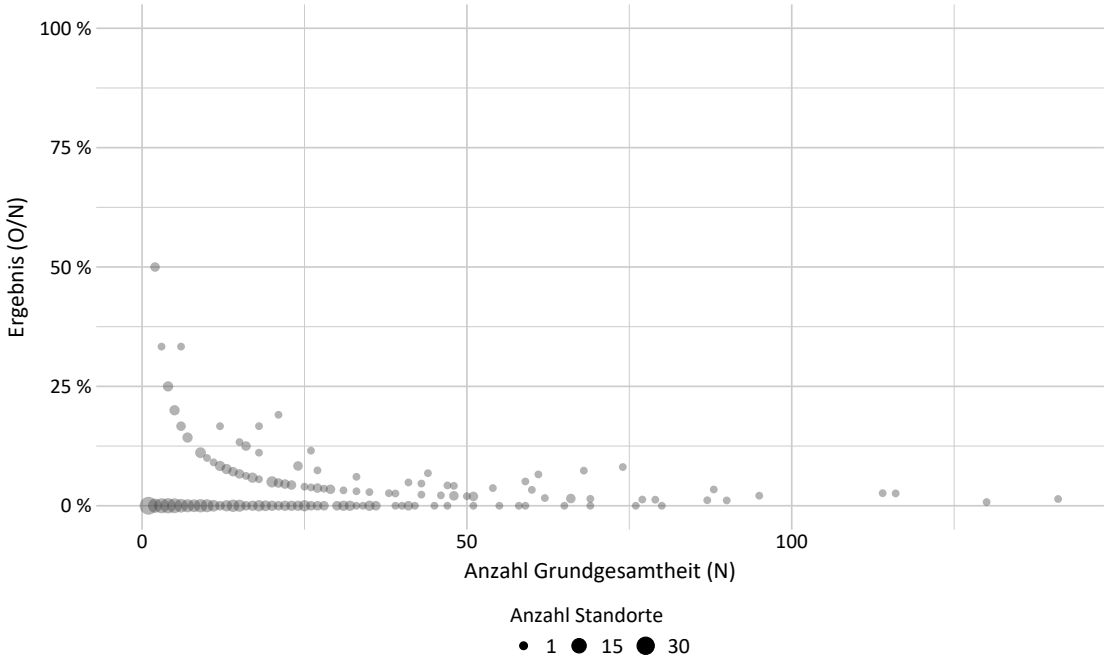
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	146 / 6.373	2,29	1,94 - 2,68
	2024	164 / 6.677	2,46	2,11 - 2,85
	2025	150 / 6.621	2,27	1,93 - 2,65

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	354	0	0,00	50,00	0,00

162402: Periprozedurales Neuromonitoring

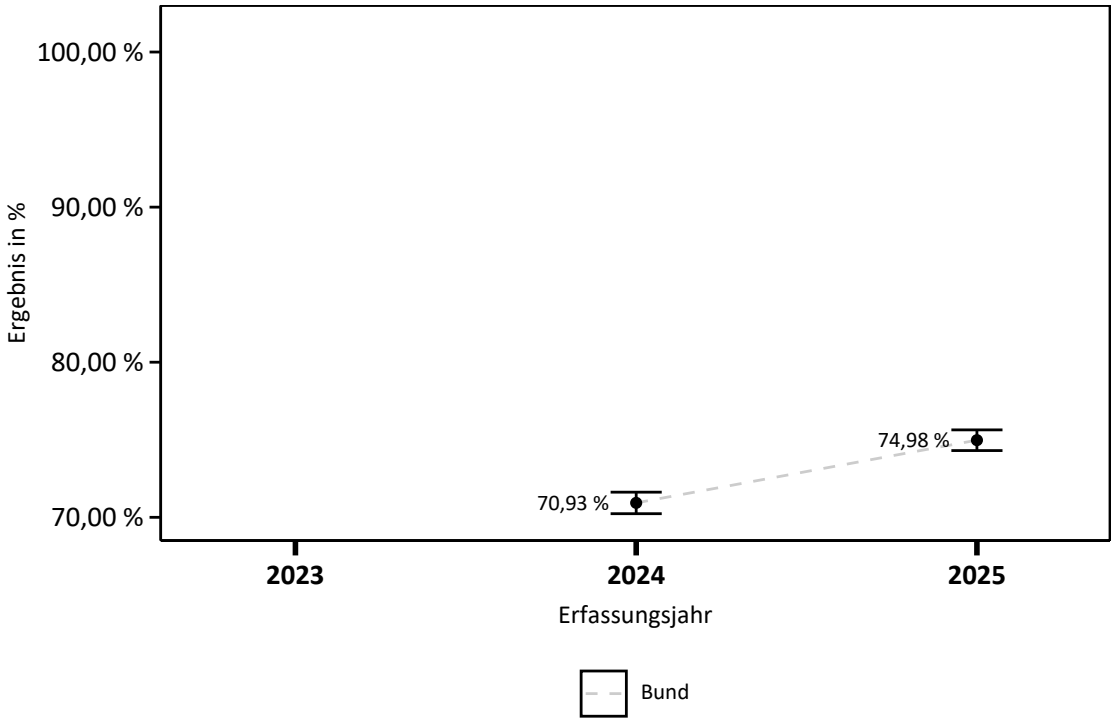
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation mit Allgemeinanästhesie oder Analgosedierung durchgeführt wird, erhalten ein Neuromonitoring
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation mit Allgemeinanästhesie oder Analgosedierung durchgeführt wurde
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Eingriffs an der Karotis ein Neuromonitoring durchgeführt wird
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

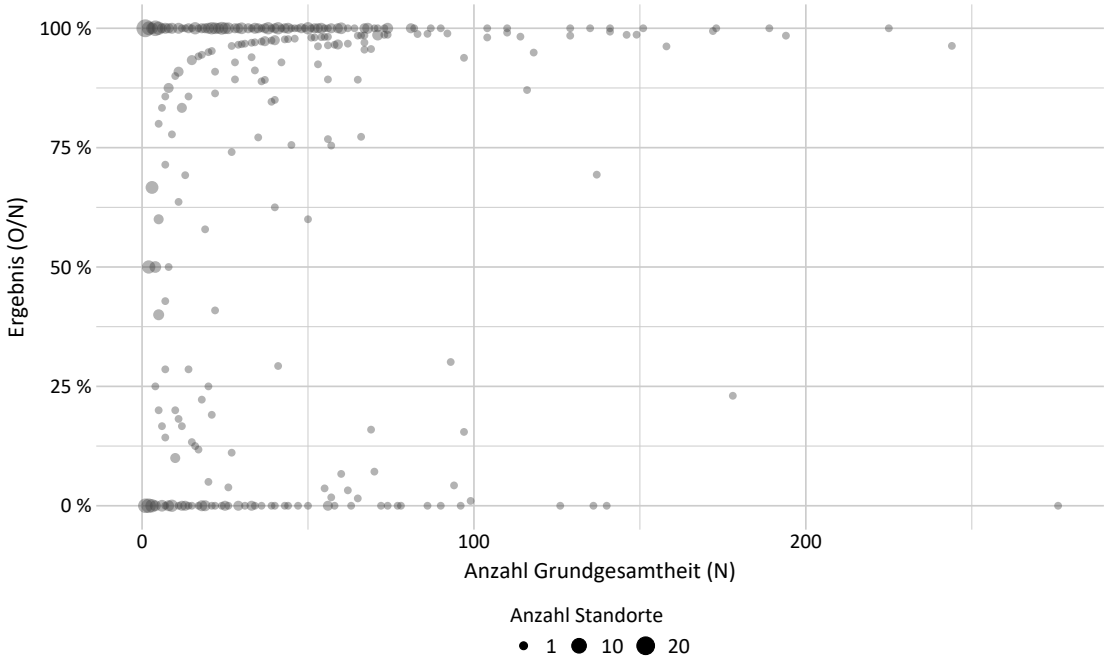
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	11.691 / 16.482	70,93	70,24 - 71,62
	2025	12.125 / 16.172	74,98	74,30 - 75,64

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	452	0	0,00	100,00	98,11

161800: Postprozedurale fachneurologische Untersuchung

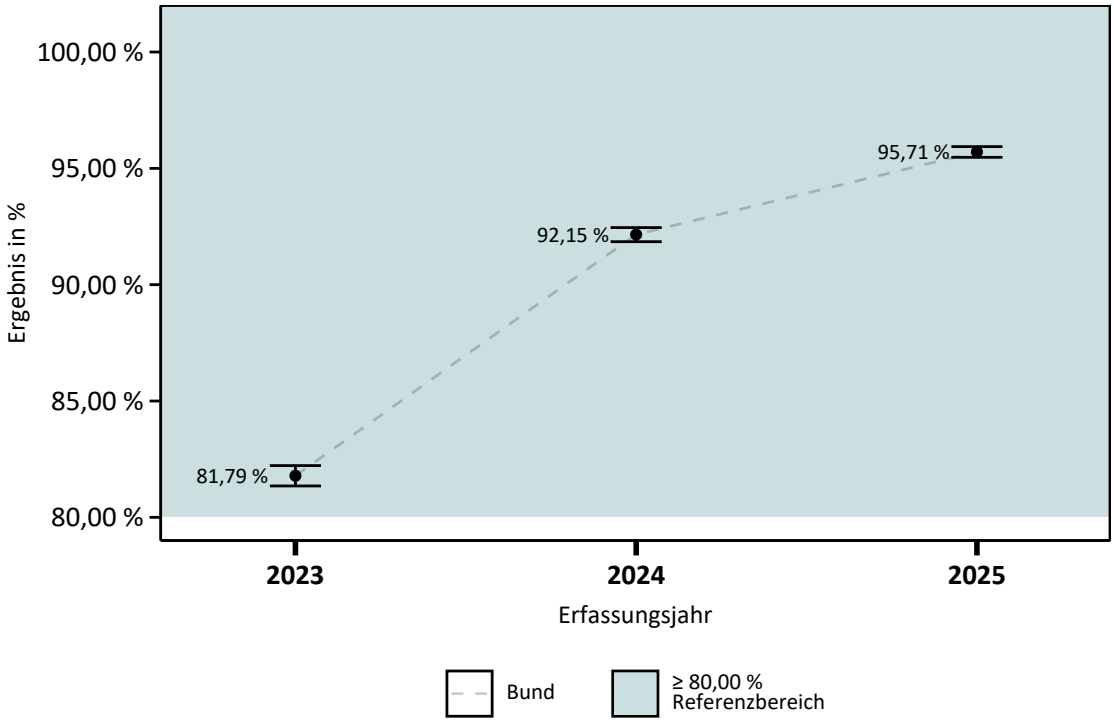
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten erhalten nach einer Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde unter Ausschluss verstorbener Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde
Referenzbereich	≥ 80,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,15)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

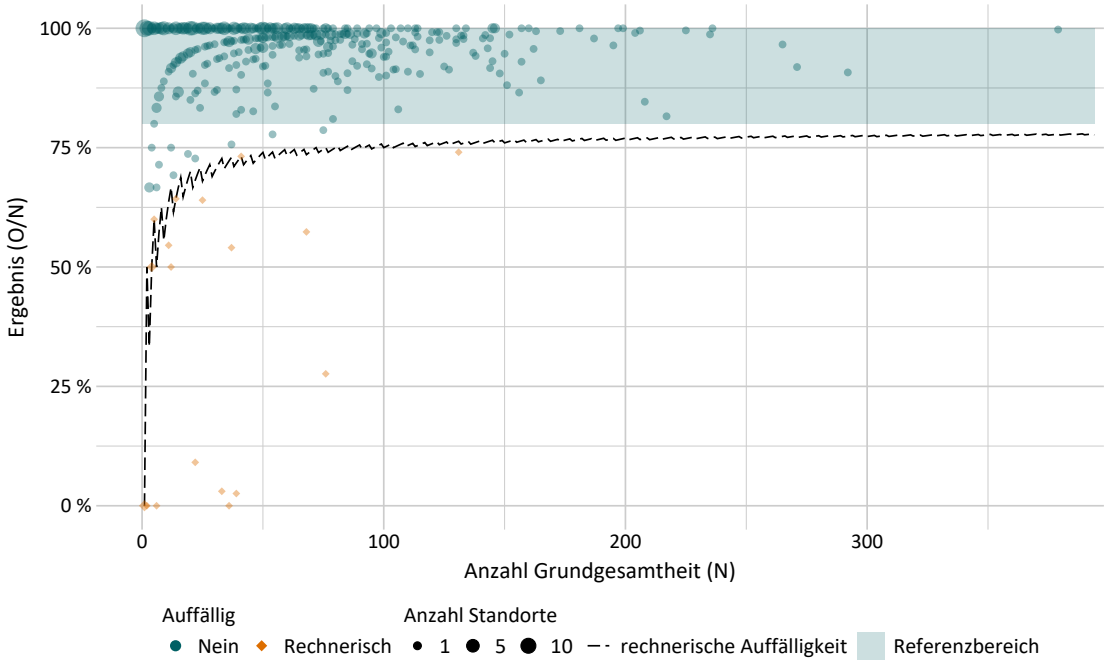
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	24.432 / 29.872	81,79	81,35 - 82,22
	2024	27.968 / 30.349	92,15	91,85 - 92,45
	2025	28.640 / 29.924	95,71	95,48 - 95,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	545	21	0,00	100,00	99,19

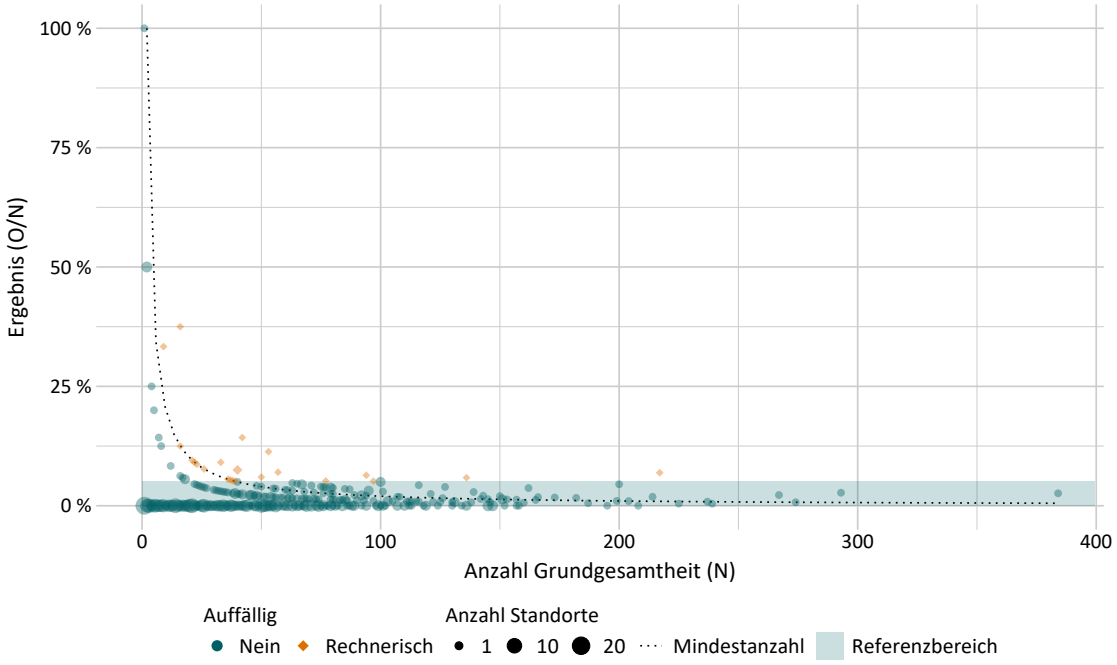
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850332: Angabe von ASA 4 bei Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer QI ein. Die korrekte Dokumentation der ASA-Klassifikation ist für die QI, die periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus erfassen (ID 11704 und 51873) von Bedeutung. Die Angabe ASA 4 hat somit Einfluss auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Leistungserbringern und die Berechnung der Ergebnisse der QI. Die häufige Angabe einer höheren ASA-Klassifikation führt zu einem falsch niedrigem Ergebnis in diesen QI. **Hypothese** Überdokumentation. Tatsächlich liegt eine niedrigere ASA-Klassifikation vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 11724: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt 51865: Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Grundgesamtheit	Alle Fälle, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Fälle mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss von Fällen mit Karotiseingriffen unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit ASA 4
Referenzbereich	≤ 5,10 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	546	23	0,00	100,00	0,00

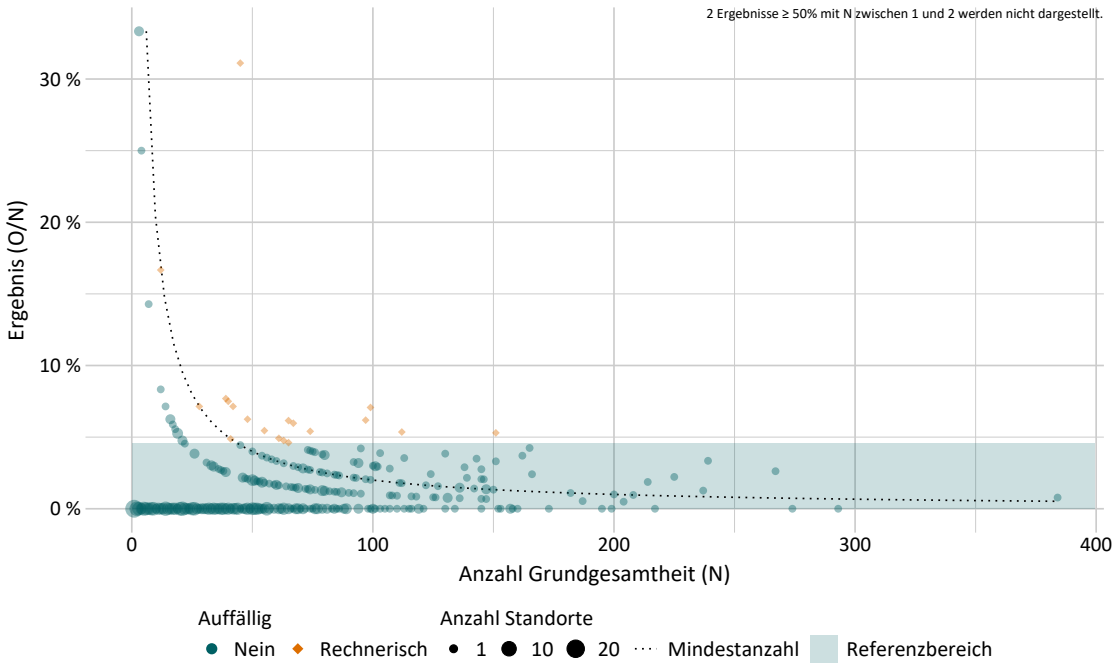
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	381 / 30.230	1,26	4,21 % 23 / 546

852200: Angabe „sonstige“ bei sonstigen Karotisläsionen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Eine fehldokumentierte Angabe als „sonstige“ bei den sonstigen Karotisläsionen (der linken Seite oder der rechten Seite) führt zu einer falschen Zuordnung zu den Indikationsgruppen, die für die Berechnung der Indikatoren zur Indikationsstellung verwendet werden. **Hypothese** Es liegt eine Fehldokumentation in den QS-Daten vor. Aus der apparativen Diagnostik geht eine spezifische Karotisläsion hervor, die vor dem Eingriff bekannt gewesen ist und zur Karotis-Revaskularisation auf der entsprechenden Seite geführt hat. Tatsächlich ist eine genaue Angabe der Karotisläsion in der Patientenakte dokumentiert.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation 11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Grundgesamtheit	Alle Fälle, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Zähler	Fälle mit der Angabe „sonstige“ in den Datenfeldern zur „sonstigen Karotisläsion“ der entsprechend zu operierenden Seite (linke ODER rechte Seite)
Referenzbereich	≤ 4,60 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	546	19	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

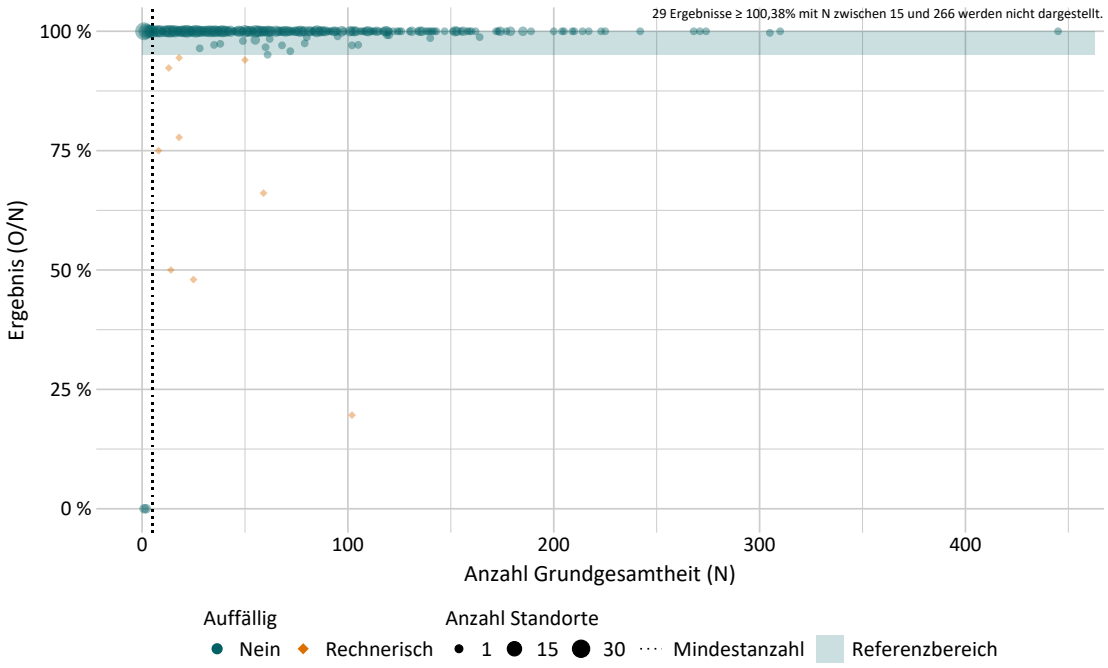
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	383 / 30.230	1,27	3,48 % 19 / 546

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	588	9	0,00	114,29	100,00

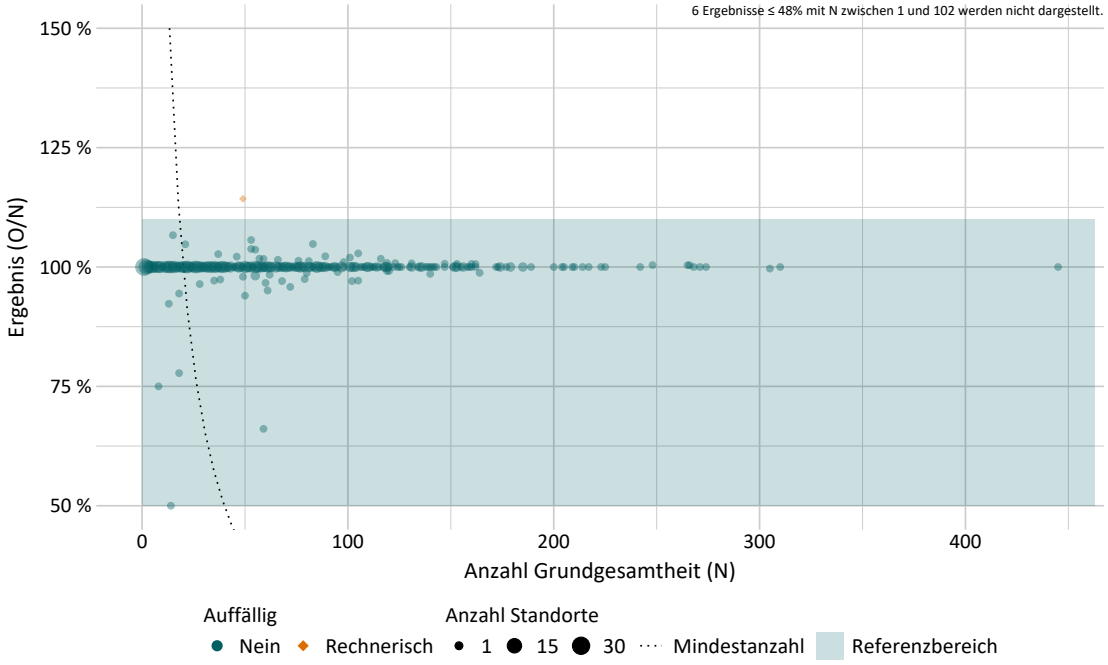
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	33.988 / 34.114	99,63	1,53 % 9 / 588

850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse des Leistungsbereichs abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	588	1	0,00	114,29	100,00

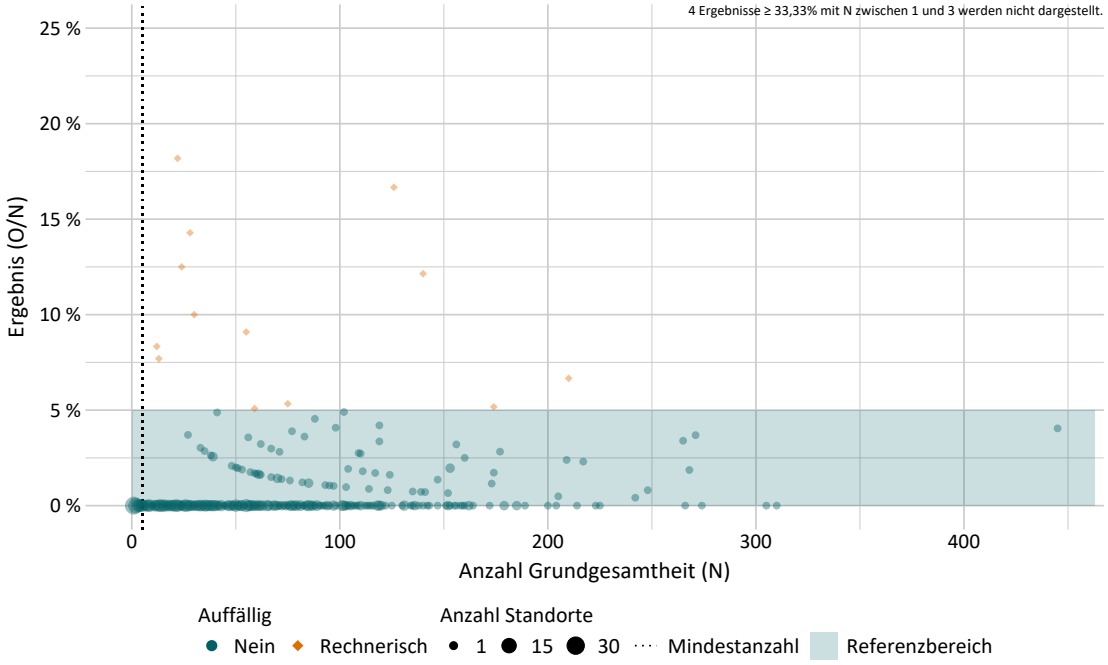
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	33.988 / 34.114	99,63	0,17 % 1 / 588

850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	588	13	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	263 / 34.114	0,77	2,21 % 13 / 588

Basisauswertung

Karotis-Revaskularisation (Gesamt)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 33.725**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	445	1,32
1. Quartal	9.084	26,94
2. Quartal	8.446	25,04
3. Quartal	8.456	25,07
4. Quartal	7.294	21,63

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 33.725**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	379	1,12
50 - 59 Jahre	2.481	7,36
60 - 69 Jahre	10.084	29,90
70 - 79 Jahre	12.991	38,52
80 - 89 Jahre	7.377	21,87
≥ 90 Jahre	413	1,22

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	33.725
Minimum	16,00
Mittelwert	72,06
Median	72,00
Maximum	99,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 33.725**	
Geschlecht		
(1) männlich	22.557	66,89
(2) weiblich	11.168	33,11
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

BMI-Klassifikation (WHO)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg und BMI von ≥ 12 bis ≤ 55	**N = 27.580**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	415	1,50
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	9.642	34,96
leichtes Übergewicht (≥ 25 - < 30)	11.450	41,52
Übergewicht Klasse I (≥ 30 - < 35)	4.531	16,43
Übergewicht Klasse II (≥ 35 - < 40)	1.188	4,31
Übergewicht Klasse III (≥ 40)	354	1,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 33.725**	
BMI nicht berechenbar		
wegen fehlender oder implausibler Werte	6.145	18,22

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 33.725**	
Status Diabetes mellitus bei Aufnahme		
(0) nein	23.543	69,81
(1) ja, diätetisch behandelt	1.257	3,73
(2) ja, orale Medikation	5.596	16,59
(3) ja, mit Insulin behandelt	2.454	7,28
(4) ja, unbehandelt	172	0,51
(9) unbekannt	703	2,08
Status präprozedurale Nierenersatztherapie		
(0) nein	33.203	98,45
(1) akut	60	0,18
(2) chronisch	462	1,37

	Bund (gesamt)
präprozeduraler Kreatininwert i.S. (mg/dl)[19]	
Anzahl Patientinnen und Patienten ohne präprozedurale Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	31.855
5. Perzentil	0,60
Mittelwert	1,05
Median	0,90
95. Perzentil	1,70

	Bund (gesamt)
präprozeduraler Kreatininwert i.S. (µmol/l)[20]	
Anzahl Patientinnen und Patienten ohne präprozedurale Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	31.855
5. Perzentil	53,04
Mittelwert	92,62
Median	79,56
95. Perzentil	150,00

[19] (letzter Wert vor der Prozedur)
[20] (letzter Wert vor der Prozedur)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten ohne präprozedurale Nierenersatztherapie	**N = 33.203**	
Kreatininwert i.S. unbekannt		
(1) ja	1.343	4,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 33.725**	
Schlaganfall vor der Prozedur[21]		
(0) nein	19.206	56,95
(1) ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff	10.677	31,66
(2) ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	3.842	11,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 33.725**	
Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	20.677	61,31
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	2.956	8,77
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	4.060	12,04
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	2.585	7,66
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	1.664	4,93
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	1.783	5,29

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 33.725**	
Indikationsgruppen (Ersteingriffe)		
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)	17.708	52,51
Symptomatische Karotisläsion - elektiv (Indikationsgruppe B)	10.708	31,75
davon		
ischämischer Schlaganfall vor elektivem Eingriff	8.696	81,21
ohne ischämischen Schlaganfall	2.012	18,79
davon: symptomatische Karotisläsion, elektiv[22]		
(1) Amaurosis fugax ipsilateral	927	46,07
(2) ipsilaterale Hemisphären TIA	818	40,66
(9) sonstige	272	13,52
Karotiseingriff unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)	2.885	8,55
davon		
ischämischer Schlaganfall vor elektivem Eingriff	297	10,29
akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	2.091	72,48
ohne ischämischen Schlaganfall	497	17,23
davon: Karotisläsion[23]		
(0) nein, keine Läsion	278	55,94
(1) ja, asymptomatische Läsion	394	79,28
(2) ja, symptomatische Läsion[24]	153	30,78
davon: symptomatische Karotisläsion, Notfall[25]		
(1) Crescendo-TIA[26]	51	33,33
(9) sonstige	46	30,07
keine Angabe	56	36,60
Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	2.424	7,19

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 33.725**	

[21] unabhängig von einer Seitenlokalisation
[22] Mehrfachnennungen bei beidseitiger Karotisläsion möglich
[23] Mehrfachnennungen bei beidseitiger Karotisläsion möglich
[24] cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist
[25] Mehrfachnennungen bei beidseitiger Karotisläsion möglich
[26] rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad.

Art des Eingriffs

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Eingriffe	**N = 34.061**	
Art des Eingriffs		
(1) Offene Operation	23.765	69,77
(2) PTA / Stent	7.989	23,45
(3) Umstieg PTA / Stent auf offene Operation	31	0,09
(4) PTA und PTA / Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur	2.218	6,51
(5) Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	58	0,17

	Bund (gesamt)	
	n	%
Eingriffe der Arten (2) PTA /Stent, (3) Umstieg PTA / Stent auf offene Operationen oder (4) PTA und PTA / Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur	**N = 10.238**	
Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?		
(0) nein	6.837	66,78
(1) ja, Thrombektomie	2.958	28,89
(2) ja, Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls	443	4,33

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Eingriffe	**N = 34.061**	
Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis		
(1) Ersteingriff (weder offene Operation noch eine PTA/Stentimplantation an der ipsilateralen A. carotis vor jetzigem Eingriff)	32.569	95,62
(2) Rezidiveingriff (ipsilateral offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotisrevaskularisation vor jetzigem Eingriff)	1.492	4,38

Karotis-Revaskularisation (offen-chirurgisch)

Nachfolgend werden die erhobenen Merkmale für alle Patientinnen und Patienten dargestellt, die eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation v.a. mittels Endarteriektomie erhalten haben.

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	144	0,61
50 - 59 Jahre	1.487	6,29
60 - 69 Jahre	6.927	29,29
70 - 79 Jahre	9.529	40,30
80 - 89 Jahre	5.348	22,62
≥ 90 Jahre	212	0,90

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff und Angabe von Werten	23.647
Minimum	21,00
Mittelwert	72,51
Median	73,00
Maximum	99,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Geschlecht		
(1) männlich	15.749	66,60
(2) weiblich	7.898	33,40
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

BMI-Klassifikation (WHO)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg und BMI von ≥ 12 bis ≤ 55	**N = 20.767**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	300	1,44
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	7.270	35,01
leichtes Übergewicht (≥ 25 - < 30)	8.637	41,59
Übergewicht Klasse I (≥ 30 - < 35)	3.463	16,68
Übergewicht Klasse II (≥ 35 - < 40)	858	4,13
Übergewicht Klasse III (≥ 40)	239	1,15

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
BMI nicht berechenbar		
wegen fehlender oder implausibler Werte	2.880	12,18

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Status Diabetes mellitus bei Aufnahme		
(0) nein	16.587	70,14
(1) ja, diätetisch behandelt	919	3,89
(2) ja, orale Medikation	4.113	17,39
(3) ja, mit Insulin behandelt	1.760	7,44
(4) ja, unbehandelt	85	0,36
(9) unbekannt	183	0,77
Status präprozedurale Nierenersatztherapie		
(0) nein	23.285	98,47
(1) akut	34	0,14
(2) chronisch	328	1,39
Schlaganfall vor der Prozedur[27]		
(0) nein	15.230	64,41
(1) ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff	7.875	33,30
(2) ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	542	2,29
Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	16.496	69,76
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	2.120	8,97
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	2.898	12,26
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	1.572	6,65
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	414	1,75
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	147	0,62

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Indikationsgruppen (Ersteingriffe)		
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)	14.237	60,21
Symptomatische Karotisläsion - elektiv (Indikationsgruppe B)	8.137	34,41
davon		
ischämischer Schlaganfall vor elektivem Eingriff	6.626	81,43
ohne ischämischen Schlaganfall	1.511	18,57
davon: symptomatische Karotisläsion, elektiv[28]		
(1) Amaurosis fugax ipsilateral	711	47,05
(2) ipsilaterale Hemisphären TIA	623	41,23
(9) sonstige	179	11,85
Karotiseingriff unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)	1.005	4,25
davon		
ischämischer Schlaganfall vor elektivem Eingriff	184	18,31
akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	523	52,04
ohne ischämischen Schlaganfall	298	29,65
davon: Karotisläsion[29]		
(0) nein, keine Läsion	147	49,33
(1) ja, asymptomatische Läsion	250	83,89
(2) ja, symptomatische Läsion[30]	83	27,85
davon: symptomatische Karotisläsion, Notfall[31]		
(1) Crescendo-TIA[32]	23	27,71
(9) sonstige	21	25,30
keine Angabe	39	46,99
Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	247	1,04

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	

[27] unabhängig von einer Seitenlokalisation
[28] Mehrfachnennungen bei beidseitiger Karotisläsion möglich
[29] Mehrfachnennungen bei beidseitiger Karotisläsion möglich
[30] cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist
[31] Mehrfachnennungen bei beidseitiger Karotisläsion möglich
[32] rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad.

Apparative Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Sonstige Karotisläsionen		
mindestens eine sonstige Karotisläsion	3.674	15,54
davon[33]		
exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	2.962	80,62
Aneurysma	123	3,35
symptomatisches Coiling	102	2,78
Mehretagenläsion	346	9,42
sonstige	399	10,86
keine sonstige Karotisläsion	19.973	84,46

[33] Mehrfachnennungen möglich

Stenosegrad (NASCET) - therapierte Seite

	Bund (gesamt)
Stenosegrad therapierte Seite (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff und Angabe von Werten	23.647
Median	80,00
Mittelwert	80,72

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Verteilung - Stenosegrad therapierte Seite (%)[34]		
< 10	134	0,57
10 - 19	8	0,03
20 - 29	33	0,14
30 - 39	45	0,19
40 - 49	103	0,44
50 - 59	434	1,84
60 - 69	940	3,98
70 - 79	4.090	17,30
80 - 89	8.939	37,80
≥ 90	8.935	37,78

[34] In der Darstellung der Verteilung sind auch die Angaben zu Stenose bei beidseitigen Eingriffe berücksichtigt, daher addieren sich die Zeilen ggf. zu mehr als 100 % auf.

Stenosegrad (NASCET) - kontralaterale Seite

	Bund (gesamt)
Stenosegrad kontralaterale Seite (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff und Angabe von Werten	23.647
Median	0,00
Mittelwert	24,64

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Verteilung - Stenosegrad kontralaterale Seite (%)[35]		
< 10	13.170	55,69
10 - 19	328	1,39
20 - 29	831	3,51
30 - 39	1.257	5,32
40 - 49	1.411	5,97
50 - 59	2.057	8,70
60 - 69	1.066	4,51
70 - 79	1.055	4,46
80 - 89	904	3,82
≥ 90	1.582	6,69

[35] In der Darstellung der Verteilung sind auch die Angaben zu Stenose bei beidseitigen Eingriffe berücksichtigt, daher addieren sich die Zeilen ggf. zu mehr als 100 % auf.

Überprüfung des Stenosegrades

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff und Angaben zum Stenosegrad > 0	**N = 23.548**	
Überprüfung des Stenosegrades erfolgt		
(0) nein	371	1,58
(1) ja, durch einen zweiten Untersucher	4.687	19,90
(2) ja, durch ein anderes diagnostisches Verfahren	9.002	38,23
(3) ja, durch zweiten Untersucher und ein anderes diagnostisches Verfahren	9.488	40,29

Indikationsstellung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Erfolgte die Indikationsstellung zum Eingriff an der Karotis durch mehrere Fachdisziplinen?		
(0) nein	1.455	6,15
(1) ja	22.192	93,85
davon: Fachdisziplin[36]		
Neurologie	19.481	87,78
Gefäßchirurgie	21.422	96,53
Interventionelle Radiologie oder Neuroradiologie	12.172	54,85
Angiologie	4.909	22,12
Kardiologie	2.266	10,21
Kardiochirurgie	303	1,37
sonstige	895	4,03

[36] Mehrfachnennungen möglich

Bildgebung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Ist eine Bildgebung des Hirnparenchyms vor dem Eingriff erfolgt?		
(0) nein	2.491	10,53
(1) ja	21.066	89,09
(9) unbekannt	90	0,38

Eingriff/Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe mit Angaben zur ASA-Klassifikation	**N = 23.591**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)		
(1) normaler, gesunder Patient	179	0,76
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	4.783	20,27
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	17.424	73,86
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	1.194	5,06
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	11	0,05

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 23.765**	
ASA-Einstufung liegt nicht vor		
(1) ja	176	0,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 23.765**	
Form der Anästhesie		
(1) Allgemeinanästhesie	16.267	68,45
(2) loko-regionale Anästhesie	7.455	31,37
(3) Analgosedierung	43	0,18
Indikation		
(1) elektiver Eingriff	22.183	93,34
(2) Notfall bei Aufnahme	1.358	5,71
(3) Notfall wegen Komplikationen	224	0,94
Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem		
(0) nein	23.513	98,94
(1) Aorto-koronarer Bypass	106	0,45
(2) periphere arterielle Rekonstruktion	25	0,11
(3) Aortenrekonstruktion	5	0,02
(4) PTA / Stent intrakraniell	6	0,03
(5) isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation	10	0,04
(6) kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie	17	0,07
(7) retrograder PTA-Stent A. carotis communis	46	0,19
(9) sonstige	37	0,16
Präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie		
(0) nein	3.421	14,40
(1) ja	20.344	85,60

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 23.765**	
Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation		
(0) nein	761	3,20
(1) ja	23.004	96,80
davon[37]		
ASS	21.120	91,81
Clopidogrel	2.961	12,87
sonstige ADP-Rezeptorantagonisten (z.B. Prasugrel, Ticagrelor)	87	0,38
GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten (z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban)	35	0,15
NOAK/DOAK	1.324	5,76
Vitamin-K-Antagonisten	104	0,45
sonstige (z.B. Cilostazol)	477	2,07
Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt		
(0) nein	4.649	19,56
(1) ja	19.116	80,44
davon[38]		
SEP	6.033	31,56
MEP	235	1,23
EEG	1.628	8,52
Oxymetrie	6.975	36,49
Wachmonitoring	6.838	35,77
sonstige	1.067	5,58

[37] Mehrfachnennungen möglich
[38] Mehrfachnennungen möglich

Postprozeduraler Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 23.765**	
Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt		
(1) ja	927	3,90
Neu aufgetretenes zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis[39]		
(0) nein	23.121	97,29
(1) ja	644	2,71
davon[40]		
TIA	107	16,61
Hyperperfusionssyndrom	39	6,06
Hirnnervenausfälle	21	3,26
ischämischer Schlaganfall	381	59,16
symptomatische intrakranielle Blutung	47	7,30
sonstige	82	12,73

[39] bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff; jedes perioprozedural neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralaterale Ereignis ist anzugeben

[40] Mehrfachnennungen möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe mit ischämischem Schlaganfall oder symptomatischer intrakranieller Blutung im postprozeduralen Verlauf	**N = 425**	
Schweregrad des neurologischen Defizits[41]		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	12	2,82
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit	43	10,12
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	112	26,35
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	101	23,76
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	63	14,82
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	46	10,82
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	48	11,29

[41] zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis

	Bund (gesamt)	
	n	%
Offen-chirurgische Eingriffe	**N = 23.765**	
Lokale Komplikationen[42]		
(0) nein	22.680	95,43
(1) ja	1.085	4,57
davon[43]		
OP-pflichtige Nachblutung	508	46,82
Nervenläsion als Folge des Eingriffs	367	33,82
Karotisverschluss	71	6,54
behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle	4	0,37
Wundinfektionen	19	1,75
sonstige	167	15,39

[42] bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff

[43] Mehrfachnennungen möglich

Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Eingriffe	**N = 34.061**	
Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes		
Weitere Karotisrevaskularisationen nach offen-chirurgischem Ersteingriff	135	0,40
davon		
offen-chirurgisch	118	87,41
- ipsilateral	93	78,81
- kontralateral	25	21,19
kathetergestützt	15	11,11
- ipsilateral	14	93,33
- kontralateral	≤3	x
intrakranielle Prozedur	≤3	x

	Bund (gesamt)
Postprozedurale Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff und Angabe von Werten	23.647
Minimum	0,00
Median	4,00
Mittelwert	5,04
Maximum	172,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	19.872	84,04
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.817	7,68
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	19	0,08
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	162	0,69
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	753	3,18
(07) Tod	205	0,87
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[44]	22	0,09
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	608	2,57
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	143	0,60
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	7	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[45]	14	0,06
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[46]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	8	0,03

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[47]		
(1) ja	8	0,03

[44] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[45] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[46] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[47] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Wochentag der Entlassung		
Montag	5.167	21,85
Dienstag	3.641	15,40
Mittwoch	1.884	7,97
Donnerstag	2.785	11,78
Freitag	4.517	19,10
Samstag	3.439	14,54
Sonntag	2.214	9,36

Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit offen-chirurgischem Eingriff	**N = 23.647**	
Verstorbene Patientinnen und Patienten		
Verstorbene Patientinnen und Patienten gesamt	205	0,87

Karotis-Revaskularisation (kathetergestützt)

Nachfolgend werden die erhobenen Merkmale für alle Patientinnen und Patienten dargestellt, die eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation mittels Stentimplantation oder perkutaner transluminaler Angioplastie erhalten haben.

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	144	1,83
50 - 59 Jahre	725	9,20
60 - 69 Jahre	2.444	31,02
70 - 79 Jahre	2.843	36,09
80 - 89 Jahre	1.595	20,25
≥ 90 Jahre	127	1,61

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff und Angabe von Werten	7.878
Minimum	18,00
Mittelwert	71,27
Median	72,00
Maximum	98,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Geschlecht		
(1) männlich	5.368	68,14
(2) weiblich	2.510	31,86
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

BMI-Klassifikation (WHO)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff und Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg und BMI von ≥ 12 bis ≤ 55	**N = 5.583**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	102	1,83
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	1.968	35,25
leichtes Übergewicht (≥ 25 - < 30)	2.279	40,82
Übergewicht Klasse I (≥ 30 - < 35)	887	15,89
Übergewicht Klasse II (≥ 35 - < 40)	266	4,76
Übergewicht Klasse III (≥ 40)	81	1,45

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
BMI nicht berechenbar		
wegen fehlender oder implausibler Werte	2.295	29,13

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Status Diabetes mellitus bei Aufnahme		
(0) nein	5.448	69,15
(1) ja, diätetisch behandelt	277	3,52
(2) ja, orale Medikation	1.240	15,74
(3) ja, mit Insulin behandelt	575	7,30
(4) ja, unbehandelt	64	0,81
(9) unbekannt	274	3,48
Status präprozedurale Nierenersatztherapie		
(0) nein	7.737	98,21
(1) akut	19	0,24
(2) chronisch	122	1,55
Schlaganfall vor der Prozedur[48]		
(0) nein	3.898	49,48
(1) ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff	2.567	32,58
(2) ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	1.413	17,94
Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	4.118	52,27
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	798	10,13
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	1.050	13,33
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	770	9,77
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	609	7,73
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	533	6,77

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Indikationsgruppen (Ersteingriffe)		
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)	3.434	43,59
Symptomatische Karotisläsion - elektiv (Indikationsgruppe B)	2.503	31,77
davon		
ischämischer Schlaganfall vor elektivem Eingriff	2.005	80,10
ohne ischämischen Schlaganfall	498	19,90
davon: symptomatische Karotisläsion, elektiv[49]		
(1) Amaurosis fugax ipsilateral	215	43,17
(2) ipsilaterale Hemisphären TIA	195	39,16
(9) sonstige	91	18,27
Karotiseingriff unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)	1.322	16,78
davon		
ischämischer Schlaganfall vor elektivem Eingriff	96	7,26
akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	1.042	78,82
ohne ischämischen Schlaganfall	184	13,92
davon: Karotisläsion[50]		
(0) nein, keine Läsion	119	64,67
(1) ja, asymptomatische Läsion	139	75,54
(2) ja, symptomatische Läsion[51]	59	32,07
davon: symptomatische Karotisläsion, Notfall[52]		
(1) Crescendo-TIA[53]	22	37,29
(9) sonstige	20	33,90
keine Angabe	17	28,81
Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	591	7,50

Klinische Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	

[48] unabhängig von einer Seitenlokalisation
[49] Mehrfachnennungen bei beidseitiger Karotisläsion möglich
[50] Mehrfachnennungen bei beidseitiger Karotisläsion möglich
[51] cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist
[52] Mehrfachnennungen bei beidseitiger Karotisläsion möglich
[53] rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad.

Apparative Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Sonstige Karotisläsionen		
mindestens eine sonstige Karotisläsion	967	12,27
davon[54]		
exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	397	41,05
Aneurysma	104	10,75
symptomatisches Coiling	15	1,55
Mehretagenläsion	316	32,68
sonstige	228	23,58
keine sonstige Karotisläsion	6.911	87,73

[54] Mehrfachnennungen möglich

Stenosegrad (NASCET) - therapierte Seite

	Bund (gesamt)
Stenosegrad therapierte Seite (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff und Angabe von Werten	7.878
Median	84,00
Mittelwert	81,37

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Verteilung - Stenosegrad therapierte Seite (%)[55]		
< 10	123	1,56
10 - 19	15	0,19
20 - 29	24	0,30
30 - 39	18	0,23
40 - 49	43	0,55
50 - 59	203	2,58
60 - 69	363	4,61
70 - 79	1.227	15,58
80 - 89	2.295	29,13
≥ 90	3.601	45,71

[55] In der Darstellung der Verteilung sind auch die Angaben zu Stenose bei beidseitigen Eingriffe berücksichtigt, daher addieren sich die Zeilen ggf. zu mehr als 100 % auf.

Stenosegrad (NASCET) - kontralaterale Seite

	Bund (gesamt)
Stenosegrad kontralaterale Seite (%)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff und Angabe von Werten	7.878
Median	0,00
Mittelwert	23,48

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Verteilung - Stenosegrad kontralaterale Seite (%)[56]		
< 10	4.943	62,74
10 - 19	120	1,52
20 - 29	199	2,53
30 - 39	301	3,82
40 - 49	271	3,44
50 - 59	415	5,27
60 - 69	249	3,16
70 - 79	266	3,38
80 - 89	272	3,45
≥ 90	876	11,12

[56] In der Darstellung der Verteilung sind auch die Angaben zu Stenose bei beidseitigen Eingriffe berücksichtigt, daher addieren sich die Zeilen ggf. zu mehr als 100 % auf.

Überprüfung des Stenosegrades

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff und Angaben zum Stenosegrad > 0	**N = 7.781**	
Überprüfung des Stenosegrades erfolgt		
(0) nein	417	5,36
(1) ja, durch einen zweiten Untersucher	972	12,49
(2) ja, durch ein anderes diagnostisches Verfahren	2.949	37,90
(3) ja, durch zweiten Untersucher und ein anderes diagnostisches Verfahren	3.443	44,25

Indikationsstellung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Erfolgte die Indikationsstellung zum Eingriff an der Karotis durch mehrere Fachdisziplinen?		
(0) nein	509	6,46
(1) ja	7.369	93,54
davon: Fachdisziplin[57]		
Neurologie	6.797	92,24
Gefäßchirurgie	4.004	54,34
Interventionelle Radiologie oder Neuroradiologie	5.968	80,99
Angiologie	1.504	20,41
Kardiologie	768	10,42
Kardiochirurgie	76	1,03
sonstige	307	4,17

[57] Mehrfachnennungen möglich

Bildgebung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Ist eine Bildgebung des Hirnparenchyms vor dem Eingriff erfolgt?		
(0) nein	631	8,01
(1) ja	7.219	91,63
(9) unbekannt	28	0,36

Eingriff/Prozedur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe mit Angaben zur ASA-Klassifikation	**N = 6.308**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)		
(1) normaler, gesunder Patient	584	9,26
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	2.185	34,64
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	2.932	46,48
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	563	8,93
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	44	0,70

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.020**	
ASA-Einstufung liegt nicht vor		
(1) ja	1.718	21,42

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.020**	
Form der Anästhesie		
(1) Allgemeinanästhesie	2.709	33,78
(2) loko-regionale Anästhesie	4.730	58,98
(3) Analgosedierung	581	7,24
Indikation		
(1) elektiver Eingriff	6.025	75,12
(2) Notfall bei Aufnahme	1.803	22,48
(3) Notfall wegen Komplikationen	192	2,39
Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem		
(0) nein	7.414	92,44
(1) Aorto-koronarer Bypass	21	0,26
(2) periphere arterielle Rekonstruktion	25	0,31
(3) Aortenrekonstruktion	17	0,21
(4) PTA / Stent intrakraniell	66	0,82
(5) isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation	≤3	x
(6) kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie	319	3,98
(7) retrograder PTA-Stent A. carotis communis	84	1,05
(9) sonstige	73	0,91
Präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie		
(0) nein	682	8,50
(1) ja	7.338	91,50

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.020**	
Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation		
(0) nein	232	2,89
(1) ja	7.788	97,11
davon[58]		
ASS	7.192	92,35
Clopidogrel	5.805	74,54
sonstige ADP-Rezeptorantagonisten (z.B. Prasugrel, Ticagrelor)	600	7,70
GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten (z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban)	340	4,37
NOAK/DOAK	299	3,84
Vitamin-K-Antagonisten	34	0,44
sonstige (z.B. Cilostazol)	388	4,98
Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt		
(0) nein	4.560	56,86
(1) ja	3.460	43,14
davon[59]		
SEP	129	3,73
MEP	10	0,29
EEG	92	2,66
Oxymetrie	1.884	54,45
Wachmonitoring	2.392	69,13
sonstige	641	18,53

[58] Mehrfachnennungen möglich
[59] Mehrfachnennungen möglich

Postprozeduraler Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.020**	
Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt		
(1) ja	457	5,70
Neu aufgetretenes zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis[60]		
(0) nein	7.644	95,31
(1) ja	376	4,69
davon[61]		
TIA	55	14,63
Hyperperfusionssyndrom	35	9,31
Hirnnervenausfälle	4	1,06
ischämischer Schlaganfall	190	50,53
symptomatische intrakranielle Blutung	63	16,76
sonstige	54	14,36

[60] bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff; jedes perioprozedural neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralaterale Ereignis ist anzugeben

[61] Mehrfachnennungen möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Kathetergestützte Eingriffe mit ischämischem Schlaganfall oder symptomatischer intrakranieller Blutung im postprozeduralen Verlauf	**N = 248**	
Schweregrad des neurologischen Defizits[62]		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	24	9,68
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit	23	9,27
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	38	15,32
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	45	18,15
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	33	13,31
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	29	11,69
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	56	22,58

[62] zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kathetergestützte Eingriffe	**N = 8.020**	
Lokale Komplikationen[63]		
(0) nein	7.805	97,32
(1) ja	215	2,68
davon[64]		
OP-pflichtige Nachblutung	32	14,88
Nervenläsion als Folge des Eingriffs	≤3	x
Karotisverschluss	32	14,88
behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle	119	55,35
Wundinfektionen	≤3	x
sonstige	41	19,07

[63] bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff

[64] Mehrfachnennungen möglich

Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Eingriffe	**N = 34.061**	
Weitere Revaskularisationen während des Aufenthaltes		
Weitere Karotisrevaskularisationen nach kathetergestütztem Ersteingriff	162	0,48
davon		
offen-chirurgisch	14	8,64
- ipsilateral	10	71,43
- kontralateral	4	28,57
kathetergestützt	142	87,65
- ipsilateral	90	63,38
- kontralateral	52	36,62
intrakranielle Prozedur	6	3,70

	Bund (gesamt)
Postprozedurale Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff und Angabe von Werten	7.878
Minimum	0,00
Median	2,00
Mittelwert	5,41
Maximum	232,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	6.043	76,71
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	215	2,73
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	15	0,19
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	72	0,91
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	610	7,74
(07) Tod	325	4,13
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[65]	14	0,18
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	472	5,99
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	83	1,05
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[66]	20	0,25
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[67]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	5	0,06

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[68]		
(1) ja	≤3	x

[65] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
[66] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
[67] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV
[68] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Wochentag der Entlassung		
Montag	862	10,94
Dienstag	988	12,54
Mittwoch	1.435	18,22
Donnerstag	1.636	20,77
Freitag	1.841	23,37
Samstag	846	10,74
Sonntag	270	3,43

Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit kathetergestütztem Eingriff	**N = 7.878**	
Verstorbene Patientinnen und Patienten		
Verstorbene Patientinnen und Patienten gesamt	325	4,13

© IQTIG 2026

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Ambulant erworbene Pneumonie

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

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

Tabellenverzeichnis 4
Abbildungsverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 6
Vorbemerkung 7
1 Hintergrund 8
2 Einordnung der Ergebnisse 12
2.1 Datengrundlage 12
2.1.1 Überblick 12
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 13
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 14
2.2.1 Überblick 14
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 15
2.2.3 Detailergebnisse 17
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 23
2.3.1 Überblick 23
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 24
2.3.3 Detailergebnisse 25
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 29
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 29
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 30
4 Evaluation 32
5 Ausblick 36
Literatur 37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – CAP 9
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – CAP 10
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - CAP 14
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - CAP 15
Tabelle 5: QI 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 17
Tabelle 6: TKez 2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) 17
Tabelle 7: TKez 2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) 17
Tabelle 8: QI 2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme 18
Tabelle 9: QI 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 19
Tabelle 10: QI 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 20
Tabelle 11: TKez 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 20
Tabelle 12: QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 21
Tabelle 13: TKez 231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert) 21
Tabelle 14: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - CAP 24
Tabelle 15: AK 811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit 25
Tabelle 16: AK 811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ 25
Tabelle 17: AK 851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben 26
Tabelle 18: AK 850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 27
Tabelle 19: AK 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 27
Tabelle 20: AK 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 28
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP 29
Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP 30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Jährliche Anzahl der Gesamtdatensätze (inkl. MDS) ab dem Erfassungsjahr 2014 im Verfahren QS CAP. 13
Abbildung 2: Anzahl der Fälle mit ambulant erworbener Pneumonie je Bundesland in den Erfassungsjahren 2023, 2024 und 2025 13
Abbildung 3: Anteile der jeweiligen Altersgruppen an allen Patientinnen und Patienten im Verfahren QS CAP in EJ 2023, 2024 und 2025 22
Abbildung 4: Anteilige Verteilung der Patientinnen und Patienten im Verfahren QS CAP nach ihrem CRB-65-Score (0–4) in EJ 2023, 2024 und 2025 23
Abbildung 5: Ergebnisse der Prozessindikatoren und einer Transparenzkennzahl* von EJ 2006 bis 2025. 33
Abbildung 6: Ergebnisse (Rohe Rate in Prozent) der Kennzahlen zur Sterblichkeit (inkl. und ohne palliative Patientinnen und Patienten) für die Erfassungsjahre 2009 – 2025 33
Abbildung 7: Prozentualer Anteil von Leistungserbringer mit der Bewertung „qualitativ auffällig“ an allen durchgeführten Stellungnahmen des jeweiligen Jahres 34
Abbildung 8: Anzahl der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis an allen durchgeführten Stellungnahmen zu dem jeweiligen Qualitätsindikator im jeweiligen AJ 35

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie (*community-acquired pneumonia*)
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019 (*coronavirus disease 2019*)
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS CAP	QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
STNV	Stellungnahmeverfahren
TKez	Transparenzkennzahl

Vorbemerkung

Der GBA beauftragte das IQTIG im Januar 2023 zu überprüfen, inwieweit sich in den bestehenden QS-Verfahren das Aufwand-Nutzen-Verhältnis verbessern lässt. Hierzu wurden die vom IQTIG entwickelten Eignungskriterien herangezogen. Die 5 Prozessindikatoren des Verfahrens *Ambulant erworbene Pneumonie* (*QS CAP*) wiesen dabei nicht zuverlässig behebbare Defizite in den Eignungskriterien „Validität der Messung" und „Datenqualität" auf. Infolgedessen empfahl das IQTIG, diese Indikatoren (IDs 2005, 2009, 2013, 2028, 2036) ab dem Erfassungsjahr 2026 zu streichen. Der GBA ist dieser Empfehlung gefolgt und hat darüber hinaus beschlossen, den Indikator zur Sterblichkeit (ID 50778) ebenfalls auszusetzen.

Vor diesem Hintergrund wurden die Datenerhebung zum Erfassungsjahr 2026 und die Referenzbereiche aller Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt, sodass seitdem keine Stellungnahmeverfahren zu den Qualitätsindikatoren durch die LAG mehr durchgeführt wurden. Zum Auswertungsjahr 2026 werden die rechnerischen Ergebnisse des bestehenden Indikatorensets somit letztmalig ausgewertet. Zu den Auffälligkeitskriterien wurden im Auswertungsjahr 2025 noch eine kleine Anzahl Stellungnahmeverfahren geführt, da die Referenzbereiche fälschlicherweise nicht ausgesetzt waren. Die Ergebnisse werden dargestellt, jedoch nicht tiefgehender eingeordnet.

© IQTIG 2026

1 Hintergrund

Bei einer Pneumonie (Lungenentzündung) handelt es sich um eine Entzündung des Lungengewebes, die meist durch eine Infektion mit bakteriellen Erregern, z. B. Streptococcus pneumoniae („Pneumokokken"), entsteht. Seltener sind auch Viren oder Pilze die Verursacher einer Pneumonie. Pneumonien werden außer nach der Entstehungsursache auch danach unterschieden, ob sie außerhalb des Krankenhauses (ambulant) oder aber während eines Krankenhausaufenthalts (nosokomial) erworben werden.

Die ambulant erworbene Pneumonie (*community-acquired pneumonia*, CAP) ist eine der häufigsten infektionsbedingten Todesursachen in Deutschland. Eine erhöhte Sterblichkeit im Krankenhaus kann unter anderem durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein. Jährlich werden mehr als 350.000 Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie in Deutschland stationär behandelt. Für einen kleineren Teil der Patientinnen und Patienten ist die Lungenentzündung eine schwerwiegende Komplikation im Rahmen einer schweren chronischen oder einer unheilbaren Grunderkrankung, z. B. einer fortgeschrittenen Krebs -, Lungen-, Herz - oder Stoffwechselerkrankung. Vorbestehende Grunderkrankungen sind mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf der Pneumonie verbunden und erschweren zudem den Behandlungserfolg. Seit dem Jahr 2005 zählen ambulant erworbene Pneumonien zu den dokumentationspflichtigen Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung.

Das Verfahren *QS CAP* dient der Beurteilung der stationären Behandlung von betroffenen Patientinnen und Patienten. Neben deren Sterblichkeit betrachtet das QS-Verfahren insbesondere frühe diagnostische und therapeutische Prozesse während des akutstationären Krankenhausaufenthalts sowie Prozesse kurz vor der Entlassung. Nosokomiale Pneumonien sowie Pneumonien bei Patientinnen und Patienten mit geschwächtem Immunsystem aufgrund von Bestrahlung, Chemotherapie oder anderen immunsuppressiven Maßnahmen werden nicht mit dem QS-Verfahren adressiert.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Mit dem Verfahren *QS CAP* wird das Ziel verfolgt, Patientinnen und Patienten diagnostisch und therapeutisch rechtzeitig zu versorgen und die Sterblichkeit im Krankenhaus zu verringern. Hierfür wird mittels 5 Prozessindikatoren und 3 Kennzahlen die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung der notwendigen diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen gemessen. Die diagnostischen Prozesse werden mit folgenden Qualitätsindikatoren überprüft:

- Der Indikator „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie" (ID 2005) misst, wie häufig eine Blutgasanalyse oder eine Messung der Sauerstoffsättigung (Pulsoxymetrie) innerhalb der ersten 8 Stunden nach Krankenhausaufnahme durchgeführt wurde. Beide Diagnoseverfahren liefern Informationen zum Schweregrad der Erkrankung und folglich auch zur Einleitung entsprechender Behandlungsmaßnahmen.

- Der Indikator „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (ID 50722) misst die Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen die Atemfrequenz bei Aufnahme ins Krankenhaus gemessen wurde (d. h. möglichst noch in der Notaufnahme). Ausgeschlossen sind maschinell beatmete Patientinnen und Patienten. Eine frühzeitige Messung der Atemfrequenz ist für die Bestimmung des Schweregrades der Pneumonie sowie für die Behandlungsstrategie und die Risikoabschätzung von hoher Bedeutung.
- Der Indikator „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (ID 2028) misst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten klinische Stabilitätskriterien bis zum Zeitpunkt der Entlassung (darunter fallen auch Verlegungen) bestimmt wurden. Dazu gehören u. a. Herzfrequenz und Körpertemperatur. Auf diese Weise kann der Therapieerfolg beurteilt und sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten stabil genug für die Entlassung sind, um das Letalitätsrisiko zu senken und stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden.

Therapeutische Maßnahmen werden über zwei Prozessindikatoren erfasst:

- Der Indikator „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) erfasst alle Patientinnen und Patienten, bei denen u. a. zur Verbesserung der Lungenfunktion und zur Vermeidung von Komplikationen eine Mobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme durchgeführt wurde.
- Der Indikator „Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme“ (ID 2009) überprüft, ob innerhalb der ersten 8 Stunden nach Krankenhausaufnahme Antibiotika verabreicht werden. Eine frühzeitige Behandlung mit Antibiotika ist entscheidend für einen schnellen Behandlungserfolg bei einer Pneumonie.

Mithilfe eines risikoadjustierten Ergebnisindikators sowie einer nicht risikoadjustierten Kennzahl zur Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts (IDs 50778 und 231900) wird die Wirksamkeit der Krankenhausbehandlung gemessen.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – CAP

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QS-Dokumentation	2025
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation	2025
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	QS-Dokumentation	2025
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	QS-Dokumentation	2025
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QS-Dokumentation	2025
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QS-Dokumentation	2025
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)*	QS-Dokumentation	2025
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS CAP* sind 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit definiert.

Mittels des Auffälligkeitskriteriums 811822 wird überprüft, ob für Patientinnen und Patienten eine chronische Bettlägerigkeit angegeben wurde. Diese Fälle sollen nicht in den Indikator zur Frühmobilisation (ID 2013) eingehen. Eine Überdokumentation der chronischen Bettlägerigkeit würde zu einer geringeren Validität in diesem Indikator führen.

Mithilfe des Auffälligkeitskriteriums 811826 wird überprüft, ob für Patientinnen und Patienten eine Atemfrequenz von 30 oder mehr Atemzügen pro Minute dokumentiert wurde. Die Atemfrequenz wird u. a. für die Risikoadjustierung des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 50778) erfasst. Wird in über 20 % der Fälle (= Referenzbereich) eine Atemfrequenz von ≥ 30 Atemzügen pro Minute dokumentiert, wird dies als unplausibel betrachtet.

Mittels des Auffälligkeitskriteriums 851900 wird überprüft, ob für Patientinnen und Patienten kurz vor dem Versterben eine palliative Therapiezielsetzung dokumentiert wurde. Diese Fälle werden aus den Prozessindikatoren zur frühen antibiotischen Therapie, zur Frühmobilisation und zur vollständigen Bestimmung der Stabilitätskriterien (IDs 2009, 2013 und 2028) sowie aus dem risikoadjustierten Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 50778) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können folglich einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungserbringerergebnisse haben.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	QS-Dokumentation
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme"	QS-Dokumentation
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	QS-Dokumentation

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Die Anzahl der Datensätze im Verfahren *QS CAP* ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen, im Erfassungsjahr 2025 gegenüber dem Vorjahr jedoch wieder deutlich gesunken (Abbildung 1). Der zuletzt starke Anstieg der Fallzahlen von Erfassungsjahr 2023 zu Erfassungsjahr 2024 war nach Einschätzung des IQTIG und des Expertengremiums auf Bundesebene vor allem auf den Zuwachs von Pneumonien, die durch Mykoplasmen (zellwandlose Bakterien) verursacht werden, sowie eine Verdopplung von Grippe-bedingten Pneumonien zurückzuführen. Durch Änderungen in der Krankheitsklassifikation (ICD-Katalog) im Jahr 2023 ist zudem eine nicht ermittelbare Anzahl nosokomialer Pneumonien in der Grundgesamtheit des Verfahrens enthalten, was eine Herausforderung in der Interpretation der Fallzahlentwicklung darstellt. Der Rückgang der Fallzahlen um 11 % von Erfassungsjahr 2024 zu Erfassungsjahr 2025 ist auch für die Mehrzahl der Bundesländer darstellbar (Abbildung 2). Außerdem ist die Anzahl Mykoplasmen-bedingter Pneumonien deutlich (-74 %) zurückgegangen. Ein weiterer Rückgang findet sich vor allem bei den folgenden Pneumonie-Varianten (nach ICD-Kode):

- Pneumonie durch sonstige Viren (J12.8; -58 %, -15.769 Fälle)
- Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet (J18.0; -14 %, -4.427 Fälle)
- Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet (J18.8; -16 %, -4.569 Fälle)
- Pneumonie, nicht näher bezeichnet (J18.9; -15 %, -10.017 Fälle)

Dagegen sind Grippe-assoziierte Pneumonien (ICD J10.0 – mit Virusnachweis, ICD J11.0 – ohne Virusnachweis) erneut angestiegen (+70 %, +9.208 Fälle, resp. +52 %, +369 Fälle).

Der Anteil an COVID-19-Fällen, die im Verfahren erfasst werden, sinkt weiterhin kontinuierlich. Ab dem Erfassungsjahr 2022 wurden die Zusatzkodierungen U07.1 und U07.2 (COVID-19 mit und ohne Virusnachweis) in der Bundesauswertung ausgewiesen. Die Häufigkeit von U07.1 (COVID-19 mit Virusnachweis) halbiert sich seit dem Erfassungsjahr 2022 jährlich und steht aktuell (AJ 2026) bei 3,6 %. Als Limitation gilt, dass Zusatzkodierungen in der Praxis nicht immer zuverlässig verwendet werden, da sie nicht abrechnungsrelevant sind.

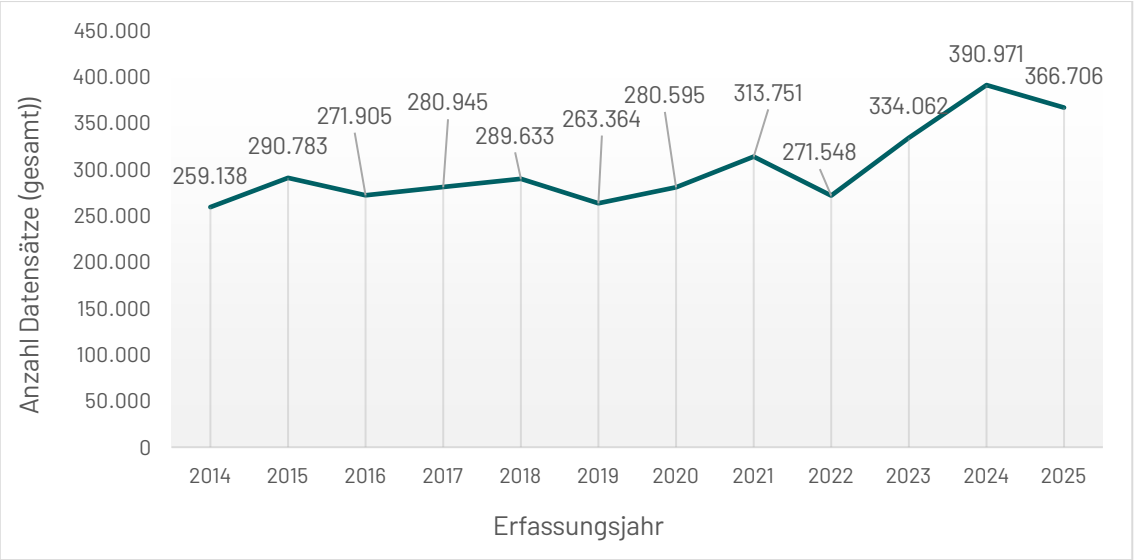


Abbildung 1: Jährliche Anzahl der Gesamtdatensätze (inkl. MDS) ab dem Erfassungsjahr 2014 im Verfahren QS CAP.

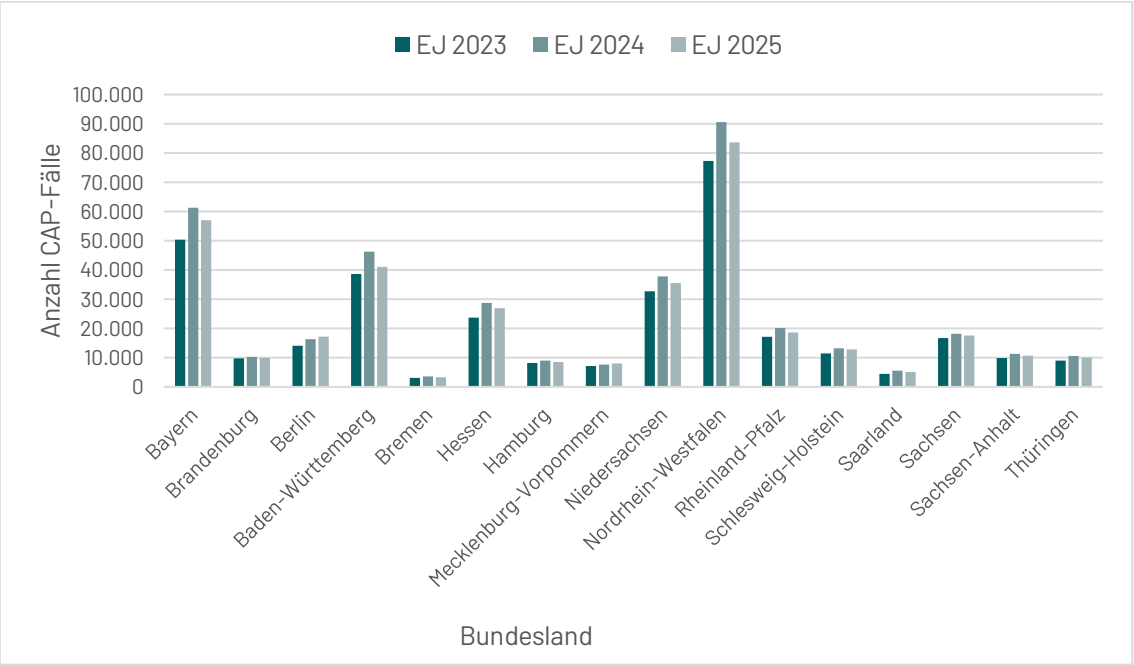


Abbildung 2: Anzahl der Fälle mit ambulant erworbener Pneumonie je Bundesland in den Erfassungsjahren 2023, 2024 und 2025

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Für das Verfahren *QS CAP* erfolgt die Auswertung nach dem Auswertungsstandort. Dabei ist der Auswertungsstandort der aufnehmende Standort.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - CAP

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	366.706 366.072 634	364.620	100,57
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.258		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.268	1.265	100,24
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	1.055	1.050	100,48

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Für das Auswertungsjahr 2026 werden ausschließlich die rechnerischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen berichtet. Da die Referenzbereiche bereits im Erfassungsjahr 2024 ausgesetzt wurden, entfielen die Stellungnahmeverfahren. Folglich liegen im aktuellen Berichtsjahr keine qualitativen Auffälligkeiten vor.

Die Prozessindikatoren spiegeln ein durchgängig hohes Versorgungsniveau wider. Die Bundesergebnisse von 4 der 5 Indikatoren (IDs 2005, 50722, 2013 und 2028) entsprechen, mit nur geringfügigen Schwankungen, weitgehend denen des Vorjahrs.

Der risikoadjustierte Indikator zur Sterblichkeit nach ambulant erworbener Pneumonie (ID 50778) weist im Auswertungsjahr 2026 eine rohe Rate (O/N) von 6,16 % auf und ist damit gegenüber dem Vorjahr (O/N= 5,72 %) angestiegen. Der Grund dafür ist in erster Linie auf strukturelle Veränderungen im Patientenkollektiv zurückzuführen: Der Anteil jüngerer, insgesamt gesünderer Patientinnen und Patienten ging zurück, zugleich nahmen die Fälle von Mykoplasmen-Pneumonien um 74 % ab. Die hiervon betroffenen Patientinnen und Patienten weisen im Durchschnitt eine geringere Sterblichkeit auf.

Das Expertengremium auf Bundesebene wertet insgesamt die kontinuierliche Verbesserung der Indikatorenergebnisse seit Einführung von *QS CAP* im Jahr 2005 als Erfolg des Qualitätssicherungsverfahrens und sieht die Leitlinienempfehlungen in der klinischen Praxis kontinuierlich umgesetzt.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - CAP

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	98,92 % O = 386.268 N = 390.484	99,01 % O = 362.461 N = 366.072 (nicht definiert)	vergleichbar
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)*	98,98 % O = 369.852 N = 373.675	99,08 % O = 346.008 N = 349.235	vergleichbar
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)*	97,66 % O = 16.416 N = 16.809	97,72 % O = 16.453 N = 16.837	vergleichbar
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	94,05 % O = 275.223 N = 292.636	93,48 % O = 261.245 N = 279.469 (nicht definiert)	vergleichbar
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	93,18 % O = 170.721 N = 183.209	92,81 % O = 169.378 N = 182.508 (nicht definiert)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	96,90 % O = 285.683 N = 294.808	97,04 % O = 261.327 N = 269.296 (nicht definiert)	vergleichbar
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung*	98,43 % O = 280.971 N = 285.464	98,52 % O = 257.260 N = 261.120	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,01 O/E = 19.496 / 19.248,90 5,72 % O/N = 19.496 / 340.975	1,01 O/E = 19.385 / 19.184,24 6,16 % O/N = 19.385 / 314.766 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)*	13,16 % O = 51.407 N = 390.484	14,22 % O = 52.064 N = 366.072	vergleichbar
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	97,01 % O = 371.511 N = 382.969	96,69 % O = 346.952 N = 358.818 (nicht definiert)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

2.2.3 Detailergebnisse

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (IDs 2005–2007)

Tabelle 5: QI 2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	98,94 % O = 330.129 N = 333.649	98,92 % O = 386.268 N = 390.484	**99,01 %** **O = 362.461** **N = 366.072**
rechnerische Auffälligkeiten	44 / 1.322 3,33 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 44 11,36 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.322 0,38 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 6: TKez 2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	98,99 % O = 314.675 N = 317.891	98,98 % O = 369.852 N = 373.675	**99,08 %** **O = 346.008** **N = 349.235**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 7: TKez 2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	98,07 % O = 15.454 N = 15.758	97,66 % O = 16.416 N = 16.809	**97,72 %** **O = 16.453** **N = 16.837**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die frühzeitige Messung der Sauerstoffsättigung des Blutes liefert Informationen zum Schweregrad der Erkrankung und folglich auch zur Einleitung entsprechender Behandlungsmaßnahmen.

Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen frühzeitig eine erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie durchgeführt wird, soll hoch sein. Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators (ID 2005) ist auf einem vergleichbar hohen Niveau wie die vorangegangenen Jahre.

Die beiden Transparenzkennzahlen stellen Strata dieses Qualitätsindikators dar. Die Transparenzkennzahl „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)" (ID 2006) gibt dabei an, in wie vielen Fällen eine erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme bei Patientinnen und Patienten durchgeführt wurde, die nicht aus einem anderen Krankenhaus verlegt wurden. Die Transparenzkennzahl „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)" (ID 2007) bezieht sich dagegen Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden.

Die Bundesergebnisse sind für beide Transparenzkennzahlen weiterhin auf einem nahezu identisch hohen Niveau.

Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme (ID 2009)

Tabelle 8: QI 2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	93,83 % O = 207.243 N = 220.872	94,05 % O = 275.223 N = 292.636	**93,48 %** **O = 261.245** **N = 279.469**
rechnerische Auffälligkeiten	221 / 1.281 17,25 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	56 / 221 25,34 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	56 / 1.281 4,37 %	**n. a.**	n. a.

Der Qualitätsindikator bildet die Gabe einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten acht Stunden nach der Aufnahme ins Krankenhaus ab. Mit der frühzeitigen Gabe eines Antibiotikums kann ein schnellerer Behandlungserfolg erzielt werden. Das Ergebnis des Indikators sollte daher möglichst hoch sein. Das Bundesergebnis ist weiterhin auf einem hohen Niveau, wenn auch ein wenig niedriger als im Vorjahr.

Frühmobilisation nach Aufnahme (ID 2013)

Tabelle 9: QI 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	92,88 % O = 151.953 N = 163.602	93,18 % O = 170.721 N = 183.209	**92,81 %** **O = 169.378** **N = 182.508**
rechnerische Auffälligkeiten	252 / 1.275 19,76 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	47 / 252 18,65 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	47 / 1.275 3,69 %	**n. a.**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert eine frühzeitige Mobilisation von klinisch stabilen Patientinnen und Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt länger als einem Tag. Als klinisch stabil gelten Betroffene, die gemäß dem CRB-65-Score in die Risikoklasse 1 und 2 fallen. Folgende Kriterien sind Bestandteil des CRB-65-Score:

- Bewusstseinseintrübung (***c**onfusion*)
- Atemfrequenz ≥ 30 pro Minute (***r**espiratory rate*)
- Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (***b**lood pressure*)
- Alter ≥ **65** Jahre

Die Eingruppierung der Betroffenen erfolgt in drei Risikoklassen:

- Risikoklasse 1 = 0 vorhandene Kriterien nach CRB-65
- Risikoklasse 2 = 1 bis 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65
- Risikoklasse 3 = 3 bis 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65

Eine Mobilisation gilt als ausreichend intensiv und rechtzeitig, wenn sie insgesamt (auch kumulativ) mindestens 20 Minuten dauert und innerhalb der ersten 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme erfolgt. Der Anteil an frühzeitig mobilisierten klinisch stabilen Patientinnen und Patienten soll möglichst hoch sein.

Im Vergleich zum Vorjahr ist das Bundesergebnis leicht rückläufig, aber noch immer auf einem hohen Niveau.

Klinische Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (IDs 2028 und 2036)

Tabelle 10: QI 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	96,00 % O = 231.557 N = 241.210	96,90 % O = 285.683 N = 294.808	**97,04 %** **O = 261.327** **N = 269.296**
rechnerische Auffälligkeiten	267 / 1.283 20,81 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	97 / 267 36,33 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	97 / 1.283 7,56 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 11: TKez 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	98,51 % O = 227.855 N = 231.292	98,43 % O = 280.971 N = 285.464	**98,52 %** **O = 257.260** **N = 261.120**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Zu den klinischen Stabilitätskriterien bei einer Pneumonie gehören systolischer Blutdruck, Herzfrequenz, spontane Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Körpertemperatur, stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme sowie Desorientierung. Der Qualitätsindikator bildet die vollständige Bestimmung dieser Kriterien für alle Patientinnen und Patienten bis zur Entlassung ab. Da es sich um wichtige diagnostische Informationen zur Erfassung des Therapieerfolgs handelt, soll das Ergebnis des Indikators möglichst hoch sein.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators (ID 2028) ist gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen. Die Transparenzkennzahl „Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung" (ID 2036) ist ein Stratum dieses Qualitätsindikators. Sie gibt die Anzahl der Fälle an, bei denen die Mindestanforderungen der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung erreicht waren. Das Bundesergebnis der Transparenzkennzahl ist vergleichbar zu den beiden Vorjahren.

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus (IDs 50778 und 231900)

Tabelle 12: QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,18 O/E = 21.461 / 18.182,98 7,52 % O/N = 21.461 / 285.505	1,01 O/E = 19.496 / 19.248,90 5,72 % O/N = 19.496 / 340.975	**1,01** **O/E = 19.385 / 19.184,24** **6,16 %** **O/N = 19.385 / 314.766**
rechnerische Auffälligkeiten	95 / 1.319 7,20 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 95 10,53 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 1.319 0,76 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 13: TKez 231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	15,88 % O = 52.984 N = 333.649	13,16 % O = 51.407 N = 390.484	**14,22 %** **O = 52.064** **N = 366.072**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) werden die Patientinnen und Patienten erfasst, die mit einer ambulant erworbenen Pneumonie im Krankenhaus verstorben sind und bei denen keine Therapieeinstellungen dokumentiert wurde. Das Ergebnis des Indikators sollte möglichst gering sein. Der Indikator ist mittels multipler logistischer Regression risikoadjustiert. Als Risikofaktoren werden Falleigenschaften gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst werden und für die im statistischen Schätzmodell signifikante Effekte auf den betrachteten Endpunkt nachgewiesen werden können. Eine vollständige Liste der Risikofaktoren und deren Gewichtung ist den endgültigen Rechenregeln (AJ 2026) zu entnehmen.

Das risikoadjustierte Ergebnis dieses Indikators ist ein Prozent höher, als anhand der Vorjahresdaten zu erwarten war. Die rohe Rate, also die Anzahl beobachteter Fälle (O) zu allen Fällen (N), ist im Vergleich zum Vorjahr, entgegen dem vorangegangen rückläufigen Trend, wieder leicht

gestiegen. Der niedrige Wert im Vorjahr (5,72 %) begründete sich vor allem mit einem deutlichen Anstieg jüngerer, insgesamt gesünderer Patientinnen und Patienten mit einem CRB-65-Score = 0 und der durch Mykoplasmen verursachten Pneumonien. Im Auswertungsjahr 2026 ist der Anteil dieser Pneumonien um 74 % zurückgegangen. Ebenfalls rückläufig sind die Anteile von Patientinnen und Patienten unter 50 Jahren (Abbildung 3, -5,58 %) sowie derjenigen mit CRB-65-Score = 0 (Abbildung 4, -5,7 %). Diese Aspekte sind konsistent zu der etwas höheren Sterblichkeitsrate (6,16 %) im Auswertungsjahr 2026.

Mit der Transparenzkennzahl „Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)“ (ID 231900) wird die Anzahl aller im Krankenhaus verstorbenen Patientinnen und Patienten ohne patientenbezogene Risikoadjustierung gemessen. Das Ergebnis wird ratenbasiert berechnet und ist im Vergleich zum Vorjahr um ca. 1 % gestiegen. Die rückläufige Anzahl der durch Mykoplasmen bedingten Pneumonien, die eine geringere Sterblichkeit vorweisen, sowie der geringere Anteil jüngerer und gesünderer Patientinnen und Patienten (Abbildung 3 und Abbildung 4) sind konsistent mit dem leicht gestiegenen Ergebnis im Auswertungsjahr 2026.

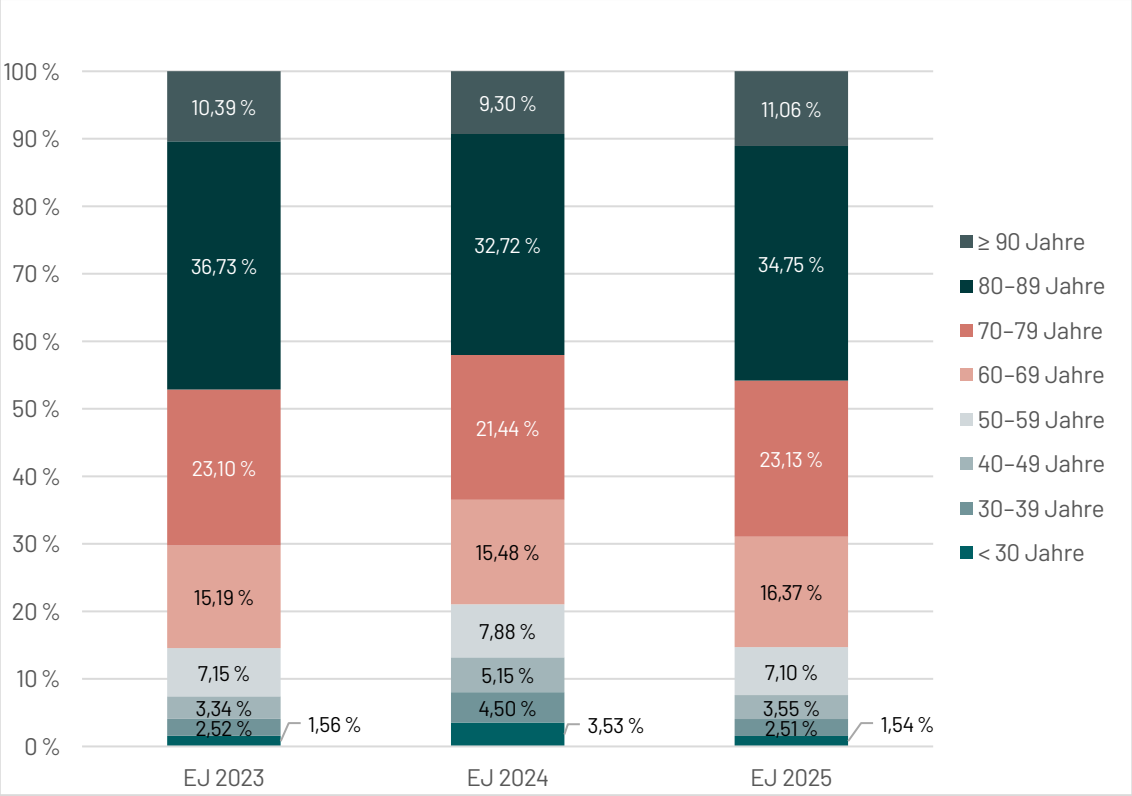


Abbildung 3: Anteile der jeweiligen Altersgruppen an allen Patientinnen und Patienten im Verfahren QS CAP in EJ 2023, 2024 und 2025

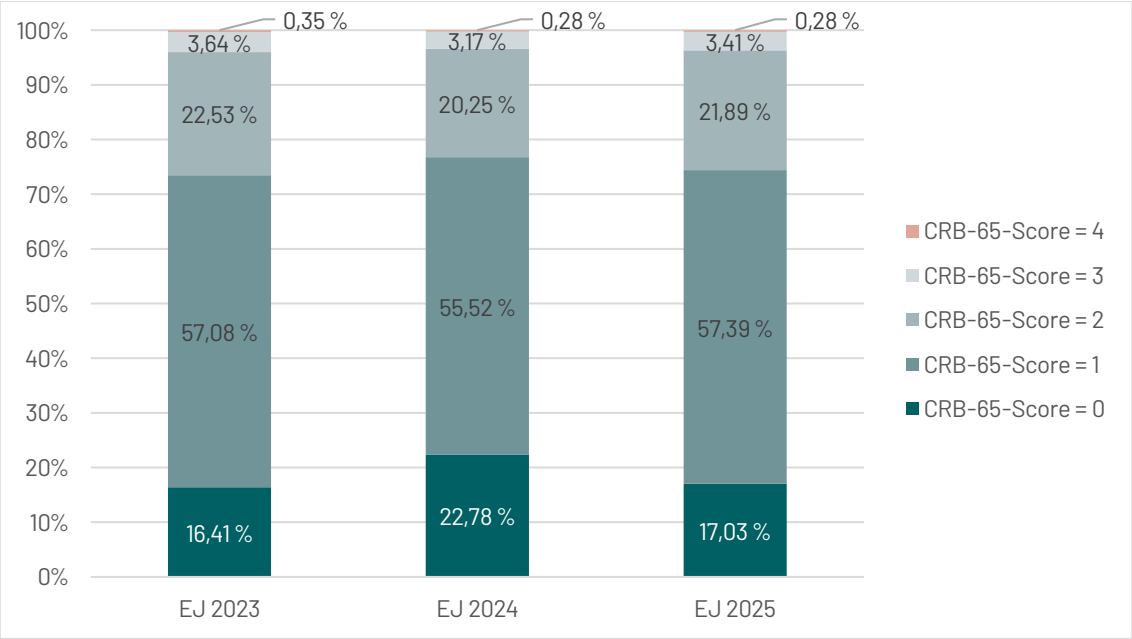


Abbildung 4: Anteilige Verteilung der Patientinnen und Patienten im Verfahren QS CAP nach ihrem CRB-65-Score (0–4) in EJ 2023, 2024 und 2025.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Analog zu den Qualitätsindikatoren werden im Auswertungsjahr 2026 ausschließlich die rechnerischen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien berichtet. Durch den ausgesetzten Referenzbereich gibt es keine rechnerische Auffälligkeit und es wurden keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Die Referenzbereiche der Auffälligkeitskriterien wurden fälschlicherweise für das Erfassungsjahr 2024 nicht ausgesetzt, sodass eine rechnerische Auffälligkeit ermittelt wurde. Stellungnahmeverfahren wurden aufgrund der bereits ausgesetzten Referenzbereiche der dazugehörigen Qualitätsindikatoren in der überwiegenden Anzahl der Fälle (61) nicht eingeleitet. Insgesamt wurden 12 Stellungnahmen geführt – wovon 4 ein qualitativ auffälliges Leistungserbringerergebnis hatten und 8 im Ergebnis zu einer Bewertung als qualitativ unauffällig kamen.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 14: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - CAP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	4,90 % 12.486/254.655 (nicht definiert)
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	6,61 % 21.858/330.591 (nicht definiert)
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	14,19 % 2.801/19.733 (nicht definiert)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,57 % 366.706/364.620 (nicht definiert)
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,57 % 366.706/364.620 (nicht definiert)
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,17 % 634/364.620 (nicht definiert)

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 15: AK 811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	5,21 % O = 12.210 N = 234.355	4,48 % O = 12.744 N = 284.625	**4,90 %** **O = 12.486** **N = 254.655**
rechnerische Auffälligkeiten	9 / 1.311 0,69 %	5 / 1.287 0,39 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 9 44,44 %	**0 / 5** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 1.311 0,31 %	**0 / 1.287*** **0,00 %**	n. a.

* Es wurden nur 2 Stellungnahmeverfahren geführt. Die Begründung dafür findet sich in Abschnitt 2.3.1.

Fälle von Patientinnen und Patienten, die chronisch bettlägerig sind, werden aus dem Indikator „Frühmobilisation nach Aufnahme“ (ID 2013) ausgeschlossen. Außerdem wird chronische Bettlägerigkeit als Risikofaktor für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 50778) geführt. Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums wird geprüft, ob eine unplausibel hohe Anzahl solcher Fälle dokumentiert wurde.

Das Ergebnis des Auffälligkeitskriteriums lag im Auswertungsjahr 2026 über dem des Vorjahres, aber unter dem des Vorvorjahres.

Tabelle 16: AK 811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	7,45 % O = 19.414 N = 260.729	6,54 % O = 22.029 N = 337.055	**6,61 %** **O = 21.858** **N = 330.591**
rechnerische Auffälligkeiten	34 / 1.293 2,63 %	34 / 1.273 2,67 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 34 17,65 %	**0 / 34** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 1.293 0,46 %	**0 / 1.273*** **0,00 %**	n. a.

* Es wurden nur 2 Stellungnahmeverfahren geführt. Die Begründung dafür findet sich in Abschnitt 2.3.1.

Die Atemfrequenz ist ein Parameter, der Aufschlüsse über die Schwere der Erkrankung gibt und folglich auch für den Verlauf der Erkrankung und für Behandlungsentscheidungen von Bedeutung ist. Dieser Wert wird daher auch für die Risikoadjustierung des Indikators „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 50778) herangezogen. Wird für mehr als 5 % der Fälle eine Atemfrequenz von ≥ 30 Atemzügen pro Minute dokumentiert, wird ein Leistungserbringer rechnerisch auffällig. Das Ergebnis des Auffälligkeitskriteriums sollte möglichst gering sein.

Das Bundesergebnis ist im Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen.

Tabelle 17: AK 851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	14,33 % O = 2.803 N = 19.561	14,06 % O = 2.755 N = 19.590	**14,19 %** **O = 2.801** **N = 19.733**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 1.155 0,43 %	5 / 1.135 0,44 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 20,00 %	**0 / 5** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 1.155 0,09 %	**0 / 1.135** **0,00 %**	n. a.

Wird ein Therapieverzicht aufgrund einer palliativen Therapiezielsetzung in über 50 % der Fälle im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert, kann dies ein Hinweis auf Fehldokumentationen sein. Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus den Prozessindikatoren zur frühen antibiotischen Therapie nach Aufnahme (ID 2009), zur Frühmobilisation nach Aufnahme (ID 2013) und zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ID 2028) sowie aus dem Sterblichkeitsindikator (ID 50778) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend relevanten Einfluss auf die Einrichtungsergebnisse haben. Die Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums sollten möglichst niedrig sein.

Das Bundesergebnis liegt in einem ähnlichen Wertebereich wie in den beiden Vorjahren.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 18: AK 850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,11 % O = 334.062 N = 330.404	100,69 % O = 390.971 N = 388.275	**100,57 %** **O = 366.706** **N = 364.620**
rechnerische Auffälligkeiten	19 / 1.314 1,45 %	15 / 1.294 1,16 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 19 68,42 %	**3 / 15** **20,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 1.314 0,99 %	**3 / 1.294*** **0,23 %**	n. a.

* Es wurden nur 2 Stellungnahmeverfahren geführt. Die Begründung dafür findet sich in Abschnitt 2.3.1.

Tabelle 19: AK 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,11 % O = 334.062 N = 330.404	100,69 % O = 390.971 N = 388.275	**100,57 %** **O = 366.706** **N = 364.620**
rechnerische Auffälligkeiten	11 / 1.314 0,84 %	7 / 1.294 0,54 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 11 45,45 %	**1 / 7** **14,29 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 1.314 0,38 %	**1 / 1.294*** **0,08 %**	n. a.

* Es wurden nur 2 Stellungnahmeverfahren geführt. Die Begründung dafür findet sich in Abschnitt 2.3.1.

Die Auffälligkeitskriterien 850101 und 850102 zielen darauf ab, eine mögliche Unter- bzw. Überdokumentation abzubilden. Die Dokumentationsrate wird ermittelt, indem die Anzahl der Fälle, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird.

Eine Unter- oder Überdokumentation kann Auswirkung auf Ebene der Indikatorenergebnisse haben, daher sollte das Ergebnis der Auffälligkeitskriterien möglichst über 95 % bzw. unter 110 % liegen. Ein Stellungnahmeverfahren wurde aufgrund der Aussetzung des Verfahrens nicht mehr geführt.

Tabelle 20: AK 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,12 % O = 413 N = 330.404	0,13 % O = 487 N = 388.275	**0,17 %** **O = 634** **N = 364.620**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 1.314 0,38 %	7 / 1.294 0,54 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 20,00 %	**0 / 7** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 1.314 0,08 %	**0 / 1.294*** **0,00 %**	n. a.

* Es wurden nur 2 Stellungnahmeverfahren geführt. Die Begründung dafür findet sich in Abschnitt 2.3.1.

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Wenn dieser Anteil zu hoch liegt, kann dies ein Hinweis auf Dokumentationsfehler sein. Im Gegensatz zum Vorjahr wurden anteilig und absolut mehr Datensätze als in den beiden vorangegangenen Jahren angelegt. Eine zunehmende Tendenz ist erkennbar. Ein Stellungnahmeverfahren, in dem diesem Trend nachgegangen werden könnte, wurde aufgrund der Aussetzung des Verfahrens nicht mehr geführt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7.798	-	7.649	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.798	100,00	0	-
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1.134	14,54	0	-
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	-
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1.134	100,00	0	-
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1.134	100,00	0	-
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	-
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	-
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	380	33,51	0	-
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	754	66,49	0	-
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	754	100,00	0	-
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	13	1,72	0	-
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	-
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	-
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	298	26,28	0	-
Bewertung als qualitativ auffällig	297	26,19	0	-
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	132	11,64	0	-
Sonstiges	27	2,38	0	-

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	127	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Aufgrund der Ergebnisse der Weiterentwicklung nach Eckpunktebeauftragung im Jahr 2023 wurden die Referenzbereiche der Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2024 ausgesetzt und entsprechend keine Stellungnahmeverfahren geführt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul CAP

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	7.753	100,00	7.610	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	83	1,07	73	0,96
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	83	100,00	73	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	17	20,48	61	83,56
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	66	79,52	12	16,44
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	66	100,00	12	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	30	36,14	6	8,22
Bewertung als qualitativ auffällig	30	36,14	4	5,48
Sonstiges	6	7,23	2	2,74
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	3	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Die Referenzbereiche der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit waren zum Auswertungsjahr 2025 noch nicht ausgesetzt, hierbei handelt es sich jedoch um einen Fehler. Zur Einsparung von Aufwänden wurden entsprechend zu allen Auffälligkeitskriterien, trotz vorhandener Referenzbereiche, nur einige wenige Stellungnahmeverfahren geführt. Zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit wurden vier Stellungnahmeverfahren eingeleitet, die jeweils zu einem qualitativ unauffälligen Ergebnis oder mit der Bewertung „Sonstiges" abgeschlossen wurden. Bei den acht geführten Stellungnahmeverfahren zu den Auffälligkeitskriterien mit Bezug zur Vollzähligkeit wurde(n) im:

- Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (ID 850229) dreimal die Bewertung qualitativ unauffällig mit der Begründung einer geriatrischen Sekundärbehandlung vergeben
- Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850102) ein Leistungserbringer qualitativ unauffällig und ein Leistungserbringer qualitativ auffällig bewertet, jeweils mit der Begründung, Softwareprobleme seien ursächlich für die rechnerische Auffälligkeit
- Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850101) drei Leistungserbringer als qualitativ auffällig eingestuft, zweimal kam es aufgrund personeller Herausforderungen zu einer unvollständigen Übermittlung der QS-Dokumentationsbögen an die Datenannahmestelle, einmal wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt.

4 Evaluation

Aufgrund der letztmaligen Datenerfassung im Erfassungsjahr 2025 und der geplanten Umstellung des Verfahrens auf Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle sind keine Rückmeldungen mehr aus den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) zum Auswertungsjahr 2026 an das IQTIG übermittelt worden.

Daher soll ein Rückblick auf das Verfahren mit Schwerpunkten zu den Themen Fallzahl und Schwierigkeiten durch Änderungen an den U-Kodierungen, Ergebnisse der Indikatoren von 2006 bis 2025 und besondere Aspekte des Stellungnahmeverfahrens aus den Auswertungsjahren 2022, 2023 und 2024, gegeben werden.

Die Anzahl der im Verfahren *QS CAP* eingeschlossenen Fälle hat sich im Laufe der vergangenen 10 Jahre stetig erhöht mit einem Peak im Erfassungsjahr 2024 von über 390.000 Fällen. Aufgrund von Änderungen der U-Kodierungen für die Pneumonien im Katalog des Bundesamts für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Unschärfe bezüglich der Anzahl nosokomialer Pneumonien zum Erfassungsjahr 2023 entstanden, dennoch ist der Trend eindeutig (Abbildung 1). Die Änderungen beinhalteten die Streichung der Kodes U69.02! und U69.03! sowie die Neueinführung von U69.04! und eine textuelle Änderung von U69.01!. Die beiden gestrichenen Kodes differenzierten den zeitlichen Abstand einer vorangegangenen Hospitalisierung zum aktuellen Aufenthalt, U69.01! wurde für nosokomiale Pneumonien verwendet, und U69.04! sollte für ambulant erworbene Pneumonien zusätzlich kodiert werden. Bei der textlichen Änderung von U69.01! wurde die Passage „im Krankenhaus erworbene [Pneumonie]“ gestrichen, sodass dieser Kode nicht mehr zum Ausschluss von „zuverlegten“ Patientinnen und Patienten mit nosokomialer Pneumonie genutzt werden kann. Das Expertengremium auf Bundesebene empfiehlt daher eine erneute textliche Änderung von U69.01! in Form der Ergänzung um eine Formulierung, aus der ein vorangegangener Aufenthalt hervorgeht, und zudem die ersatzlose Streichung von U69.04!, da dieser Kode nicht benötigt werde.

Insgesamt zeigen die Bundesergebnisse der Prozessindikatoren seit dem Erfassungsjahr 2017 ein durchgehend hohes Niveau bei gleichzeitigem Anstieg der Hinweise auf strukturelle und prozessuale Mängel in der Versorgungsqualität der ambulant erworbenen Pneumonie in den Auswertungsjahren 2022, 2023 und 2024. Die stetige Verbesserung und die anschließende Stabilität der Bundesergebnisse schätzen die Mitglieder des Expertengremiums im Rahmen der Frühjahrssitzung 2026 auch als positiven Effekt des Verfahrens *QS CAP* ein (Abbildung 5). Die Sterblichkeit (Ergebnisindikator) inklusive palliativer Patientinnen und Patienten lag seit 2009 – mit Ausnahme der Coronapandemie-Jahre 2020-2022 – ohne große Veränderungen stets zwischen 12 und 14 %. Bei den Patientinnen und Patienten ohne dokumentierte Therapieeinstellung ist die Sterblichkeit von 12,12 % im Erfassungsjahr 2009 – ebenfalls mit Schwankungen in den Corona-Jahren – auf 6,11 % im Erfassungsjahr 2025 zurückgegangen und hat sich demnach fast halbiert (Abbildung 6). Das IQTIG hat mittels der in den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2024b) beschriebenen Berechnungsmethode dennoch ein weiterhin hohes Verbesserungspotenzial errechnet und empfiehlt

daher eine Weiterführung des Indikators zur Sterblichkeit ab dem Erfassungsjahr 2028 auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen.

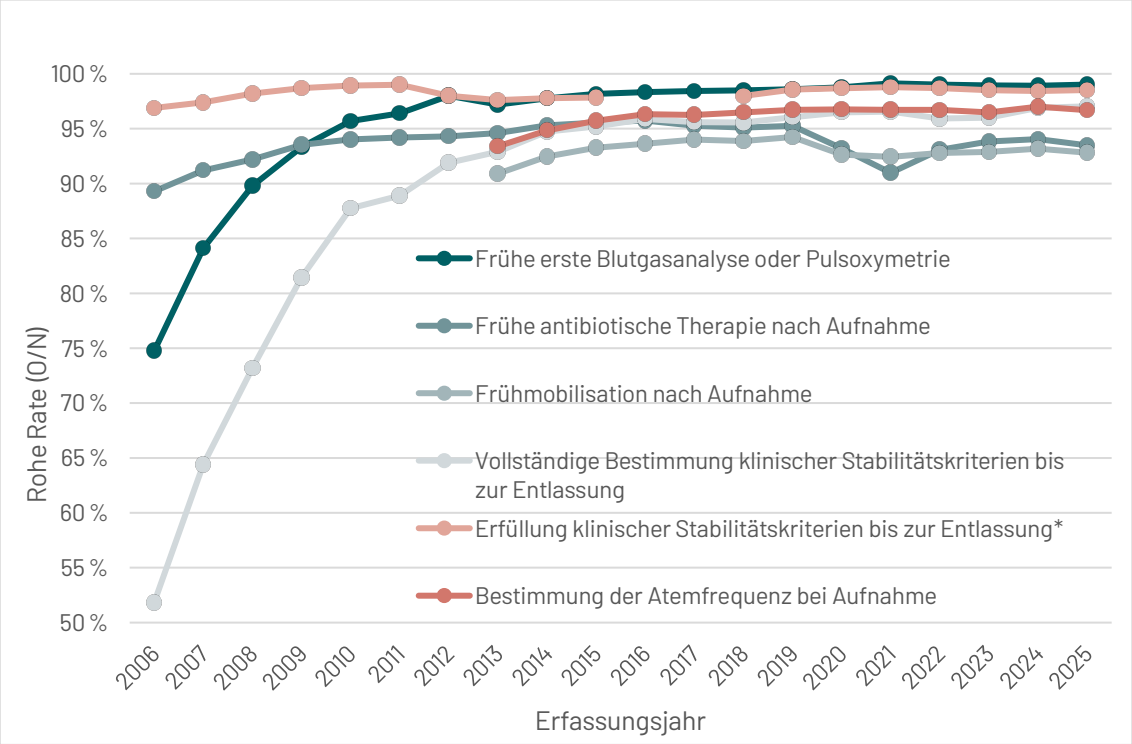


Abbildung 5: Ergebnisse der Prozessindikatoren und einer Transparenzkennzahl von EJ 2006 bis 2025.*

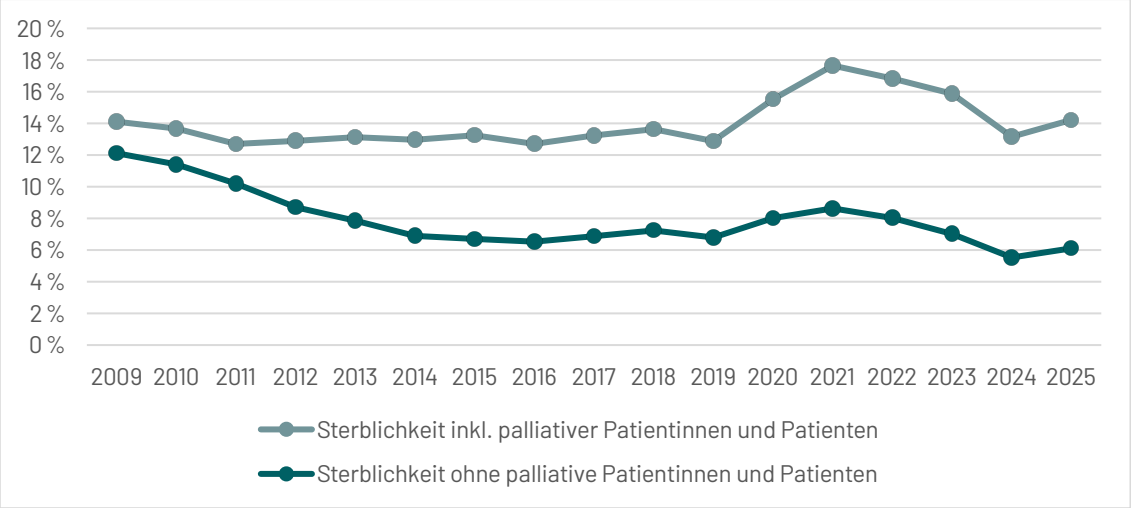


Abbildung 6: Ergebnisse (Rohe Rate in Prozent) der Kennzahlen zur Sterblichkeit (inkl. und ohne palliative Patientinnen und Patienten) für die Erfassungsjahre 2009 – 2025.

Weiterhin kann die Zunahme der qualitativen Auffälligkeiten (Abbildung 7) sowohl auf Veränderungen in der Einleitung und Durchführung des Stellungnahmeverfahrens als auch auf Defizite bzw. Verbesserungspotenziale in der stationären Versorgung dieser Erkrankung hinweisen. Bei

vergleichbarer Anzahl und vergleichbarem Anteil rechnerisch auffälliger Ergebnisse in den Auswertungsjahren 2024 und 2023 (AJ 2023: 1.134, 14,54 %; AJ 2024: 1.216, 15,4 6%) hat sich der Anteil eingeleiteter Stellungnahmeverfahren um ca. 10 % verringert (AJ 2023: 75,08 %; AJ 2024: 66,49 %). Der Anteil der qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse an den durchgeführten Stellungnahmen ist ebenfalls um ca. 10 % zurückgegangen. Der Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse ist dabei vergleichbar geblieben (AJ 2023: 25,08 %, AJ 2024: 26,09 %). Innerhalb der qualitativ auffälligen Ergebnisse der Auswertungsjahre 2025, 2024 und 2023 hat sich jedoch die Verteilung der Anteile der drei Bewertungskategorien A71, A72 und A99 verändert. Insbesondere die Einstufung A71 (Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel) ist anteilig bei allen Indikatoren deutlich häufiger vergeben worden. Die Anzahl der als „qualitativ auffällig" bewerteten Leistungserbringer ist dabei in den Indikatoren 2009 und 2013 zurückgegangen und in allen anderen Qualitätsindikatoren gestiegen (Abbildung 8). Die Prozessindikatoren wurden vor allem aufgrund niedriger Datenqualität und geringer Validität zur Streichung empfohlen (IQTIG 2024a). Die Inhalte der Prozessindikatoren sind an der Leitlinie zur Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie orientiert und können daher für ein zukünftiges Stellungnahmeverfahren als Anhaltspunkte zur Einschätzung des Versorgungsablaufs mitgedacht werden.

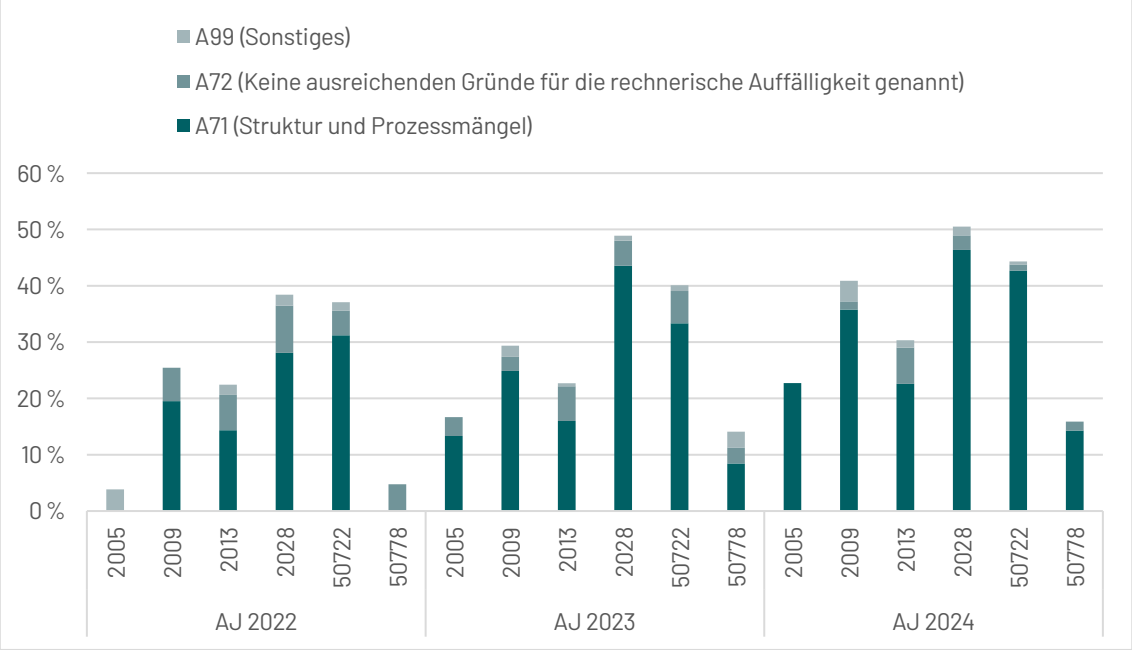


Abbildung 7: Prozentualer Anteil von Leistungserbringer mit der Bewertung „qualitativ auffällig" an allen durchgeführten Stellungnahmen des jeweiligen Jahres. Die Bewertung „qualitativ auffällig" wird durch die Kategorien A71, A72, A99 definiert. Diese sind mit ihren jeweiligen prozentualen Anteilen für jeden Qualitätsindikator dargestellt.

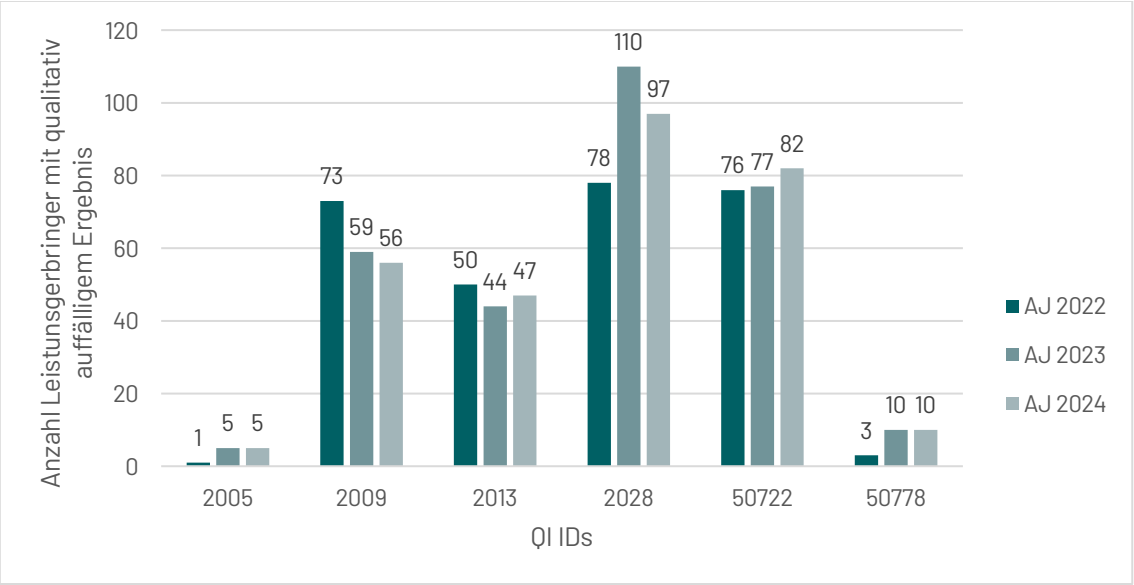


Abbildung 8: Anzahl der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis an allen durchgeführten Stellungnahmen zu dem jeweiligen Qualitätsindikator im jeweiligen AJ

5 Ausblick

Das IQTIG empfiehlt eine Wiederaufnahme des Verfahrens mit einem Indikator zur Inhouse-Sterblichkeit zum Erfassungsjahr 2028 auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen. Hierzu wurde im Jahr 2026 ein Beteiligungsverfahren durchgeführt. Die Ergebnisse fließen in die Spezifikations- und Rechenregelempfehlungen zum Erfassungsjahr 2028 ein. Die Einführung der Risikoadjustierung und damit einhergehend eines Referenzbereichs für diesen Indikator wird, unter der Voraussetzung, dass zum Jahr 2028 plausible und vollständige Daten vorliegen, zum Auswertungsjahr 2030 möglich sein. Demzufolge liegen erste Ergebnisse eines Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2031 vor. Das IQTIG ist derzeit mit der Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens als des zentralen Instruments zur qualitativen Beurteilung rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse beauftragt. Die Pilotphase wird mit den beiden QS-Verfahren *Mammachirurgie* (*QS MC*) und *Dekubitusprophylaxe* (*QS DEK*) durchgeführt, die Ergebnisse werden für das Verfahren *QS CAP* berücksichtigt werden.

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS KCHK*, *QS CAP*, *QS MC*, *QS KAROTIS*, *QS DEK* und *QS HGV*. Abschlussbericht. [Stand:] 16.08.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_WE-datengestuetzte-QS-Verfahren-KCHK-CAP-MC-KAROTIS-DEK-HGV_Abschlussbericht_2024-08-16_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 29.06.2026).

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: 05.08.2026).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

CAP:
Ambulant erworbene Pneumonie

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Ambulant erworbene Pneumonie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 8

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 10

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 12

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 12

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 12

2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) 15

2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) 18

Details zu den Ergebnissen 21

2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme 22

Details zu den Ergebnissen 25

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 27

Details zu den Ergebnissen 30

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 31

Details zu den Ergebnissen 34

2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 35

Details zu den Ergebnissen 38

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus 39

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 39

231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert) 43

Details zu den Ergebnissen 45

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme 50

Details zu den Ergebnissen 53

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 54

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 54

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit ... 54

811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ ... 56

851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben ... 58

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 60

850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 60

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 62

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 64

Basisauswertung ... 66

Basisdokumentation ... 66

Patientin und Patient ... 66

Altersverteilung und Geschlecht ... 68

Aufnahme ... 69

CRB-65-Score ... 71

Verlauf ... 74

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung ... 75

Entlassung ... 77

Sterblichkeit ... 80

Einleitung

Bei einer Lungenentzündung (Pneumonie) kann sowohl nach der Art des Krankheitserregers unterschieden werden als auch danach, ob sich die Patientin oder der Patient außerhalb des Krankenhauses (ambulant) oder aber während eines Krankenhausaufenthalts (nosokomial) infiziert hat. Die ambulant erworbene Pneumonie (Community Acquired Pneumonia, CAP) ist eine der häufigsten durch eine Infektion bedingten Todesursachen in Deutschland. Eine erhöhte Sterblichkeit kann durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein.

Um die Versorgungsqualität zu messen und ggf. Schritte zu ihrer Verbesserung einzuleiten, gehört die Pneumonie seit dem Jahr 2005 zu den dokumentationspflichtigen Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung. In Deutschland werden jährlich mehr als eine Viertelmillion Fälle von Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie stationär behandelt. Bei ca. 13 % dieser stationären Fälle versterben die behandelten Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthalts.

Die Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Ambulant erworbene Pneumonie beziehen sich auf die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung von notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf die Sterblichkeit im Krankenhaus.

Weiterführende Informationen
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CAP, wie beispielsweise die endgültigen Rechenregeln mit ausführlichen Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-cap/.
- Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen können Sie zusätzlich unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ einsehen.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• QS-Dokumentationsdaten
• standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen, sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das QS-Verfahren QS CAP erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	366.706 366.072 634	364.620	100,57
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.258		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.268	1.265	100,24
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	1.055	1.050	100,48

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren CAP finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-cap/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie			
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Nicht definiert	99,01 % O = 362.461 N = 366.072
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	99,08 % O = 346.008 N = 349.235
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	Transparenzkennzahl	97,72 % O = 16.453 N = 16.837
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	Nicht definiert	93,48 % O = 261.245 N = 279.469
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	Nicht definiert	92,81 % O = 169.378 N = 182.508
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Nicht definiert	97,04 % O = 261.327 N = 269.296
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Transparenzkennzahl	98,52 % O = 257.260 N = 261.120

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	Nicht definiert	1,01 O/E = 19.385 / 19.184,24 6,16 % O/N = 19.385 / 314.766
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	Transparenzkennzahl	14,22 % O = 52.064 N = 366.072
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	Nicht definiert	96,69 % O = 346.952 N = 358.818

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
811822	Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	Nicht definiert	4,90 % 12.486 / 254.655	0,00 % 0 / 1.251
811826	Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	Nicht definiert	6,61 % 21.858 / 330.591	0,00 % 0 / 1.242
851900	Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben	Nicht definiert	14,19 % 2.801 / 19.733	0,00 % 0 / 1.115

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nicht definiert	100,57 % 366.706 / 364.620	0,00 % 0 / 1.265
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nicht definiert	100,57 % 366.706 / 364.620	0,00 % 0 / 1.265
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nicht definiert	0,17 % 634 / 364.620	0,00 % 0 / 1.265

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

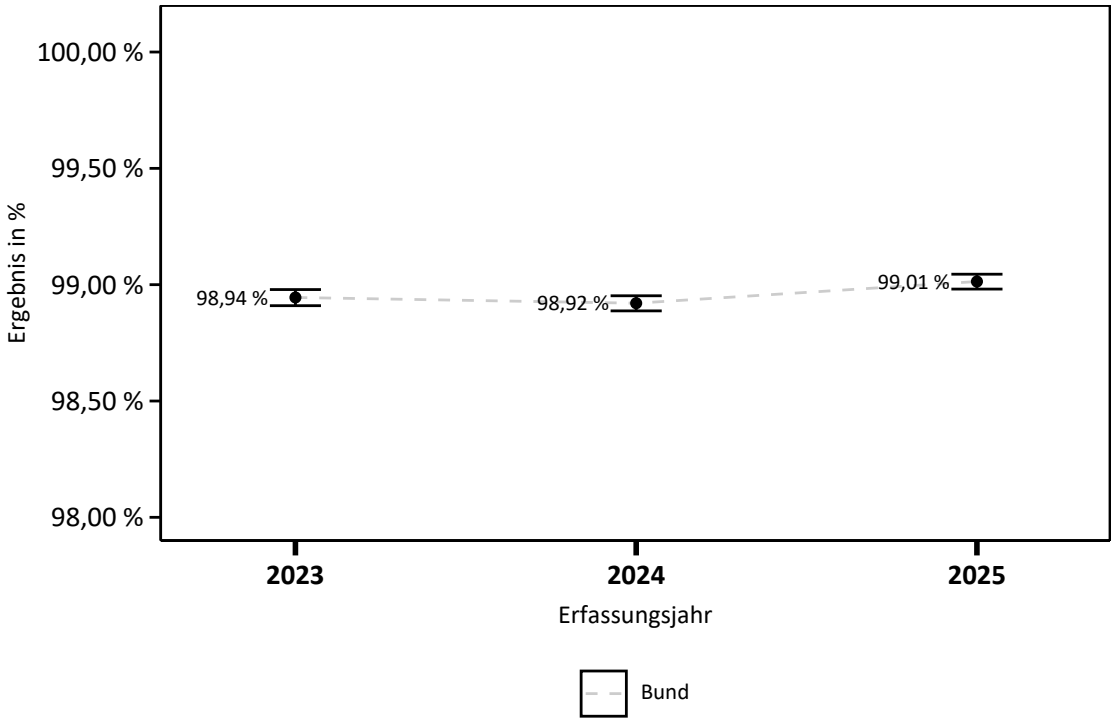
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

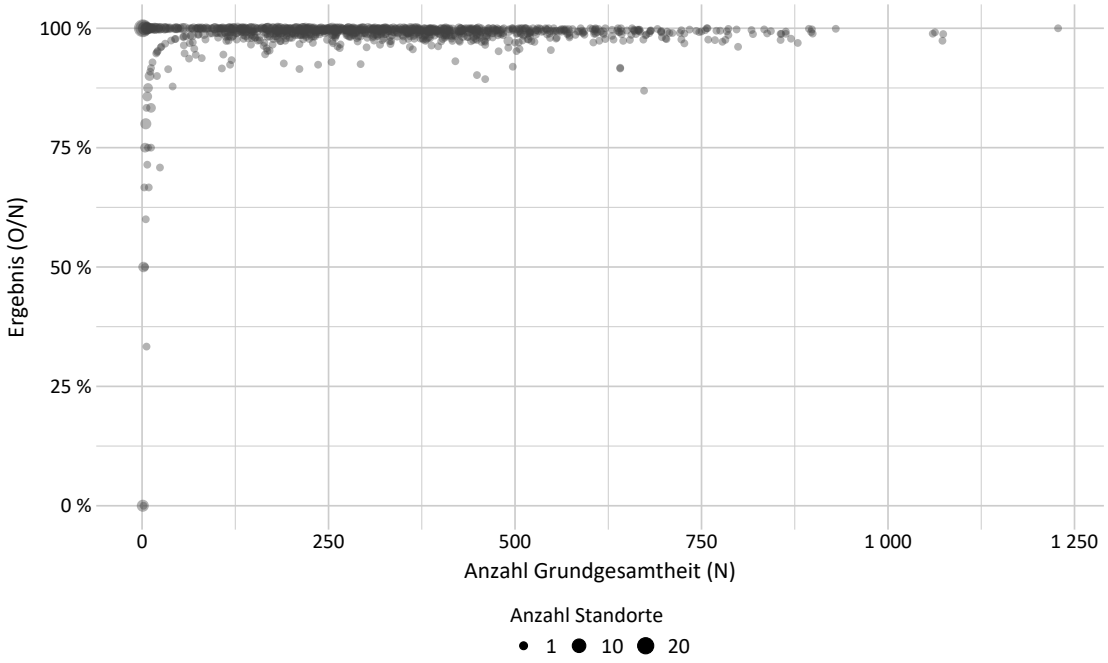
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	330.129 / 333.649	98,94	98,91 - 98,98
	2024	386.268 / 390.484	98,92	98,89 - 98,95
	2025	362.461 / 366.072	99,01	98,98 - 99,05

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.258	0	0,00	100,00	99,57

2006: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)

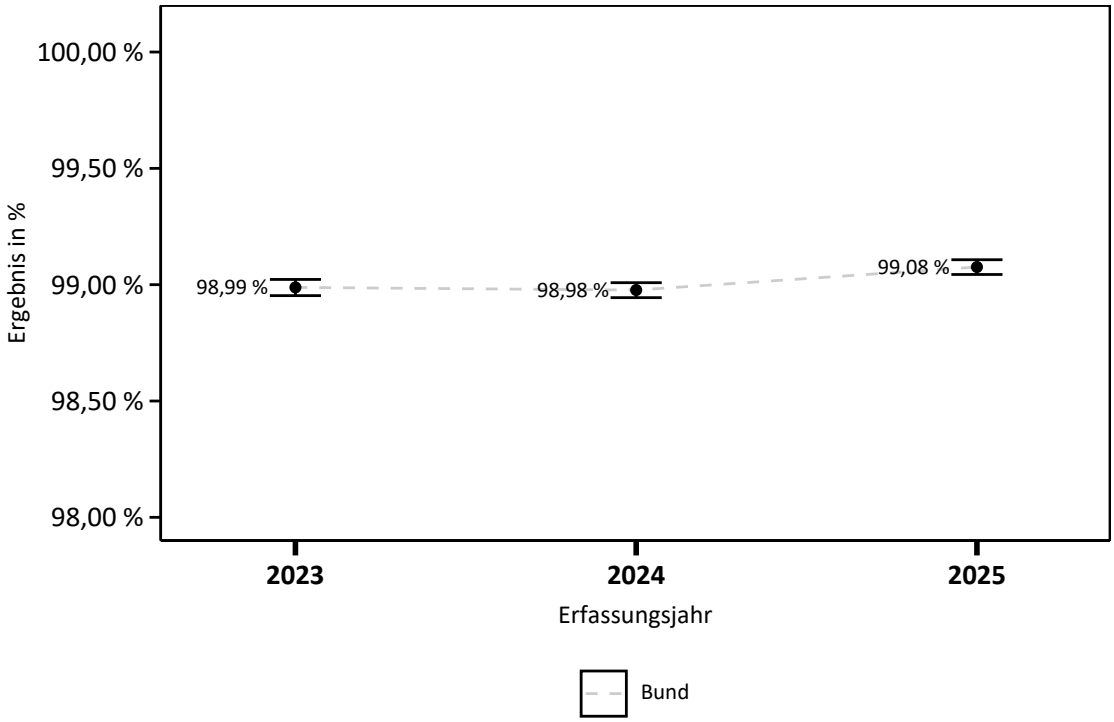
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

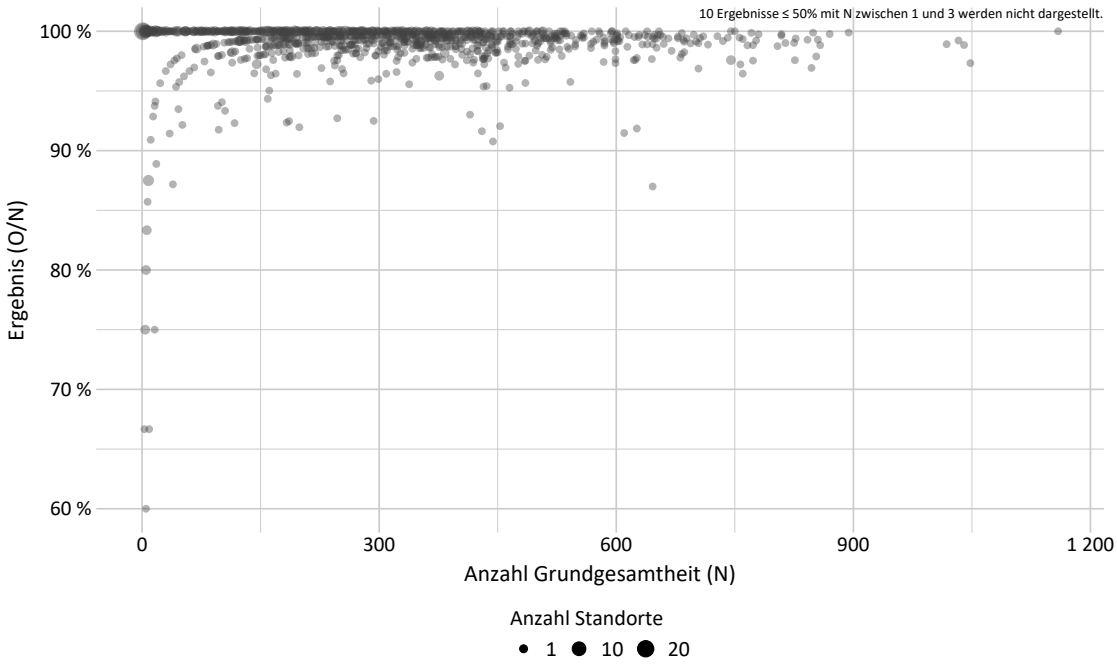
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	314.675 / 317.891	98,99	98,95 - 99,02
	2024	369.852 / 373.675	98,98	98,94 - 99,01
	2025	346.008 / 349.235	99,08	99,04 - 99,11

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.226	0	0,00	100,00	99,60

2007: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)

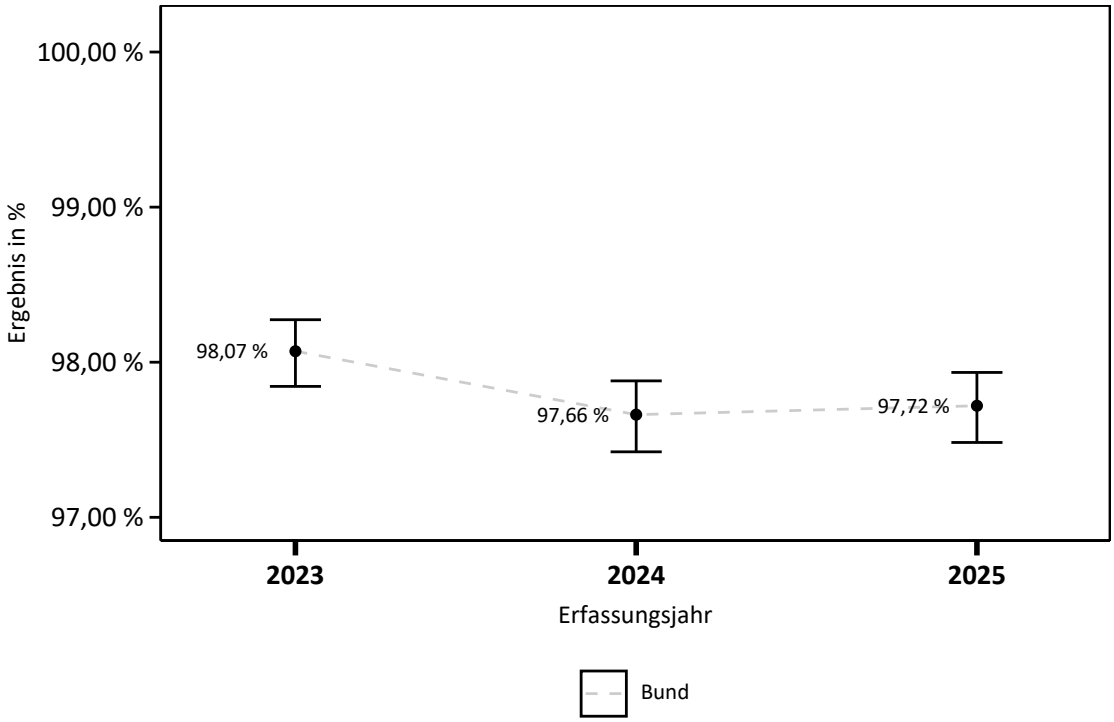
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

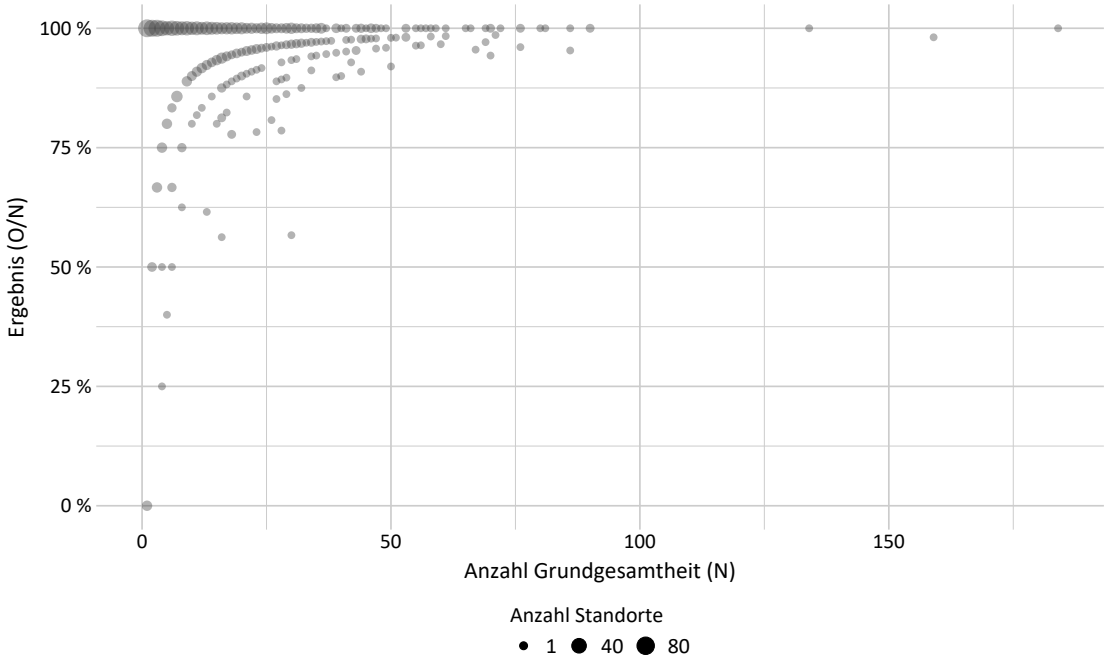
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	15.454 / 15.758	98,07	97,84 - 98,27
	2024	16.416 / 16.809	97,66	97,42 - 97,88
	2025	16.453 / 16.837	97,72	97,48 - 97,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.153	0	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 2005** **Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde**	99,01 % 362.461/366.072
1.1.1	**ID: 2006** **Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus**	99,08 % 346.008/349.235
1.1.2	**ID: 2007** **Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus**	97,72 % 16.453/16.837

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 232000_2005 Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde (ohne COVID-19-Fälle)	99,01 % 345.520/348.972
1.2.1	ID: 232001_2006 Keine Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	99,07 % 330.072/333.161
1.2.2	ID: 232002_2007 Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	97,70 % 15.448/15.811

2009: Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme

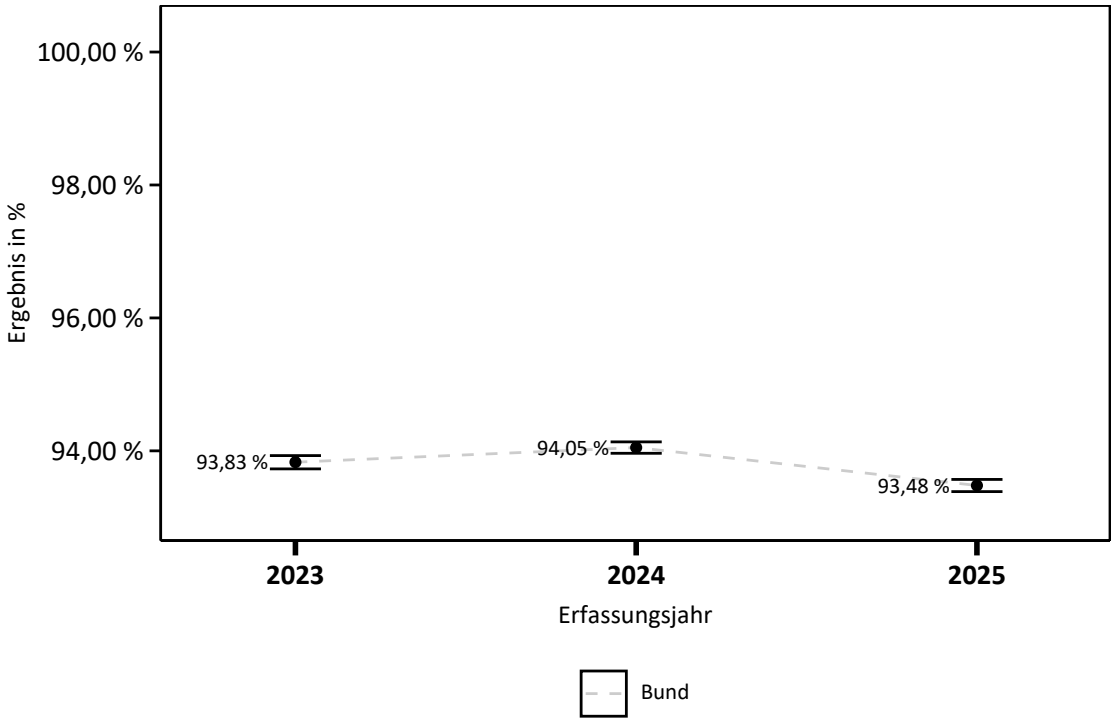
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose
Zähler	Patientinnen und Patienten mit antibiotischer Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

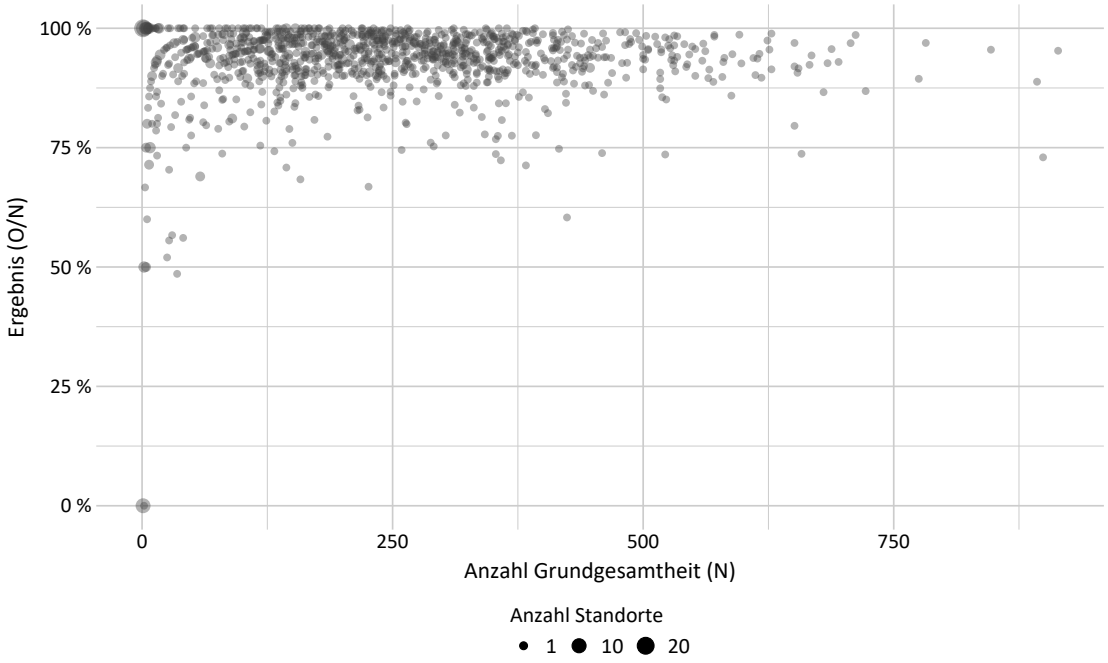
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	207.243 / 220.872	93,83	93,73 - 93,93
	2024	275.223 / 292.636	94,05	93,96 - 94,13
	2025	261.245 / 279.469	93,48	93,39 - 93,57

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.221	0	0,00	100,00	94,76

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 23_22000 Alle Patientinnen und Patienten (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 300.191/300.191
2.1.1	ID: 23_22001 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie	93,24 % 279.899/300.191
2.1.1.1	ID: 23_22002 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	92,96 % 53.523/57.574
2.1.1.2	ID: 23_22003 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	93,17 % 214.093/229.789
2.1.1.3	ID: 23_22004 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,75 % 12.283/12.828
2.1.2	ID: 23_22005 Ohne antibiotische Therapie	1,79 % 5.373/300.191

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 23_22006 Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit einer kodierten J12-Diagnose)	100,00 % 279.469/279.469
2.2.1	**ID: 2009** **Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie**	93,48 % 261.245/279.469
2.2.1.1	ID: 23_22007 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 SCOREpunkte)	93,13 % 50.342/54.056
2.2.1.2	ID: 23_22008 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 SCOREpunkte)	93,45 % 200.586/214.647
2.2.1.3	ID: 23_22009 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 SCOREpunkte)	95,83 % 10.317/10.766
2.2.2	ID: 232003_2009 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie (inkl. COVID-19-Fälle)	93,48 % 265.838/284.365
2.2.3	ID: 23_22010 Ohne antibiotischeTherapie	1,56 % 4.372/279.469

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 23_22011 Alle Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden (ohne palliative Therapiezielsetzung und ohne COVID-19-Fälle)	100,00 % 13.250/13.250
2.3.1	ID: 23_22012 Antibiotische Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung/Modifikation einer ambulant begonnenen antibiotischen Therapie	93,76 % 12.423/13.250
2.3.2	ID: 23_22013 Ohne antibiotische Therapie	2,19 % 290/13.250

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

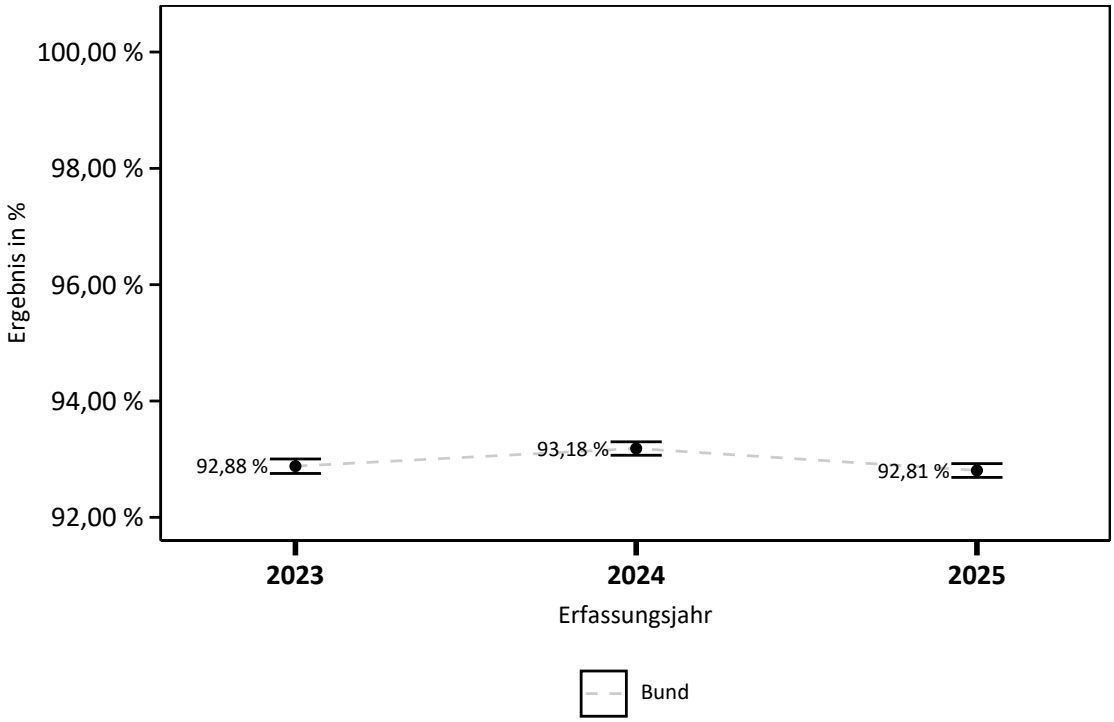
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne palliative Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

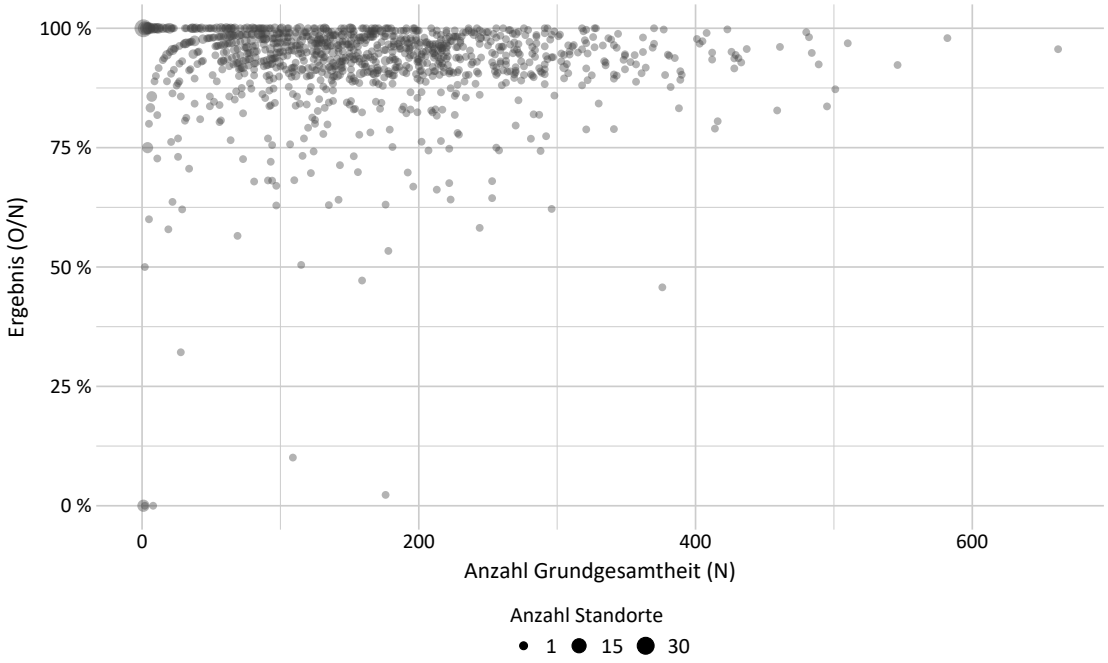
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	151.953 / 163.602	92,88	92,75 - 93,00
	2024	170.721 / 183.209	93,18	93,07 - 93,30
	2025	169.378 / 182.508	92,81	92,69 - 92,92

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.223	0	0,00	100,00	95,49

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 23_22016 Alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde[1]	93,17 % 218.867/234.922
3.1.1	ID: 23_22017 Risikoklasse 1: Geringes Risiko (0 Index punkte nach CRB-65-Index)	95,51 % 46.236/48.410
3.1.2	**ID: 2013** **Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score)**	92,81 % 169.378/182.508
3.1.3	ID: 232004_2013 Risikoklasse 2: Mittleres Risiko (1 bis 2 Index Punkte nach CRB-65-Score) (ohne COVID-19-Fälle)	92,88 % 161.033/173.370
3.1.4	ID: 23_22018 Risikoklasse 3: Hohes Risiko (3 bis 4 Index punkte nach CRB-65-Score)	81,24 % 3.253/4.004

[1] Ausschluss von Patienten, die maschinell beatmet oder chronisch bettlägerig sind, verstorbene Patienten und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 1 Tag sowie Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung.

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

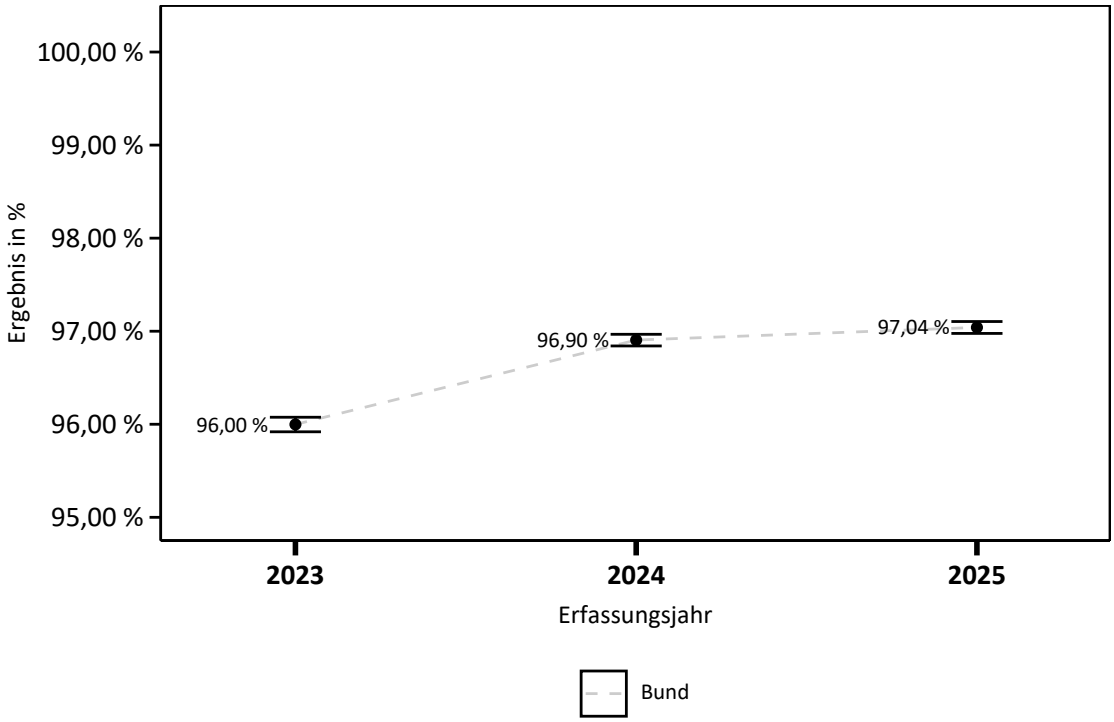
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

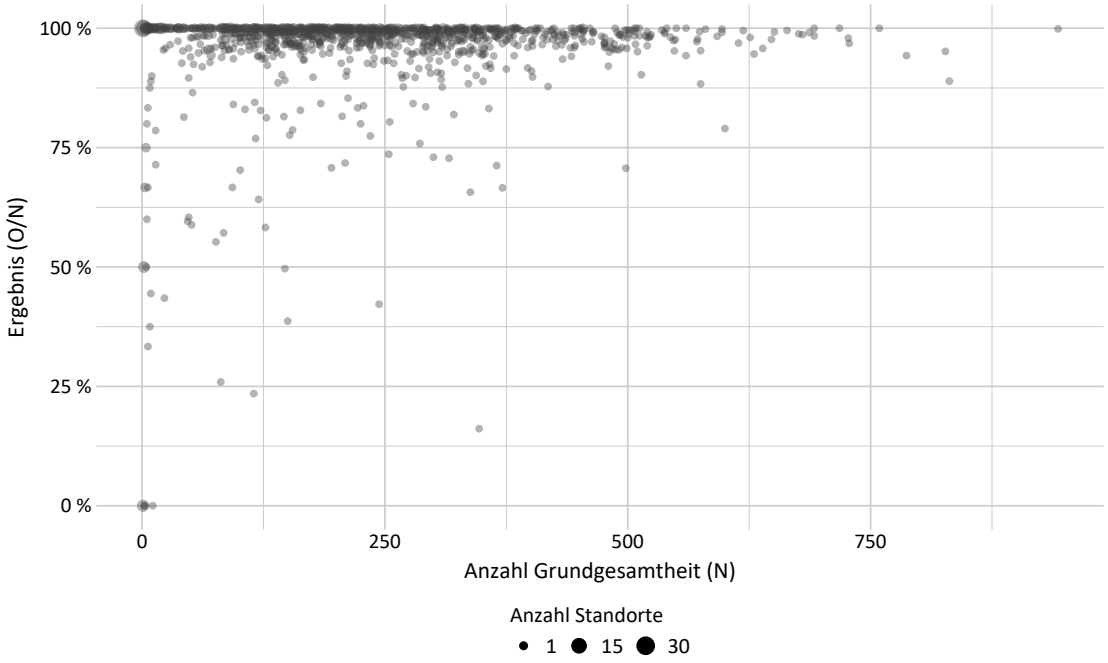
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	231.557 / 241.210	96,00	95,92 - 96,08
	2024	285.683 / 294.808	96,90	96,84 - 96,97
	2025	261.327 / 269.296	97,04	96,98 - 97,10

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.233	0	0,00	100,00	99,21

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	
4.1.1	**ID: 2028** **Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt**	97,04 % 261.327/269.296
4.1.2	ID: 232005_2028 Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt (ohne COVID-19-Fälle)	97,01 % 249.281/256.951
4.1.3	ID: 23_22019 Orientierung/Desorientierung untersucht	100,00 % 269.296/269.296
4.1.4	ID: 23_22020 Nahrungsaufnahme untersucht	100,00 % 269.296/269.296
4.1.5	ID: 23_22021 Spontane Atemfrequenz gemessen oder nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	97,30 % 262.023/269.296
4.1.6	ID: 23_22022 Herzfrequenz gemessen	99,86 % 268.909/269.296
4.1.7	ID: 23_22023 Temperatur gemessen	99,85 % 268.902/269.296
4.1.8	ID: 23_22024 Sauerstoffsättigung gemessen	99,59 % 268.187/269.296
4.1.9	ID: 23_22025 Blutdruck gemessen	99,84 % 268.877/269.296

2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

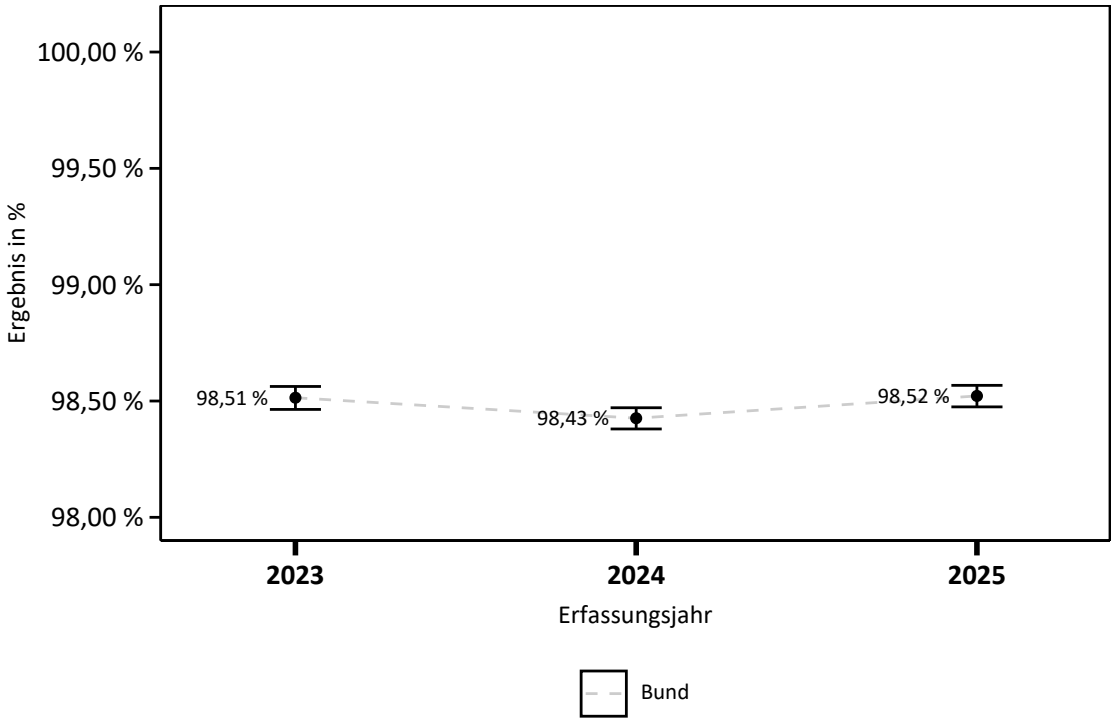
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ODER 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen UND vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

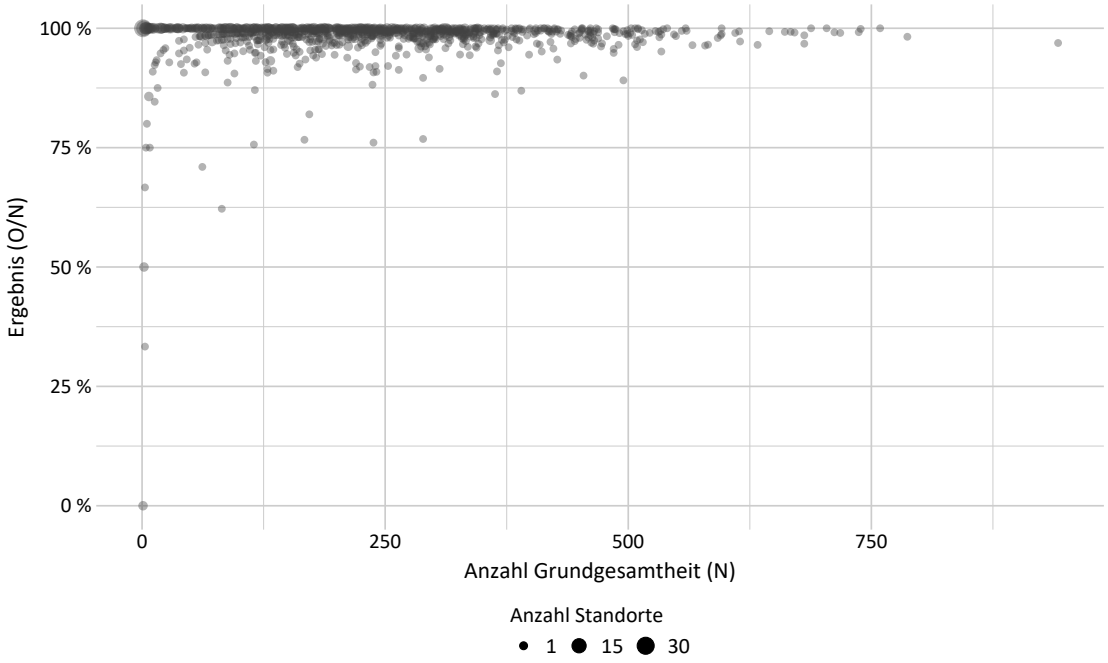
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	227.855 / 231.292	98,51	98,46 - 98,56
	2024	280.971 / 285.464	98,43	98,38 - 98,47
	2025	257.260 / 261.120	98,52	98,47 - 98,57

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.223	0	0,00	100,00	99,44

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 2036** **Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit Erfüllung von mind. 6 klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung**	98,52 % 257.260/261.120
5.1.1	ID: 23_22026 Keine pneumoniebedingte Desorientierung	99,21 % 259.045/261.120
5.1.2	ID: 23_22027 Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	96,56 % 252.129/261.120
5.1.3	ID: 23_22028 Spontane Atemfrequenz ≤ 24 Atemzüge pro Minute	97,82 % 255.432/261.120
5.1.4	ID: 23_22029 Herzfrequenz ≤ 100 Herzschläge pro Minute	97,76 % 255.283/261.120
5.1.5	ID: 23_22030 Temperatur ≤ 37,8 °C	98,93 % 258.313/261.120
5.1.6	ID: 23_22031 Sauerstoffsättigung ≥ 90 %	98,03 % 255.971/261.120
5.1.7	ID: 23_22032 Systolischer Blutdruck ≥ 90 mmHg	99,15 % 258.901/261.120

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	ID: 232006_2036 Patientinnen und Patienten mit regulärer oder aus sonstigen Gründen erfolgter Entlassung oder Verlegung zur psychiatrischen Behandlung mit vollständiger Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien bei Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	98,54 % 245.445/249.079

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für ID 50778
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich vs. weiblich Alter (linear bis 100) Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung Chronische Bettlägerigkeit Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme Desorientierung bei Aufnahme, pneumoniebedingt Desorientierung bei Aufnahme, nicht pneumoniebedingt Desorientierung bei Aufnahme nicht beurteilbar Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 7 und 17) Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (quadratisch zwischen 7 und 17) Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme (linear zwischen 17 und 43) Mittlerer arterieller Blutdruck bei Aufnahme (linear zwischen 30 und 100) Differenz zwischen Blutdruck systolisch und Blutdruck diastolisch bei Aufnahme (linear bis 60) Bösartige Tumorerkrankungen Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen & andere Herzerkrankungen chronische Lungenerkrankung chronische Magen-Darm- oder Lebererkrankungen chronische rheumatische Erkrankungen chronische zerebrovaskuläre oder neurologische Erkrankung
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

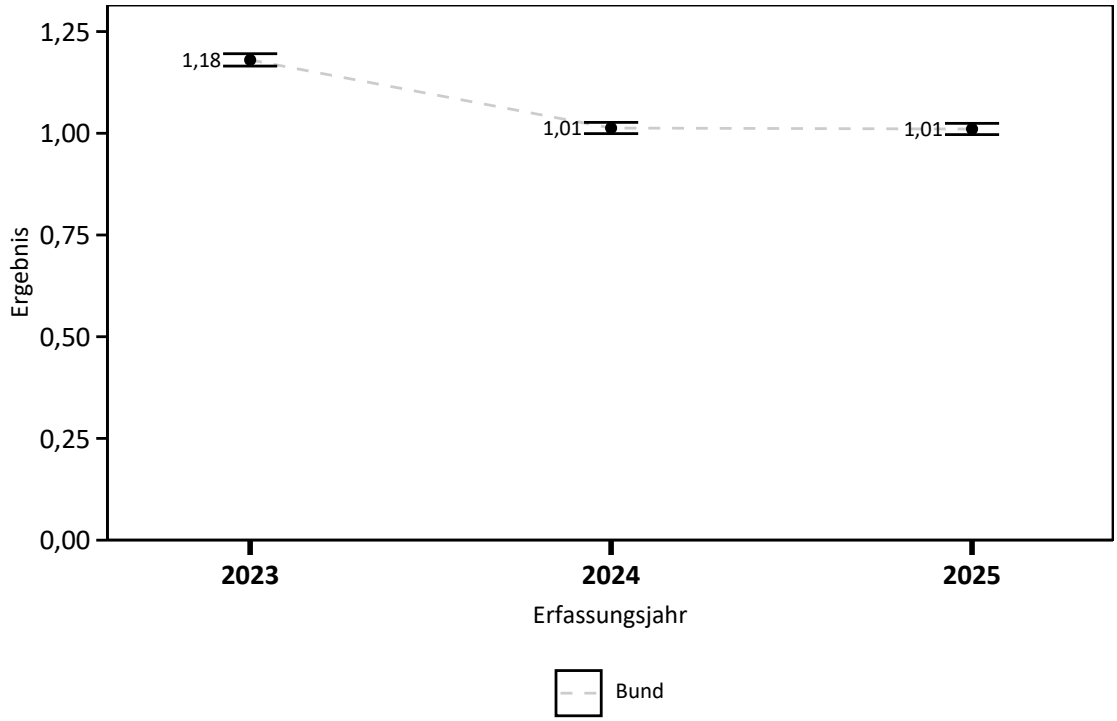
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	285.505	21.461 / 18.182,98	1,18	1,17 - 1,20
	2024	340.975	19.496 / 19.248,90	1,01	1,00 - 1,03
	2025	314.766	19.385 / 19.184,24	1,01	1,00 - 1,02

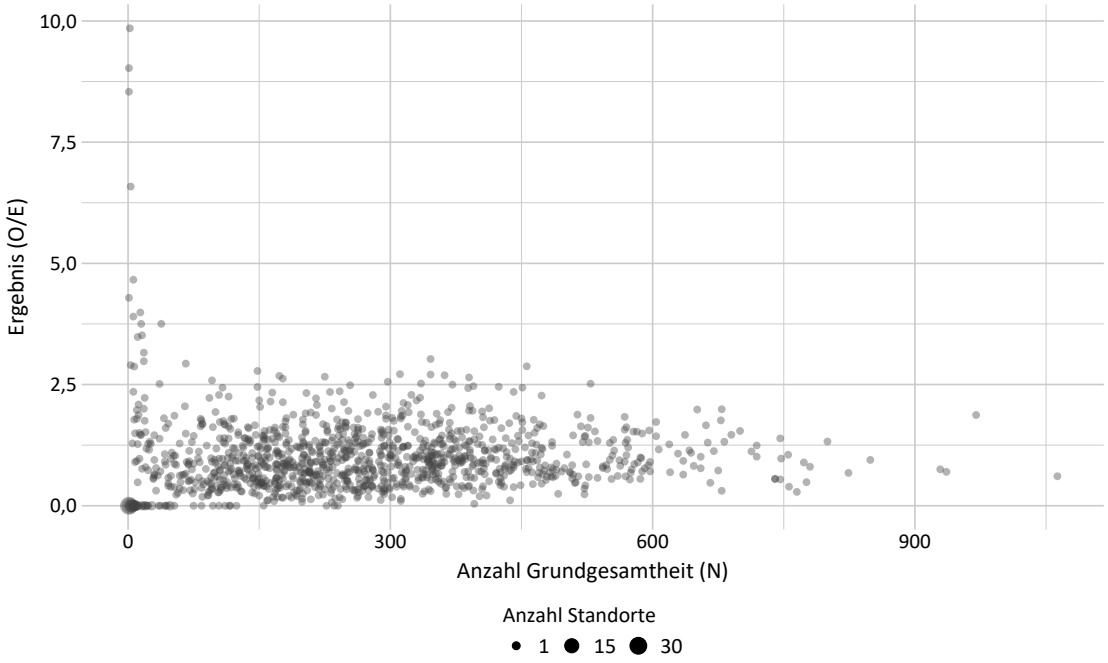
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

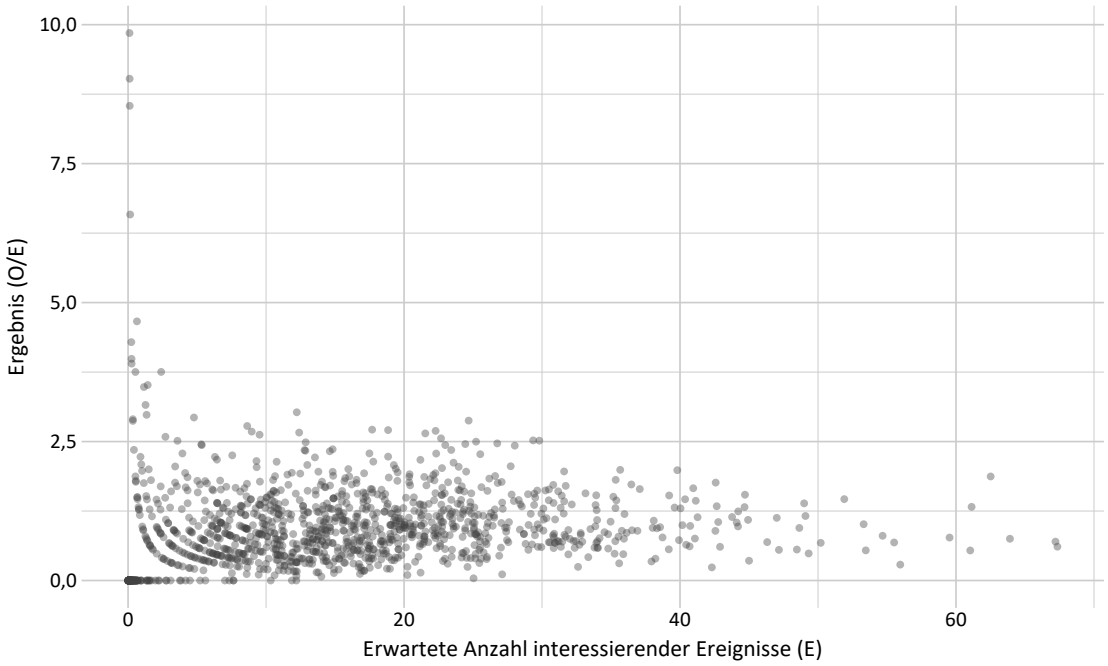
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



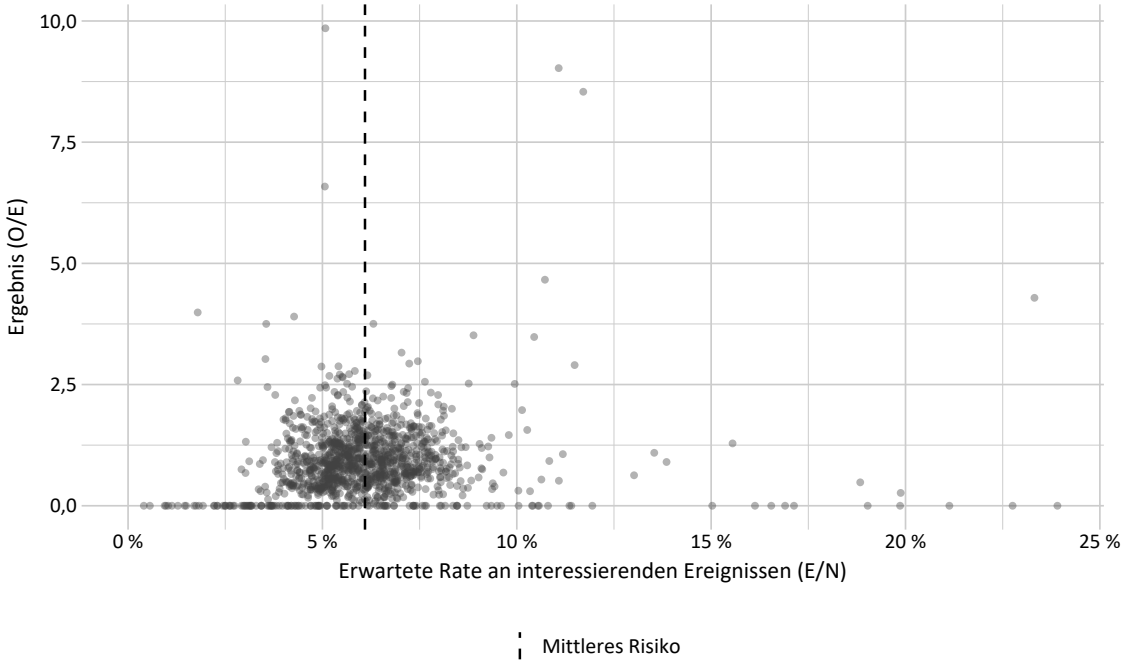
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.255	0	0,00	9,85	0,84

231900: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)

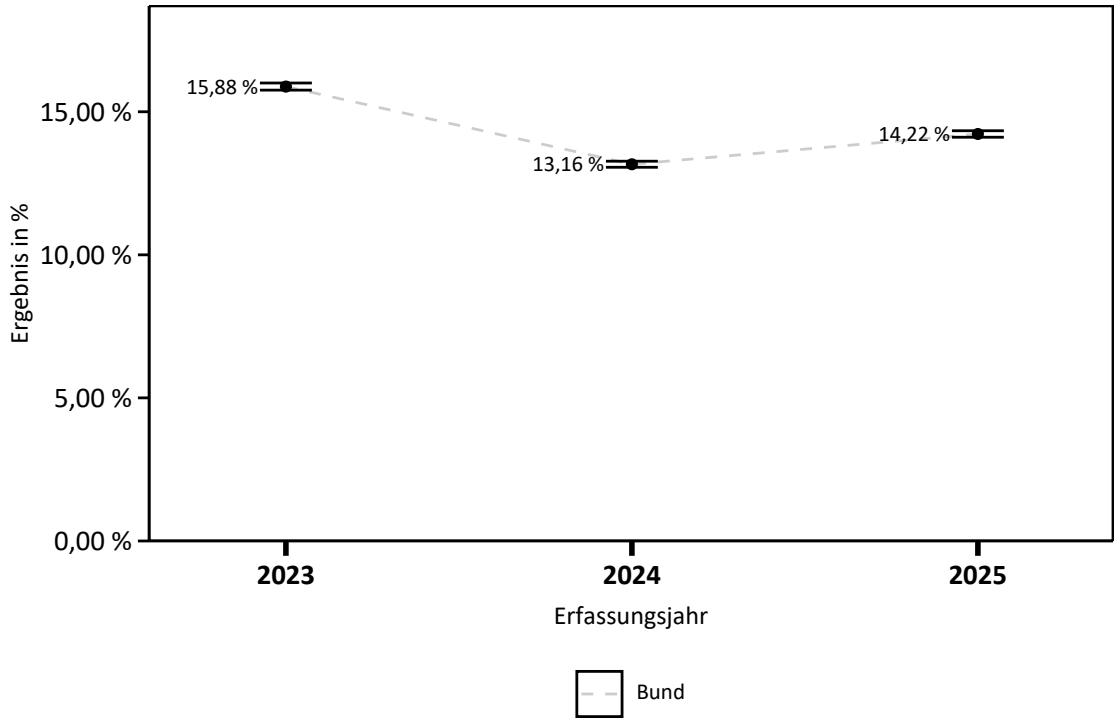
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

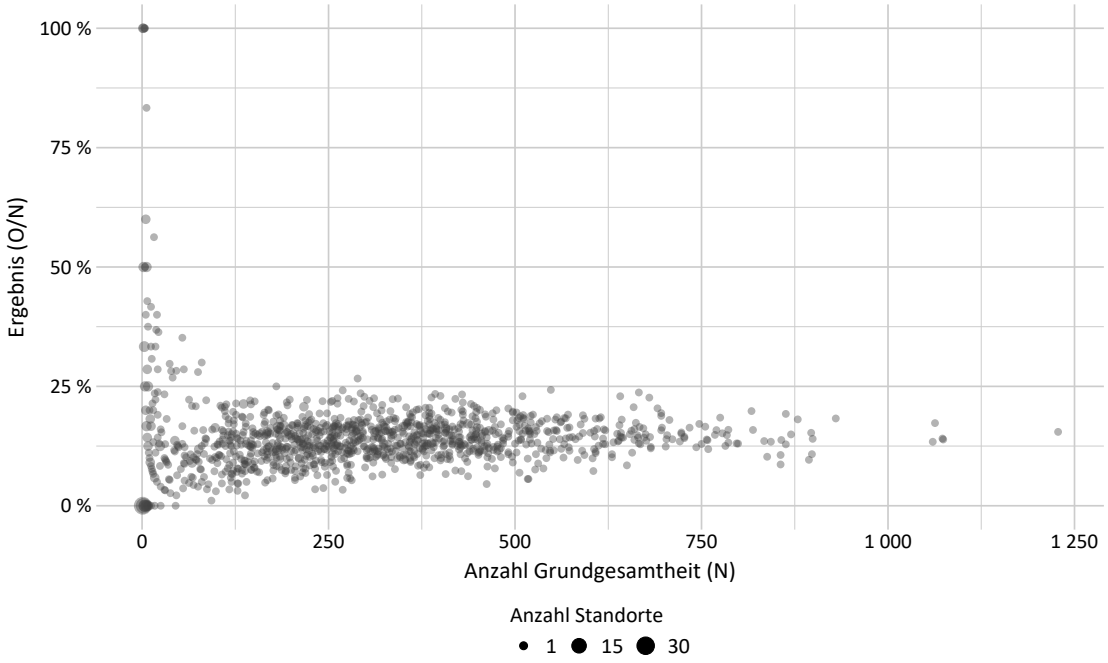
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	52.984 / 333.649	15,88	15,76 - 16,00
	2024	51.407 / 390.484	13,16	13,06 - 13,27
	2025	52.064 / 366.072	14,22	14,11 - 14,34

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.258	0	0,00	100,00	13,63

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 23_22033 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung (inkl. COVID-19-Fälle)	6,16 % 19.385/314.766
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	
6.1.1.1	ID: O_50778 O/N (observed, beobachtet)	6,16 % 19.385/314.766
6.1.1.2	ID: E_50778 E/N (expected, erwartet)	6,09 % 19.184,24/314.766
6.1.1.3	**ID: 50778** **O/E**	1,01

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 23_22035 Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung (ohne COVID-19-Fälle)	6,11 % 18.338/300.191
6.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
6.2.1.1	ID: O_232007_50778 O/N (observed, beobachtet)	6,11 % 18.338/300.191
6.2.1.2	ID: E_232007_50778 E/N (expected, erwartet)	6,02 % 18.074,88/300.191
6.2.1.3	ID: 232007_50778 O/E (ohne COVID-19-Fälle)	1,01

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	ID: 23_22036 COVID-19-Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	7,18 % 1.047/14.575
6.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
6.3.1.1	ID: O_232010_50778 O/N (observed, beobachtet)	7,18 % 1.047/14.575
6.3.1.2	ID: E_232010_50778 E/N (expected, erwartet)	7,61 % 1.109,36/14.575

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3.1.3	ID: 232010_50778 O/E (nur COVID-19-Fälle)	0,94

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.4	ID: 23_22037 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 1 (0 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle)	2,94 % 1.795/61.102
6.4.1	ID: 23_22038 ohne palliative Therapiezielsetzung	1,37 % 810/59.271
6.4.2	ID: 23_22039 mit palliativer Therapiezielsetzung	53,80 % 985/1.831

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.5	ID: 23_22040 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 2 (1 bis 2 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle)	14,70 % 41.832/284.489
6.5.1	ID: 23_22041 ohne palliative Therapiezielsetzung	6,54 % 15.826/242.072
6.5.2	ID: 23_22042 mit palliativer Therapiezielsetzung	61,31 % 26.006/42.417

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.6	ID: 23_22043 Verstorbene Patientinnen und Patienten in Risikoklasse 3 (3 bis 4 SCOREpunkte nach CRB-65-SCORE) (inkl. COVID-19-Fälle)	41,19 % 8.437/20.481
6.6.1	ID: 23_22044 ohne palliative Therapiezielsetzung	20,48 % 2.749/13.423
6.6.2	ID: 23_22045 mit palliativer Therapiezielsetzung	80,59 % 5.688/7.058

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7	ID: 23_22046 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (inkl. COVID-19-Fälle)	14,22 % 52.064/366.072

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.7.1	ID: 23_22047 18 - 19 Jahre	2,13 % 17/797
6.7.2	ID: 23_22048 20 - 29 Jahre	1,65 % 80/4.851
6.7.3	ID: 23_22049 30 - 39 Jahre	1,91 % 175/9.172
6.7.4	ID: 23_22050 40 - 49 Jahre	3,51 % 455/12.979
6.7.5	ID: 23_22051 50 - 59 Jahre	5,93 % 1.541/25.993
6.7.6	ID: 23_22052 60 - 69 Jahre	9,23 % 5.531/59.931
6.7.7	ID: 23_22053 70 - 79 Jahre	12,93 % 10.942/84.656
6.7.8	ID: 23_22054 80 - 89 Jahre	18,41 % 23.411/127.196
6.7.9	ID: 23_22055 ≥ 90 Jahre	24,48 % 9.912/40.497

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8	ID: 23_22056 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (inkl. COVID-19-Fälle)	100,00 % 52.064/52.064
6.8.1	ID: 23_22057 18 - 19 Jahre	0,03 % 17/52.064
6.8.2	ID: 23_22058 20 - 29 Jahre	0,15 % 80/52.064
6.8.3	ID: 23_22059 30 - 39 Jahre	0,34 % 175/52.064
6.8.4	ID: 23_22060 40 - 49 Jahre	0,87 % 455/52.064
6.8.5	ID: 23_22061 50 - 59 Jahre	2,96 % 1.541/52.064
6.8.6	ID: 23_22062 60 - 69 Jahre	10,62 % 5.531/52.064
6.8.7	ID: 23_22063 70 - 79 Jahre	21,02 % 10.942/52.064
6.8.8	ID: 23_22064 80 - 89 Jahre	44,97 % 23.411/52.064

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.8.9	ID: 23_22065 ≥ 90 Jahre	19,04 % 9.912/52.064

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.9	ID: 23_22066 Verstorbene Patientinnen und Patienten in einzelnen Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung) (inkl. COVID-19-Fälle)	6,16 % 19.385/314.766
6.9.1	ID: 23_22067 18 - 19 Jahre	1,28 % 10/784
6.9.2	ID: 23_22068 20 - 29 Jahre	0,86 % 41/4.775
6.9.3	ID: 23_22069 30 - 39 Jahre	0,90 % 81/8.994
6.9.4	ID: 23_22070 40 - 49 Jahre	1,89 % 239/12.625
6.9.5	ID: 23_22071 50 - 59 Jahre	2,82 % 694/24.653
6.9.6	ID: 23_22072 60 - 69 Jahre	4,28 % 2.360/55.183
6.9.7	ID: 23_22073 70 - 79 Jahre	5,75 % 4.291/74.652
6.9.8	ID: 23_22074 80 - 89 Jahre	8,00 % 8.281/103.456
6.9.9	ID: 23_22075 ≥ 90 Jahre	11,43 % 3.388/29.644

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10	ID: 23_22076 Verstorbene Patientinnen und Patienten: Stratifizierung nach Altersklassen (Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung) (inkl. COVID-19-Fälle)	100,00 % 19.385/19.385
6.10.1	ID: 23_22077 18 - 19 Jahre	0,05 % 10/19.385
6.10.2	ID: 23_22078 20 - 29 Jahre	0,21 % 41/19.385
6.10.3	ID: 23_22079 30 - 39 Jahre	0,42 % 81/19.385

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.10.4	ID: 23_22080 40 - 49 Jahre	1,23 % 239/19.385
6.10.5	ID: 23_22081 50 - 59 Jahre	3,58 % 694/19.385
6.10.6	ID: 23_22082 60 - 69 Jahre	12,17 % 2.360/19.385
6.10.7	ID: 23_22083 70 - 79 Jahre	22,14 % 4.291/19.385
6.10.8	ID: 23_22084 80 - 89 Jahre	42,72 % 8.281/19.385
6.10.9	ID: 23_22085 ≥ 90 Jahre	17,48 % 3.388/19.385

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.11	**ID: 231900** **Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)**	14,22 % 52.064/366.072

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.12	ID: 232008_231900 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	14,14 % 49.360/348.972

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

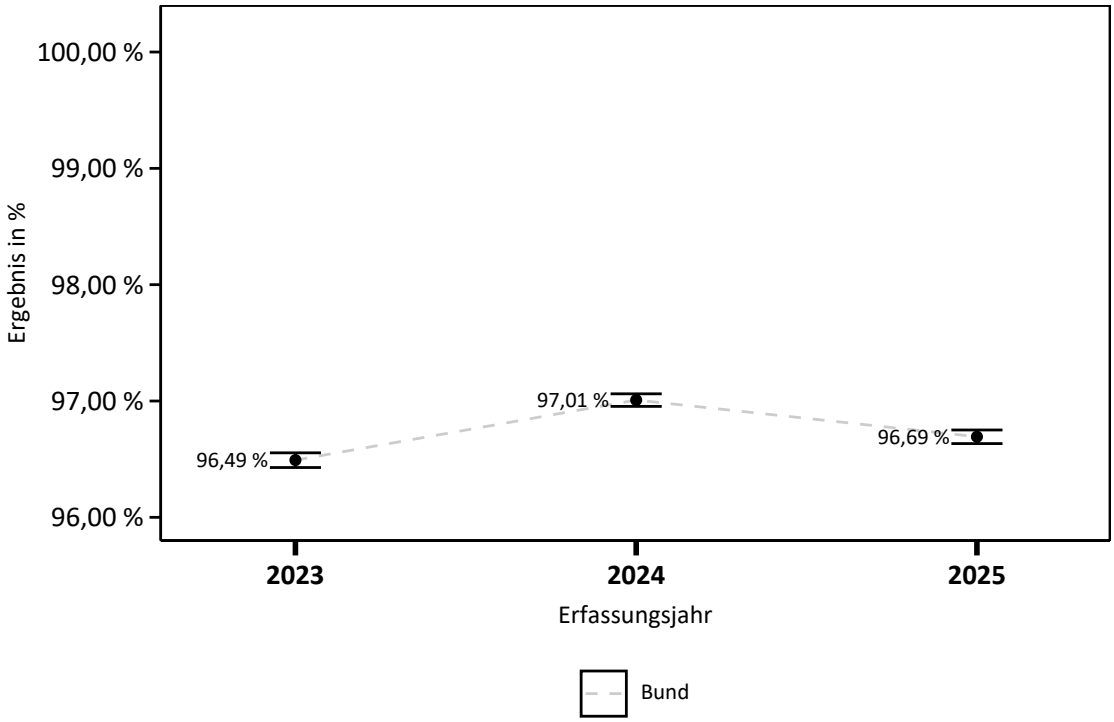
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden
Zähler	Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

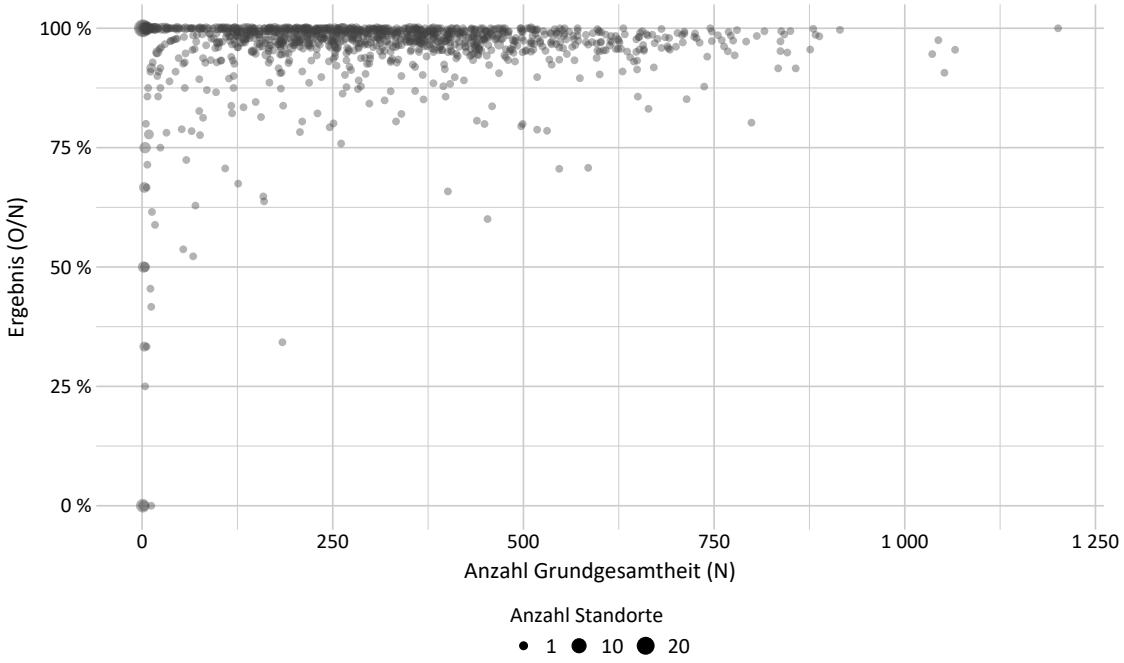
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	315.019 / 326.472	96,49	96,43 - 96,55
	2024	371.511 / 382.969	97,01	96,95 - 97,06
	2025	346.952 / 358.818	96,69	96,63 - 96,75

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.256	0	0,00	100,00	98,41

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	**ID: 50722** **Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**	96,69 % 346.952/358.818

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 232009_50722 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	96,67 % 330.591/341.973

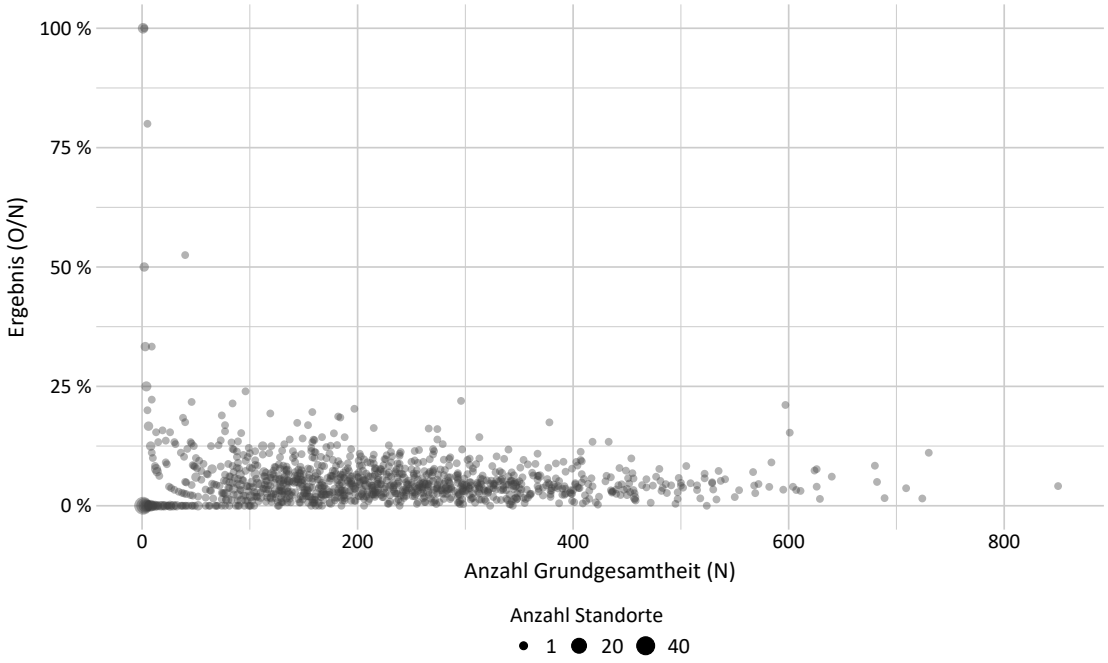
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe chronischer Bettlägerigkeit ist u. a. für den QI 2013 zur Frühmobilisation relevant. Ein Ausschluss von Fällen aus diesem QI sollte nur in berechtigten Konstellationen vorkommen. **Hypothese** Überdokumentation/Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung unter Ausschluss von Fällen mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung
Zähler	Fälle mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.251	0	0,00	100,00	4,00

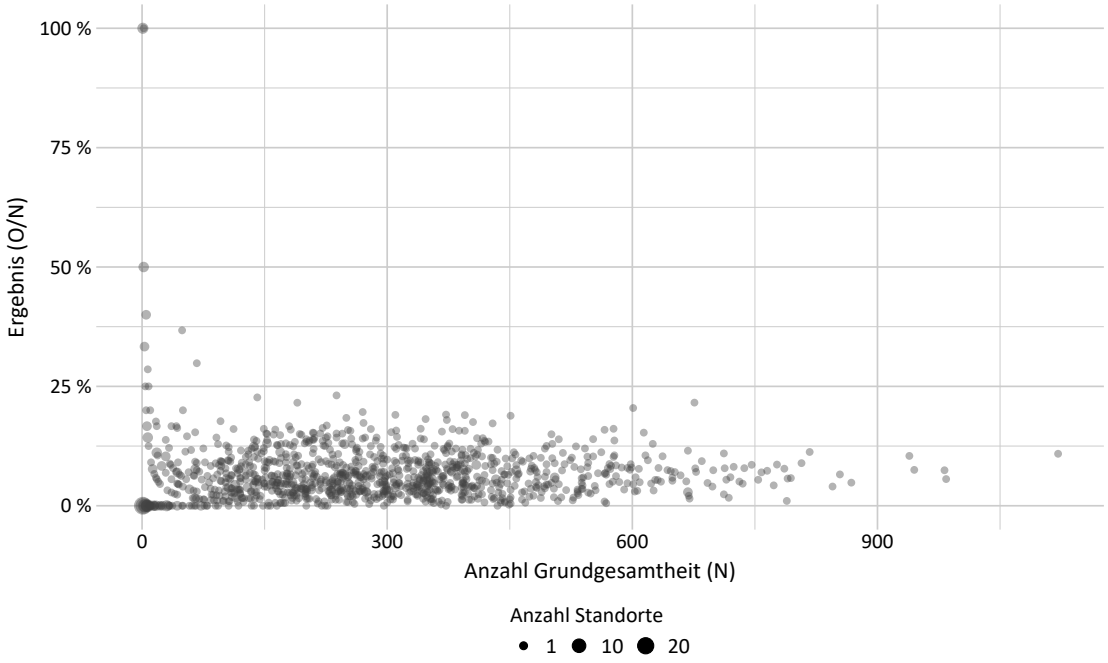
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	12.486 / 254.655	4,90	0,00 % 0 / 1.251

811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Atemfrequenz ist u. a. für die Risikoadjustierung des QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus relevant. Eine häufig dokumentierte Atemfrequenz von > 30 wird als unplausibel betrachtet. **Hypothese** Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 232007_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) 232010_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 232004_2013: Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme 232009_50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme unter Ausschluss von Fällen mit COVID-19
Zähler	Fälle mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.242	0	0,00	100,00	5,40

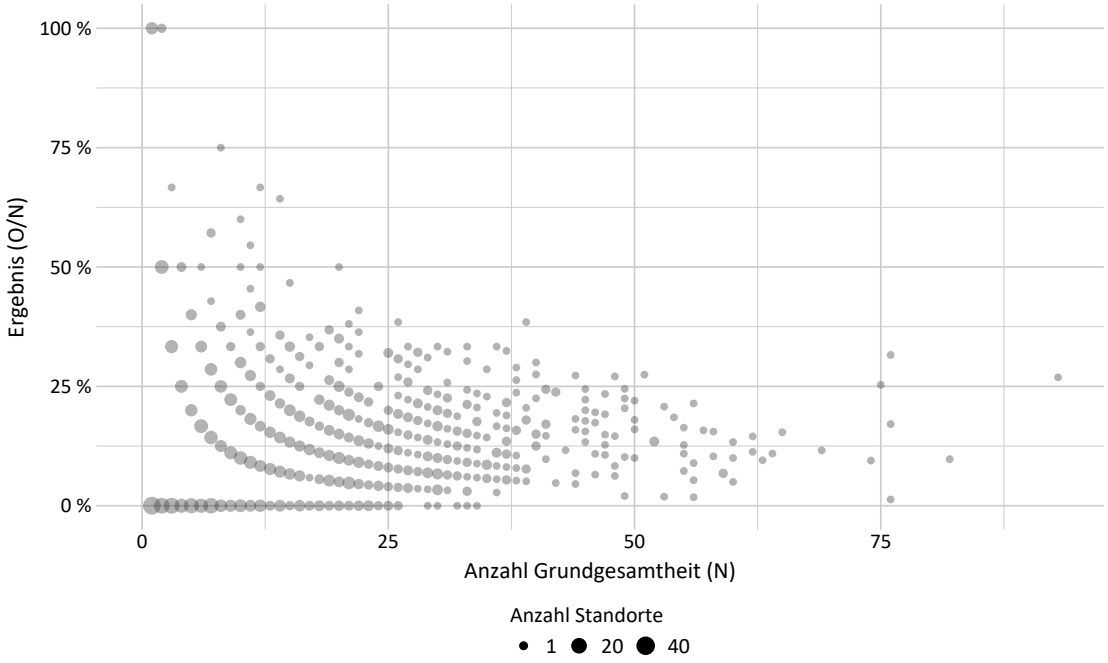
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	21.858 / 330.591	6,61	0,00 % 0 / 1.242

851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung werden aus drei Prozessindikatoren (2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus), 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2), 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung) und dem Sterblichkeitsindikator (50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend eine große Auswirkung auf Einrichtungsergebnisse haben. **Hypothese** Wenn sehr häufig eine dokumentierte palliative Therapiezielsetzung im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme 2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war
Zähler	Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.115	0	0,00	100,00	11,11

Detailergebnisse

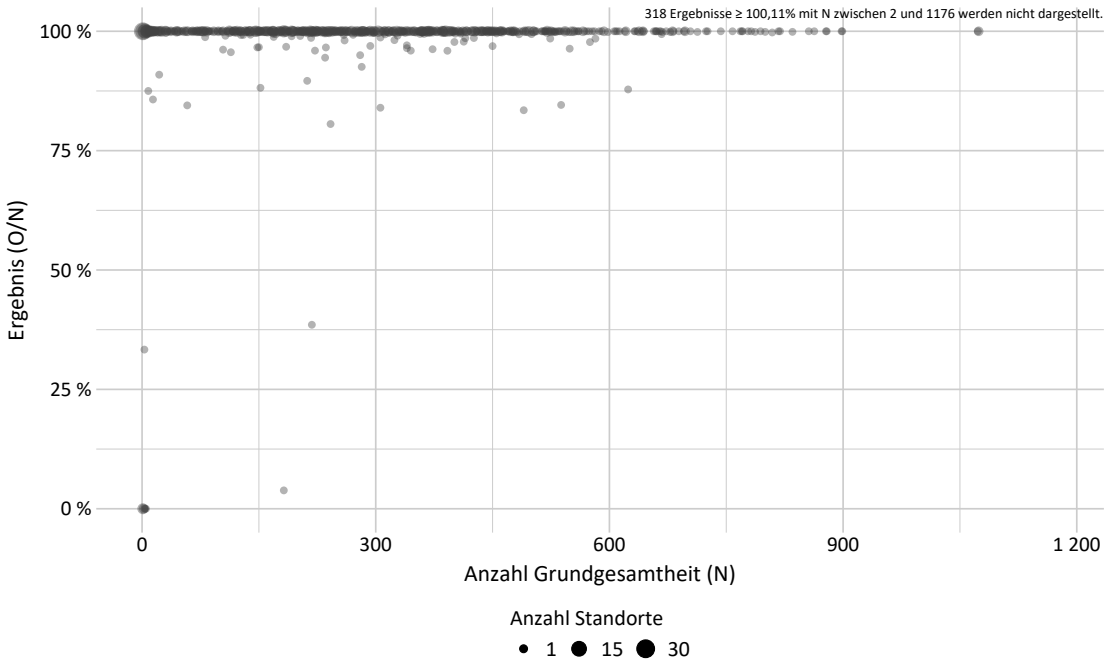
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.801 / 19.733	14,19	0,00 % 0 / 1.115

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.265	0	0,00	250,00	100,00

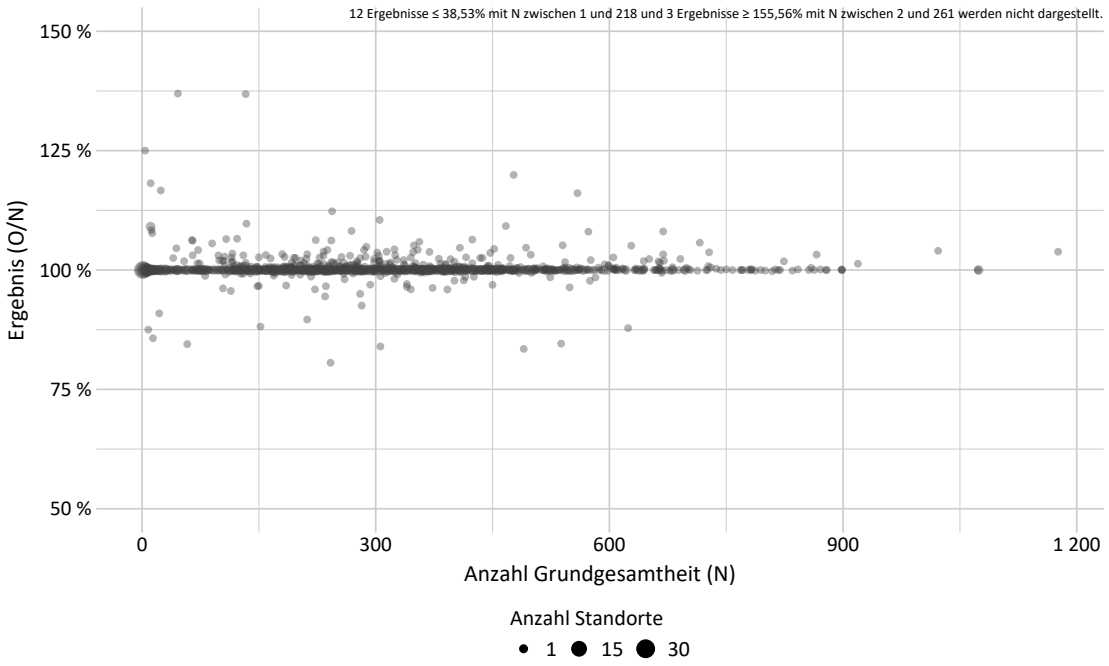
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	366.706 / 364.620	100,57	0,00 % 0 / 1.265

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.265	0	0,00	250,00	100,00

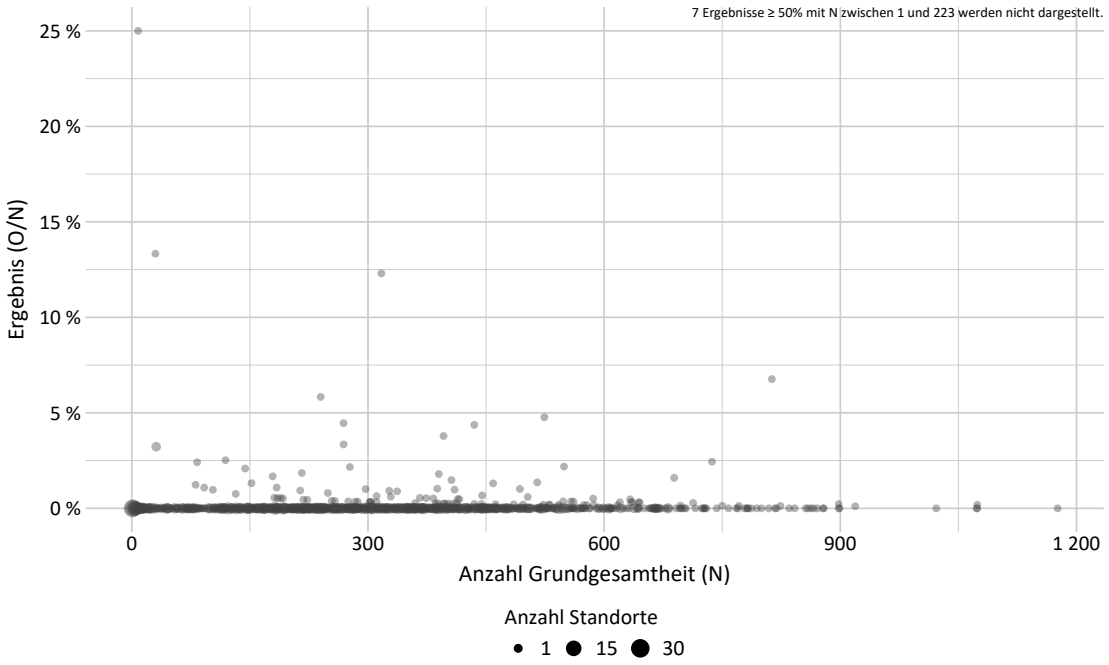
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	366.706 / 364.620	100,57	0,00 % 0 / 1.265

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.265	0	0,00	118,18	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	634 / 364.620	0,17	0,00 % 0 / 1.265

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	11.413	3,12
1. Quartal	132.213	36,12
2. Quartal	80.519	22,00
3. Quartal	65.596	17,92
4. Quartal	76.331	20,85

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Altersverteilung[5]		
< 20 Jahre	797	0,22
20 - 29 Jahre	4.851	1,33
30 - 39 Jahre	9.172	2,51
40 - 49 Jahre	12.979	3,55
50 - 59 Jahre	25.993	7,10
60 - 69 Jahre	59.931	16,37
70 - 79 Jahre	84.656	23,13
80 - 89 Jahre	127.196	34,75
≥ 90 Jahre	40.497	11,06

[5] Patientinnen und Patienten mit Angaben > 0 und < 150 Jahren

	Bund (gesamt)
Altersverteilung (Jahre)[6]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	366.072
Minimum	18,00
5. Perzentil	42,00
25. Perzentil	66,00
Mittelwert	74,32
Median	78,00
75. Perzentil	86,00
95. Perzentil	92,00
Maximum	114,00

[6] Patientinnen und Patienten mit Angaben > 0 und < 150 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Geschlecht		
(1) männlich	207.544	56,69
(2) weiblich	158.516	43,30
(3) divers	8	0,00
(8) unbestimmt	4	0,00

Altersverteilung und Geschlecht

Altersverteilung und Geschlecht[7]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	männlich	weiblich	divers	unbestimmt	Gesamt
Alle Patientinnen und Patienten					
Bund (gesamt)					
< 30 Jahre	3.282 **0,90 %**	2.366 **0,65 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	5.648 **1,54 %**
30 - 39 Jahre	5.054 **1,38 %**	4.117 **1,12 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	9.172 **2,51 %**
40 - 49 Jahre	7.766 **2,12 %**	5.210 **1,42 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	12.979 **3,55 %**
50 - 59 Jahre	15.872 **4,34 %**	10.120 **2,76 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	25.993 **7,10 %**
60 - 69 Jahre	36.663 **10,02 %**	23.267 **6,36 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	59.931 **16,37 %**
70 - 79 Jahre	51.476 **14,06 %**	33.179 **9,06 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	84.656 **23,13 %**
80 - 89 Jahre	69.436 **18,97 %**	57.755 **15,78 %**	4 **0,00 %**	≤3 **x %**	127.196 **34,75 %**
≥ 90 Jahre	17.995 **4,92 %**	22.502 **6,15 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	40.497 **11,06 %**
Gesamt	207.544 **56,69 %**	158.516 **43,30 %**	8 **0,00 %**	4 **0,00 %**	366.072 **100,00 %**

[7] Patientinnen und Patienten mit Angaben > 0 und < 150 Jahren

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Aufnahmeanlass		
Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	78.802	21,53
Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	16.837	4,60

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Chronische Bettlägerigkeit		
(0) nein	310.216	84,74
(1) ja	55.856	15,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme		
(1) ja	7.254	1,98
(0) nein	358.818	98,02
davon Patientinnen und Patienten mit Desorientierung bei Aufnahme		
(0) nein	250.361	69,77
(1) ja, pneumoniebedingt	27.074	7,55
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	69.954	19,50
(9) nicht beurteilbar	11.429	3,19
davon Patientinnen und Patienten mit spontaner Atemfrequenz bei Aufnahme (≥ 1 bis ≤ 60)		
1 - 9 / min.	499	0,14
10 - 19 / min.	208.577	58,13
20 - 29 / min.	114.920	32,03
30 - 60 / min.	22.861	6,37
nicht bestimmt	11.866	3,31
davon Patientinnen und Patienten mit Blutdruck bei Aufnahme		
systolisch < 90 und diastolisch ≤ 60 mmHg	14.507	4,04
systolisch 90 - 139 und diastolisch 61 - 89 mmHg	145.582	40,57
systolisch 140 - 179 und diastolisch 90 - 109 mmHg	32.198	8,97
systolisch ≥ 180 und diastolisch ≥ 110 mmHg	2.835	0,79
nicht bestimmt	0	0,00

CRB-65-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden	**N = 358.818**	
CRB-65-Score ohne beatmete Patientinnen und Patienten		
CRB-65-Index = 0	61.102	17,03
CRB-65-Index = 1	205.931	57,39
CRB-65-Index = 2	78.558	21,89
CRB-65-Index = 3	12.235	3,41
CRB-65-Index = 4	992	0,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten, die bei der Aufnahme nicht beatmet werden und ohne Bestimmung der Atemfrequenz	**N = 11.866**	
CRB-65-Risiko bei Patientinnen und Patienten ohne Bestimmung der Atemfrequenz (ohne beatmete Patientinnen und Patienten)		
CRB-65-Index = 0	2.186	18,42
CRB-65-Index = 1	6.843	57,67
CRB-65-Index = 2	2.576	21,71
CRB-65-Index = 3	261	2,20
CRB-65-Index = 4	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		
(0) weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie	2.153	0,59
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	360.309	98,43
(2) 4 bis unter 8 Stunden	2.152	0,59
(3) 8 Stunden und später	1.458	0,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten mit Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	**N = 363.919**	
Erste Sauerstoffsättigung nach Aufnahme		
mindestens 90%	300.270	82,51
davon mit Sauerstoffgabe	108.876	36,26
unter 90%	63.649	17,49
davon mit Sauerstoffgabe	23.568	37,03
Erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst		
(0) nein	231.475	63,61
(1) ja	132.444	36,39
Erste Sauerstoffsättigung unter nichtinvasiver Beatmung oder CPAP erfasst		
(0) nein	347.104	95,38
(1) ja	16.815	4,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Initiale antibiotische Therapie		
(0) keine antibiotische Therapie	9.006	2,46
(1) innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme	304.972	83,31
(2) 4 bis unter 8 Stunden	21.941	5,99
(3) 8 Stunden und später	18.048	4,93
(4) Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antibiotischen Therapie	12.105	3,31

Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Beginn der Mobilisation[8]		
(0) keine Mobilisation	59.401	16,23
(1) innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme	282.893	77,28
(2) nach 24 Stunden und später	23.778	6,50
Maschinelle Beatmung		
(0) nein	322.060	87,98
(1) ja, ausschließlich nicht-invasiv	24.755	6,76
(2) ja, ausschließlich invasiv	9.400	2,57
(3) ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	9.857	2,69
Dokumentierter Therapieverzicht[9]		
(0) nein	314.766	85,98
(1) ja	51.306	14,02
davon		
Behandlung regulär beendet	9.667	18,84
mit Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	6.963	13,57
im Krankenhaus verstorben	32.679	63,69
sonstige weitere Entlassungsgründe	1.997	3,89

[8] mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbständig oder mit Hilfe)
[9] Nähere Informationen: siehe Kapitel „Erläuterungen“

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Alle Stabilitätskriterien: mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Regulär entlassene Patientinnen und Patienten		
Regulär entlassene Patientinnen und Patienten (Entlassungsgrund: 1, 2, 3, 9, 10, 13 oder 14)	286.221	78,19
davon Patientinnen und Patienten mit Desorientierung		
(0) nein	230.943	80,69
(1) ja, pneumoniebedingt	2.535	0,89
(2) ja, nicht pneumoniebedingt	52.743	18,43
davon Patientinnen und Patienten mit stabiler oraler und/oder enteraler Nahrungsaufnahme		
(0) nein	11.624	4,06
(1) ja	274.597	95,94
davon Patientinnen und Patienten mit spontaner Atemfrequenz		
(1) maximal 24/min	271.590	94,89
(2) über 24/min	6.292	2,20
(3) nicht bestimmt	8.100	2,83
(4) nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	239	0,08
davon Patientinnen und Patienten mit Herzfrequenz		
(1) maximal 100/min	278.982	97,47
(2) über 100/min	6.783	2,37
(3) nicht bestimmt	456	0,16
davon Patientinnen und Patienten mit Temperatur		
(1) maximal 37,8°C	282.573	98,73
(2) über 37,8°C	3.181	1,11
(3) nicht bestimmt	467	0,16

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
davon Patientinnen und Patienten mit Sauerstoffsättigung		
(1) unter 90%	6.197	2,17
(2) mindestens 90%	278.780	97,40
(3) nicht bestimmt	1.244	0,43
davon Patientinnen und Patienten mit Blutdruck, systolisch		
(1) unter 90 mmHg	2.602	0,91
(2) mindestens 90 mmHg	283.125	98,92
(3) nicht bestimmt	494	0,17

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Stationärer Aufenthalt		
< 1 Tag	5.057	1,38
1 - 7 Tage	202.277	55,26
8 - 14 Tage	116.509	31,83
15 - 21 Tage	27.098	7,40
> 21 Tage	15.131	4,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[10]		
(J10.0, J11.0) Grippe mit Pneumonie	25.320	6,92
(J12.-) Viruspneumonie, andernorts nicht klassifiziert	20.128	5,50
(J13) Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	7.858	2,15
(J14) Pneumonie durch Haemophilus influenza	3.039	0,83
(J15.-) Pneumonie durch Bakterien, andernorts nicht klassifiziert	97.049	26,51
(J16.-) Pneumonie durch sonst. Infektionserreger, andernorts nicht klassifiziert	2.089	0,57
(J18.-) Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	185.999	50,81
(J69.0) Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	35.220	9,62
(J85.1) Abszess der Lunge mit Pneumonie	2.147	0,59

[10] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10) COVID-19[11]		
(U07.1) COVID-19, Virus nachgewiesen	13.099	3,58
(U07.2) COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	4.018	1,10

[11] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 366.072**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	229.437	62,68
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5.731	1,57
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	466	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	5.248	1,43
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	5	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	19.968	5,45
(07) Tod	52.064	14,22
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[12]	710	0,19
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	2.641	0,72
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	47.654	13,02
(11) Entlassung in ein Hospiz	399	0,11
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	265	0,07
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	27	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	133	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[13]	851	0,23
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	15	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[14]	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	418	0,11
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[15]		
(1) ja	39	0,01

[12] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[13] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[14] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[15] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Sterblichkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei allen Patientinnen und Patienten		
Alle Patientinnen und Patienten	366.072	100,00
davon verstorben	52.064	14,22
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	78.802	21,53
davon verstorben	19.563	24,83
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	16.837	4,60
davon verstorben	3.242	19,26
Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden	349.235	95,40
davon verstorben	48.822	13,98
Patientinnen und Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	7.254	1,98
davon verstorben	2.864	39,48
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme	1.826	0,50
davon verstorben	620	33,95
Patientinnen und Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	44.012	12,02
davon verstorben	15.309	34,78
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	24.755	6,76
davon verstorben	6.720	27,15
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	9.400	2,57
davon verstorben	4.482	47,68
Patientinnen und Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes	9.857	2,69
davon verstorben	4.107	41,67

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten ohne palliative Therapiezielsetzung		
Patientinnen und Patienten ohne palliative Therapiezielsetzung	314.766	100,00
davon verstorben	19.385	6,16
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung und ohne palliative Therapiezielsetzung	56.201	17,85
davon verstorben	6.255	11,13
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung und ohne palliative Therapiezielsetzung	14.094	4,48
davon verstorben	1.215	8,62
Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wurden und ohne palliative Therapiezielsetzung	300.672	95,52
davon verstorben	18.170	6,04
Patientinnen und Patienten mit invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne palliative Therapiezielsetzung	5.187	1,65
davon verstorben	1.123	21,65
Patientinnen und Patienten mit Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und invasiver maschineller Beatmung bei Aufnahme und ohne palliative Therapiezielsetzung	1.413	0,45
davon verstorben	263	18,61
Patientinnen und Patienten mit maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	32.733	10,40
davon verstorben	5.933	18,13
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich nicht-invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	18.819	5,98
davon verstorben	2.085	11,08
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	6.581	2,09
davon verstorben	1.983	30,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit sowohl nicht-invasiver als auch invasiver maschineller Beatmung während des Aufenthaltes und ohne palliative Therapiezielsetzung	7.333	2,33
davon verstorben	1.865	25,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung		
Patientinnen und Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	51.306	100,00
davon verstorben	32.679	63,69

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Mammachirurgie*

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Mammachirurgie*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 6
1 Hintergrund 7
2 Einordnung der Ergebnisse 12
2.1 Datengrundlage 12
2.1.1 Überblick 12
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 12
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 13
2.2.1 Überblick 13
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 15
2.2.3 Detailergebnisse 20
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 29
2.3.1 Überblick 29
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 29
2.3.3 Detailergebnisse 32
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 37
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 37
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 39
4 Evaluation 41
5 Ausblick 43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – MC 9
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – MC 11
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - MC 13
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - MC 15
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – MC 18
Tabelle 6: QI 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung 20
Tabelle 7: QI 52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 21
Tabelle 8: QI 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate 21
Tabelle 9: QI 212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund 22
Tabelle 10: QI 212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund 22
Tabelle 11: QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung 23
Tabelle 12: QI 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung 23
Tabelle 13: TKez 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 24
Tabelle 14: QI 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie 24
Tabelle 15: QI 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 25
Tabelle 16: QI 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation 26
Tabelle 17: QI 60659: Nachresektionsrate 27
Tabelle 18: QI 211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS 27
Tabelle 19: QI 212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS 28
Tabelle 20: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - MC 29
Tabelle 21: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – MC 31
Tabelle 22: AK 850363: Angabe „HER2-Status = unbekannt“ 32
Tabelle 23: AK 850364: Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ 32
Tabelle 24: AK 813068: Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde 33
Tabelle 25: AK 850372: Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“ 33
Tabelle 26: AK 852000: Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund 34
Tabelle 27: AK 850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 35
Tabelle 28: AK 850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 35
Tabelle 29: AK 850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 36

© IQTIG 2026

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul MC 37
Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul MC 39

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DCIS	Ductales Carcinoma in situ
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
HER2	human epidermal growth factor receptor 2
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ICD-O-3	Internationale Klassifikation der Krankheiten für Onkologie, Dritte Ausgabe
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
Mm-R	Mindestmengenregelungen
n. a.	nicht anwendbar
o. n. A	ohne nähere Angabe
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QS MC	QS-Verfahren *Mammachirurgie*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
R0	kein Rest-(Residual)tumor
STNV	Stellungnahmeverfahren
TNM	T-Kategorie = Primärtumor N-Kategorie = regionäre Lymphknotenmetastasen M-Kategorie = Fernmetastasen

1 Hintergrund

Das QS-Verfahren *Mammachirurgie* (*QS MC*) bewertet die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs – sowohl der Diagnostik als auch der operativen Behandlung. Mit jährlich rund 74.500 Neuerkrankungen ist Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Frauen; zusätzlich wird bei mehr als 6.000 Frauen pro Jahr ein in-situ-Tumor diagnostiziert. Etwa ein Prozent aller Neuerkrankungen betrifft Männer (Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten). Früherkennung, präzise Diagnostik und eine stadiengerechte Therapie sind entscheidend, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und die krankheitsbedingte Sterblichkeit zu senken.

Die Behandlungsplanung sollte dabei umfassend, interdisziplinär und sorgfältig erfolgen. Bei der Auswahl der Therapie sollen die individuelle Situation, das Therapieziel und eine fundierte Nutzen-Risiko-Abwägung sowie die persönlichen Präferenzen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der beteiligten Fachdisziplinen sowie eine informierte, gemeinsame Entscheidungsfindung von behandelndem Ärzteteam und Patientinnen und Patienten. Die aktive Einbeziehung Letzterer ist dabei ein zentraler Aspekt.

Das Verfahren *QS MC* orientiert sich an den Empfehlungen der interdisziplinären S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, die fortlaufend aktualisiert wird. Erfasst werden alle stationär durchgeführten offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die aufgrund von gut- oder bösartigen Tumoren, Präkanzerosen oder eines Tumorverdachts innerhalb eines Jahres durchgeführt werden.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die 13 Qualitätsindikatoren und die Transparenzkennzahl des Verfahrens *QS MC* bilden sowohl Kriterien für die Behandlungsindikation als auch die Abläufe und Ergebnisse der Therapie ab.

Mit dem Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846) wird erhoben, wie häufig vor Therapiebeginn bei einem invasiven Mammakarzinom oder einer Vorstufe (Ductales Carcinoma in situ; DCIS) eine Gewebeprobe untersucht wird. Erst dieser Befund ermöglicht es, im Falle eines bösartigen Tumors eine stadien- und leitliniengerechte interdisziplinäre Behandlung zu planen. Da es keinen medizinischen Grund für einen Verzicht gibt und der Nutzen – insbesondere bei der Wahl einer neoadjuvanten Therapie vor dem operativen Eingriff – nachgewiesen ist, sollte diese Sicherung bei abklärungsbedürftigen Befunden stets erfolgen. 2 weitere Indikatoren (IDs 52267 und 52278) bestimmen zudem die angemessene Rate an HER2-positiven Befunden. HER2 („human epidermal growth factor receptor 2“) bezeichnet einen Wachstumsfaktorrezeptor, der sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet. Da diese Zellen in der Regel gut auf spezifische medikamentöse Therapien ansprechen, haben Fehler bei der Bestimmung des HER2-Status unmittelbare Auswirkungen auf den weiteren Behandlungsweg.

Die Indikatoren der Gruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden“ (IDs 212000 und 212001) adressieren die präoperative Drahtmarkierung bei geplanten brusterhaltenden Operationen im Falle eines nicht tastbaren Befunds. Solche Befunde werden zunehmend durch die Früherkennung und das Mammografie-Screening detektiert, wobei die Patientengruppen danach unterschieden werden, ob Tumore mit oder ohne Mikrokalkablagerungen vorliegen. Ergänzend hierzu betrachten die Indikatoren zur intraoperativen Präparatradiografie oder -sonografie – also zur Kontrolle des entnommenen Gewebes mittels Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung – (IDs 52330 und 52279) das Vorgehen bei präoperativ drahtmarkierten Befunden. Damit wird noch während der Operation sichergestellt, dass der Tumorherd vollständig entfernt wurde.

Bei Verdacht auf Lymphknotenmetastasen kann entweder eine feingewebliche Untersuchung einzelner Wächterlymphknoten (Sentinel-Lymphknoten-Biopsie) oder eine vollständige Lymphknotenentfernung in der Achselhöhle (Axilladissektion) erfolgen. Da beides mit einer erhöhten Morbidität einhergehen kann – etwa chronische Lymphödeme oder Schmerzen auftreten können oder die Beweglichkeit des Arms eingeschränkt sein kann –, ist die Indikation hierbei mit besonderer Sorgfalt zu stellen. Die Indikatoren zur Lymphknotenentnahme bei DCIS (einer Vorstufe zu Brustkrebs) und brusterhaltender Therapie (ID 50719) sowie zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ID 51847) geben Auskunft über die Häufigkeit dieser Eingriffe in verschiedenen Krankheitskonstellationen. Der bis zum Jahr 2024 ausgewertete Qualitätsindikator „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (ID 2163) wird seit dem Auswertungsjahr 2025 als Transparenzkennzahl dargestellt und wird mit dem Erfassungsjahr 2026 (AJ 2027) wegen geringen Verbesserungspotenzials abgeschafft.

Der Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370) prüft, ob der Zeitraum zwischen der Diagnosestellung und dem operativen Eingriff ausreichend lang ist. In weniger als 7 Tagen hätten die Betroffenen nicht genug Zeit, sich auf die neue Situation einzustellen, um sich beispielsweise bei Bedarf einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, Informationen zu Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und Kliniken oder eine onkologische Zweitmeinung einzuholen. Zudem sollte ihnen ausreichend Zeit eingeräumt werden, um die Situation im privaten Umfeld zu reflektieren. Schließlich erfasst der Ergebnisindikator „Nachresektionsrate“ (ID 60659) die Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Erstoperation ein oder mehrere weitere Eingriffe erforderlich waren. Da eine vollständige Tumorentfernung die Grundvoraussetzung für ein niedriges Lokalrezidivrisiko ist, sollte dieser Zustand im Idealfall bereits nach dem ersten Eingriff erreicht werden, um zusätzliche operative Risiken und Belastungen zu minimieren.

Die Behandlung von Brusttumoren ist äußerst komplex. Die Qualitätsindikatoren der Gruppe „Interdisziplinäre Tumorkonferenz“ (IDs 211800 und 212400) erfassen daher, wie häufig die Therapie unter Einbezug der erforderlichen Fachdisziplinen und spezialisierter Fachpflegekräfte in einer gemeinsamen Konferenz geplant wird. Da vor allem die prätherapeutische Diagnostik bei einem Mammakarzinom stetig an Bedeutung gewinnt, wurde zum Erfassungsjahr 2024 der neue Qualitätsindikator „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (ID 212400) etabliert. Dieser wird mit dem Auswertungsjahr 2026 erstmalig ausgewertet und stellt sicher, dass die Weichen für die Behandlung bereits vor dem ersten Eingriff interdisziplinär gestellt werden.

Da sich das Verfahren *QS MC* ausschließlich auf den stationären Sektor bezieht, werden Therapieformen, die in der Regel ambulant stattfinden, in diesem Rahmen nicht betrachtet. Hierzu zählen insbesondere die Strahlentherapie sowie medikamentöse Behandlungen wie Chemo-, Antihormon- und Immuntherapien oder andere zielgerichtete Verfahren.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – MC

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: HER2-Positivitätsrate			
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QS-Dokumentation	2025
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden			
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	QS-Dokumentation	2025
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung			
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QS-Dokumentation	2025
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QS-Dokumentation	2025
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS*	QS-Dokumentation	2025
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QS-Dokumentation	2025
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QS-Dokumentation	2025
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QS-Dokumentation	2025
60659	Nachresektionsrate	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz			
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QS-Dokumentation	2025
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Entscheidend zur Bewertung der Ergebnisse ist die Dokumentationsqualität. Das Set der Auffälligkeitskriterien blieb seit dem Auswertungsjahr 2025inhaltlich unverändert: Es umfasst weiterhin 5 Kriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 Kriterien zur Vollzähligkeit der Daten. Diese Kriterien sind wichtig, da die Dokumentation die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren direkt beeinflusst. So überprüft das Auffälligkeitskriterium zur Angabe „HER2-Status = unbekannt" (ID 850363), wie oft dieser entscheidende Wert fehlt. Da der HER2-Status die Wahl der Therapie maßgeblich bestimmt, werden Fälle mit der Angabe „unbekannt" aus der Grundgesamtheit für die Berechnung der Indikatoren der HER2-Positivitätsraten ausgeschlossen.

Ähnliches gilt für den Hormonrezeptorstatus, dessen Dokumentationsqualität durch ein eigenes Auffälligkeitskriterium (ID 850372) überwacht wird. Auch hier führt eine unvollständige Datenlage zum Ausschluss aus oben genannter Indikatorengruppe. Um eine hohe Dokumentationsqualität der „Nachresektionsrate" (ID 60659) sicherzustellen, misst ein weiteres Auffälligkeitskriterium (ID 850364), wie oft keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen. Ein häufiges Fehlen der R0-Angabe kann die Ergebnisse zur Nachresektionsrate verzerren und in der Folge die Vergleichbarkeit der Krankenhäuser erschweren.

Ein besonderes Augenmerk liegt zudem auf der Übereinstimmung der Befunde. Das Kriterium zur „Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie" (ID 813068) überprüft die Dokumentationsqualität über den gesamten Behandlungspfad hinweg. Fehlkodierungen führen hier zu Ungenauigkeiten in der Grundgesamtheit aller Indikatoren für invasive Karzinome oder Vorstufen (DCIS). Ein Leistungserbringer gilt in diesem Punkt als rechnerisch auffällig, sobald bei 5 oder mehr Fällen Diskrepanzen in der Dokumentation der prä- und postoperativen Histologiebefunde auftreten (Referenzbereich ≤ 4).

Zuletzt spielt die morphologische Genauigkeit der Befunde eine zentrale Rolle. Die Verwendung des unspezifischen ICD-O-3-Kodes 8010/3 („Karzinom o. n. A.") sollte nur in absoluten Ausnahmefällen erfolgen, wenn keine der rund 150 spezifischeren Verschlüsselungen zutrifft. Eine präzise tumorspezifische Befundung ist für die weitere Therapieplanung der Patientinnen und Patienten unerlässlich. Die Verwendung des unspezifischen Kodes in der prätherapeutischen Diagnostik führt zudem dazu, dass diese Fälle in den Kennzahlen zur Axilladissektion sowie zur Lymphknotenentnahme bei DCIS nicht mehr berücksichtigt werden, was die Auswertbarkeit der Ergebnisse mindert.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“	QS-Dokumentation
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	QS-Dokumentation
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	QS-Dokumentation
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	QS-Dokumentation
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Bereits seit einigen Jahren ist im Verfahren *QS MC* ein Rückgang der Leistungserbringer, die QS-Dokumentationsdaten übermitteln, zu beobachten. Zugleich steigt die Anzahl der gelieferten Datensätze leicht an. Die Analyse der Datensätze zeigt über den gesamten Beobachtungszeitraum eine konstante Entwicklung. Diese ist primär auf die Brustkrebsfrüherkennung sowie die fortschreitende Zentralisierung in spezialisierten Kliniken, forciert durch die vom GBA festgelegte Mindestmenge von 100 chirurgischen Brustkrebsbehandlungen im Jahr, zurückzuführen.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene bestätigen die Plausibilität des in Abschnitt 2.2.1 dargestellten Trends. Die onkologische Versorgung wird verstärkt in spezialisierten Zentren und Kliniken gebündelt, somit führen immer weniger Leistungserbringer onkologische Operationen durch. Dieser Prozess wird durch die vom GBA festgelegten Mindestmengen weiter forciert: Während für das Erfassungsjahr 2024 (AJ 2025) noch eine Übergangsphase mit einer Mindestmenge von 50 chirurgischen Brustkrebsbehandlungen galt, ist seit dem Kalenderjahr 2025 (AJ 2026) eine Mindestmenge von 100 Leistungen pro Jahr verpflichtend. Da viele kleinere Abteilungen absehbar den neuen, verdoppelten Grenzwert nicht mehr erreichen konnten, stellten sie die operative Versorgung bereits im Laufe des Erfassungsjahres 2025 im Vorgriff ein und leiteten Behandlungen direkt an größere Zentren weiter.

Neben dem Rückgang der Zahl der Leistungserbringer ist zu beobachten, dass die Anzahl der verkürzten Falldokumentationen (Minimaldatensätze [MDS]) ansteigt (2020: 74, 2024: 215; 2025: 267). Das heißt, die Dokumentationspflicht wird ausgelöst; da aber keine schlüssige Dokumentation des Falls erfolgen kann, wird ein verkürzter Fall (MDS) angelegt. Die Zunahme der MDS kann auf die Komplexität der Behandlungsfälle zurückgeführt werden: Nicht alle medizinisch erbrachten Leistungen können den Behandlungsfall im Spezifikationsbogen sachgerecht wiedergeben. So kann es beispielsweise vorkommen, dass die den QS-Bogen auslösende Operation (OPS) an der rechten Brust stattgefunden hat, die interessierende Diagnose (ICD) aber an der linken Brust verortet ist oder dass der von der Pathologie diagnostizierte ICD-O-3-Befund nicht in der entsprechenden Liste verortet ist. Inwieweit die MDS zu einer Anpassung im QS-Verfahren führen (Anpassung der ICD-O-3-Liste), wird mit dem Expertengremium auf Bundesebene regelmäßig beraten. Für das Verfahren *QS MC* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - MC

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	108.872 108.605 267	108.648	100,21
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	573		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	597	602	99,17
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	555	558	99,46

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Bei einem Anstieg der Datensätze im Verfahren *QS MC* konnte das Qualitätsniveau der Versorgung nicht nur gehalten, sondern in entscheidenden Bereichen verbessert werden. In vielen Qualitätsindikatoren wurden mehr Fälle betrachtet, wobei die Bundesergebnisse konstant geblieben sind. Für 3 Indikatoren – „HER2-Positivitätsrate" (IDs 52267 und 52278) und „Nachresektionsrate" (ID 60659) –, die künftig entfallen oder überarbeitet werden, wurde das zweite Jahr in Folge kein Referenzbereich definiert. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten gab es in den Indikatoren „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation" (ID 51370), „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie" (ID 50719) und „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS" (ID 212400). Bei den Qualitätsindikatoren „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung" (ID 51846) und „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ID 51847) wurden Leistungserbringer dazu angehalten, ihre internen Leitlinien-Algorithmen in klinischen Audits zu überprüfen.

Eine leichte Verbesserung des Bundesergebnisses bei deutlich höheren Fallzahlen ist in dem Indikator zur adäquaten Markierung nicht tastbarer Herdbefunde (ID 212001) zu beobachten (AJ 2025: 88,67 %; AJ 2026: 89,77 %). Bei 21 von 426 Leistungserbringern lag das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs. Das macht einen Anteil von 4,93 % aus. Bei 11 Leistungserbringern konnte bereits im Vorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in diesem Indikator beobachtet werden. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden bezogen auf alle Leistungserbringer mit Fällen in diesem Indikator 2 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Dagegen stehen 14 Ergebnisse, die als qualitativ unauffällig bewertet wurden. Diese hohe Anzahl ist auch auf methodische Mängel zurückzuführen. So sind bestimmte

Markierungsverfahren in der Definition des Indikators nicht enthalten, obwohl sie laut den medizinischen Leitlinien zugelassen sind.

Beim Qualitätsindikator zum zeitlichen Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation (ID 51370) setzt sich mit einem Bundesergebnis von 1,19 % im Auswertungsjahr 2025 der positive Trend der letzten Jahre fort (AJ 2025: 1,64 %: 2019: 3,31 %). Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 10 von 492 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator als qualitativ auffällig bewertet; begründet wurde dies mit Struktur- und Prozessmängeln.

Das Bundesergebnis des Indikators zur prätherapeutischen Tumorkonferenz (ID 212400) hat sich von 80,10 % auf 84,26 % verbessert. Die detailgenaue Sichtung der einzelnen Leistungserbringerergebnisse macht die Interpretation der Daten jedoch wesentlich leichter und legt verbleibende Qualitätsdefizite offen. So wurde bei 5,10 % (22 von 431) der Leistungserbringer das Qualitätsziel verfehlt. Konkret bedeutet dies, dass diese Kliniken nur bei 47 % oder noch weniger ihrer Patientinnen und Patienten die empfohlene prätherapeutische Tumorkonferenz durchgeführt haben. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 10 von 492 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator (2,03 %) als qualitativ auffällig bewertet. Meist konnten hier die Leistungserbringer das medizinisch korrekte Vorgehen nicht genau benennen. Dieser Indikator befindet sich im zweiten Jahr der Auswertung. Wie sich die Ergebnisse entwickeln, muss weiter beobachtet werden.

Besonders hervorzuheben ist der Indikator „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (ID 51847). Im Gegensatz zu den anderen Indikatoren in *QS MC* ist die Grundgesamtheit hier gesunken (von 29.003 in AJ 2025 auf 26.281 in AJ 2026). Nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene ist diese Entwicklung auch darauf zurückzuführen, dass beispielsweise bei älteren, postmenopausalen Patientinnen auf die Untersuchung und Beurteilung der Achsellymphknoten verzichtet werden kann. Diese Empfehlung zum medizinischen Vorgehen hat bereits Auswirkungen auf die Ergebnisse des Indikators. Waren im Auswertungsjahr 2025 noch 2,55 % der Leistungserbringer (12 von 470) rechnerisch auffällig, so sind es im Auswertungsjahr 2026 nur noch 0,72 % (3 von 418).

Mit Abstand den höchsten Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten hat mit 8,95 % (35 von 391) der Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719), obwohl im Vergleich zum Vorjahr (13,33 %; 60 von 429) eine deutliche Verbesserung zu verzeichnen ist. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 8 von 429 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator (1,86 %) als qualitativ auffällig bewertet, was auch hier in Struktur- und Prozessmängeln begründet liegt.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - MC

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	98,65 % O = 74.855 N = 75.876	98,69 % O = 80.188 N = 81.255 (≥ 97,00 %)	vergleichbar
Gruppe: HER2-Positivitätsrate				
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	1,00 O/E = 8.609 / 8.611,59 12,82 % O/N = 8.609 / 67.169	0,94 O/E = 8.610 / 9.197,37 12,00 % O/N = 8.610 / 71.726 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	1,00 O/E = 8.609 / 8.611,59 12,82 % O/N = 8.609 / 67.169	0,94 O/E = 8.610 / 9.197,37 12,00 % O/N = 8.610 / 71.726 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden				
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	96,20 % O = 6.854 N = 7.125	96,69 % O = 7.546 N = 7.804 (≥ 95,21 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	88,67 % O = 22.507 N = 25.384	89,77 % O = 25.671 N = 28.597 (≥ 75,07 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung				
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	98,90 % O = 17.292 N = 17.485	99,47 % O = 18.988 N = 19.090 (≥ 95,00 %)	vergleichbar
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	98,97 % O = 32.967 N = 33.309	98,95 % O = 36.118 N = 36.500 (≥ 95,00 %)	vergleichbar
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS*	0,08 % O = 6 N = 7.413	0,06 % O = 5 N = 7.903	vergleichbar
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	3,04 % O = 176 N = 5.790	2,28 % O = 142 N = 6.231 (≤ 5,00 %)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	97,33 % O = 28.229 N = 29.003	97,33 % O = 25.580 N = 26.281 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	1,64 % O = 799 N = 48.771	1,19 % O = 600 N = 50.613 (≤ 1,21 %; 90. Perzentil)	vergleichbar
60659	Nachresektionsrate	10,31 % O = 6.293 N = 61.055	10,08 % O = 6.596 N = 65.437 (nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz				
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	99,63 % O = 64.557 N = 64.795	99,73 % O = 69.242 N = 69.428 (≥ 99,44 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	80,10 % O = 58.336 N = 72.826	84,26 % O = 65.477 N = 77.706 (≥ 47,56 %; 5. Perzentil)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – MC

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	2024	27 / 509	5,30	5
		2025	15 / 440	3,41	2
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden					
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	2024	21 / 415	5,06	2
		2025	19 / 385	4,94	4
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	2024	23 / 456	5,04	13
		2025	21 / 426	4,93	11
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung					
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	2024	5 / 433	1,15	0
		2025	3 / 389	0,77	1
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	2024	15 / 458	3,28	4
		2025	17 / 423	4,02	0
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	2024	60 / 429	13,99	24
		2025	35 / 391	8,95	15
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2024	12 / 470	2,55	0
		2025	3 / 418	0,72	0

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	2024	49 / 492	9,96	16
		2025	44 / 441	9,98	12
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz					
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	2024	25 / 501	4,99	4
		2025	22 / 433	5,08	4
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	2024	25 / 492	5,08	-
		2025	22 / 431	5,10	5

© IQTIG 2026

2.2.3 Detailergebnisse

Mit dem Auswertungsjahr 2025 wurde im QS-Verfahren eine neue Auswertungsmethodik eingeführt. Diese berücksichtigt die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit bei der Ermittlung von rechnerischen Auffälligkeiten. Das Ziel ist eine bessere Nutzung der Ressourcen für die Stellungnahmeverfahren. Die Anpassung hat zur Reduktion des Anteils an rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2025 gegenüber dem Vorjahr beigetragen.

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (ID 51846)

Tabelle 6: QI 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	98,49 % O = 74.462 N = 75.603	98,65 % O = 74.855 N = 75.876	**98,69 %** **O = 80.188** **N = 81.255**
rechnerische Auffälligkeiten	85 / 578 14,71 %	27 / 509 5,30 %	**15 / 440** **3,41 %** **(Refbereich: ≥ 97,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 85 14,12 %	**6 / 27** **22,22 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	12 / 578 2,08 %	**6 / 509** **1,18 %**	n. a.

Das Ziel dieses Indikators (ID 51846) ist es, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einem Mammakarzinom eine prätherapeutische histologische Diagnosesicherung erhalten. Mit einem Bundesergebnis von 98,69 % wird erneut das gute Niveau der präoperativen Abklärung bestätigt. Für die Patientinnen und Patienten mit einem Mammakarzinom oder DCIS ist von hoher Bedeutung, dass vor der Behandlung die Tumorbiologie bestimmt wird. Obwohl eine Zunahme um mehr als 5.300 Fälle gegenüber dem Vorjahr zu beobachten ist, blieb die Quote nahezu konstant, was die flächendeckende Einhaltung der Leitlinienvorgaben unterstreicht. Verdeutlicht wird diese hohe Versorgungsqualität auch durch die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens. Von allen Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis wurden 6 Standorte als qualitativ auffällig bewertet. Auffällige Ergebnisse wurden vor allem bei Leistungserbringern festgestellt, die keine Brustzentren waren oder ähnliche Strukturen aufwiesen und bei denen die internen Prozesse nicht das leitliniengerechte Vorgehen abgebildet haben.

Gruppe: HER2-Positivitätsrate (IDs 52267 und 52278)

Tabelle 7: QI 52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,02 O/E = 8.565 / 8.398,10 12,87 % O/N = 8.565 / 66.534	1,00 O/E = 8.609 / 8.611,59 12,82 % O/N = 8.609 / 67.169	**0,94** **O/E = 8.610 / 9.197,37** **12,00 %** **O/N = 8.610 / 71.726**
rechnerische Auffälligkeiten	51 / 520 9,81 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 51 9,80 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 520 0,96 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 8: QI 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,02 O/E = 8.565 / 8.398,10 12,87 % O/N = 8.565 / 66.534	1,00 O/E = 8.609 / 8.611,59 12,82 % O/N = 8.609 / 67.169	**0,94** **O/E = 8.610 / 9.197,37** **12,00 %** **O/N = 8.610 / 71.726**
rechnerische Auffälligkeiten	45 / 520 8,65 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 45 11,11 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 520 0,96 %	**n. a.**	n. a.

Mit dieser risikoadjustierten Indikatorengruppe wird die Angemessenheit der HER2-positiven Befunde beim invasiven Mammakarzinom überprüft. Die Indikatoren zu niedrigen (ID 52267) und hohen (ID 52278) HER2-Positivitätsraten wurden aufgrund unzureichender Validität und mangelnder Beeinflussbarkeit zur Abschaffung zum Erfassungsjahr 2026 empfohlen. Daher werden die Indikatoren im Auswertungsjahr 2026 ohne Referenzbereich und ohne Stellungnahmeverfahren dargestellt.

Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden (IDs 212000 und 212001)

Tabelle 9: QI 212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	95,18 % O = 6.786 N = 7.130	96,20 % O = 6.854 N = 7.125	**96,69 %** **O = 7.546** **N = 7.804**
rechnerische Auffälligkeiten	44 / 443 9,93 %	21 / 415 5,06 %	**19 / 385** **4,94 %** **(Refbereich: ≥ 95,21 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 44 22,73 %	**2 / 21** **9,52 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 443 2,26 %	**2 / 415** **0,48 %**	n. a.

Tabelle 10: QI 212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	87,40 % O = 21.344 N = 24.422	88,67 % O = 22.507 N = 25.384	**89,77 %** **O = 25.671** **N = 28.597**
rechnerische Auffälligkeiten	63 / 513 12,28 %	23 / 456 5,04 %	**21 / 426** **4,93 %** **(Refbereich: ≥ 75,07 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 63 17,46 %	**2 / 23** **8,70 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 513 2,14 %	**2 / 456** **0,44 %**	n. a.

Das Ziel dieser Indikatorengruppe (IDs 212000 und 212001) ist, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einem nicht palpablen Befund eine präoperative (Draht-)markierung erhalten. Die beiden Indikatoren der Gruppe weisen sehr unterschiedliche Grundgesamtheiten auf. Erklärt wird dies damit, dass in dem Qualitätsindikator „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund" nur die reinen Mikrokalkbefunde gezählt werden. Hier lag die Grundgesamtheit im Auswertungsjahr 2026 bei 7.804. Im Indikator „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund" werden neben den Befunden ohne Mikrokalk auch die Mischbefunde aus Mikrokalk und Herdbefund betrachtet. Daher hat dieser Indikator eine Grundgesamtheit von 28.597 Fällen. Die Fallzahl ist innerhalb der beiden Indikatoren deutlich angestiegen. Dies ist primär darauf zurückzuführen, dass im Rahmen der Früherkennung vermehrt kleinste, klinisch noch nicht tastbare Befunde detektiert und präzise markiert werden, um

gesundes Gewebe bei der Operation maximal zu schonen. Zudem wurde die Altersgrenze zur Screeningempfehlung bereits zum Jahr 2024 auf 75 Jahre angehoben.

Die Ergebnisse zeigen, dass es gut gelingt, kleinste Befunde mit Kalkablagerungen (Mikrokalk) (ID 212000) oder ohne Mikrokalk (ID 212001), die man weder ertasten noch von außen sehen kann, zu kennzeichnen und für die Operation vorzubereiten.

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung (IDs 52330 und 52279)

Tabelle 11: QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	99,48 % O = 17.481 N = 17.573	98,90 % O = 17.292 N = 17.485	**99,47 %** **O = 18.988** **N = 19.090**
rechnerische Auffälligkeiten	13 / 464 2,80 %	5 / 433 1,15 %	**3 / 389** **0,77 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 13 7,69 %	**0 / 5** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 464 0,22 %	**0 / 433** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 12: QI 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	98,95 % O = 31.615 N = 31.952	98,97 % O = 32.967 N = 33.309	**98,95 %** **O = 36.118** **N = 36.500**
rechnerische Auffälligkeiten	36 / 502 7,17 %	15 / 458 3,28 %	**17 / 423** **4,02 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 36 16,67 %	**5 / 15** **33,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 502 1,20 %	**5 / 458** **1,09 %**	n. a.

Die präoperative Drahtmarkierung nicht tastbarer Befunde dient der intraoperativen Lokalisation des Tumors. Die Indikatoren zur intraoperativen Präparatradiografie oder intraoperativen Präparatsonografie bei mammografischer (ID 52330) bzw. sonografischer Drahtmarkierung (ID 52279) weisen seit Jahren konstante und gute Ergebnisse auf.

Bisher wurden die beiden Qualitätsindikatoren aus auswertungstechnischen Gründen getrennt dargestellt. Das IQTIG hält es weiterhin für wichtig, eine präoperative Drahtmarkierung mit anschließender intraoperativer Kontrolle und Entfernung des Drahtes qualitätszusichern. Allerdings kann dabei auf die getrennte Auswertung verzichtet werden, sodass diese Gruppe ab Erfassungsjahr 2026 (AJ 2027) in einem Qualitätsindikator zusammengefasst wird.

Themenkomplex: Operatives Lymphknotenmanagement und Indikationsqualität (IDs 2163, 50719 und 51847)

Tabelle 13: TKez 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	0,08 % O = 6 N = 7.413	**0,06 %** **O = 5** **N = 7.903**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 465 0,22 %	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	0 / 465 0,00 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 14: QI 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,80 % O = 157 N = 5.612	3,04 % O = 176 N = 5.790	**2,28 %** **O = 142** **N = 6.231**
rechnerische Auffälligkeiten	90 / 447 20,13 %	60 / 429 13,99 %	**35 / 391** **8,95 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 90 14,44 %	**8 / 60** **13,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	13 / 447 2,91 %	**8 / 429** **1,86 %**	n. a.

Tabelle 15: QI 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	97,43 % O = 29.873 N = 30.662	97,33 % O = 28.229 N = 29.003	**97,33 %** **O = 25.580** **N = 26.281**
rechnerische Auffälligkeiten	40 / 547 7,31 %	12 / 470 2,55 %	**3 / 418** **0,72 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 40 25,00 %	**5 / 12** **41,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 547 1,83 %	**5 / 470** **1,06 %**	n. a.

Die Entscheidung, ob eine Axilladissektion durchgeführt wird, sollte vom Metastasierungsrisiko abhängen. Während diese Operation in bestimmten Konstellationen beim invasiven Mammakarzinom notwendig ist, ist sie beim duktalen Karzinom in situ (DCIS) – einer per Definition nicht metastasierungsfähigen Läsion – nie indiziert. Entsprechend zielt die Kennzahl ID 2163 darauf ab, diese primäre Axilladissektion beim DCIS zu vermeiden. Da diese Kennzahl kein Potenzial zur Verbesserung mehr aufweist, wird sie zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen.

In enger Verbindung dazu steht die brusterhaltende Therapie beim DCIS: Da hier kein axilläres Staging erforderlich ist, soll laut Indikator 50719 auch die Durchführung einer Sentinel-Lymphknoten-Biopsie auf ein Minimum reduziert werden. Im Auswertungsjahr 2025 wurden, bezogen auf alle Auffälligkeiten, 13,33 % qualitativ auffällige Ergebnisse identifiziert. In der Regel wurden Leistungserbringer dann qualitativ auffällig, wenn das Vorgehen nicht leitliniengerecht war oder es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gab. Die weitaus größte Anzahl der Leistungserbringer erhielt nach dem Stellungnahmeverfahren die Bewertung „qualitativ unauffällig" (42 von 60). Das Expertengremium auf Bundesebene entschied aufgrund dieser Ergebnisse, dass die Rechenregel überprüft und gegebenenfalls optimiert werden sollte.

Dem gegenüber steht der Indikator „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie" (ID 51847). Dieses etablierte, zielgerichtete Verfahren zur Erfassung des Lymphknotenstatus dient der Identifikation von nodal-negativen (pN0) Patientinnen und Patienten, um ihnen eine ausgedehnte, mit Nebenwirkungen behaftete Lymphknotenentfernung zu ersparen. Dennoch weist dieser Indikator einen Anteil von 41,67 % qualitativ auffälligen (bezogen auf alle Auffälligkeiten) Bewertungen auf. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden Leistungserbringer dazu angehalten, ihre internen Leitlinien-Algorithmen im Rahmen von klinischen Audits zu überprüfen. In Einzelfällen wurde zudem angeregt, dass das medizinische Personal an spezifischen Fortbildungen zur leitliniengerechten operativen Therapie beim Mammakarzinom teilnimmt.

Ausgehend von den Ergebnissen der Auswertungsjahre 2024 bis 2026 kann von einer zunehmend leitliniengerechten und qualitätsgesicherten Indikationsstellung bei axillären Lymphknoten-Eingriffen ausgegangen werden. Die 2 Indikatoren und die Kennzahl sind für die Patientinnen und

Patienten deshalb von besonderer Bedeutung, da deren Morbidität durch sie so gering wie möglich gehalten werden kann. Bei einem reinen DCIS ist eine Lymphknotenentfernung in der Regel nicht notwendig (ID 50719), daher liegt hier der Referenzbereich bei ≤ 5,00 %. Das Bundesergebnis verbesserte sich im Auswertungsjahr 2026 deutlich auf 2,28 % (AJ 2025: 3,04 %), bei kontinuierlich steigenden Gesamtfallzahlen.

Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation (ID 51370)

Tabelle 16: QI 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,86 % O = 944 N = 50.747	1,64 % O = 799 N = 48.771	**1,19 %** **O = 600** **N = 50.613**
rechnerische Auffälligkeiten	84 / 569 14,76 %	49 / 492 9,96 %	**44 / 441** **9,98 %** **(Refbereich: ≤ 1,21 %; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 84 14,29 %	**10 / 49** **20,41 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	12 / 569 2,11 %	**10 / 492** **2,03 %**	n. a.

Hervorzuheben ist die Entwicklung beim Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370). Dieser betrachtet eine wichtige Schnittstelle innerhalb der Versorgungskette, den Übergang von der überwiegend ambulant durchgeführten Diagnostik zur dann stationär erfolgenden operativen Behandlung. Patientinnen und Patienten benötigen ausreichend Zeit, um sich über die Krankheit zu informieren, sich mit der Situation zu befassen und sich ggf. eine zweite medizinische Meinung einzuholen.

Aus Diskussionen mit dem Expertengremium auf Bundesebene geht hervor, dass die Entwicklung bei diesem Indikator im Wesentlichen auf zwei gegensätzlichen Faktoren beruht. Zum einen führt die bewusste Optimierung der internen Terminierungsprozesse bei den Kliniken dazu, dass den Patientinnen und Patienten aktiv mehr Bedenkzeit eingeräumt wird. Zum anderen können jedoch strukturelle Probleme wie etwa personelle Engpässe dazu beitragen, dass Operationssäle primär für Notfälle genutzt werden müssen, wodurch sich die Wartezeit für elektive Eingriffe ungewollt verlängert.

Auch ein zu langer Zeitraum zwischen Diagnose und Operation kann das Überleben der Patientin oder des Patienten negativ beeinflussen. Daher wird zum Erfassungsjahr 2027 (AJ 2028) der Indikator „Langer zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation“ (ID 212700) eingeführt.

Nachresektionsrate (ID 60659)

Tabelle 17: QI 60659: Nachresektionsrate

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	10,31 % O = 6.293 N = 61.055	**10,08 %** **O = 6.596** **N = 65.437**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die komplette Entfernung des Tumors mit tumorfreien Resektionsrändern ist Voraussetzung für ein niedriges Lokalrezidivrisiko. Daher adressiert dieser Ergebnisindikator das Erreichen des R0-Status. Grundsätzlich soll der tumorfreie Zustand möglichst nach der ersten Operation vorliegen, um Risiken, die mit weiteren Operationen zusammenhängen möglichst zu minimieren. Für das Auswertungsjahr 2026 ist für den Indikator kein Referenzbereich definiert, da der Indikator derzeit überarbeitet wird.

Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz (IDs 211800 und 212400)

Tabelle 18: QI 211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	99,53 % O = 63.707 N = 64.009	99,63 % O = 64.557 N = 64.795	**99,73 %** **O = 69.242** **N = 69.428**
rechnerische Auffälligkeiten	51 / 567 8,99 %	25 / 501 4,99 %	**22 / 433** **5,08 %** **(Refbereich: ≥ 99,44 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 51 3,92 %	**4 / 25** **16,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 567 0,35 %	**4 / 501** **0,80 %**	n. a.

Tabelle 19: QI 212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	80,10 % O = 58.336 N = 72.826	**84,26 %** **O = 65.477** **N = 77.706**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	25 / 492 5,08 %	**22 / 431** **5,10 %** **(Refbereich: ≥ 47,56 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**10 / 25** **40,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**10 / 492** **2,03 %**	n. a.

Die Vorstellung aller Fälle von Brustkrebs oder dessen Vorstufen (DCIS) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz stellt einen wichtigen Schritt der onkologischen Diagnosestellung dar. Hierbei arbeiten Fachärztinnen und -ärzte verschiedener Disziplinen – darunter Gynäkologie, Radiologie, Pathologie, Onkologie und Strahlentherapie – zusammen, um für jede Patientin bzw. jeden Patienten eine maßgeschneiderte und leitliniengerechte Behandlungsstrategie festzulegen. Die interdisziplinäre Tumorkonferenz kann prätherapeutisch (ID 212400) und/oder postoperativ (ID 211800) erfolgen. Die Bundesergebnisse der beiden Qualitätsindikatoren zeigen eine positive Entwicklung. Lag das Ergebnis des Indikators zur postoperativen Tumorkonferenz (ID 211800) im Auswertungsjahr 2025 noch bei 99,63 % so ist es zum Auswertungsjahr 2026 auf 99,73 % leicht angestiegen. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens erhielten 0,80 % der Leistungserbringer eine qualitativ auffällige Bewertung. Mehrere LAG empfehlen den Leistungserbringern, verbindliche Behandlungspfade zu implementieren und standardisierte Checklisten für die Tumordokumentation einzuführen, um die Ergebnisse beider Qualitätsindikatoren zu verbessern.

Der Indikator, der die Vorstellung der Patientinnen und Patienten in einer Tumorkonferenz vom Therapiebeginn betrachtet (ID 212400), wird erst seit zwei Jahren ausgewertet und kann für das Auswertungsjahr 2026 einen relevanten Anstieg des Ergebnisses um 4 Prozentpunkte auf 84,26 % (AJ 2024: 80,10 %) verzeichnen. Unter Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit kann also gefolgert werden, dass eine bundesweite Verbesserung stattgefunden hat.

Die Notwendigkeit, den Referenzbereich bei diesen beiden Indikatoren anzupassen, ist ersichtlich. Erste Impulse wurden bereits im Expertengremium im Frühjahr besprochen. Weitere Diskussionen werden in kommenden Gremiumssitzungen erfolgen.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die Ergebnisse aller Auffälligkeitskriterien liegen ungefähr im Bereich der Vorjahre, hier sind keine wesentlichen Schwankungen zu beobachten. Die Datengrundlage im QS-Verfahren ist demnach stabil.

Mit einer Vollzähligkeitsquote von über 100 % und minimalen Anteilen an fehlenden Werten (alle unter 0,5 %) bietet die Datengrundlage eine verlässliche Qualitätsbewertung.

Die Auffälligkeitskriterien „Angabe ‚HER2-Status = unbekannt' (ID 850363), „Angabe ‚R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor'" (ID 850364) und „Angabe ‚immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt'" (ID 850372) werden im Auswertungsjahr 2026 ohne Referenzbereich veröffentlicht. Begründet wird dies damit, dass der Qualitätsindikator, auf den sich diese Auffälligkeitskriterien beziehen, aufgrund der Abschaffungsempfehlung der Eckpunkteempfehlung ebenfalls keinen Referenzbereich aufweist.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 20: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt"	0,45 % 323/72.174 (nicht definiert)
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor"	0,12 % 90/72.481 (nicht definiert)
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	0,01 506/72.150 (≤ 4)
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt"	0,33 % 241/72.174 (nicht definiert)
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	0,40 % 375/93.350 (≤ 2,54 %; 95. Perzentil)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,21 % 108.872/108.648 (≥ 95,00 %)
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,21 % 108.872/108.648 (≤ 110,00 %)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,25 % 267/108.648 (≤ 5,00 %)

Tabelle 21: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2025	21 / 438	4,79	1
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	2025	21 / 454	4,63	6
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	2 / 602	0,33	0
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	0 / 602	0,00	-
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	7 / 602	1,16	1

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 22: AK 850363: Angabe „HER2-Status = unbekannt"

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,42 % O = 283 N = 67.522	0,40 % O = 269 N = 67.650	**0,45 %** **O = 323** **N = 72.174**
rechnerische Auffälligkeiten	13 / 573 2,27 %	13 / 507 2,56 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 13 84,62 %	**3 / 13** **23,08 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	11 / 573 1,92 %	**3 / 507** **0,59 %**	n. a.

Der HER2-Status ist entscheidend für die Auswahl der Behandlung. Fälle mit der Angabe „unbekannt" werden aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur HER2-Rate ausgeschlossen. Da sich dieses Auffälligkeitskriterium ausschließlich auf Indikatoren bezieht, deren Referenzbereich ausgesetzt ist, wird auch der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums seit dem Auswertungsjahr 2025 nicht definiert. Das hat zur Folge, dass kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde.

Tabelle 23: AK 850364: Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor"

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,14 % O = 98 N = 67.923	0,15 % O = 102 N = 68.113	**0,12 %** **O = 90** **N = 72.481**
rechnerische Auffälligkeiten	10 / 577 1,73 %	8 / 508 1,57 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 10 60,00 %	**0 / 8** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 577 1,04 %	0 / 508 0,00 %	n. a.

Mit dem Auffälligkeitskriterium sollen die Angaben zur Nachresektionsrate nachvollzogen werden. Fälle mit der Angabe „unbekannt" werden aus der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators „Nachresektionsrate" (ID 60659) ausgeschlossen. Dieser wird aufgrund einer Überarbeitung seit dem Auswertungsjahr 2025 ohne Referenzbereich dargestellt, aus diesem Grund wird auch das

Auffälligkeitskriterium ohne Referenzbereich dargestellt. Das hat zur Folge, dass zum Auswertungsjahr 2025 kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde.

Tabelle 24: AK 813068: Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,01 O = 511 N = 74.671	0,01 O = 477 N = 74.919	**0,01** **O = 506** **N = 72.150**
rechnerische Auffälligkeiten	16 / 584 2,74 %	13 / 501 2,59 %	**21 / 438** **4,79 %** **(Refbereich: ≤ 4)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 16 81,25 %	**9 / 13** **69,23 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 584 2,23 %	**9 / 501** **1,80 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft die Dokumentationsqualität der postoperativen Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde. Eine Fehlkodierung führt zu Ungenauigkeiten in der Grundgesamtheit aller Indikatoren mit Bezug zu invasiven Karzinomen oder DCIS. Wenn ein Leistungserbringer bei 5 oder mehr Fällen eine Diskrepanz in der Dokumentation entweder in der prätherapeutischen Diagnose oder in der postoperativen Histologie aufweist, hat er ein rechnerisch auffälliges Ergebnis (Referenzbereich ≤ 4).

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligem Ergebnis deutlich gestiegen. Welche Gründe zu diesem Anstieg geführt haben, ist im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2026 zu klären.

Tabelle 25: AK 850372: Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,27 % O = 180 N = 67.522	0,26 % O = 174 N = 67.650	**0,33 %** **O = 241** **N = 72.174**
rechnerische Auffälligkeiten	10 / 573 1,75 %	11 / 507 2,17 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 10 90,00 %	**3 / 11** **27,27 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	9 / 573 1,57 %	**3 / 507** **0,59 %**	n. a.

Von 72.174 Fällen mit Angaben zum Rezeptorstatus wurde im Auswertungsjahr 2026 bei 241 Fällen „unbekannt" angegeben. Wenn kein Rezeptorstatus bestimmt wurde, fehlt diese Information für die auf die Tumorbiologie abzustimmende Behandlung. Zudem fallen Fälle ohne diese Angabe aus der Berechnung der Indikatoren zur HER2-Positivitätsrate. Der Qualitätsindikator, auf den sich dieses Auffälligkeitskriterium bezieht, wird aufgrund einer zukünftigen Streichung seit dem Auswertungsjahr 2025 ohne Referenzbereich dargestellt, aus diesem Grund wird auch das Auffälligkeitskriterium ohne Referenzbereich dargestellt. Das hat zur Folge, dass kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird.

Tabelle 26: AK 852000: Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,10 % O = 963 N = 87.518	0,69 % O = 607 N = 88.136	**0,40 %** **O = 375** **N = 93.350**
rechnerische Auffälligkeiten	28 / 596 4,70 %	24 / 511 4,70 %	**21 / 454** **4,63 %** **(Refbereich: ≤ 2,54 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	25 / 28 89,29 %	**19 / 24** **79,17 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	25 / 596 4,19 %	**19 / 511** **3,72 %**	n. a.

Von 93.350 Fällen mit Angaben zur Histologiebestimmung wurde im Auswertungsjahr 2026 bei 375 Fällen (0,40 %) der unspezifische ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund angegeben. Damit haben erneut weniger Leistungserbringer einen unspezifischen ICD-O-3-Kode kodiert.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 27: AK 850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,60 % O = 104.698 N = 104.070	100,23 % O = 104.605 N = 104.367	**100,21 %** **O = 108.872** **N = 108.648**
rechnerische Auffälligkeiten	8 / 717 1,12 %	3 / 653 0,46 %	**2 / 602** **0,33 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 8 87,50 %	**3 / 3** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	7 / 717 0,98 %	**3 / 653** **0,46 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *QS MC* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026 eine Dokumentationsrate von 100,21 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation.

Tabelle 28: AK 850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,60 % O = 104.698 N = 104.070	100,23 % O = 104.605 N = 104.367	**100,21 %** **O = 108.872** **N = 108.648**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 717 0,28 %	1 / 653 0,15 %	**0 / 602** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 2 0,00 %	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 717 0,00 %	**1 / 653** **0,15 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *QS MC* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026 eine Dokumentationsrate von 100,21 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation.

Tabelle 29: AK 850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,19 % O = 202 N = 104.070	0,21 % O = 215 N = 104.367	**0,25 %** **O = 267** **N = 108.648**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 717 0,70 %	4 / 653 0,61 %	**7 / 602** **1,16 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 5 40,00 %	**3 / 4** **75,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 717 0,28 %	**3 / 653** **0,46 %**	n. a.

Im Auswertungsmodul *QS MC* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026, dass in 0,25 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS statt eines regulären Datensatzes angelegt wurde. Der Grund für diese unvollständigen Daten kann unter anderem im starren Aufbau des Dokumentationssystems liegen: Im Verfahren *QS MC* ist es so strukturiert, dass pro Patientin oder Patient ein übergeordneter Bogen angelegt wird. Darin wird ein Brustunterbogen pro betroffener Seite generiert, dem dann für jede Operation ein eigener Bogen angehängt wird.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum vorherigen Auswertungsjahr wurden in diesem Auffälligkeitskriterium 0,46 % der Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul MC

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	6.135	-	6.060	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	6.135	100,00	4.655	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	603	9,83	262	5,63
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	603	100,00	262	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	603	100,00	262	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	119	19,73	17	6,49
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	484	80,27	245	93,51
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	484	100,00	244	99,59
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	0,83	3	1,22
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	0,41
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	308	51,08	138	52,67
Bewertung als qualitativ auffällig	87	14,43	52	19,85
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	54	8,96	38	14,50
Sonstiges	35	5,80	17	6,49

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	33	n. a.	23	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS MC* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 (EJ 2024) 10 Qualitätsindikatoren mit einem Referenzbereich geprüft, für die 4.655 Ergebnisse ermittelt wurden. 3 Indikatoren (IDs 52267, 52278 und 60659) wurden ohne Referenzbereich veröffentlicht. Hintergrund ist, dass nach den Ergebnissen der Eckpunkteüberprüfung eine Überarbeitung oder Abschaffung der betroffenen Indikatoren empfohlen wurde.

In der Übersicht zeigt sich eine stabile Entwicklung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse seit dem Vorjahr. Die zunehmende Zentralisierung führt dabei zu einer Konzentration der Ergebnisse auf weniger Standorte bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen. Über alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse wird in den von den LAG übermittelten Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) informiert. In 6,49 % der Fälle wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründet wurde dies fünfmal mit einer sehr kleinen Grundgesamtheit und geringer Abweichung vom Referenzbereich. Jeweils dreimal wurde angegeben, dass es sich um Einzelfälle bei Unauffälligkeit im Vorjahr handelt, dass der Leistungserbringer unter Beobachtung steht oder dass ein Cyberangriff vorlag. Zudem wurden 2 Standorte im Verfahrensjahr geschlossen. In jeweils einem Fall wurde eine Begehung vorgenommen oder die Nicht-Einleitung damit begründet, dass ein Qualitätsindikator angepasst werden müsste.

Der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse variiert zwischen den Indikatoren deutlich. Besonders hervorzuheben sind die Indikatoren „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (ID 51847) mit einem Anteil von 41,67 % qualitativ auffälligen Bewertungen (5 von 12) sowie „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz“ (ID 212400) mit 40,00 % (10 von 25). Bei beiden wurden Leistungserbringer dazu angehalten, ihre internen Prozesse anhand der maßgeblichen medizinischen Leitlinien zu überprüfen. In Einzelfällen wurde zudem die Teilnahme an spezifischen Fortbildungen zur leitliniengerechten operativen Therapie beim Mammakarzinom angeregt. Mehrere LAG empfehlen den Leistungserbringern, verbindliche Behandlungspfade zu implementieren und standardisierte Checklisten für die Tumordokumentation einzuführen, um die Ergebnisse zu verbessern.

Demgegenüber konnte bei der „Lymphknotenentnahme bei DCIS“ (ID 50719) ein Großteil der rechnerischen Auffälligkeiten (70,00 %) als qualitativ unauffällig bewertet werden, da es sich hierbei häufig um medizinisch begründete Einzelfallentscheidungen handelte.

In allen Indikatoren finden sich Dokumentationsfehler, die eine fachliche Bewertung teilweise verhinderten. Hier ist vor allem der Indikator „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative

Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ (ID 52330) zu benennen, bei dem 80,00 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (4 von 5) auf fehlerhafte Dokumentation zurückzuführen sind. Auch bei der prätherapeutischen Tumorkonferenz (ID 212400) lag dieser Anteil mit 32,00 % (8 von 25) auf einem hohen Niveau. Mängel in der Dokumentationsqualität stellen also weiterhin eine relevante Fehlerquelle im Verfahren dar.

Im Anschluss an die Stellungnahmeverfahren wurden Maßnahmen der Stufe 1 angestoßen, wobei die Anzahl der betroffenen Häuser im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig war (AJ 2024: 33; AJ 2025: 23). Maßnahmen der Stufe 2 wurden, wie bereits im Vorjahr, nicht vereinbart.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul MC

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	5.069	100,00	4.507	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	92	1,81	77	1,71
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	92	100,00	77	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	3	3,26	18	23,38
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	89	96,74	59	76,62
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	89	100,00	59	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	1,69
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	12	13,04	14	18,18
Bewertung als qualitativ auffällig	73	79,35	41	53,25
Sonstiges	4	4,35	4	5,19

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	8	n. a.	4	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft. Kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde in 23,38 % der Fälle. Betroffen davon sind die Auffälligkeitskriterien „Angabe ‚HER2-Status = unbekannt'" (ID 850363), „Angabe ‚immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt'" (ID 850372), „Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund" (ID 852000) und „Angabe ‚R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor'" (ID 850364). Begründet wurde das in 13 Fällen mit der Empfehlung des IQTIG, auf ein Stellungnahmeverfahren für die Auffälligkeitskriterien 850363, 850364 und 850372 zu verzichten, da sich die Kriterien auf Qualitätsindikatoren beziehen, für die kein Referenzbereich definiert wurde. 3 Stellungnahmeverfahren wurden nicht eingeleitet, weil die Standorte geschlossen wurden, und jeweils eines, weil der Leistungserbringer bereits wegen Abweichung im Vorjahr unter Beobachtung stand bzw. weil insgesamt eine geringe Anzahl von auffälligen Fällen vorlag.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zu den Auffälligkeitskriterien „Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde" (ID 813068) mit 2,59 % und „Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund" (ID 852000) mit 4,70 % sowie „Angabe ‚HER2-Status = unbekannt'" (ID 850363) (2,56 %) ermittelt. Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Auffälligkeitskriterium „Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde" (ID 813068) mit 69,23 % sowie bei der „Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund" (ID 852000) (79,17 %) festgestellt. Demnach wurde in letzterem Auffälligkeitskriterium bei 79,17 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bestätigt, dass ein spezifischerer ICD-O-3-Kode hätte angegeben werden können.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass von den Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen nach dem Stellungnahmeverfahren bei den Auffälligkeitskriterien ein relevanter Teil als qualitativ auffällig bewertet wurde. Es liegen also bei einigen Leistungserbringern deutliche Dokumentationsprobleme vor.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Verfahrens *QS MC* wurden die im Folgenden aufgeführten Themen sowohl innerhalb des Expertengremiums auf Bundesebene diskutiert als auch von den LAG, z. B. im Zusammenhang des Stellungnahmeverfahrens, zurückgemeldet. Für das Auswertungsjahr 2024 haben 4 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet.

Zur Indikatorengruppe „HER2-Positivitätsrate“ wurden dem IQTIG vereinzelt Verständnisprobleme der Leistungserbringer beim Ausfüllen des Dokumentationsbogens zurückgemeldet. Zudem wies eine LAG darauf hin, dass die Dokumentationsmöglichkeit der aktuell gültigen HER2-Kategorien sich nicht im Dokumentationsbogen wiederfinde. Da diese Indikatorengruppe und die Datenfelder zur HER2-Erfassung als Ergebnis der Eckpunkteprüfung zum Erfassungsjahr 2026 entfallen, besteht kein hierzu Anpassungsbedarf mehr.

Zur Gruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden“ wurde zurückgemeldet, dass bestimmte Fallkonstellationen im Dokumentationsbogen nicht korrekt abgebildet werden könnten. Es wurde angemerkt, dass die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) und der S3-Leitlinie „Mammakarzinom“ zur ultraschallgestützten und sondengestützen Markierung in der Berechnung der Indikatoren nicht berücksichtigt werden. Zudem sei es sinnvoller, die beiden Indikatoren (IDs 212000 und 212001), die jeweils Befunde mit und ohne Mikrokalk betrachten, zu einem Indikator zusammenzulegen, da nicht immer gut zu unterscheiden sei, wann in einem Tumor Mikrokalkablagerungen vorliegen. Das Expertengremium auf Bundesebene beriet diese Indikatorengruppe und kam zu dem Ergebnis, dass die Schwächen der Indikatoren hinreichend bekannt seien und sie zwingend überarbeitet werden müssten. Die Akzeptanz der beiden Indikatoren bei den Leistungserbringern und den LAG wird nicht nur wegen der Abweichung von der Leitlinienempfehlung geschwächt, sondern auch weil die Grundgesamtheit sehr heterogen ist, da in den Indikator mit Herdbefund (ID 212001) auch die Mischbefunde aus Mikrokalk und Herdbefund eingehen. In den Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 wurde daher eine „Erläuterung zur Rechenregel“ formuliert, aus der hervorgeht, in welchen Indikator die Mischbefunde eingehen. Die Rückmeldungen der LAG, die aktualisierten Leitlinienempfehlungen und die Beratungen im Expertengremium auf Bundesebene verdeutlichen die Notwendigkeit einer zeitnahen Überarbeitung, diese ist für das Erfassungsjahr 2029 vorgesehen.

Zum Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370) wurde von einer LAG angemerkt, dass der Teildatensatzbezug fälschlicherweise auf den Basisbogen (personenbezogen) verweise, obwohl der logische Bezug der Prozedurenbogen sei. Auch über diese Thematik wurde mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten. In diesem Fall ist der Verweis auf den Basisbogen sinnvoll, weil es vor allem um die partizipative Entscheidungsfindung vor dem ersten Eingriff geht. Durch die personenbezogene Auswertung wird jeder Patientenfall nur einmal gezählt, unabhängig davon, ob mehrere Operationen an den Brüsten notwendig sind.

Eine weitere LAG weist weiter darauf hin, dass die Zielbeschreibung konkretisiert werden müsse, damit deutlich wird, dass möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einem Abstand von unter 7 Tagen operiert werden sollten, um eine mangelhafte präoperative Vorbereitung zu vermeiden. Dieser Hinweis wurde im Expertengremium auf Bundesebene beraten. Eine Ziel-Konkretisierung ist nicht vorgesehen, da ab dem Erfassungsjahr 2027 ein neuer Indikator („Langer zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation"; ID 212700) eingeführt wird, der den von der LAG angesprochenen Sachverhalt adressiert.

Mit Blick auf die Indikatorengruppe zur interdisziplinären Tumorkonferenz (IDs 211800 und 212400) wird darauf hingewiesen, dass aus dem Dokumentationsbogen nicht eindeutig hervorgehe, ob eine Tumorkonferenz zwingend extern stattfinden müsse oder auch intern (*in domo*) durchgeführt werden könne. Hier fehle ein Ausfüllhinweis für die Dokumentation. Weiter bestehe Klärungsbedarf bei der postoperativen Histologie in Sonderfällen – beispielsweise, wenn ein kleiner Tumor bereits durch die präoperative Stanzbiopsie vollständig entfernt wurde und das eigentliche Operationspräparat im Anschluss tumorfrei bleibt. Zudem wurde auf die hohe Komplexität der Plausibilitätsregeln hingewiesen. Laut der LAG führe dies im Kontext der TNM-Klassifikation regelmäßig zu technischen Blockaden beim Datenexport durch die Leistungserbringer.

5 Ausblick

Im Dezember 2025 wurde die aktualisierte S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms veröffentlicht. In der Regel werden neue Leitlinienempfehlungen von den Leistungserbringern zügig im Therapieverlauf berücksichtigt; es ist daher wichtig, die Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS MC* entsprechend anzupassen. Mit den Regeln zur Berechnung der Indikatorergebnisse für das Erfassungsjahr 2027 wurde damit bereits gestartet.

Das Expertengremium auf Bundesebene empfiehlt weiterhin, das Verfahren *QS MC* weiterzuentwickeln, das derzeit nur die stationäre chirurgische Behandlung von Tumoren in der Brust betrachtet. Am 6. Mai 2026 beauftragte der GBA das IQTIG zu prüfen, ob die Weiterentwicklung des Verfahrens *QS MC* zu einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren *Mammakarzinom* grundsätzlich umsetzbar ist.

Im Rahmen dieser Beauftragung soll das sektorenübergreifende Versorgungsgeschehen einschließlich des Versorgungspfades beschrieben werden. Die qualitätsrelevanten Themen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom sowie Hinweise auf Qualitätsdefizite und Behandlungsrisiken sollen auf Basis einer orientierenden Literatur- und Leitlinienrecherche identifiziert werden; ferner sollen die zu interessierende Patientenpopulation und die zu adressierenden Leistungserbringer beschrieben werden.

Grundsätzlich soll geprüft werden, wie die qualitätsrelevanten Themen in einem neuen QS-Verfahren *Mammakarzinom* ausgelöst und abgebildet werden könnten und ob klinische Krebsregister als Datenquelle einbezogen werden können. Um die Perspektive der Patientinnen und Patienten und ihre Einbeziehung in die Therapieauswahl zu erfassen, ist als weitere Informationsquelle eine Patientenbefragung zu prüfen. Schließlich ist darzustellen, wie sich ein mögliches QS-Verfahren zu den bestehenden Strukturen der zertifizierten Krebszentren verhält. Der Ergebnisbericht der Vorprüfung ist dem GBA bis zum 7. Dezember 2026 vorzulegen.

© IQTIG 2026

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

MC: Mammachirurgie

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Mammachirurgie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026

Abgabe 14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung ... 7

Datengrundlagen ... 9

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten ... 9

Ergebnisübersicht ... 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 ... 11

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 ... 14

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen ... 15

51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung ... 15

Details zu den Ergebnissen ... 18

Gruppe: HER2-Positivitätsrate ... 19

52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate ... 19

52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate ... 23

Details zu den Ergebnissen ... 27

Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden ... 29

212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund ... 29

212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund ... 32

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung ... 35

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung ... 35

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung ... 38

Details zu den Ergebnissen ... 41

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS ... 43

50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie ... 46

Details zu den Ergebnissen ... 49

51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie ... 50

Details zu den Ergebnissen ... 53

51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation ... 54

Details zu den Ergebnissen ... 57
60659: Nachresektionsrate ... 58
Details zu den Ergebnissen ... 61
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz ... 62
211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS ... 62
212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS ... 65
Details zu den Ergebnissen ... 68
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 69
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 69
850363: Angabe „HER2-Status = unbekannt“ ... 69
850364: Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ ... 71
813068: Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde ... 73
850372: Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“ ... 75
852000: Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund ... 77
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 79
850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 79
850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 81
850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 83
Basisauswertung ... 85
Basisdokumentation ... 85
Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation ... 87
Befund: Invasive Karzinome (Primärerkrankung) ... 89
Patientin und Patient ... 89
Präoperative Diagnostik und Therapie ... 90
Operation ... 94
Therapie ... 95
Sentinel-Node-Markierung ... 96
Histologie ... 96

Staging ... 100
Tumorgröße und OP-Verfahren ... 103
Tumorstadium und OP-Verfahren ... 105
Postoperativer Verlauf ... 107
Verweildauer im Krankenhaus ... 108
Entlassung ... 109
Befund: DCIS (Primärerkrankung) ... 111
Patientin und Patient ... 111
Präoperative Diagnostik und Therapie ... 112
Operation ... 116
Therapie ... 117
Sentinel-Node-Markierung ... 118
Histologie ... 119
Postoperativer Verlauf ... 122
Verweildauer im Krankenhaus ... 122
Entlassung ... 124
Häufigkeit verschiedener Angaben zum Erreichen des R0-Status bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS (Primärerkrankung) ... 126
Geschlechterstratifizierte Histologie und Grading (Primärerkrankung) ... 127
Patientinnen ... 127
Patienten ... 131
Befund: Invasive Karzinome (Lokoregionäre Rezidive) ... 135
Patientin und Patient ... 135
Präoperative Diagnostik ... 136
Operation ... 138
Therapie ... 139
Sentinel-Node-Markierung ... 139
Histologie ... 141
Postoperativer Verlauf ... 142
Verweildauer im Krankenhaus ... 143
Entlassung ... 144

Ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion / prophylaktische Mastektomie 146
Patientin und Patient 146
Präoperative Diagnostik 147
Operation 149
Postoperativer Verlauf 149
Verweildauer im Krankenhaus 149
Entlassung 151
Befund: Risikoläsionen 153
Patientin und Patient 153
Präoperative Diagnostik und Therapie 154
präoperative Drahtmarkierungen 158
Therapie 159
Sentinel-Node-Markierung 159
Postoperativer Verlauf 160
Entlassung 161
Befund: Benigne / entzündliche Veränderungen, ausschließlich Normalgewebe 163
Patientin und Patient 163
Präoperative Diagnostik und Therapie 164
Operation 168
Therapie 170
Sentinel-Node-Markierung 170
Postoperativer Verlauf 171
Verweildauer im Krankenhaus 171
Entlassung 173

Einleitung

Das QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC) betrachtet die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs – und zwar im Hinblick auf eine adäquate Diagnostik und auf die operative Behandlung selbst. Mit zuletzt 74.500 Neuerkrankungen jährlich handelt es beim Brustkrebs um die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Pro Jahr sind ca. 18.500 Todesfälle auf ein Mammakarzinom zurückzuführen. In seltenen Fällen kann diese Erkrankung auch bei Männern auftreten. Im Jahr 2022 wurden 690 Neuerkrankungen für Männer diagnostiziert (Quelle: Robert Koch-Institut).

Die Früherkennung und die adäquate Diagnostik sowie die stadiengerechte Therapie der Patientin und des Patienten mit einem Brustkrebs ermöglichen es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und die krankheitsbedingte Sterblichkeit zu senken.
Die Behandlungsplanung sollte umfassend, interdisziplinär und sorgfältig erfolgen; bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten sollten stets die individuelle Situation der Patientin bzw. des Patienten, das Therapieziel, die Nutzen-Risiko-Abwägung sowie die Präferenzen der Patientin bzw. des Patienten berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen sowie die informierte, gemeinsame Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten.

Der Lymphknotenstatus, der eine Aussage darüber ermöglicht, ob und in welchem Ausmaß ein Tumorbefall der in der Achsel befindlichen (axillären) Lymphknoten vorliegt, kann einen Einfluss auf die weitere Therapieplanung und den Verlauf der Erkrankung haben. Um eine Aussage zum Lymphknotenstatus zu ermöglichen, können die Entfernung der Wächterlymphknoten (Sentinel-Lymphknoten) und in bestimmten Fällen die Ausräumung der axillären Lymphknoten (Axilladissektion) notwendig sein. Diese Qualitätsaspekte werden über die Qualitätsindikatoren IDs 2163, 50719 und 51847 betrachtet. In Abhängigkeit von der Art der Operation und je nach Ausdehnung des Tumors bzw. des Lymphknotenbefalls kann eine Bestrahlung erforderlich sein. Des Weiteren sind je nach Art und Eigenschaft des Tumors die Chemo-, Antihormon- und/oder Antikörpertherapie Bestandteile der Behandlung.

Bei der brusterhaltenden Operation ist es insbesondere bei nicht tastbaren Befunden notwendig, eine prä- oder intraoperative Drahtmarkierung durch das jeweils geeignete bildgebende Verfahren durchzuführen (IDs 212000, 212001, 52330, 52279). Diese ist notwendig, um eine adäquate Resektion zu ermöglichen.

Die komplette Entfernung des Tumors mit tumorfreien Resektionsrändern ist Voraussetzung für ein niedriges Lokalrezidivrisiko. Der Resektionsrandstatus hat einen prognostischen Effekt beim invasiven Mammakarzinom. Eine komplette Entfernung der Neoplasie im Rahmen des Ersteingriffes sollte erzielt werden, da Nachresektionen für die Patientinnen und Patienten eine wiederholte Narkose mit ihren Risiken und Belastungen bedeutet (ID 60659).

Die konsequente Anwendung wissenschaftlich basierter Standards in der Brustkrebstherapie sowie die psychoonkologische und sozialmedizinische Begleitung des gesamten therapeutischen Prozesses können insgesamt sowohl zu einer verbesserten individuellen Prognose der Betroffenen als auch zu einer erhöhten Lebensqualität führen. In jeder Behandlungsstufe ist die Qualität der Versorgung für das Überleben und die Lebensqualität

von entscheidender Bedeutung. Aus der interdisziplinären Zusammenarbeit resultieren die Verbesserung der Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten sowie die Förderung einer evidenzbasierten Praxis. Eine bestmögliche und individuelle Behandlung für von Brustkrebs betroffene Patientinnen und Patienten wird durch Kooperation zwischen den Fachgebieten in interdisziplinären Tumorkonferenzen sichergestellt (IDs 212400, 212800).

Aufgrund der Umstellung der Auswertungsmethodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit lässt sich nicht mehr am bloßen Zahlenwert des Indikatorergebnisses ablesen, ob eine rechnerische Auffälligkeit vorliegt. Ein Ergebnis im Referenzbereich ist weiterhin nicht auffällig. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereich kann allerdings rechnerisch auffällig oder unauffällig sein. Nur wenn es mit einer hinreichend kleinen A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs einhergeht, ist es rechnerisch auffällig. Die neue Auswertungsmethodik bildet demnach ab, dass manche Abweichungen vom Referenzbereich auch plausibel durch zufallsbedingte Variabilität erklärbar sind.
Nähere Informationen finden Sie unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-auffaelligkeitseinstufung/.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen :
• QS-Dokumentationsdaten
• Standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.
Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird ebenfalls pro Vergleichsgruppe und zusätzlich auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.
Für das QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	108.872 108.605 267	108.648	100,21
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	573		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	597	602	99,17
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	555	558	99,46

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

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

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Mammachirurgie (MC) finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https: https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-mc/.
Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 97,00 %	98,69 % O = 80.188 N = 81.255
Gruppe: HER2-Positivitätsrate			
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	Nicht definiert	0,94 O/E = 8.610 / 9.197,37 12,00 % O/N = 8.610 / 71.726
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	Nicht definiert	0,94 O/E = 8.610 / 9.197,37 12,00 % O/N = 8.610 / 71.726
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden			
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	≥ 95,21 % (5. Perzentil)	96,69 % O = 7.546 N = 7.804
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	≥ 75,07 % (5. Perzentil)	89,77 % O = 25.671 N = 28.597

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung			
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	99,47 % O = 18.988 N = 19.090
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	98,95 % O = 36.118 N = 36.500
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Transparenzkennzahl	0,06 % O = 5 N = 7.903
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5,00 %	2,28 % O = 142 N = 6.231
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90,00 %	97,33 % O = 25.580 N = 26.281
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 1,21 % (90. Perzentil)	1,19 % O = 600 N = 50.613
60659	Nachresektionsrate	Nicht definiert	10,08 % O = 6.596 N = 65.437

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz			
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 99,44 % (5. Perzentil)	99,73 % O = 69.242 N = 69.428
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 47,56 % (5. Perzentil)	84,26 % O = 65.477 N = 77.706

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“	Nicht definiert	0,45 % 323 / 72.174	0,00 % 0 / 439
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	Nicht definiert	0,12 % 90 / 72.481	0,00 % 0 / 441
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	≤ 4	0,01 506 / 72.150	4,79 % 21 / 438
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	Nicht definiert	0,33 % 241 / 72.174	0,00 % 0 / 439
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	≤ 2,54 % (95. Perzentil)	0,40 % 375 / 93.350	4,63 % 21 / 454
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,21 % 108.872 / 108.648	0,33 % 2 / 602
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,21 % 108.872 / 108.648	0,00 % 0 / 602
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,25 % 267 / 108.648	1,16 % 7 / 602

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

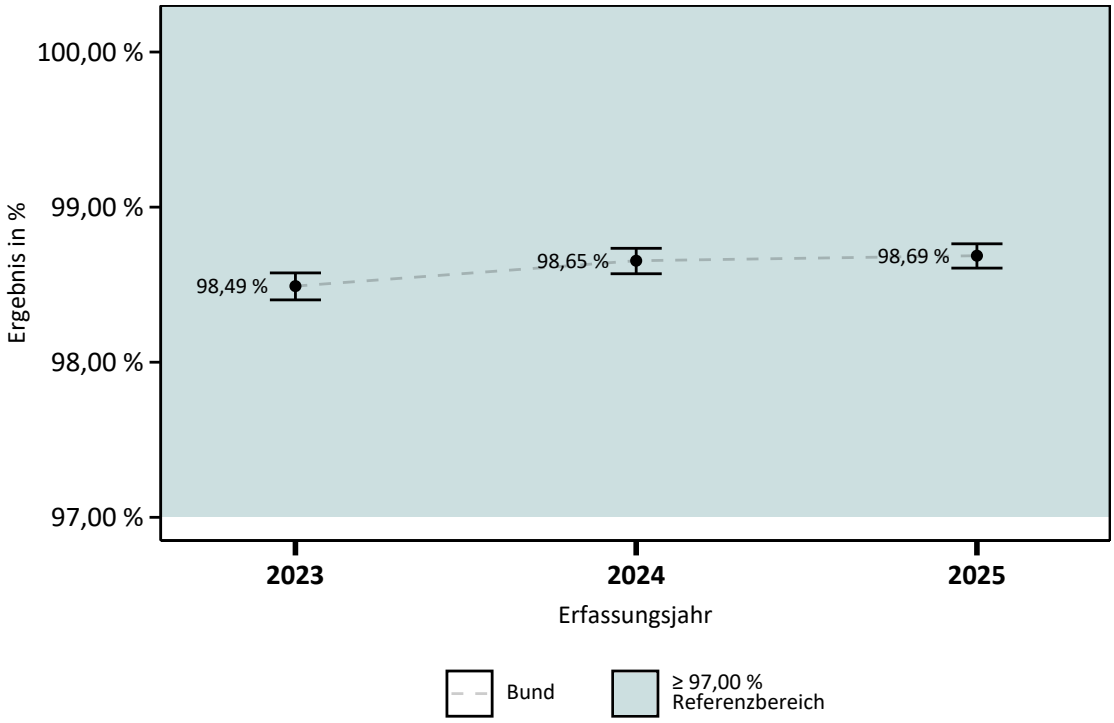
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
Zähler	Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie
Referenzbereich	≥ 97,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

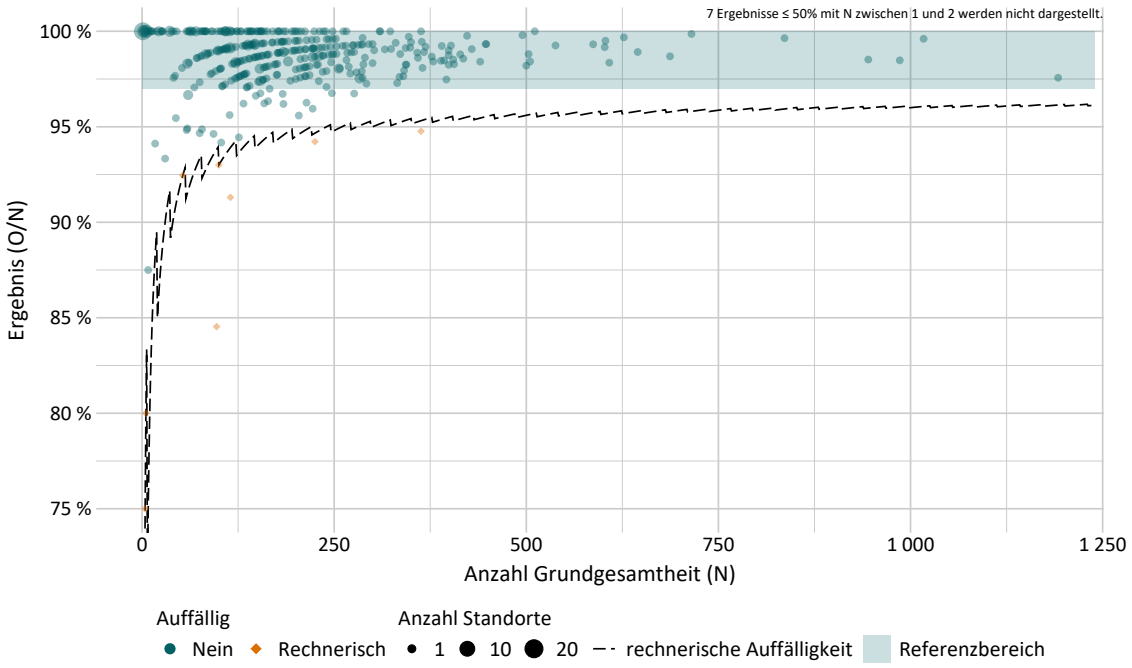
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	74.462 / 75.603	98,49	98,40 - 98,58
	2024	74.855 / 75.876	98,65	98,57 - 98,73
	2025	80.188 / 81.255	98,69	98,61 - 98,76

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	440	15	0,00	100,00	99,01

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 21_22082 Prätherapeutische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und allen postoperativen malignen Histologien	95,60 % 87.921/91.967
1.1.1	**ID: 51846** **Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS**	98,69 % 80.188/81.255
1.1.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
1.1.1.1.1	ID: 21_22000 Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS bei Patientinnen	98,70 % 79.450/80.494
1.1.1.1.2	ID: 21_22001 Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS bei Patienten	96,79 % 634/655
1.1.1.2	Altersverteilung in Jahren	
1.1.1.2.1	ID: 21_22002 ≤ 49 Jahre	15,64 % 12.712/81.255
1.1.1.2.2	ID: 21_22003 ≥ 50 - ≤ 69 Jahre	46,47 % 37.762/81.255
1.1.1.2.3	ID: 21_22004 ≥ 70 - ≤ 79 Jahre	25,08 % 20.376/81.255
1.1.1.2.4	ID: 21_22005 ≥ 80 Jahre	11,49 % 9.338/81.255

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 21_22073 Keine prätherapeutische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und allen postoperativen malignen Histologien	4,40 % 4.046/91.967
1.2.1	Altersverteilung in Jahren	
1.2.1.1	ID: 21_22074 ≤ 49 Jahre	1,80 % 1.652/91.967
1.2.1.2	ID: 21_22075 ≥ 50 - ≤ 69 Jahre	1,70 % 1.559/91.967
1.2.1.3	ID: 21_22076 ≥ 70 - ≤ 79 Jahre	0,62 % 572/91.967
1.2.1.4	ID: 21_22077 ≥ 80 Jahre	0,29 % 263/91.967

Gruppe: HER2-Positivitätsrate

Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen
Zähler	Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für ID 52267 und 52278
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 20 und 90 Jahren) Keine Früherkennung durch ein Mammografie-Screening Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: ypN0 oder ypN1 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pN2 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pN3 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pNX Grading (WHO), mäßig differenziert Grading (WHO), schlecht differenziert Grading (WHO), Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden Positiver histochemischer Rezeptorstatus
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

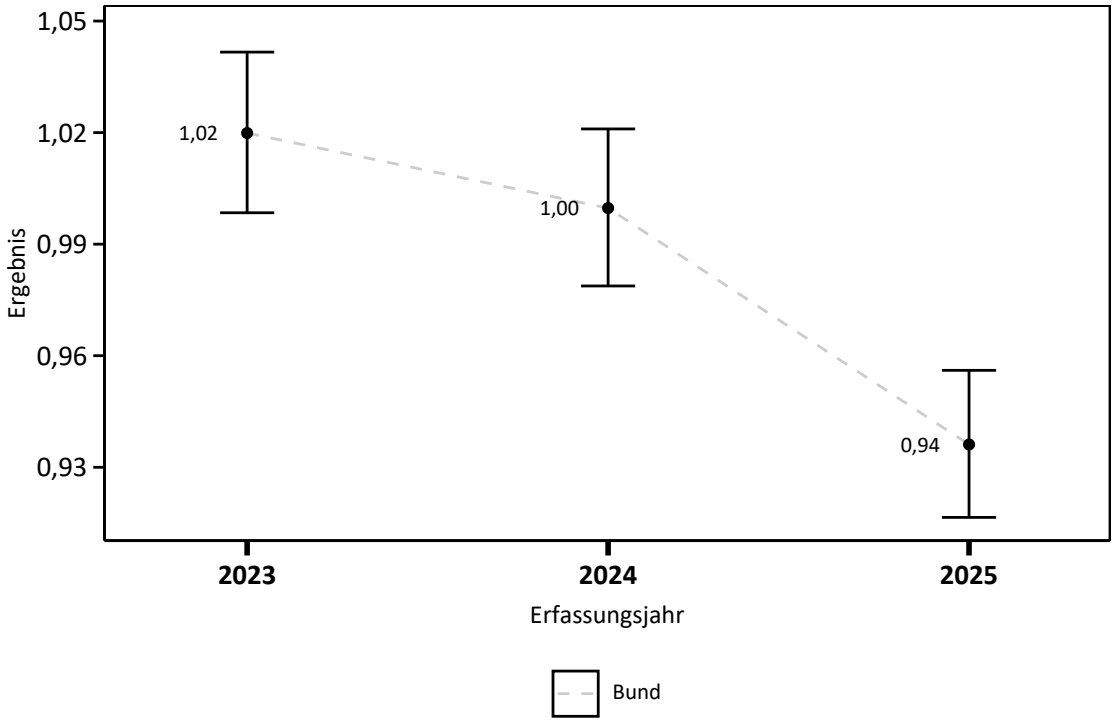
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	66.534	8.565 / 8.398,10	1,02	1,00 - 1,04
	2024	67.169	8.609 / 8.611,59	1,00	0,98 - 1,02
	2025	71.726	8.610 / 9.197,37	0,94	0,92 - 0,96

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

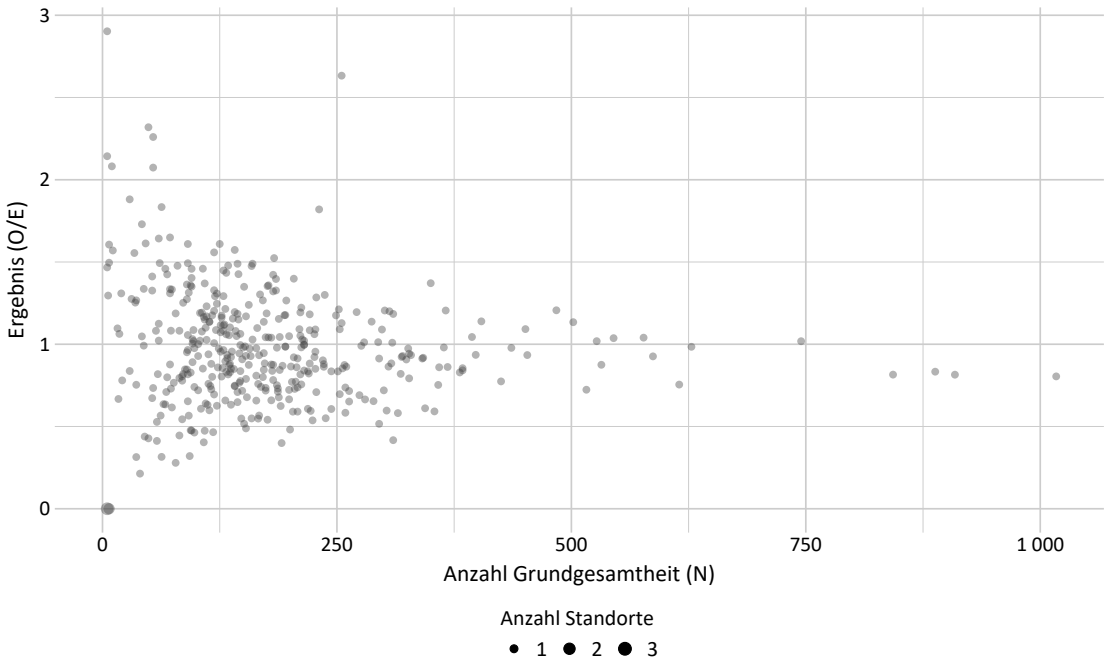
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

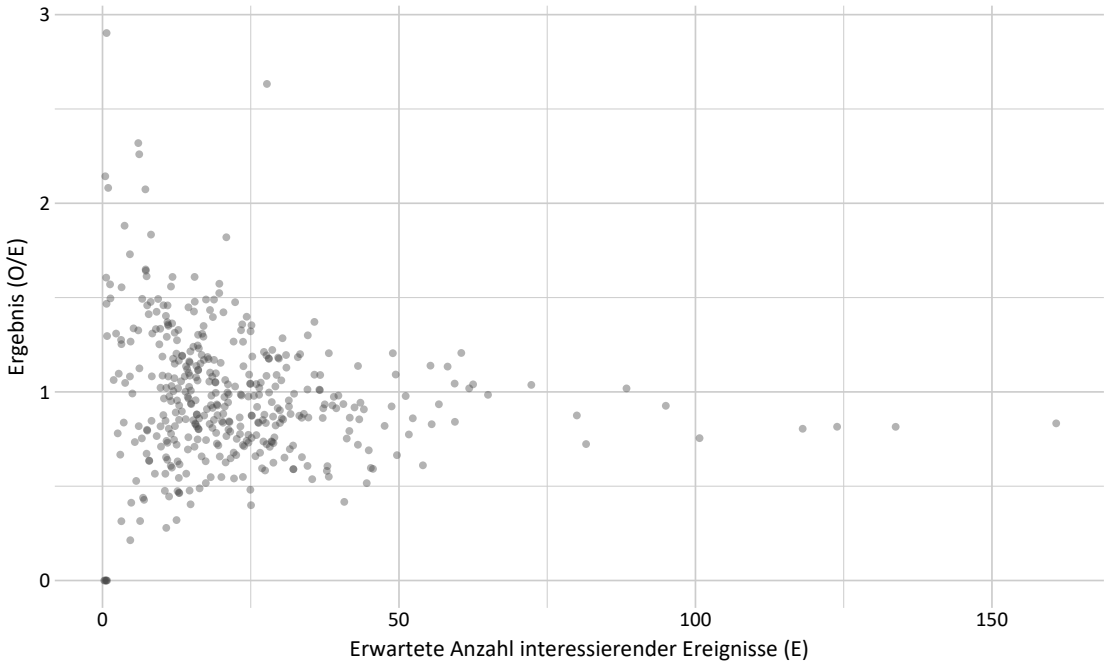
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



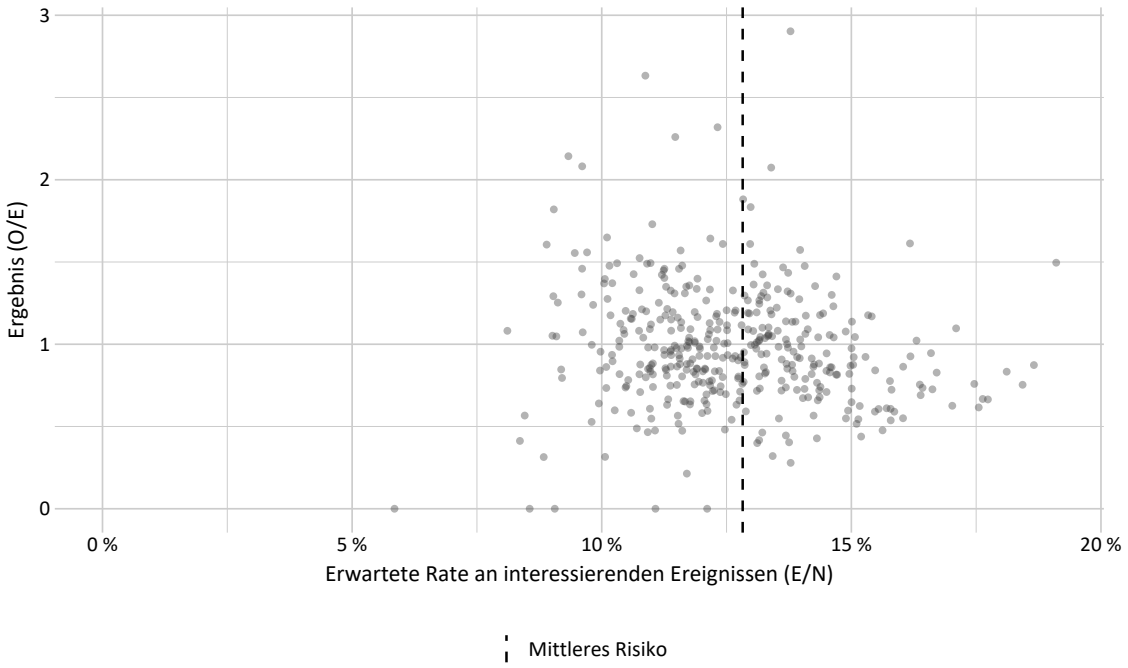
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	403	0	0,00	2,90	0,94

52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen
Zähler	Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für ID 52267 und 52278
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 20 und 90 Jahren) Keine Früherkennung durch ein Mammografie-Screening Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: ypN0 oder ypN1 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pN2 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pN3 Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: (y)pNX Grading (WHO), mäßig differenziert Grading (WHO), schlecht differenziert Grading (WHO), Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden Positiver histochemischer Rezeptorstatus
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

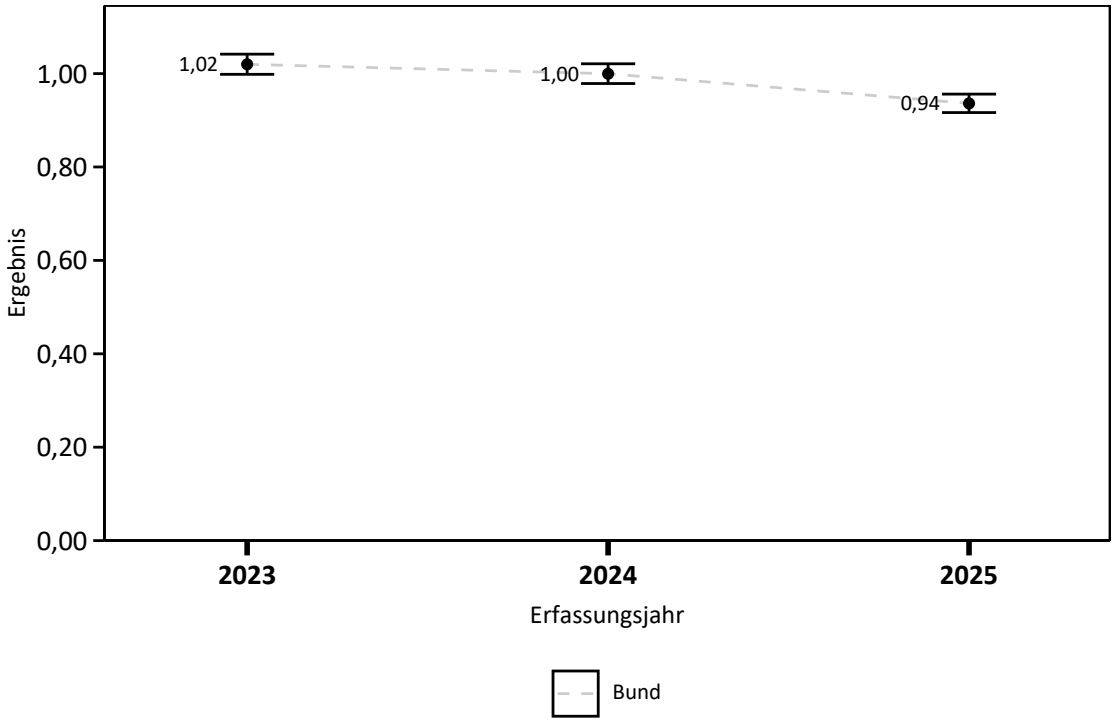
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	66.534	8.565 / 8.398,10	1,02	1,00 - 1,04
	2024	67.169	8.609 / 8.611,59	1,00	0,98 - 1,02
	2025	71.726	8.610 / 9.197,37	0,94	0,92 - 0,96

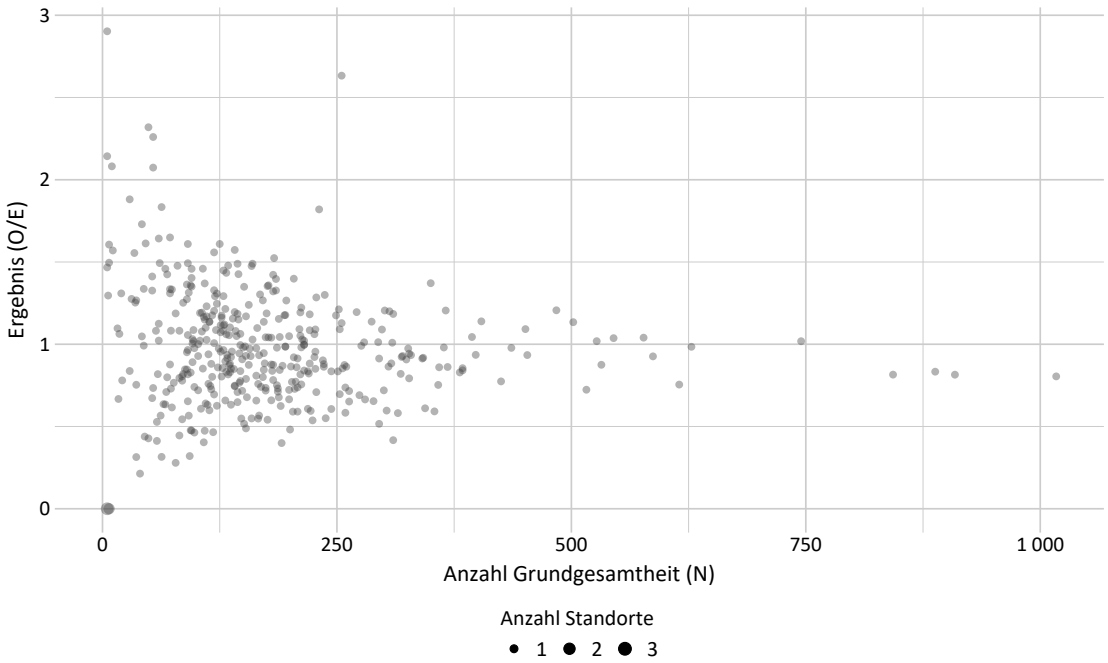
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

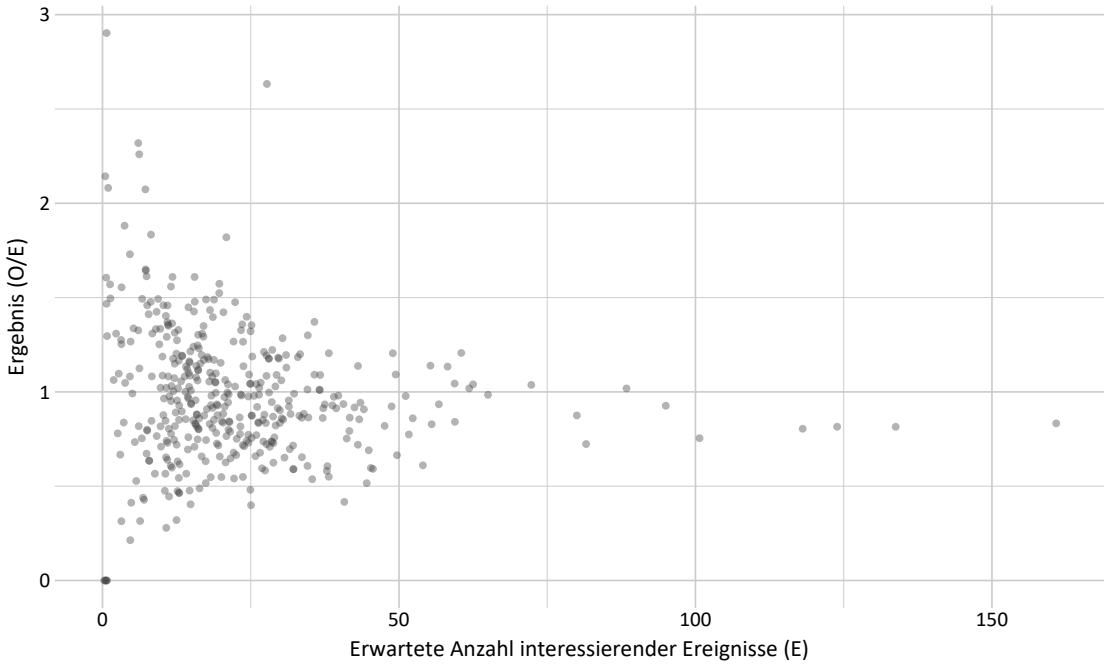
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



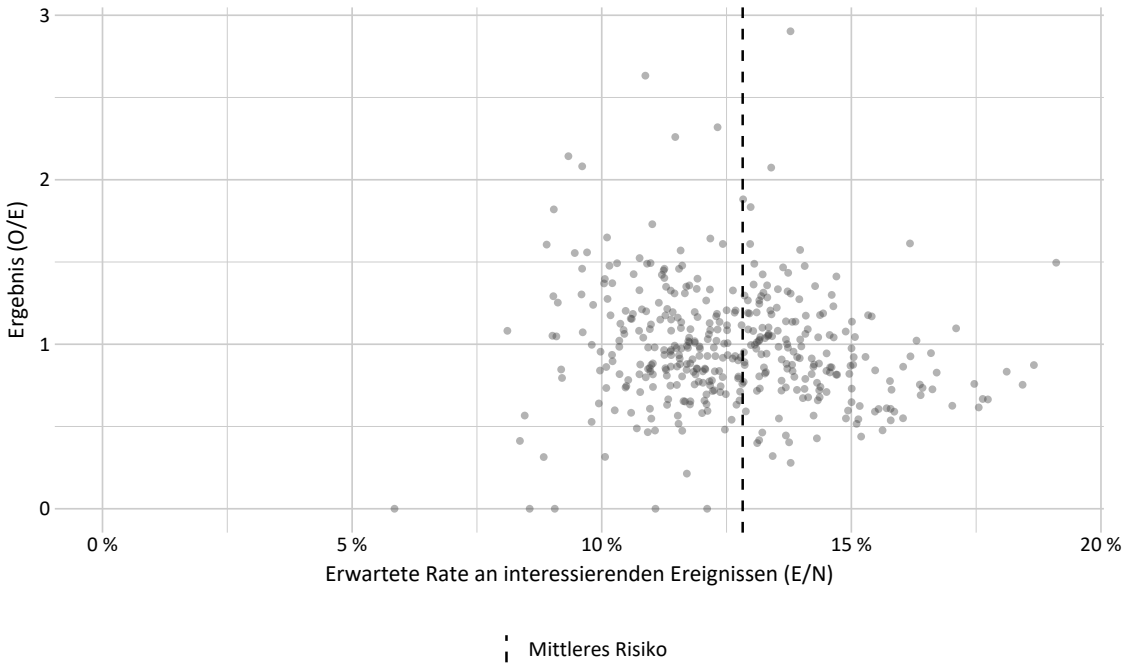
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	403	0	0,00	2,90	0,94

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 21_22010 HER2-Positivitätsrate (Standorte mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen)	12,00 % 8.610/71.726
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression des Qualitätsindikators 52267[1]	
2.1.1.1	ID: O_52267 O/N (observed, beobachtet)	12,00 % 8.610/71.726
2.1.1.2	ID: E_52267 E/N (expected, erwartet)	12,82 % 9.197,37/71.726
2.1.1.3	**ID: 52267** **O/E**	0,94
2.1.2	ID: 212300_52267 HER2-Positivitätsrate	12,00 % 8.616/71.775
2.1.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression des Qualitätsindikators 52278[2]	
2.1.3.1	ID: O_52278 O/N (observed, beobachtet)	12,00 % 8.610/71.726
2.1.3.2	ID: E_52278 E/N (expected, erwartet)	12,82 % 9.197,37/71.726
2.1.3.3	**ID: 52278** **O/E**	0,94
2.1.4	ID: 212301_52278 HER2-Positivitätsrate	12,00 % 8.616/71.775
2.1.5	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
2.1.5.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei Patientinnen[3]	
2.1.5.1.1	ID: 21_22017 O/N (observed, beobachtet)	12,03 % 8.544/71.023
2.1.5.1.2	ID: 21_22018 E/N (expected, erwartet)	12,84 % 9.118,81/71.023
2.1.5.1.3	ID: 21_22020 O/E	0,94
2.1.5.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei Patienten[4]	
2.1.5.2.1	ID: 21_22013 O/N (observed, beobachtet)	8,94 % 55/615
2.1.5.2.2	ID: 21_22014 E/N (expected, erwartet)	10,68 % 65,70/615

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1.5.2.3	ID: 21_22016 O/E	0,84

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

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

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

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

Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff

212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund

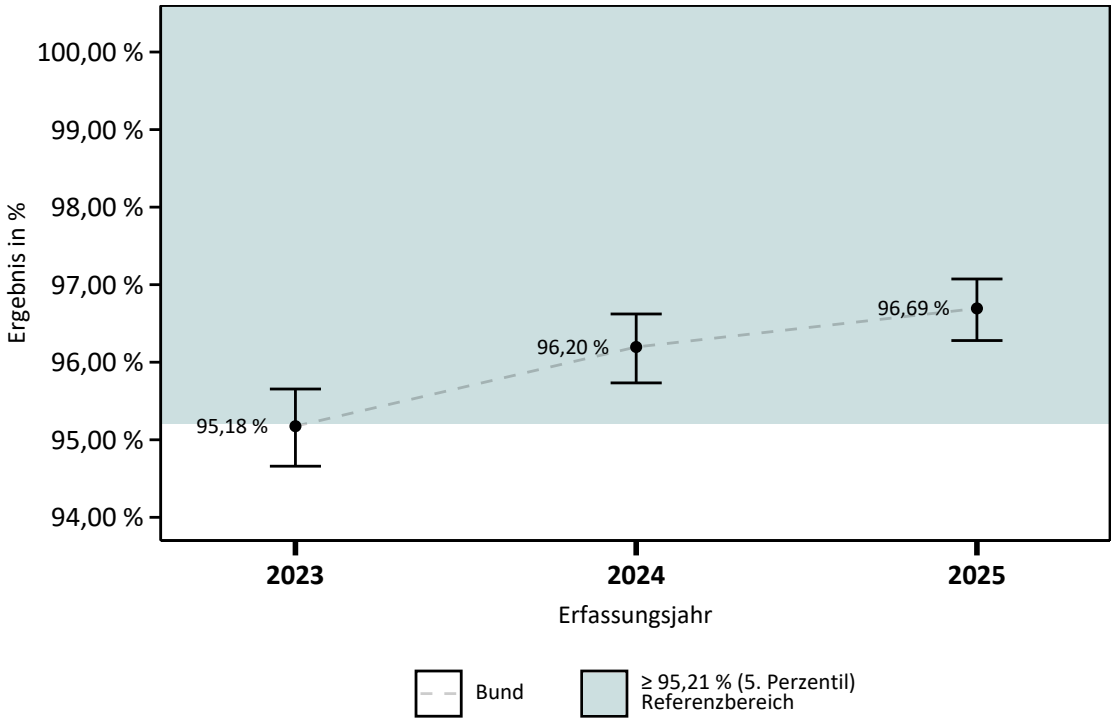
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor und Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT
Referenzbereich	≥ 95,21 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

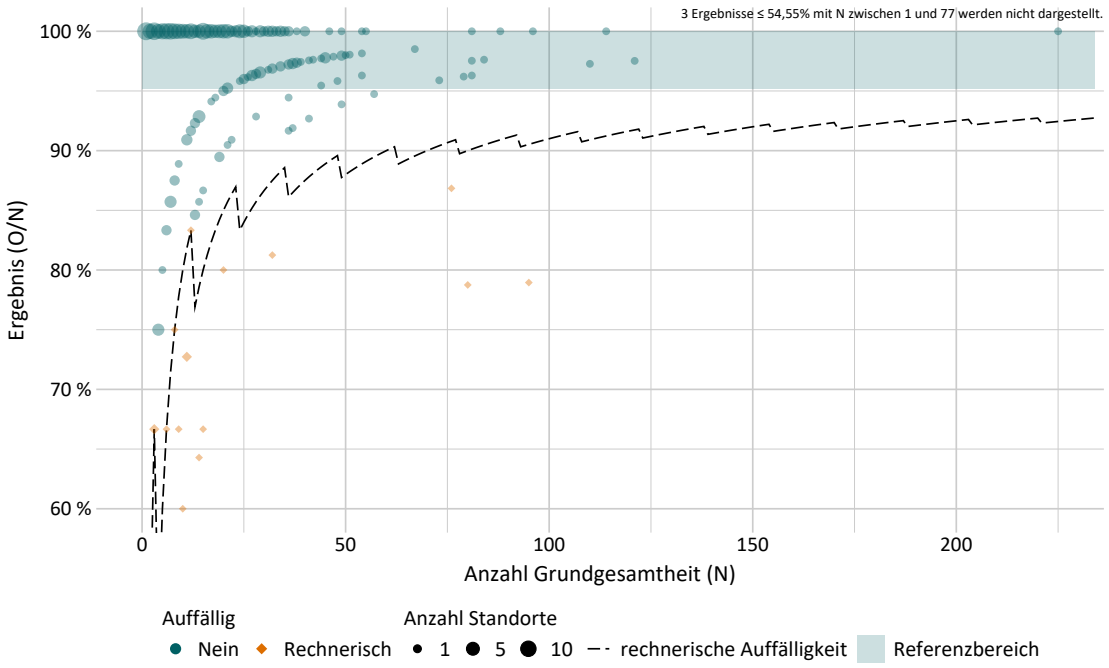
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	6.786 / 7.130	95,18	94,66 - 95,65
	2024	6.854 / 7.125	96,20	95,73 - 96,62
	2025	7.546 / 7.804	96,69	96,28 - 97,07

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	385	19	0,00	100,00	100,00

212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund

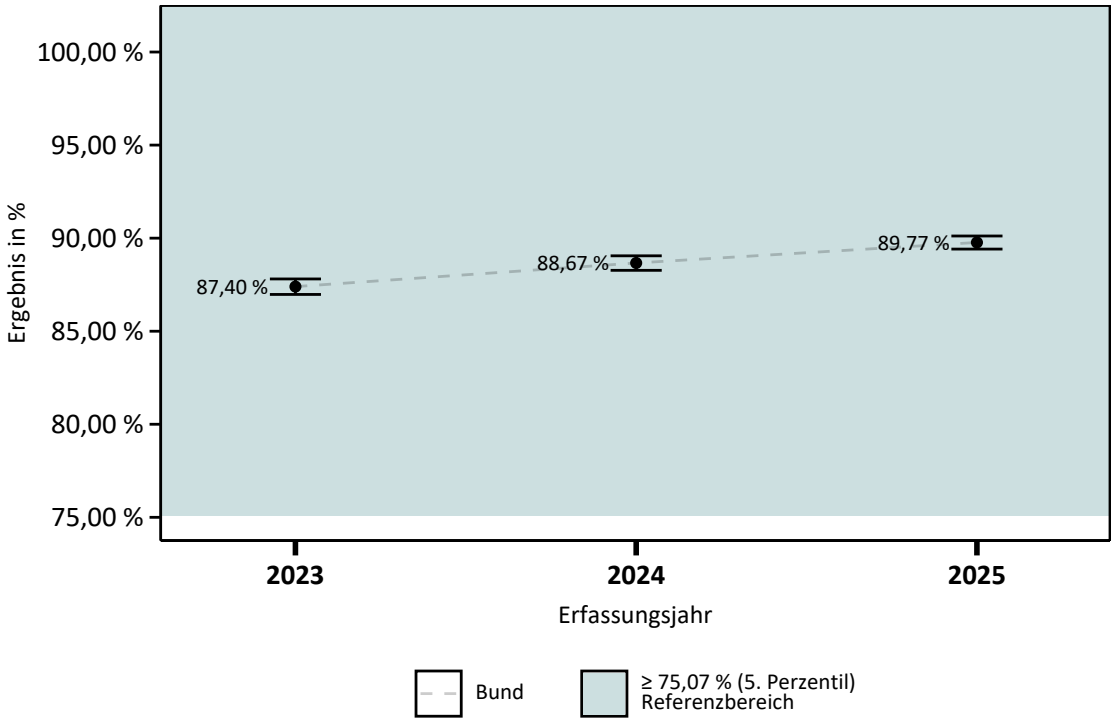
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor mit Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT
Referenzbereich	≥ 75,07 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

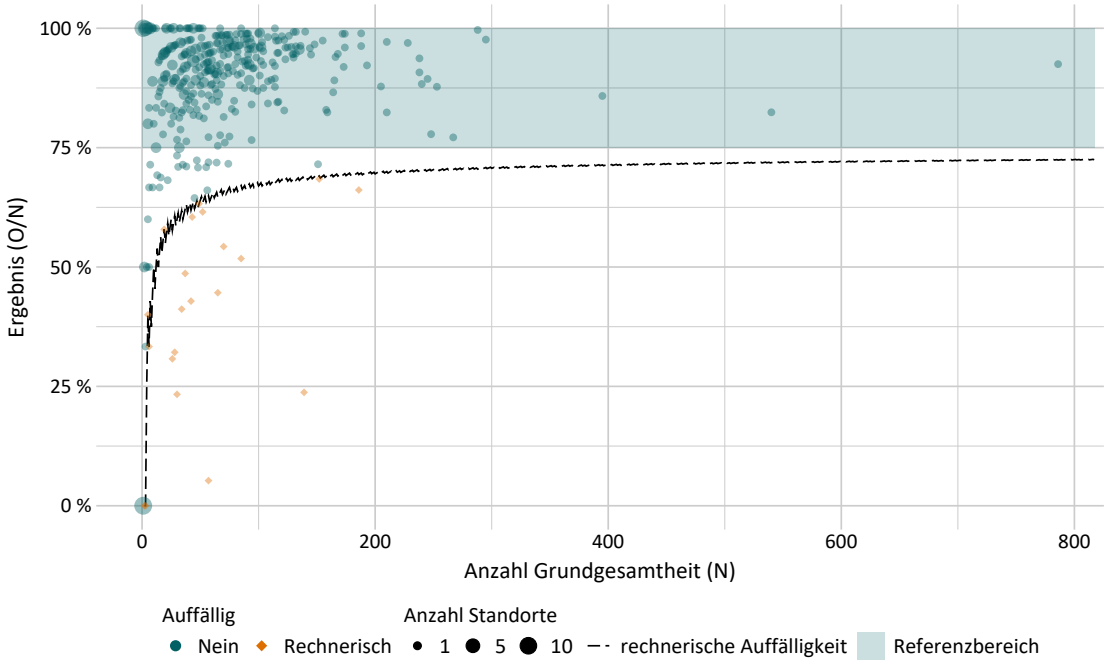
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	21.344 / 24.422	87,40	86,98 - 87,81
	2024	22.507 / 25.384	88,67	88,27 - 89,05
	2025	25.671 / 28.597	89,77	89,41 - 90,12

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	426	21	0,00	100,00	92,31

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

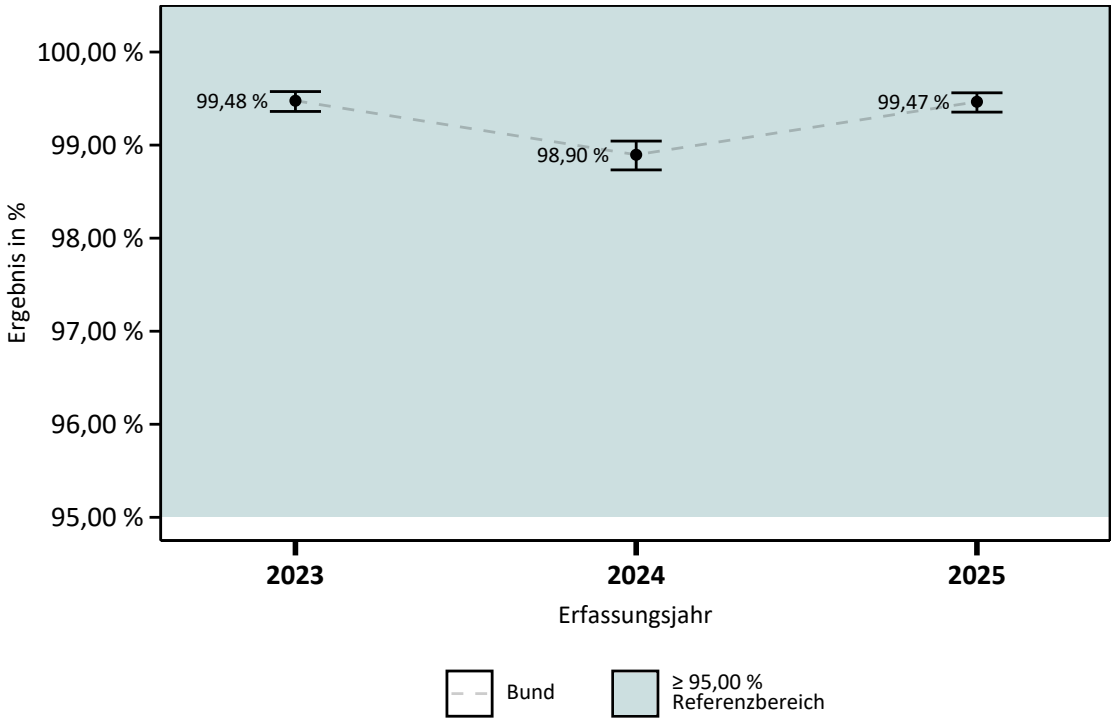
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode
Zähler	Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

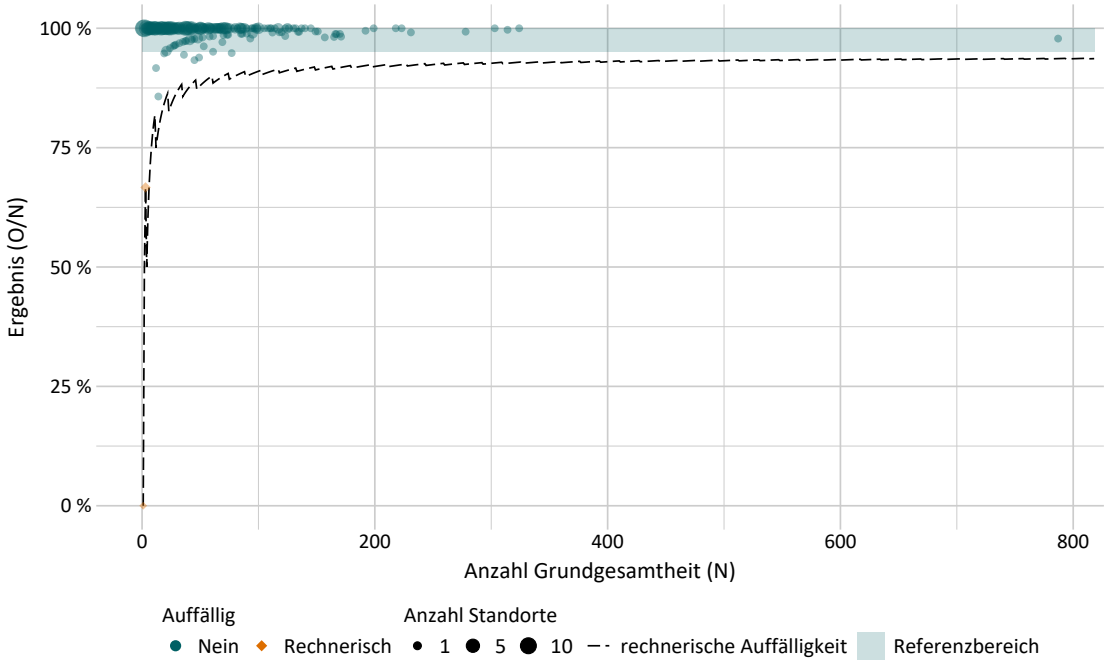
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	17.481 / 17.573	99,48	99,36 - 99,58
	2024	17.292 / 17.485	98,90	98,73 - 99,04
	2025	18.988 / 19.090	99,47	99,35 - 99,56

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	389	3	0,00	100,00	100,00

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

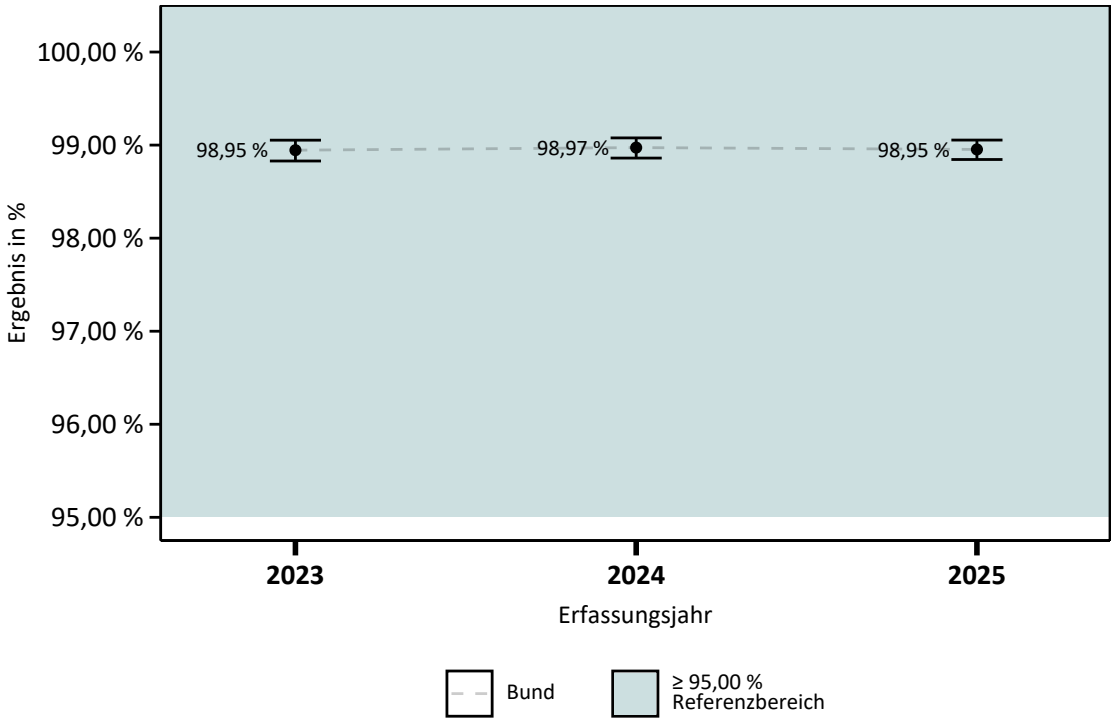
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode
Zähler	Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

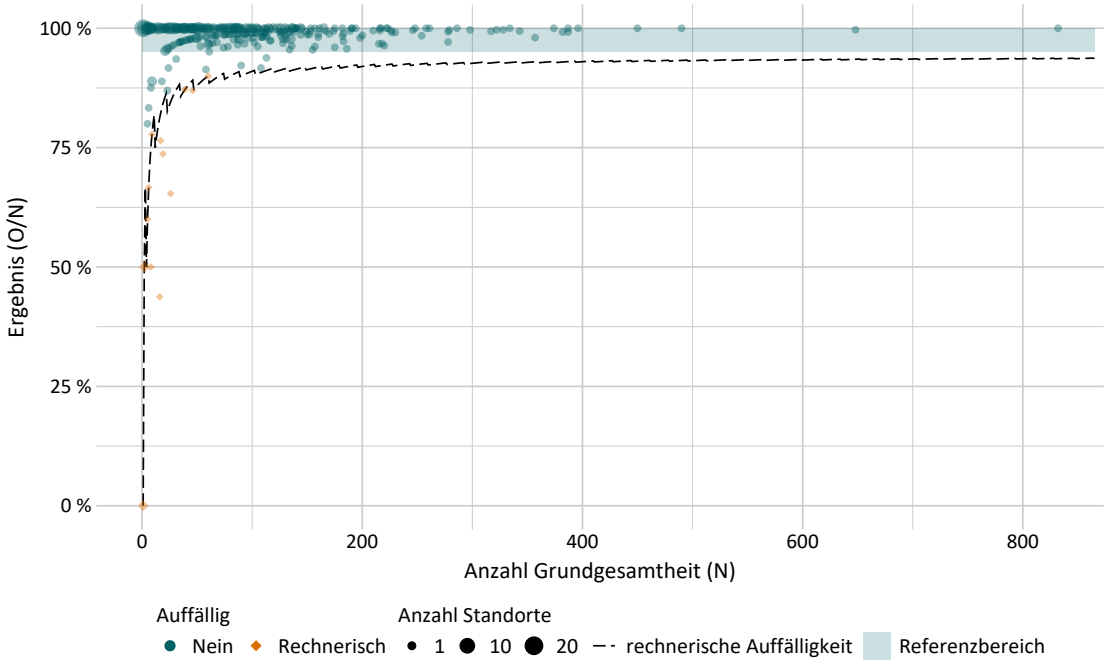
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	31.615 / 31.952	98,95	98,83 - 99,05
	2024	32.967 / 33.309	98,97	98,86 - 99,08
	2025	36.118 / 36.500	98,95	98,85 - 99,05

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	423	17	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	**ID: 52330** **Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung**	99,47 % 18.988/19.090
4.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.1.1.1	ID: 21_22025 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung bei Patientinnen	99,46 % 18.958/19.060
4.1.1.2	ID: 21_22026 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung bei Patienten	100,00 % 5/5

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	**ID: 52279** **Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung**	98,95 % 36.118/36.500
4.2.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.2.1.1	ID: 21_22027 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung bei Patientinnen	98,96 % 36.022/36.400
4.2.1.2	ID: 21_22028 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung bei Patienten	97,06 % 33/34

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Fusion QI 52330 und QI 52279 bei BET(OPS)	
4.3.1	ID: 21_22029 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen	98,87 % 55.739/56.374
4.3.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.3.1.1.1	ID: 21_22030 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen	98,88 % 55.612/56.242

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3.1.1.2	ID: 21_22031 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen bei Patienten	97,44 % 38/39
4.3.2	ID: 21_22032 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung durch MRT bei brusterhaltenden Operationen	80,74 % 633/784

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

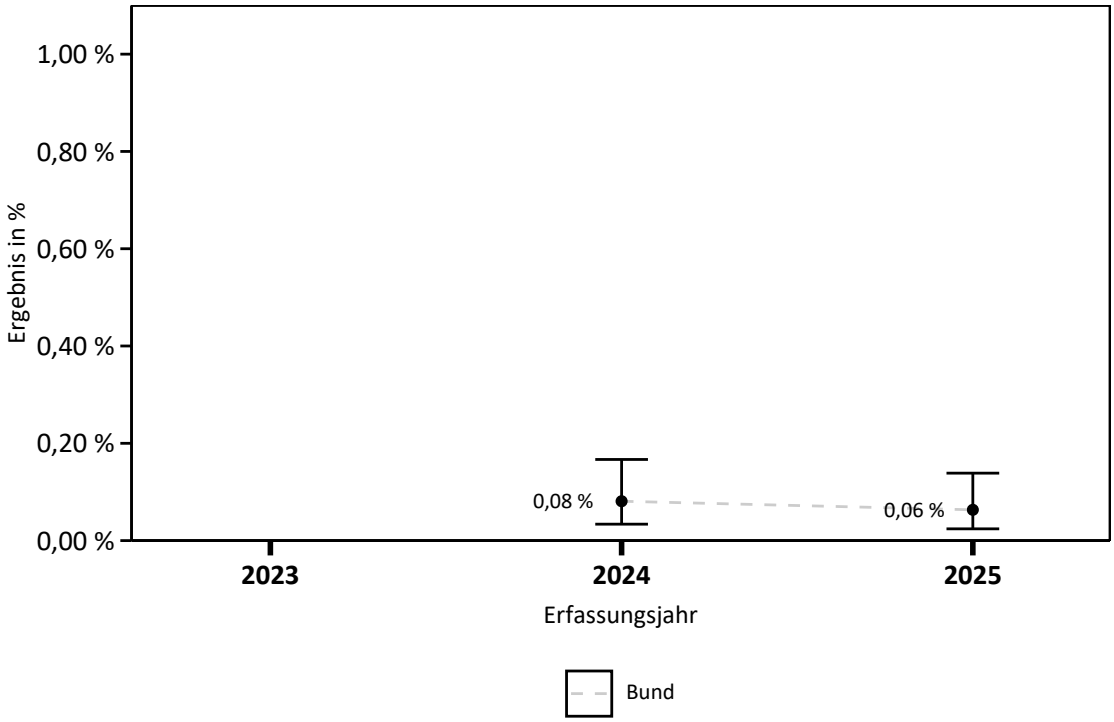
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion bei DCIS
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“
Zähler	Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

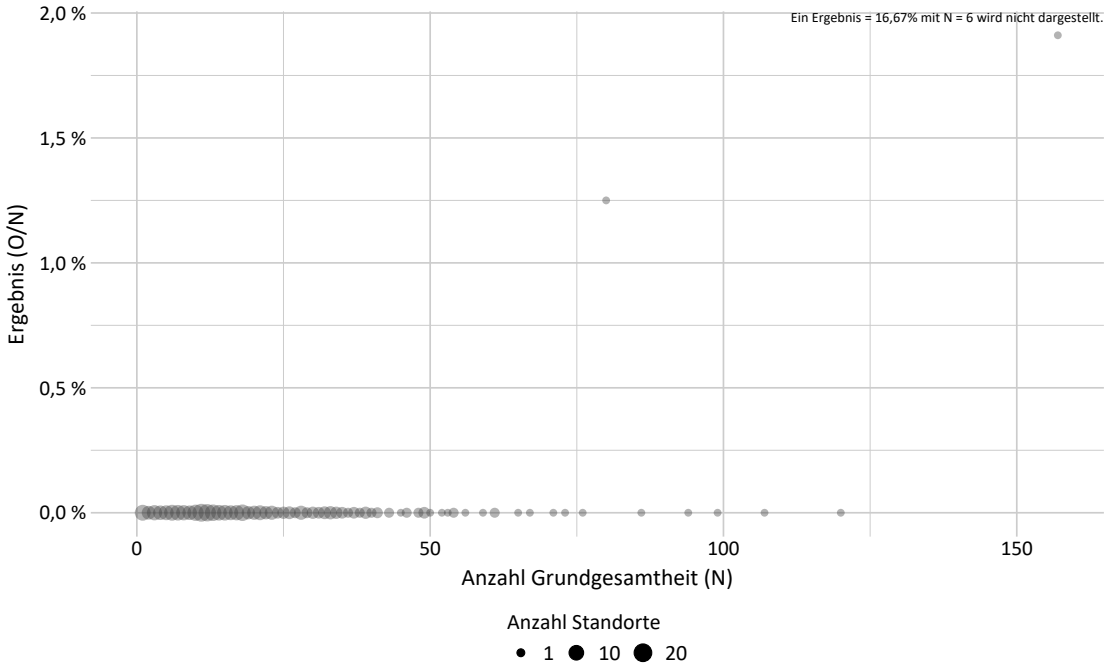
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	6 / 7.413	0,08	0,03 - 0,17
	2025	5 / 7.903	0,06	0,02 - 0,14

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	395	0	0,00	16,67	0,00

50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

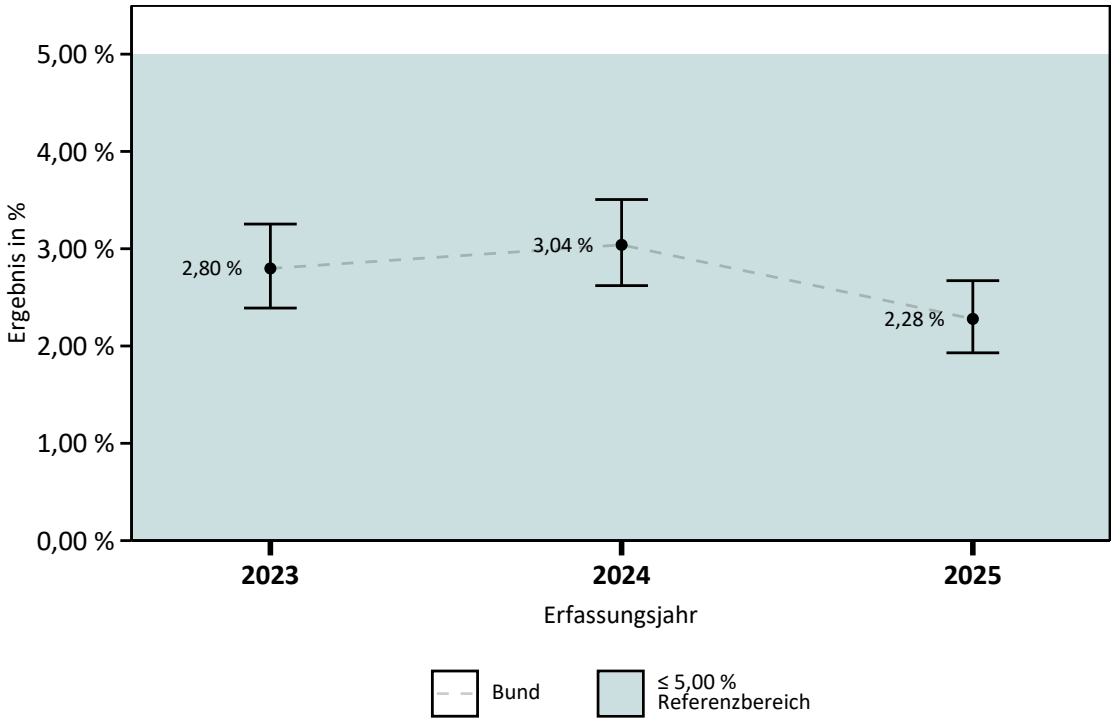
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“
Zähler	Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,15)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

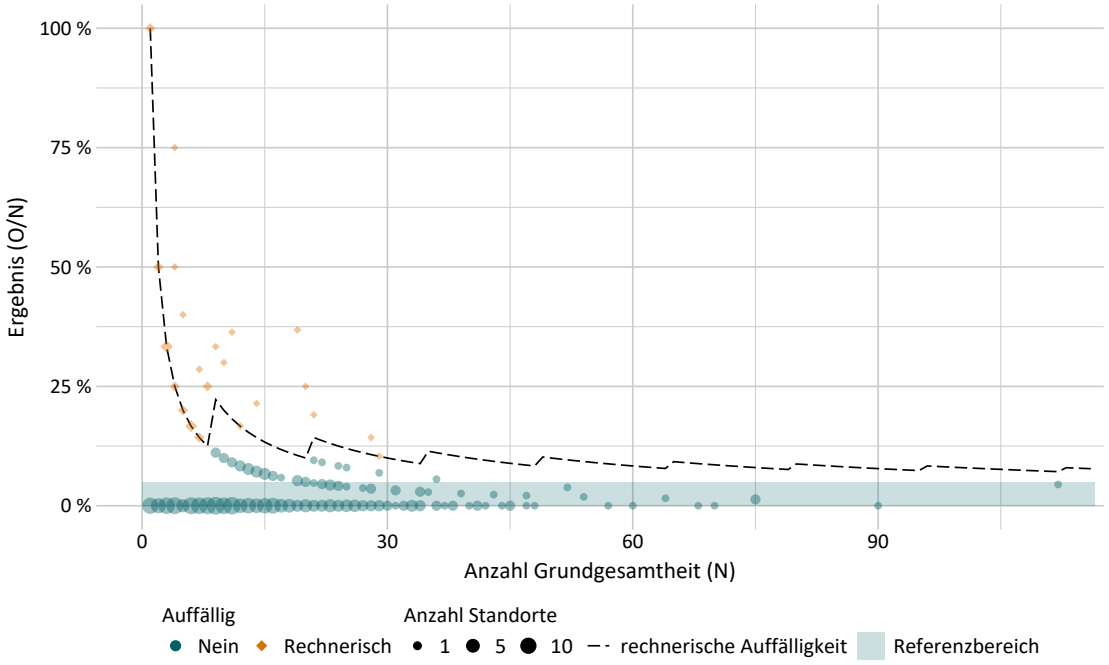
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	157 / 5.612	2,80	2,39 - 3,25
	2024	176 / 5.790	3,04	2,62 - 3,51
	2025	142 / 6.231	2,28	1,93 - 2,67

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	391	35	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	
6.1.1	ID: 21_22078 Patientinnen mit Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	100,00 % 6.384/6.384
6.1.2	ID: 21_22079 Patienten mit Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	100,00 % 4/4
6.1.3	**ID: 50719** **Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und BET**	2,28 % 142/6.231
6.1.4	ID: 21_22037 Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten	0,39 % 25/6.395
6.1.5	ID: 21_22038 Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB	2,56 % 164/6.395

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Lymphknotenentnahme bei DCIS und Mastektomie[5]	
6.2.1	ID: 21_22039 Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme	59,81 % 1.000/1.672
6.2.2	ID: 21_22040 Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten	1,67 % 28/1.672
6.2.3	ID: 21_22041 Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB	44,98 % 752/1.672

[5] Die Kennzahl "Lymphknotenentnahme bei DCIS und Mastektomie" bezieht sich nicht auf die BET wie der QI 50719 sondern stellt den Gegenpart dar.

51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

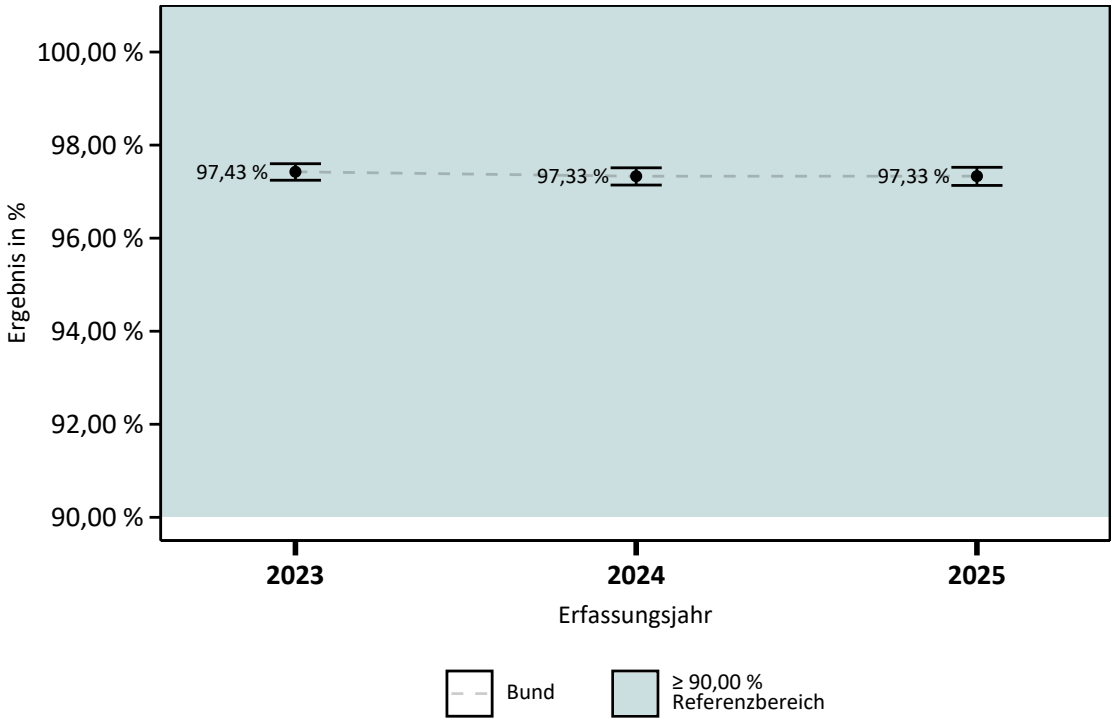
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladissektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladissektion
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

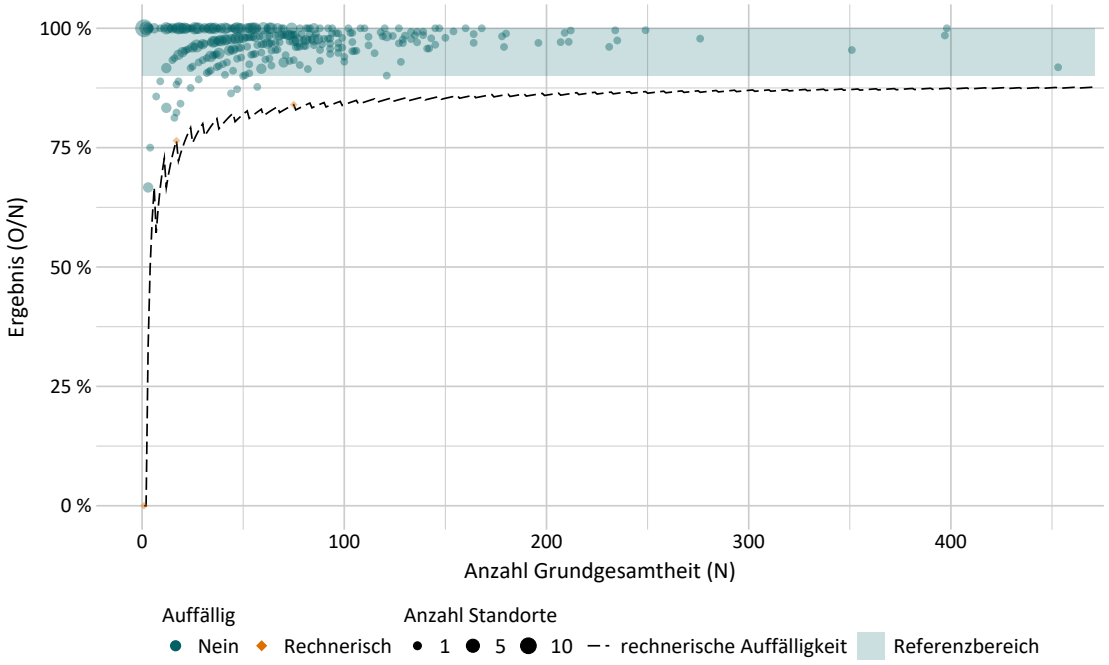
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	29.873 / 30.662	97,43	97,25 - 97,60
	2024	28.229 / 29.003	97,33	97,14 - 97,51
	2025	25.580 / 26.281	97,33	97,13 - 97,52

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	418	3	0,00	100,00	98,02

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 21_22042 Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und keine Axilladissektion bei Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom und negativem pN-Staging ohne präoperative tumorspezifische Therapie, primär-operative Therapie abgeschlossen (alle pT)	97,29 % 25.830/26.550
7.1.1	**ID: 51847** **Stadium pT1 bis pT4**	97,33 % 25.580/26.281
7.1.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
7.1.1.1.1	ID: 21_22043 Stadium pT1 bis pT4 bei Patientinnen	97,37 % 25.344/26.029
7.1.1.1.2	ID: 21_22044 Stadium pT1 bis pT4 bei Patienten	93,28 % 222/238
7.1.1.2	ID: 21_22045 Stadium pT1	98,29 % 17.870/18.180
7.1.1.3	ID: 21_22046 Stadium pT2	96,38 % 6.929/7.189
7.1.1.4	ID: 21_22047 Stadium pT3	89,68 % 626/698
7.1.1.5	ID: 21_22080 Stadium pT4	72,43 % 155/214

51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

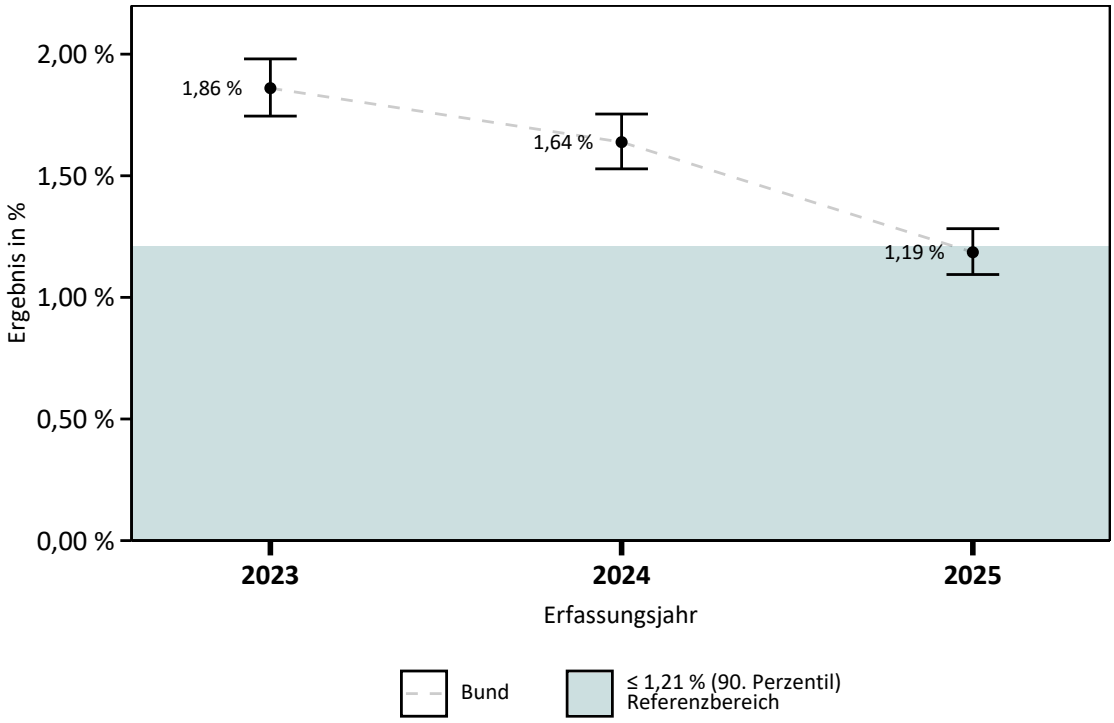
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung oder prätherapeutischer Befundmitteilung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Referenzbereich	≤ 1,21 % (90. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

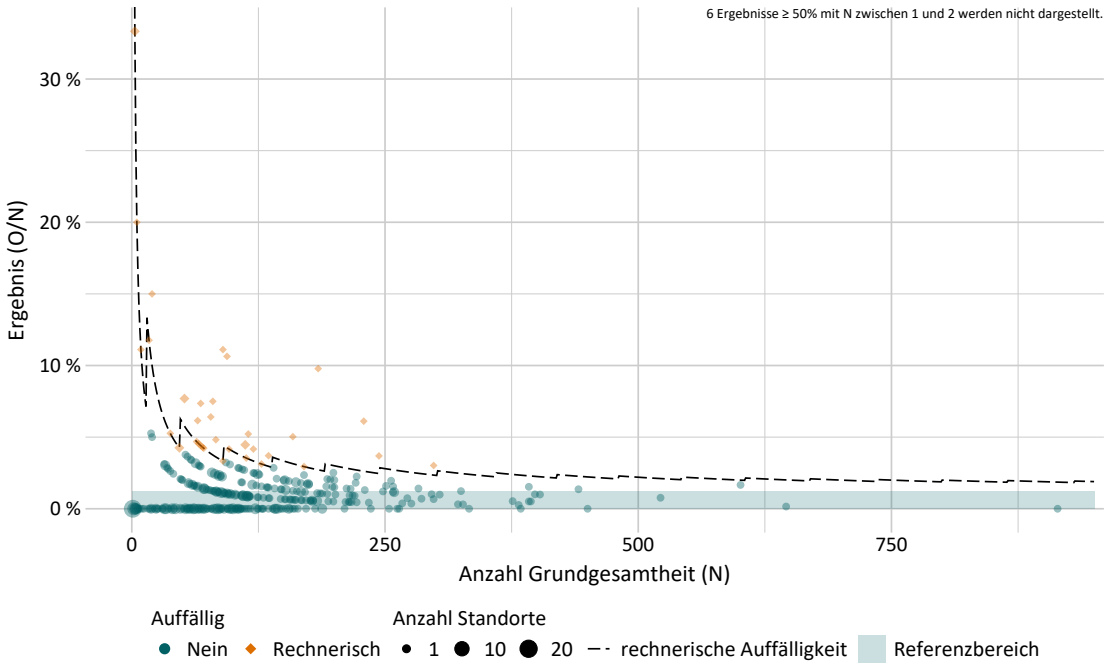
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	944 / 50.747	1,86	1,75 - 1,98
	2024	799 / 48.771	1,64	1,53 - 1,75
	2025	600 / 50.613	1,19	1,09 - 1,28

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	441	44	0,00	100,00	0,74

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation	
8.1.1	**ID: 51370** **< 7 Tage**	1,19 % 600/50.613
8.1.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
8.1.1.1.1	ID: 21_22049 Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation < 7 Tage bei Patientinnen	1,19 % 594/50.124
8.1.1.1.2	ID: 21_22050 Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation < 7 Tage bei Patienten	1,32 % 6/456
8.1.2	ID: 21_22052 ≥ 7 - < 14 Tage	8,57 % 4.337/50.613
8.1.3	ID: 21_22054 ≥ 14 - < 21 Tage	15,80 % 7.995/50.613
8.1.4	ID: 21_22055 ≥ 21 - < 28 Tage	17,53 % 8.872/50.613
8.1.5	ID: 21_22056 ≥ 28 - < 35 Tage	16,72 % 8.463/50.613
8.1.6	ID: 21_22057 ≥ 35 - < 42 Tage	13,23 % 6.695/50.613
8.1.7	ID: 21_22058 ≥ 42 Tage	26,99 % 13.662/50.613
8.1.8	ID: 21_22059 Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation (Median in Tagen)	30,00 30,00/50.613

60659: Nachresektionsrate

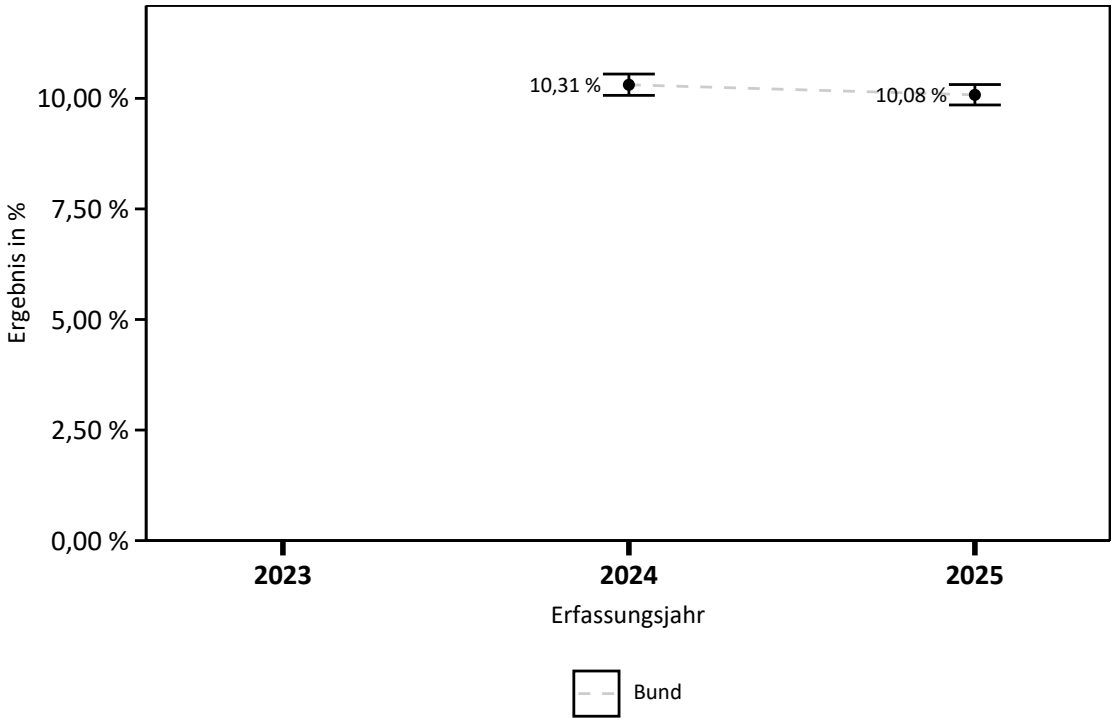
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust ≥ 1
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

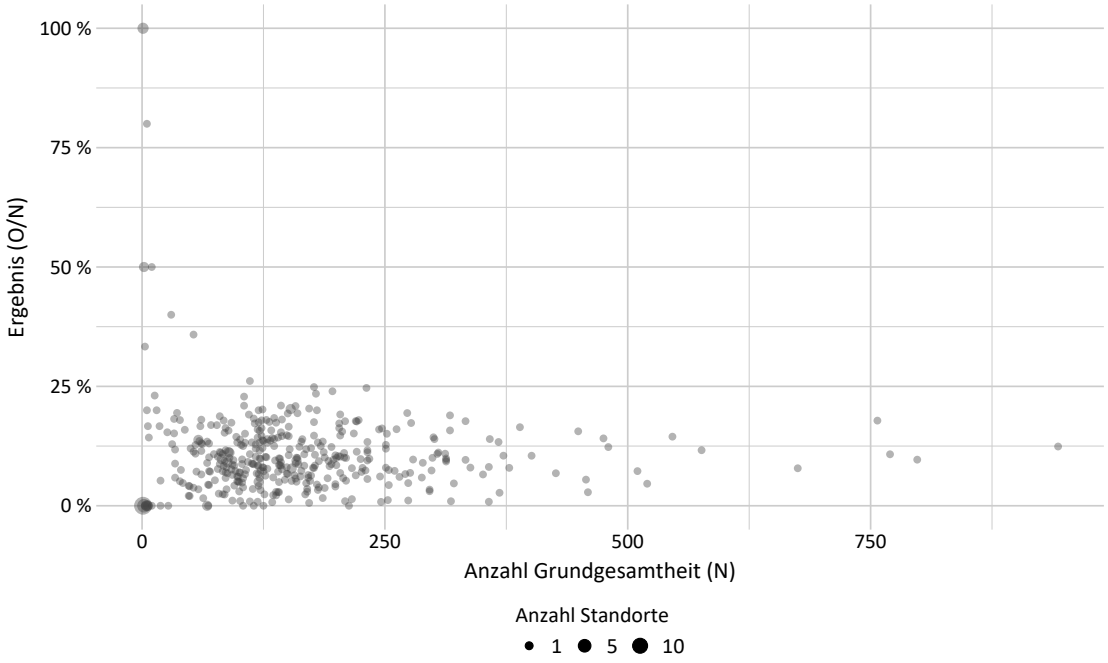
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	6.293 / 61.055	10,31	10,07 - 10,55
	2025	6.596 / 65.437	10,08	9,85 - 10,31

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	435	0	0,00	100,00	9,09

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	**ID: 60659** **Nachresektionsrate**	10,08 % 6.596/65.437
9.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
9.1.1.1	ID: 21_22061 Nachresektionsrate bei Patientinnen	10,17 % 6.583/64.757
9.1.1.2	ID: 21_22062 Nachresektionsrate bei Patienten	2,20 % 13/592
9.1.2	ID: 21_22063 Nachresektionsrate bei DCIS	26,99 % 2.177/8.065
9.1.3	ID: 21_22065 Nachresektionsrate bei nicht-palpablen Befunden bei Vorgehen nach Leitlinien-Empfehlung am selben Krankenhausstandort	1,66 % 379/22.834
9.1.4	ID: 21_22081 Nachresektionsrate ohne Präoperative Drahtmarkierung	5,93 % 269/4.538

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	ID: 21_22066 operative Therapie abgeschlossen ohne erreichte R0-Situation (invasives Karzinom und DCIS)	2,32 % 1.851/79.785

Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Qualitätsziel	Möglichst häufig prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS

211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

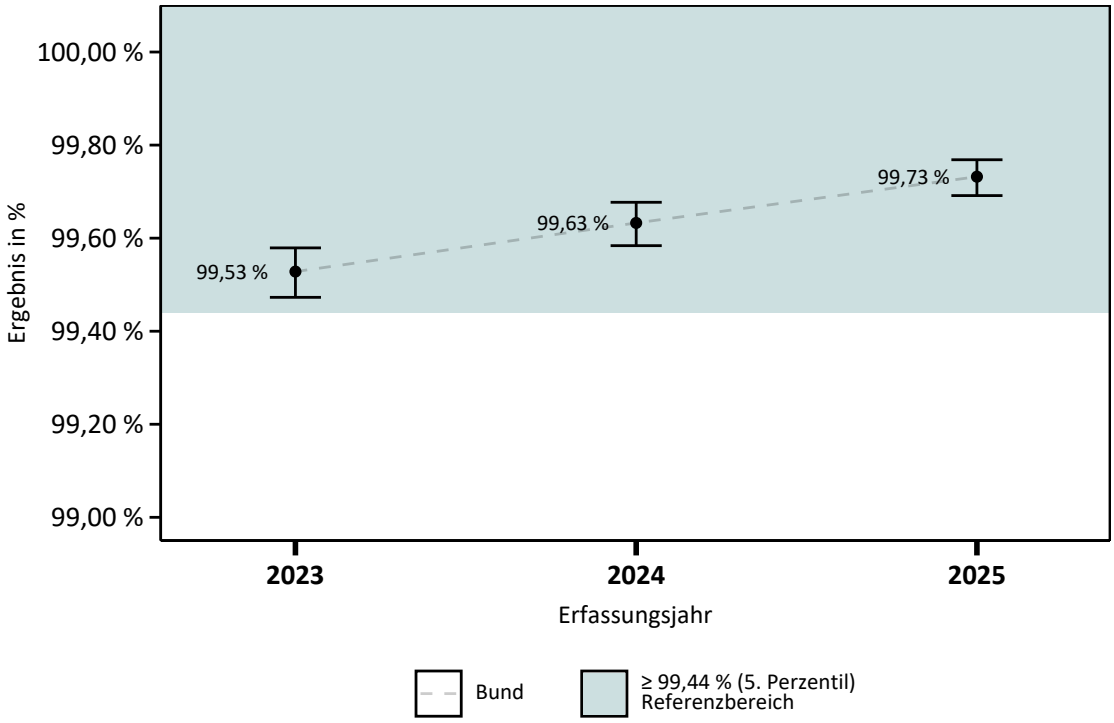
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff und abgeschlossener primär-operativer Therapie
Zähler	Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz
Referenzbereich	≥ 99,44 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

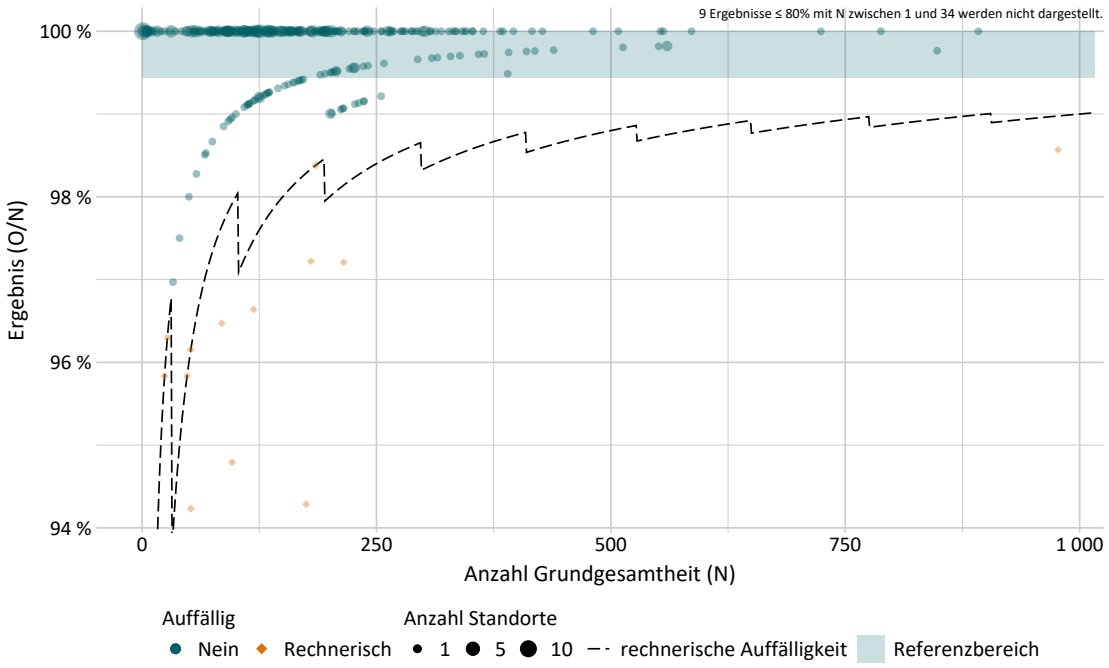
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	63.707 / 64.009	99,53	99,47 - 99,58
	2024	64.557 / 64.795	99,63	99,58 - 99,68
	2025	69.242 / 69.428	99,73	99,69 - 99,77

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	433	22	0,00	100,00	100,00

212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS

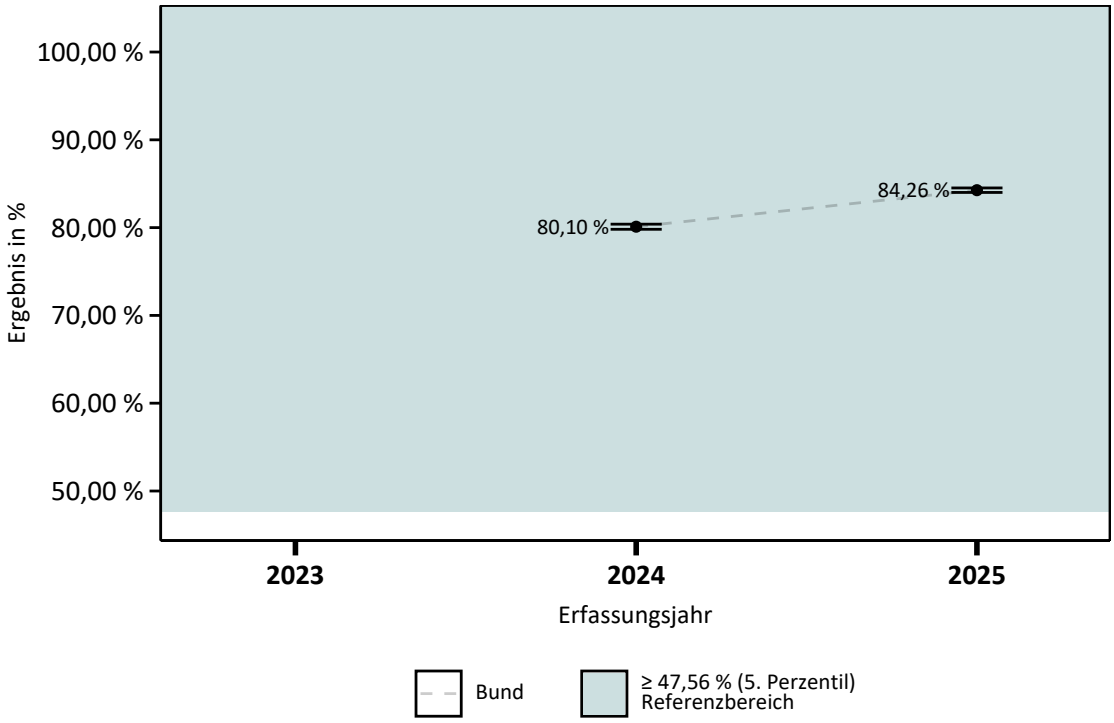
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff
Zähler	Anzahl an Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz
Referenzbereich	≥ 47,56 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,05)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

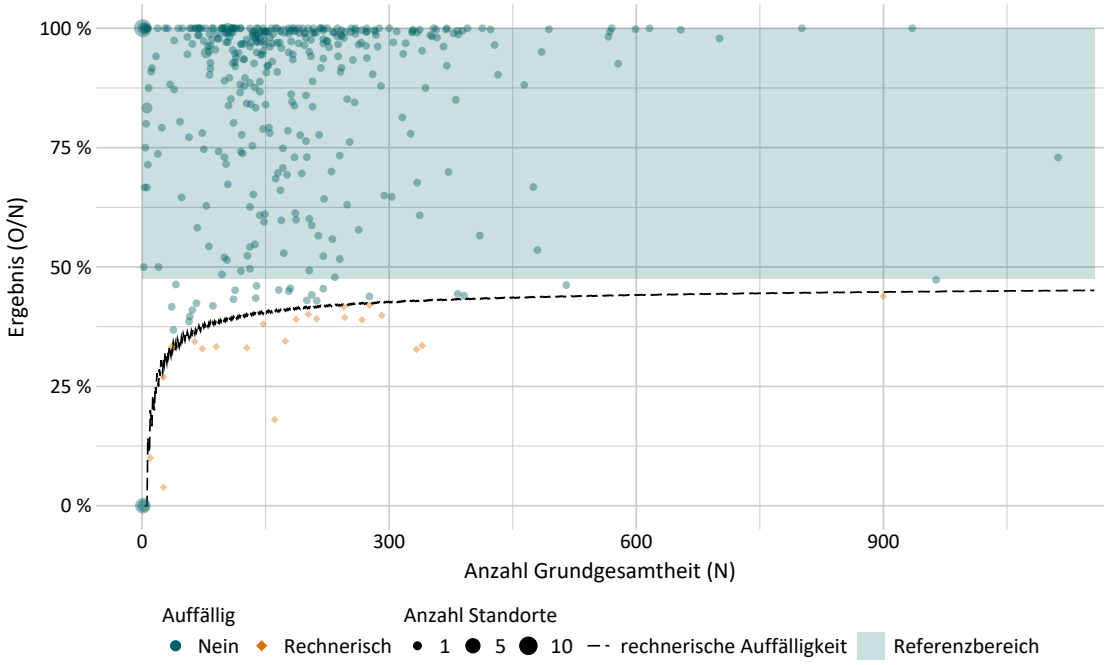
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	58.336 / 72.826	80,10	79,81 - 80,39
	2025	65.477 / 77.706	84,26	84,01 - 84,52

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	431	22	0,00	100,00	95,05

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	**ID: 211800** **Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS**	99,73 % 69.242/69.428
10.1.1	Postoperative Tumorkonferenz nach Entität	
10.1.1.1	ID: 21_22068 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom	99,74 % 63.324/63.486
10.1.1.2	ID: 21_22069 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei DCIS	99,61 % 6.183/6.207
10.1.2	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
10.1.2.1	ID: 21_22070 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Patientinnen	99,73 % 68.528/68.711
10.1.2.2	ID: 21_22071 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Patienten	99,52 % 616/619

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2	**ID: 212400** **Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS**	84,26 % 65.477/77.706
10.2.1	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz nach Entität	
10.2.1.1	ID: 21_24000 Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom	85,23 % 58.785/68.975
10.2.1.2	ID: 21_24001 Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei DCIS	76,92 % 6.944/9.028
10.2.2	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
10.2.2.1	ID: 21_24002 Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Patientinnen	84,25 % 64.861/76.987
10.2.2.2	ID: 21_24003 Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Patienten	84,14 % 520/618

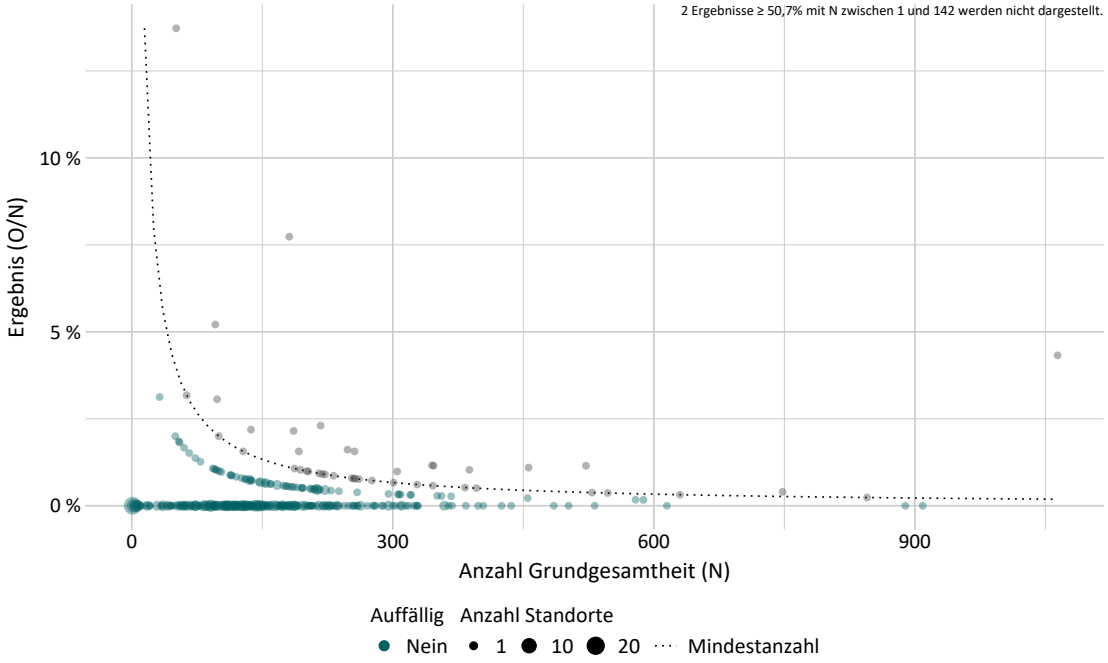
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850363: Angabe „HER2-Status = unbekannt“

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Der HER2-Status ist entscheidend für die Auswahl der Behandlung. Fälle mit der Angabe „unbekannt“ werden aus dem Zähler mehrerer QI ausgeschlossen. **Hypothese** Überdokumentation/Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine genaue Angabe zum HER2-Status vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie
Zähler	Brustoperationen mit unbekanntem HER2-Status
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	439	0	0,00	100,00	0,00

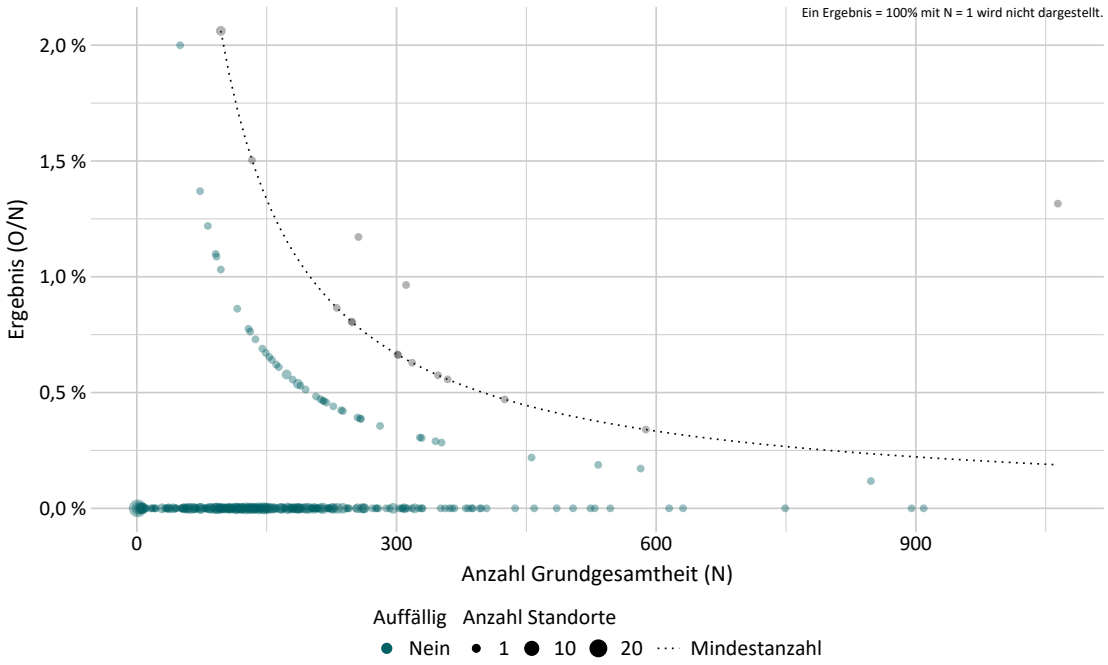
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	323 / 72.174	0,45	0,00 % 0 / 439

850364: Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Brustoperationen mit der Angabe „es liegen keine Angaben vor“ zur R0-Resektion werden aus der Grundgesamtheit des QI 60659 ausgeschlossen. **Hypothese** Überdokumentation/Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine genaue Angabe zur R0-Resektion vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	60659: Nachresektionsrate
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei lebend entlassenen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom
Zähler	Brustoperationen zu denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	441	0	0,00	100,00	0,00

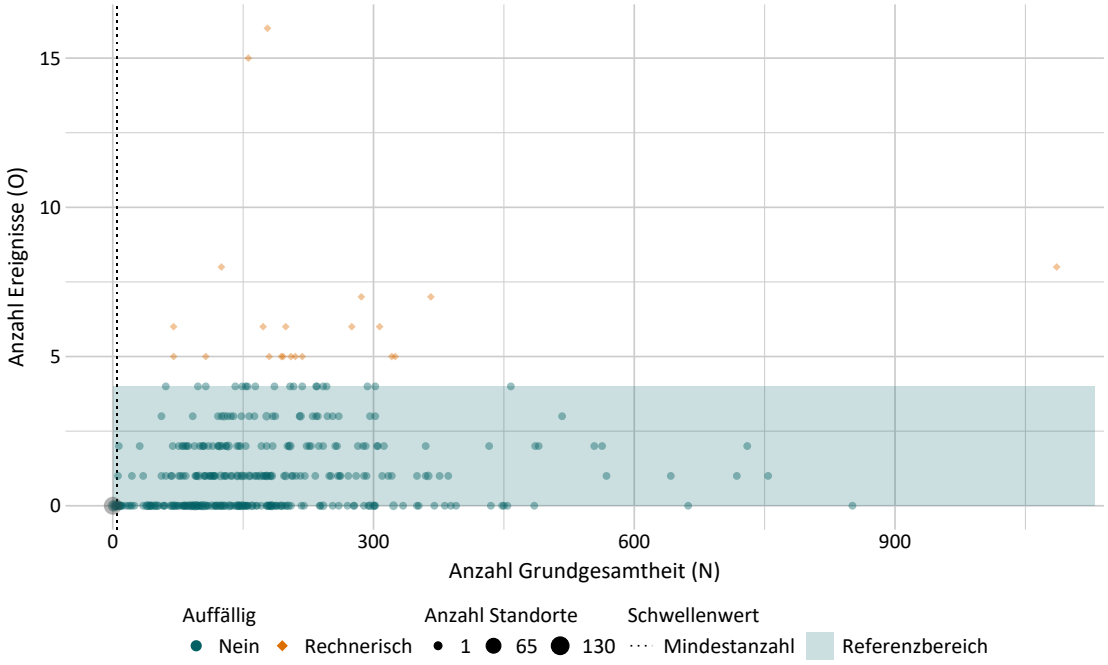
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	90 / 72.481	0,12	0,00 % 0 / 441

813068: Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die postoperative Histologie ist relevant für viele Qualitätsindikatoren. Eine Fehlkodierung führt zu Ungenauigkeiten in den Grundgesamtheiten aller Indikatoren mit Bezug zu invasiven Karzinomen oder DCIS. **Hypothese** Fehldokumentation. Fehlende Sorgfalt bei der Dokumentation des Datenfeldes „postoperative Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv und präoperativer Histologie 'invasives Mammakarzinom (Primärtumor)' und unter Ausschluss von postoperativer Histologie mit 'vollständiger Remission' nach neoadjuvanter Therapie (TNM-Schlüssel: ypT0 und ypTis)
Zähler	Brustoperationen ohne postoperative Histologie 'invasives Mammakarzinom'
Referenzbereich	≤ 4
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



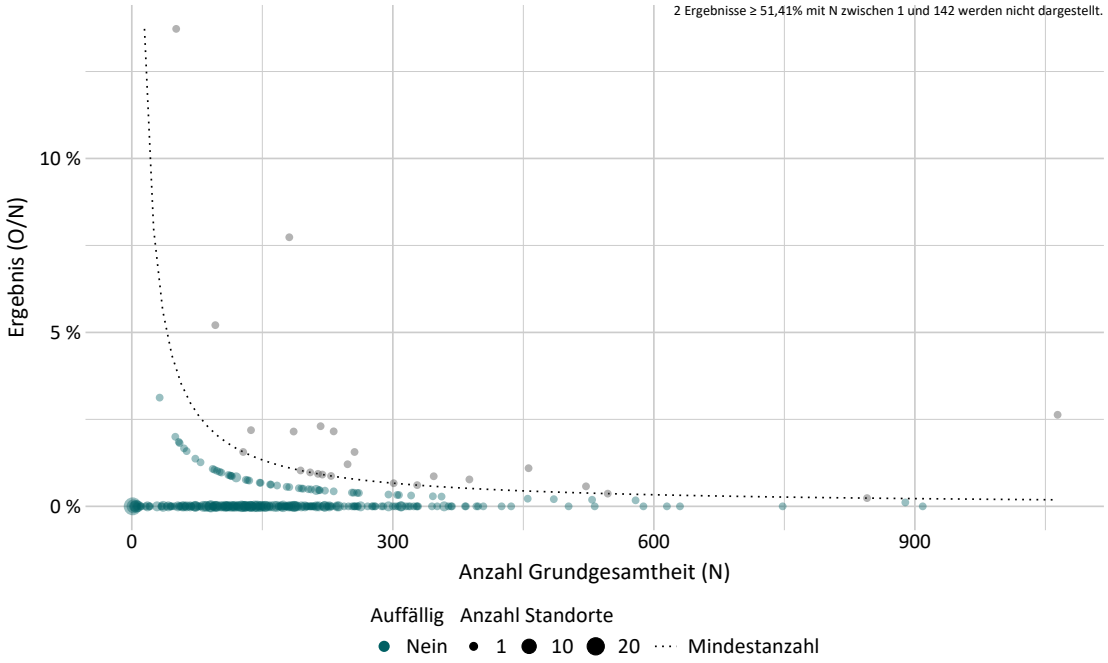
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	506 / 72.150	0,01	4,79 % 21 / 438

850372: Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Der Hormonrezeptorstatus ist entscheidend für die Auswahl der Behandlung. Fälle mit der Angabe „unbekannt“ werden aus der Grundgesamtheit mehrerer QI ausgeschlossen. **Hypothese** Überdokumentation/Fehldokumentation. Tatsächlich ist der immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus bekannt.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie
Zähler	Brustoperationen bei unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	439	0	0,00	100,00	0,00

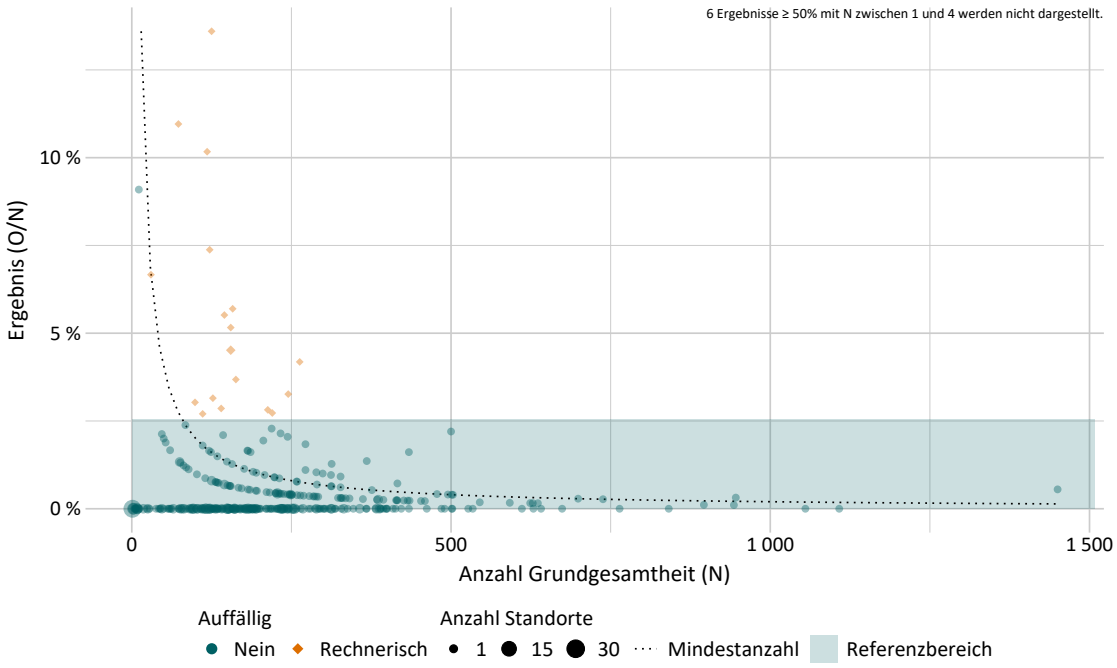
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	241 / 72.174	0,33	0,00 % 0 / 439

852000: Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Dokumentation des histologischen Befundes mit dem unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 („Karzinom o. n. A., maligner epithelialer Tumor“) sollte im Rahmen des QS-Verfahrens Mammachirurgie nur im Ausnahmefall erfolgen müssen, nämlich nur dann, wenn die ca. 150 ICD-O-3-Kodes enthaltende Schlüsselliste keinen differenzierteren, auf die jeweilige Tumormorphologie zutreffenden Kode ausweist. Die Angabe eines ICD-O-3 für ein Karzinom in der prätherapeutischen histologischen Befundung [PRAEICDO3] führt zum Ausschluss der Fälle im QI 2163 und QI 50719 **Hypothese** Der häufigen Nutzung des ICD-O-3-Kode 8010/3 liegt eine Fehldokumentation zu Grunde.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen mit einer Angabe im Feld maligne Neoplasie [PRAEICDO3]
Zähler	Brustoperationen bei einer malignen Neoplasie mit der ICD-O-3-Diagnose [PRAEICDO3] = 8010/3 Karzinom o.n.A.
Referenzbereich	≤ 2,54 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	454	21	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

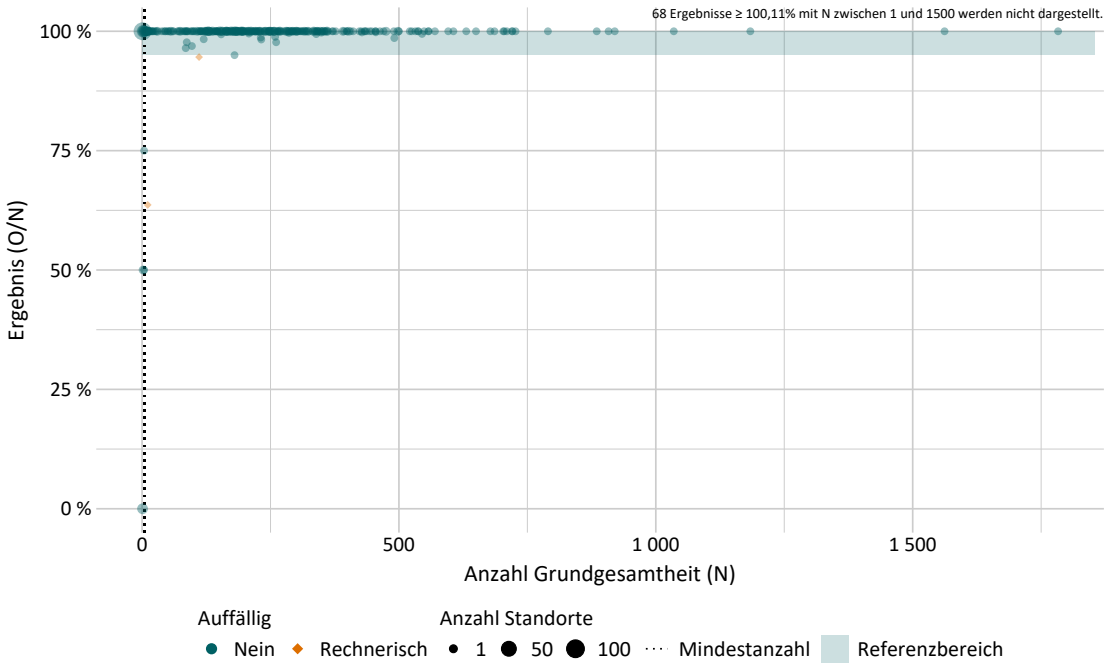
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	375 / 93.350	0,40	4,63 % 21 / 454

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	602	2	0,00	200,00	100,00

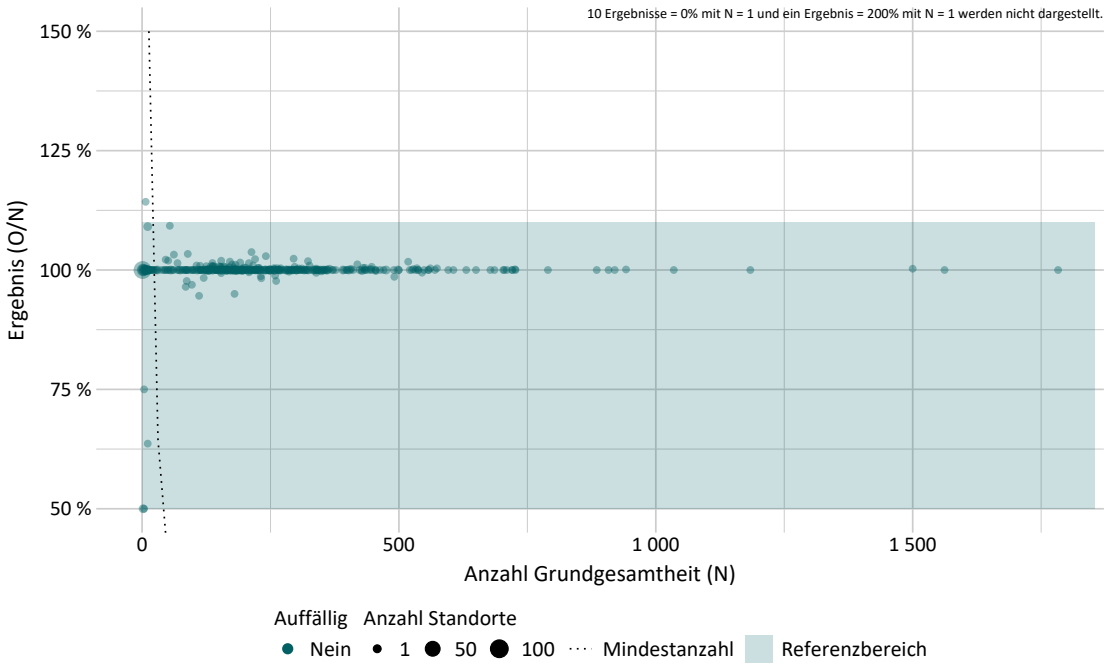
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	108.872 / 108.648	100,21	0,33 % 2 / 602

850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	602	0	0,00	200,00	100,00

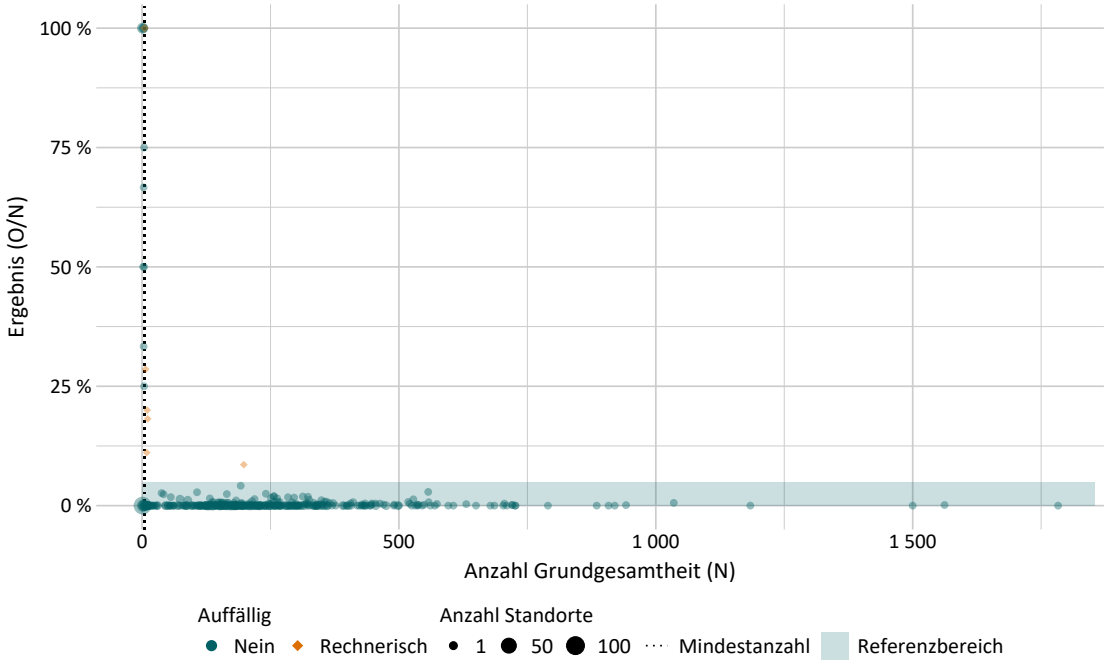
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	108.872 / 108.648	100,21	0,00 % 0 / 602

850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	602	7	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	267 / 108.648	0,25	1,16 % 7 / 602

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 108.605**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	156	0,14
1. Quartal	27.041	24,90
2. Quartal	26.875	24,75
3. Quartal	28.619	26,35
4. Quartal	25.914	23,86

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 108.605**	
Geschlecht		
(1) männlich	900	0,83
(2) weiblich	107.556	99,03
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	146	0,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 108.605**	
Altersverteilung[6]		
< 30 Jahre	1.559	1,44
30 - 39 Jahre	5.286	4,87
40 - 49 Jahre	14.097	12,98
50 - 59 Jahre	23.312	21,46
60 - 69 Jahre	27.794	25,59
70 - 79 Jahre	25.189	23,19
≥ 80 Jahre	11.368	10,47

[6] Unter dem Begriff Patientinnen und Patienten werden hier und bei den folgenden Tabellen auch die Geschlechter diverse und unbestimmte mit eingeschlossen.

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten > 0	108.605
Minimum	11,00
5. Perzentil	38,00
25. Perzentil	52,00
Median	63,00
Mittelwert	62,11
75. Perzentil	73,00
95. Perzentil	84,00
Maximum	101,00

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Postoperativer histologischer Befund[7]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	(2) weiblich	(1) männlich	(3) divers	(8) unbestimmt	Gesamt
Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv					
Bund (gesamt)					
(1) ausschließlich Normalgewebe	646 **0,66 %**	16 **0,02 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	662 **0,67 %**
(2) benigne / entzündliche Veränderung	7.891 **8,04 %**	111 **0,11 %**	0 **0,00 %**	30 **0,03 %**	8.032 **8,18 %**
(3) Risikoläsion	2.179 **2,22 %**	8 **0,01 %**	0 **0,00 %**	5 **0,01 %**	2.192 **2,23 %**
(4) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	86.504 **88,09 %**	696 **0,71 %**	≤3 **x %**	111 **0,11 %**	87.312 **88,91 %**
Gesamt	97.220 **99,00 %**	831 **0,85 %**	≤3 **x %**	146 **0,15 %**	98.198 **100,00 %**

[7] Im postoperativen Histologischen Befund "LCIS / lobuläres Karzinom" wird nur der IDC-O-3 8520/2 erfasst.

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit malignen Neoplasien (einschließlich in-situ-Karzinome) und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv	**N = 87.312**	
Karzinome		
Primärerkrankung	81.171	92,97
davon: postoperativer histologischer Befund		
invasives Karzinom	72.504	89,32
DCIS	8.314	10,24
LCIS / lobuläres Karzinom	179	0,22
Lymphom	11	0,01
Sarkom	158	0,19
Rezidiverkrankung (lokoregionär)	6.141	7,03
davon: postoperativer histologischer Befund		
invasives Karzinom	5.470	89,07
DCIS	573	9,33
LCIS / lobuläres Karzinom	13	0,21
Lymphom	≤3	x
Sarkom	83	1,35

Befund: Invasive Karzinome (Primärerkrankung)

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 79.561**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	123	0,15
1. Quartal	19.451	24,45
2. Quartal	19.881	24,99
3. Quartal	21.111	26,53
4. Quartal	18.995	23,87

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 79.561**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	277	0,35
30 - 39 Jahre	3.231	4,06
40 - 49 Jahre	9.839	12,37
50 - 59 Jahre	16.163	20,32
60 - 69 Jahre	20.686	26,00
70 - 79 Jahre	20.002	25,14
≥ 80 Jahre	9.363	11,77

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung mit Angabe von Werten > 0	79.561
Minimum	20,00
5. Perzentil	40,00
25. Perzentil	54,00
Median	64,00
Mittelwert	63,54
75. Perzentil	74,00
95. Perzentil	84,00
Maximum	101,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom	**N = 87.073**	
Erkrankung		
(1) Primärerkrankung	81.175	93,23
(2) lokoregionäres Rezidiv nach BET	4.720	5,42
(3) lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	1.112	1,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 73.134**	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	48.495	66,31
(1) ja	23.166	31,68
(9) unbekannt	1.473	2,01
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz-oder Vakuumbiopsie		
(0) nein	739	1,01
(1) ja	72.395	98,99

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 72.395**	
Prätherapeutische Histologie		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	57	0,08
(2) benigne / entzündliche Veränderung	127	0,18
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	233	0,32
(4) malignitätsverdächtig	395	0,55
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	71.583	98,88

	Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung und mit Angabe von Werten	70.196
Minimum	1,00
Median	39,00
Mittelwert	74,98
Maximum	365,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 81.175**	
Grading		
(0) nein	592	0,73
(1) ja	75.947	93,56
Hormonrezeptorstatus		
(0) nein	600	0,74
(1) ja	75.939	93,55
HER2-Status		
(0) nein	1.169	1,44
(1) ja	73.134	90,09
Ki67-Status (MIB-1-Index)		
(0) nein	523	0,64
(1) ja	73.780	90,89

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff ohne prätherapeutische histologische Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 739**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	345	46,68
(1) ja	394	53,32

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 72.395**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	11.024	15,23
(1) ja	61.371	84,77
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	43.743	60,42
(1) ja	28.652	39,58

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom ohne Aufnahme zum ersten offenen Eingriff oder ohne prätherapeutische histologische Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 8.780**	
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	6.115	69,65
(1) ja	2.665	30,35

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 81.383**	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren[8]		
(0) nein	34.881	42,86
(1) ja, durch Mammografie	12.193	14,98
(2) ja, durch Sonografie	30.592	37,59
(3) ja, durch MRT	362	0,44
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	3.355	4,12
Eingriffe (nach OPS)[9]		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	60.509	74,35
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	13.011	15,99
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	507	0,62
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	5.522	6,79

[8] gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung
[9] Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 81.175**	
Primär-operative Therapie abgeschlossen[10]		
(0) nein	8.671	10,68
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	5.759	66,42
(2) Empfehlung zur Mastektomie	871	10,04
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	574	6,62
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	766	8,83
(6) Empfehlung zur BET	106	1,22
(9) Kombination aus 1 bis 6	595	6,86
(1) ja	72.504	89,32
Lymphknoten-Entfernung		
Brusterhaltende Therapie	53.197	73,37
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	8.285	15,57
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	30.472	57,28
- nur mit Lymphadenektomie	3.567	6,71
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	10.873	20,44
Mastektomie	19.307	26,63
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	1.380	7,15
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	8.120	42,06
- nur mit Lymphadenektomie	4.904	25,40
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	4.903	25,39

[10] ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 72.504**	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	54.368	74,99
Therapieart und Patientinnen- und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	53.197	73,37
davon ja (auf Wunsch der Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	74	0,14
Mastektomie	19.307	26,63
davon nein (auf Wunsch der Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	1.591	8,24
Art der erfolgten Therapie (nach OPS)		
Brusterhaltende Therapie[11]	54.776	75,55
Mastektomie	18.006	24,83

[11] Eingeschlossen sind Patientinnen und Patienten, welche erst brusterhaltend operiert wurden und am Ende im selben Aufenthalt eine Mastektomie der selben Brust erfolgte

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 72.504**	
Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus		
(0) negativ	11.662	16,08
(1) positiv	60.391	83,29
(9) unbekannt	241	0,33

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 72.504**	
HER2-Status		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	63.278	87,28
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	8.647	11,93
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	45	0,06
(9) unbekannt	324	0,45
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	57.063	78,70
Invasives mikropapilläres Mammakarzinom (8507/3)	228	0,31
Solides papilläres Carcinoma in situ (8509/2)	0	0,00
Solides papilläres Karzinom mit Invasion (8509/3)	193	0,27
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ (8519/2)	10	0,01
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	9.394	12,96
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	910	1,26
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	1.185	1,63
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	354	0,49

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 72.504**	
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	57.063	78,70
Invasives mikropapilläres Mammakarzinom (8507/3)	228	0,31
Solides papilläres Carcinoma in situ (8509/2)	0	0,00
Solides papilläres Karzinom mit Invasion (8509/3)	193	0,27
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ (8519/2)	10	0,01
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	9.394	12,96
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	910	1,26
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	1.185	1,63
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	354	0,49

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und ohne abgeschlossene primär-operative Therapie bei Primärerkrankung	**N = 8.671**	
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	6.237	71,93
Invasives mikropapilläres Mammakarzinom (8507/3)	23	0,27
Solides papilläres Carcinoma in situ (8509/2)	0	0,00
Solides papilläres Karzinom mit Invasion (8509/3)	41	0,47
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ (8519/2)	8	0,09
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	1.611	18,58
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	141	1,63
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	147	1,70
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	31	0,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 72.504**	
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrizität		
(0) nein	64.815	89,40
(1) ja	7.479	10,32
R0-Resektion		
(0) nein	1.698	2,34
(1) ja	66.259	91,39
davon: geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand		
(1) < 1 mm	6.181	9,33
(2) ≥ 1 mm bis < 2 mm	8.422	12,71
(3) ≥ 2 mm	49.766	75,11
(8) es liegen keine Angaben vor	1.890	2,85
(8) es liegen keine Angaben vor	90	0,12
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	4.247	5,86

Staging

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 72.504**	
Tumorgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	7.651	10,55
pT1, ypT1 (Sarkom)	0	0,00
pT1mic, ypT1mic	521	0,72
pT1a, ypT1a	3.932	5,42
pT1b, ypT1b	11.227	15,48
pT1c, ypT1c	24.543	33,85
pT2, ypT2	18.927	26,10
pT3, ypT3	3.129	4,32
pT4a, ypT4a	62	0,09
pT4b, ypT4b	1.428	1,97
pT4c, ypT4c	20	0,03
pT4d, ypT4d	87	0,12
pTX, ypTX	162	0,22

Staging

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 72.504**	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	5.743	7,92
pN0(sn), ypN0(sn)	40.362	55,67
pN1mi, ypN1mi	303	0,42
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	1.140	1,57
pN1(sn), ypN1(sn)	913	1,26
pN1a, ypN1a	4.565	6,30
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	5.313	7,33
pN1b, ypN1b	41	0,06
pN1c, ypN1c	143	0,20
pN2a, ypN2a	2.339	3,23
pN2a(sn), ypN2a(sn)	465	0,64
pN2b, ypN2b	35	0,05
pN3a, ypN3a	1.138	1,57
pN3b, ypN3b	15	0,02
pN3c, ypN3c	7	0,01
pNX, ypNX	9.143	12,61
Grading (Elston und Ellis)		
(1) gut differenziert	11.448	15,79
(2) mäßig differenziert	43.169	59,54
(3) schlecht differenziert	16.134	22,25
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	1.543	2,13

Tumorstadium (pT und pN)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

Tumorstadium[12]	pN 0	pN 1	pN 2	pN 3	pN X	Gesamt
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung						
Bund (gesamt)						
pT 0	7.150 **93,45 %**	308 **4,03 %**	45 **0,59 %**	12 **0,16 %**	127 **1,66 %**	7.651 **100,00 %**
pT 1	26.736 **66,47 %**	5.039 **12,53 %**	581 **1,44 %**	132 **0,33 %**	7.085 **17,61 %**	40.223 **100,00 %**
pT 2	10.279 **54,31 %**	5.350 **28,27 %**	1.354 **7,15 %**	463 **2,45 %**	1.352 **7,14 %**	18.927 **100,00 %**
pT 3	1.007 **32,18 %**	1.052 **33,62 %**	518 **16,55 %**	371 **11,86 %**	172 **5,50 %**	3.129 **100,00 %**
pT 4	292 **18,28 %**	541 **33,88 %**	319 **19,97 %**	167 **10,46 %**	262 **16,41 %**	1.597 **100,00 %**
pT X	57 **35,19 %**	54 **33,33 %**	16 **9,88 %**	12 **7,41 %**	22 **13,58 %**	162 **100,00 %**
Gesamt	46.105 **63,59 %**	12.418 **17,13 %**	2.839 **3,92 %**	1.160 **1,60 %**	9.143 **12,61 %**	72.504 **100,00 %**

[12] Zusammenfassung von pT und ypT bzw. pN und ypN

Tumorgröße und OP-Verfahren

Zusammenfassung von pT und ypT

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 1 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 40.223**	
pT 1		
keine präoperative tumorspezifische Therapie	27.830	69,19
davon		
brusterhaltend	24.129	86,70
ablativ	3.701	13,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 2 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 18.927**	
pT 2		
keine präoperative tumorspezifische Therapie	12.699	67,09
davon		
brusterhaltend	8.260	65,04
ablativ	4.439	34,96

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 3 - 4 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 4.726**	
pT 3 - 4		
keine präoperative tumorspezifische Therapie	3.105	65,70
davon		
brusterhaltend	620	19,97
ablativ	2.485	80,03

Tumorstadium und OP-Verfahren

Zusammenfassung von pT und ypT bzw. pN und ypN

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 1 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 40.223**	
pT 1		
pN 0	26.736	66,47
- G 1	5.623	21,03
davon brusterhaltend	4.992	88,78
davon ablativ	631	11,22
- G 2 oder 3	20.765	77,67
davon brusterhaltend	17.376	83,68
davon ablativ	3.389	16,32
pN > 0	5.752	14,30
- G 1	693	12,05
davon brusterhaltend	578	83,41
davon ablativ	115	16,59
- G 2 oder 3	4.926	85,64
davon brusterhaltend	3.589	72,86
davon ablativ	1.337	27,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 2 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 18.927**	
pT 2		
pN 0	10.279	54,31
- G 1	1.034	10,06
davon brusterhaltend	792	76,60
davon ablativ	242	23,40
- G 2 oder 3	9.146	88,98
davon brusterhaltend	6.326	69,17
davon ablativ	2.820	30,83
pN > 0	7.167	37,87
- G 1	517	7,21
davon brusterhaltend	340	65,76
davon ablativ	177	34,24
- G 2 oder 3	6.536	91,20
davon brusterhaltend	3.630	55,54
davon ablativ	2.906	44,46

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 3 - 4 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 4.726**	
pT 3 - 4		
pN 0	1.299	27,49
- G 1	94	7,24
davon brusterhaltend	18	19,15
davon ablativ	76	80,85
- G 2 oder 3	1.191	91,69
davon brusterhaltend	353	29,64
davon ablativ	838	70,36
pN > 0	2.968	62,80
- G 1	118	3,98
davon brusterhaltend	21	17,80
davon ablativ	97	82,20
- G 2 oder 3	2.788	93,94
davon brusterhaltend	451	16,18
davon ablativ	2.337	83,82

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 71.147**	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	70.818	99,54

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 79.561**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	29.451	37,02
3 - 6 Tage	42.817	53,82
7 - 10 Tage	5.706	7,17
11 - 14 Tage	971	1,22
> 14 Tage	616	0,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie und brusterhaltender Therapie (Datenfeld: BET) bei Primärerkrankung	**N = 52.482**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	24.319	46,34
3 - 6 Tage	26.514	50,52
7 - 10 Tage	1.280	2,44
11 - 14 Tage	201	0,38
> 14 Tage	168	0,32

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und Mastektomie (nach OPS) bei Primärerkrankung	**N = 18.363**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	994	5,41
3 - 6 Tage	12.059	65,67
7 - 10 Tage	4.164	22,68
11 - 14 Tage	736	4,01
> 14 Tage	410	2,23

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 79.561**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[13]		
(C50.0) Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	573	0,72
(C50.1) Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	4.978	6,26
(C50.2) Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	9.567	12,02
(C50.3) Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	5.407	6,80
(C50.4) Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	33.125	41,63
(C50.5) Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	7.519	9,45
(C50.6) Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	105	0,13
(C50.8) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	15.924	20,01
(C50.9) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	6.131	7,71

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	**N = 79.561**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	51.199	64,35
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	27.252	34,25
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	142	0,18
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	140	0,18
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	80	0,10
(07) Tod	24	0,03
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[14]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	22	0,03
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	186	0,23
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	436	0,55
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	43	0,05
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[15]	13	0,02
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[16]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	15	0,02
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[17]		
(1) ja	4	0,01

[14] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[15] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[16] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[17] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Befund: DCIS (Primärerkrankung)

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.857**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	4	0,04
1. Quartal	2.667	24,56
2. Quartal	2.622	24,15
3. Quartal	2.975	27,40
4. Quartal	2.589	23,85

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.857**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	30	0,28
30 - 39 Jahre	274	2,52
40 - 49 Jahre	1.080	9,95
50 - 59 Jahre	3.068	28,26
60 - 69 Jahre	3.341	30,77
70 - 79 Jahre	2.507	23,09
≥ 80 Jahre	557	5,13

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung mit Angabe von Werten > 0	10.857
Minimum	19,00
5. Perzentil	43,00
25. Perzentil	54,00
Median	62,00
Mittelwert	61,98
75. Perzentil	71,00
95. Perzentil	80,00
Maximum	97,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS	**N = 11.594**	
Erkrankung		
(1) Primärerkrankung	10.909	94,09
(2) lokoregionäres Rezidiv nach BET	591	5,10
(3) lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	66	0,57

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 8.445**	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	3.568	42,25
(1) ja	4.750	56,25
(9) unbekannt	127	1,50
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz-oder Vakuumbiopsie		
(0) nein	336	3,98
(1) ja	8.109	96,02

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 8.109**	
Prätherapeutische Histologie		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	27	0,33
(2) benigne / entzündliche Veränderung	67	0,83
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	485	5,98
(4) malignitätsverdächtig	170	2,10
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	7.360	90,76

	Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung und mit Angabe von Werten	8.030
Minimum	1,00
Median	34,00
Mittelwert	43,61
Maximum	361,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.909**	
Grading		
(0) nein	610	5,59
(1) ja	8.342	76,47
Hormonrezeptorstatus		
(0) nein	848	7,77
(1) ja	8.104	74,29

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff ohne prätherapeutische histologische Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 336**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	177	52,68
(1) ja	159	47,32

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 8.109**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	2.024	24,96
(1) ja	6.085	75,04
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	7.838	96,66
(1) ja	271	3,34

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit DCIS ohne Aufnahme zum ersten offenen Eingriff oder ohne prätherapeutische histologische Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 2.800**	
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	2.725	97,32
(1) ja	75	2,68

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.933**	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren[18]		
(0) nein	3.990	36,50
(1) ja, durch Mammografie	4.533	41,46
(2) ja, durch Sonografie	2.159	19,75
(3) ja, durch MRT	96	0,88
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	155	1,42
Eingriffe (nach OPS)[19]		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	9.034	82,63
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	837	7,66
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	13	0,12
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	974	8,91

[18] gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung
[19] Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.909**	
Primär-operative Therapie abgeschlossen[20]		
(0) nein	2.595	23,79
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	2.154	83,01
(2) Empfehlung zur Mastektomie	318	12,25
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	7	0,27
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	≤3	x
(6) Empfehlung zur BET	43	1,66
(9) Kombination aus 1 bis 6	72	2,77
(1) ja	8.314	76,21
Lymphknoten-Entfernung		
Brusterhaltende Therapie	6.510	78,30
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	6.182	94,96
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	191	2,93
- nur mit Lymphadenektomie	44	0,68
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	93	1,43
Mastektomie	1.804	21,70
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	694	38,47
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	812	45,01
- nur mit Lymphadenektomie	50	2,77
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	248	13,75

[20] ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 8.314**	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	1.344	16,17
Therapieart und Patientinnen- und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	6.510	78,30
davon ja (auf Wunsch der Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	6	0,09
Mastektomie	1.804	21,70
davon nein (auf Wunsch der Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	155	8,59
Art der erfolgten Therapie (nach OPS)		
Brusterhaltende Therapie[21]	6.683	80,38
Mastektomie	1.651	19,86

[21] Eingeschlossen sind Patientinnen und Patienten, welche erst brusterhaltend operiert wurden und am Ende im selben Aufenthalt eine Mastektomie der selben Brust erfolgte

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 8.314**	
Morphologie (ICD-O-3)		
Duktales Carcinoma in situ (8500/2)	7.883	94,82
Intraduktales mikropapilläres Karzinom (8507/2)	7	0,08
Invasives mikropapilläres Mammakarzinom (8507/3)	0	0,00
Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom (8503/2)	112	1,35
Nichtinvasives intrazystisches Karzinom (8504/2)	93	1,12
Solides papilläres Carcinoma in situ (8509/2)	73	0,88
Solides papilläres Karzinom mit Invasion (8509/3)	0	0,00
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ (8519/2)	0	0,00
Morbus Paget der Brust (8540/3)	106	1,27
Morbus Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom (8543/3)	40	0,48

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und ohne abgeschlossene primär-operative Therapie bei Primärerkrankung	**N = 2.595**	
Morphologie (ICD-O-3)		
Duktales Carcinoma in situ (8500/2)	2.511	96,76
Intraduktales mikropapilläres Karzinom (8507/2)	≤3	x
Invasives mikropapilläres Mammakarzinom (8507/3)	0	0,00
Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom (8503/2)	26	1,00
Nichtinvasives intrazystisches Karzinom (8504/2)	18	0,69
Solides papilläres Carcinoma in situ (8509/2)	13	0,50
Solides papilläres Karzinom mit Invasion (8509/3)	0	0,00
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ (8519/2)	0	0,00
Morbus Paget der Brust (8540/3)	15	0,58
Morbus Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom (8543/3)	9	0,35

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 8.314**	
Grading (WHO)		
(G1) Grad 1 (low grade)	1.159	13,94
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	3.696	44,46
(G3) Grad 3 (high grade)	2.896	34,83
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	563	6,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 8.314**	
Gesamttumorgröße		
≤ 10 mm	2.493	29,99
> 10 bis ≤ 20 mm	2.012	24,20
> 20 bis ≤ 30 mm	1.337	16,08
> 30 bis ≤ 40 mm	801	9,63
> 40 bis ≤ 50 mm	613	7,37
> 50 mm	1.058	12,73
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrizität		
(0) nein	7.883	94,82
(1) ja	431	5,18
R0-Resektion		
(0) nein	190	2,29
(1) ja	8.065	97,01
davon: geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand		
(1) < 1 mm	794	9,85
(2) ≥ 1 mm bis < 2 mm	1.040	12,90
(3) ≥ 2 mm	5.986	74,22
(8) es liegen keine Angaben vor	245	3,04
(8) es liegen keine Angaben vor	43	0,52
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	16	0,19

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 8.280**	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	8.219	99,26

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.857**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	6.593	60,73
3 - 6 Tage	3.712	34,19
7 - 10 Tage	442	4,07
11 - 14 Tage	78	0,72
> 14 Tage	32	0,29

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie und brusterhaltender Therapie (Datenfeld: BET) bei Primärerkrankung	**N = 6.488**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	4.623	71,25
3 - 6 Tage	1.772	27,31
7 - 10 Tage	65	1,00
11 - 14 Tage	14	0,22
> 14 Tage	14	0,22

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit DCIS und Mastektomie (nach OPS) bei Primärerkrankung	**N = 1.803**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	124	6,88
3 - 6 Tage	1.244	69,00
7 - 10 Tage	360	19,97
11 - 14 Tage	59	3,27
> 14 Tage	16	0,89

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.857**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[22]		
(D05.0) Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse	162	1,49
(D05.1) Carcinoma in situ der Milchgänge	9.219	84,91
(D05.7) Sonstiges Carcinoma in situ der Brustdrüse	203	1,87
(D05.9) Carcinoma in situ der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	301	2,77

[22] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit DCIS bei Primärerkrankung	**N = 10.857**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	7.035	64,80
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	3.698	34,06
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	25	0,23
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	18	0,17
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	≤3	x
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[23]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	6	0,06
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	65	0,60
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,05
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[24]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[25]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[26]		
(1) ja	0	0,00

[23] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[24] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[25] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[26] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Häufigkeit verschiedener Angaben zum Erreichen des R0-Status bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS (Primärerkrankung)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie und mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Primärerkrankung	**N = 80.818**	
R0-Resektion		
(0) nein	1.888	2,34
(1) ja	74.324	91,96
(8) es liegen keine Angaben vor	133	0,16
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	4.263	5,27

Geschlechterstratifizierte Histologie und Grading (Primärerkrankung)

Patientinnen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patientinnen mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 71.780**	
Grading (Elston und Ellis) (invasives Karzinom)		
(1) gut differenziert	11.377	15,85
(2) mäßig differenziert	42.696	59,48
(3) schlecht differenziert	15.970	22,25
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	1.531	2,13
Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus (invasives Karzinom)		
(0) negativ	11.640	16,22
(1) positiv	59.702	83,17
(9) unbekannt	232	0,32
HER2-Status (invasives Karzinom)		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	62.636	87,26
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	8.581	11,95
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	44	0,06
(9) unbekannt	313	0,44

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste bei Patientinnen mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 8.256**	
Grading (WHO) (DCIS)		
(G1) Grad 1 (low grade)	1.144	13,86
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	3.668	44,43
(G3) Grad 3 (high grade)	2.885	34,94
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	559	6,77
Gesamttumorgröße (DCIS)		
≤ 10 mm	2.479	30,03
> 10 bis ≤ 20 mm	1.991	24,12
> 20 bis ≤ 30 mm	1.323	16,02
> 30 bis ≤ 40 mm	797	9,65
> 40 bis ≤ 50 mm	611	7,40
> 50 mm	1.055	12,78

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste bei Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 90.763**	
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrizität		
(0) nein	71.972	79,30
(1) ja	7.863	8,66

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 90.763**	
Tumorgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	7.658	8,44
pT1, ypT1 (Sarkom)	11	0,01
pT1mic, ypT1mic	533	0,59
pT1a, ypT1a	3.929	4,33
pT1b, ypT1b	11.173	12,31
pT1c, ypT1c	24.326	26,80
pT2, ypT2	18.698	20,60
pT3, ypT3	3.130	3,45
pT4a, ypT4a	67	0,07
pT4b, ypT4b	1.367	1,51
pT4c, ypT4c	21	0,02
pT4d, ypT4d	89	0,10
pTX, ypTX	196	0,22

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 90.763**	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	5.891	6,49
pN0(sn), ypN0(sn)	41.183	45,37
pN1mi, ypN1mi	296	0,33
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	1.128	1,24
pN1(sn), ypN1(sn)	899	0,99
pN1a, ypN1a	4.499	4,96
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	5.241	5,77
pN1b, ypN1b	41	0,05
pN1c, ypN1c	139	0,15
pN2a, ypN2a	2.302	2,54
pN2a(sn), ypN2a(sn)	455	0,50
pN2b, ypN2b	32	0,04
pN3a, ypN3a	1.129	1,24
pN3b, ypN3b	15	0,02
pN3c, ypN3c	7	0,01
pNX, ypNX	15.224	16,77

Patienten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patienten mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 634**	
Grading (Elston und Ellis) (invasives Karzinom)		
(1) gut differenziert	57	8,99
(2) mäßig differenziert	412	64,98
(3) schlecht differenziert	150	23,66
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	12	1,89
Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus (invasives Karzinom)		
(0) negativ	15	2,37
(1) positiv	607	95,74
(9) unbekannt	9	1,42
HER2-Status (invasives Karzinom)		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	565	89,12
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	55	8,68
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	≤3	x
(9) unbekannt	10	1,58

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste bei Patienten mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 43**	
Grading (WHO) (DCIS)		
(G1) Grad 1 (low grade)	13	30,23
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	22	51,16
(G3) Grad 3 (high grade)	4	9,30
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	4	9,30
Gesamttumorgröße (DCIS)		
≤ 10 mm	10	23,26
> 10 bis ≤ 20 mm	16	37,21
> 20 bis ≤ 30 mm	11	25,58
> 30 bis ≤ 40 mm	≤3	x
> 40 bis ≤ 50 mm	≤3	x
> 50 mm	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 811**	
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrizität		
(0) nein	636	78,42
(1) ja	38	4,69

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 811**	
Tumorgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	11	1,36
pT1, ypT1 (Sarkom)	≤3	x
pT1mic, ypT1mic	0	0,00
pT1a, ypT1a	18	2,22
pT1b, ypT1b	36	4,44
pT1c, ypT1c	203	25,03
pT2, ypT2	276	34,03
pT3, ypT3	15	1,85
pT4a, ypT4a	≤3	x
pT4b, ypT4b	65	8,01
pT4c, ypT4c	0	0,00
pT4d, ypT4d	0	0,00
pTX, ypTX	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	**N = 811**	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	50	6,17
pN0(sn), ypN0(sn)	306	37,73
pN1mi, ypN1mi	9	1,11
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	13	1,60
pN1(sn), ypN1(sn)	16	1,97
pN1a, ypN1a	82	10,11
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	74	9,12
pN1b, ypN1b	0	0,00
pN1c, ypN1c	4	0,49
pN2a, ypN2a	38	4,69
pN2a(sn), ypN2a(sn)	9	1,11
pN2b, ypN2b	≤3	x
pN3a, ypN3a	10	1,23
pN3b, ypN3b	0	0,00
pN3c, ypN3c	0	0,00
pNX, ypNX	51	6,29

Befund: Invasive Karzinome (Lokoregionäre Rezidive)

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.798**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	22	0,38
1. Quartal	1.491	25,72
2. Quartal	1.429	24,65
3. Quartal	1.510	26,04
4. Quartal	1.346	23,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.798**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	7	0,12
30 - 39 Jahre	162	2,79
40 - 49 Jahre	510	8,80
50 - 59 Jahre	1.021	17,61
60 - 69 Jahre	1.569	27,06
70 - 79 Jahre	1.471	25,37
≥ 80 Jahre	1.058	18,25

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv mit Angabe von Werten > 0	5.798
Minimum	26,00
5. Perzentil	43,00
25. Perzentil	58,00
Median	67,00
Mittelwert	66,37
75. Perzentil	76,00
95. Perzentil	86,00
Maximum	101,00

Präoperative Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.832**	
Erkrankung		
(2) Lokoregionäres Rezidiv nach BET	4.720	80,93
(3) Lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	1.112	19,07
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz-oder Vakuumbiopsie		
(0) nein	451	7,73
(1) ja	5.381	92,27

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.381**	
Prätherapeutische Histologie		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	17	0,32
(2) benigne / entzündliche Veränderung	23	0,43
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	10	0,19
(4) malignitätsverdächtig	47	0,87
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	5.284	98,20

	Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung bei lokoregionärem Rezidiv und mit Angabe von Werten	5.256
Minimum	1,00
Median	38,00
Mittelwert	61,15
Maximum	357,00

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei invasivem Karzinom und lokoregionärem Rezidiv nach BET	**N = 4.735**	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren[27]		
(0) nein	3.498	73,88
(1) ja, durch Mammografie	281	5,93
(2) ja, durch Sonografie	813	17,17
(3) ja, durch MRT	18	0,38
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	125	2,64
Eingriffe (nach OPS)[28]		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	1.532	32,35
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	2.221	46,91
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	135	2,85
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	558	11,78

[27] gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung
[28] Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv nach BET	**N = 4.720**	
Primär-operative Therapie abgeschlossen[29]		
(0) nein	276	5,85
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	169	61,23
(2) Empfehlung zur Mastektomie	69	25,00
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	11	3,99
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	12	4,35
(6) Empfehlung zur BET	0	0,00
(9) Kombination aus 1 bis 6	15	5,43
(1) ja	4.444	94,15

[29] ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv nach BET	**N = 4.720**	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Aufenthalt durchgeführt (5-401.11, 5-401.12)	845	17,90

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv nach BET	**N = 4.720**	
Therapieart und Patientinnen- und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	1.465	31,04
davon ja (auf Wunsch der Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	159	0,26
Mastektomie	2.979	63,11
davon nein (auf Wunsch der Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	1.839	7,53
Art der erfolgten Therapie (nach OPS)		
Brusterhaltende Therapie[30]	1.847	39,13
Mastektomie	2.893	61,29

[30] Eingeschlossen sind Patientinnen und Patienten, welche erst brusterhaltend operiert wurden und am Ende im selben Aufenthalt eine Mastektomie der selben Brust erfolgte

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.470**	
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	4.188	76,56
Invasives mikropapilläres Mammakarzinom (8507/3)	18	0,33
Solides papilläres Carcinoma in situ (8509/2)	0	0,00
Solides papilläres Karzinom mit Invasion (8509/3)	16	0,29
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ (8519/2)	0	0,00
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	627	11,46
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	60	1,10
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	61	1,12
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	5	0,09

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und ohne abgeschlossene primär-operative Therapie bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 362**	
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	264	72,93
Invasives mikropapilläres Mammakarzinom (8507/3)	≤3	x
Solides papilläres Carcinoma in situ (8509/2)	0	0,00
Solides papilläres Karzinom mit Invasion (8509/3)	≤3	x
Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ (8519/2)	0	0,00
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	59	16,30
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	5	1,38
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	5	1,38
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	0	0,00

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.438**	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	5.361	98,58

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.798**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	1.674	28,87
3 - 6 Tage	3.337	57,55
7 - 10 Tage	600	10,35
11 - 14 Tage	104	1,79
> 14 Tage	83	1,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie und brusterhaltender Therapie (Datenfeld: BET) bei lokoregionärem Rezidiv nach BET	**N = 1.463**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	823	56,25
3 - 6 Tage	579	39,58
7 - 10 Tage	49	3,35
11 - 14 Tage	4	0,27
> 14 Tage	8	0,55

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom und Mastektomie (nach OPS) bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 3.132**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	293	9,36
3 - 6 Tage	2.212	70,63
7 - 10 Tage	481	15,36
11 - 14 Tage	84	2,68
> 14 Tage	62	1,98

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.798**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[31]		
(C50.0) Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	52	0,90
(C50.1) Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	422	7,28
(C50.2) Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	610	10,52
(C50.3) Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	334	5,76
(C50.4) Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	1.873	32,30
(C50.5) Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	490	8,45
(C50.6) Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	102	1,76
(C50.8) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	1.428	24,63
(C50.9) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	749	12,92
(C76.1) Bösartige Neubildung: Thorax (Axilla, intrathorakal, thorakal)	11	0,19

[31] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.798**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	3.720	64,16
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.979	34,13
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	17	0,29
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	12	0,21
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	11	0,19
(07) Tod	5	0,09
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[32]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	10	0,17
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	39	0,67
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[33]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[34]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[35]		
(1) ja	0	0,00

[32] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[33] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[34] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[35] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion / prophylaktische Mastektomie

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.306**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	11	0,33
1. Quartal	901	27,25
2. Quartal	793	23,99
3. Quartal	799	24,17
4. Quartal	802	24,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.306**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	103	3,12
30 - 39 Jahre	552	16,70
40 - 49 Jahre	853	25,80
50 - 59 Jahre	826	24,98
60 - 69 Jahre	614	18,57
70 - 79 Jahre	283	8,56
≥ 80 Jahre	75	2,27

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie mit Angabe von Werten > 0	3.306
Minimum	15,00
5. Perzentil	31,00
25. Perzentil	42,00
Median	51,00
Mittelwert	51,82
75. Perzentil	61,00
95. Perzentil	75,00
Maximum	93,00

Präoperative Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle operierten Brüste	**N = 114.225**	
Erkrankung		
(4) ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion	1.219	1,07
(5) prophylaktische Mastektomie	2.537	2,22
(6) Fernmetastase	291	0,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.756**	
Prätherapeutische Histologie		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	221	5,88
(2) benigne / entzündliche Veränderung	158	4,21
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	23	0,61
(4) malignitätsverdächtig	12	0,32
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	85	2,26

	Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie und mit Angabe von Werten	178
Minimum	1,00
Median	69,00
Mittelwert	105,51
Maximum	362,00

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.767**	
Eingriffe (nach OPS)[36]		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	666	17,68
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	1.055	28,01
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	14	0,37
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	1.854	49,22

[36] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.306**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	479	14,49
3 - 6 Tage	1.894	57,29
7 - 10 Tage	740	22,38
11 - 14 Tage	105	3,18
> 14 Tage	88	2,66

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion	**N = 1.117**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	299	26,77
3 - 6 Tage	495	44,32
7 - 10 Tage	228	20,41
11 - 14 Tage	44	3,94
> 14 Tage	51	4,57

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit prophylaktischer Mastektomie	**N = 2.225**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	183	8,22
3 - 6 Tage	1.413	63,51
7 - 10 Tage	526	23,64
11 - 14 Tage	65	2,92
> 14 Tage	38	1,71

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.306**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.922	58,14
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.348	40,77
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	6	0,18
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	≤3	x
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[37]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	4	0,12
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	20	0,60
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[38]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[39]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	**N = 3.306**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[40]		
(1) ja	0	0,00

[37] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[38] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[39] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[40] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Befund: Risikoläsionen

Ausgenommen sind bei diesem Befund Patientinnen und Patienten mit Fernmetastasen

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen	**N = 2.247**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	0	0,00
1. Quartal	587	26,12
2. Quartal	567	25,23
3. Quartal	559	24,88
4. Quartal	534	23,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen	**N = 2.247**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	73	3,25
30 - 39 Jahre	189	8,41
40 - 49 Jahre	467	20,78
50 - 59 Jahre	698	31,06
60 - 69 Jahre	467	20,78
70 - 79 Jahre	298	13,26
≥ 80 Jahre	55	2,45

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen mit Angabe von Werten > 0	2.247
Minimum	11,00
5. Perzentil	33,00
25. Perzentil	46,00
Median	54,00
Mittelwert	54,92
75. Perzentil	65,00
95. Perzentil	76,00
Maximum	93,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen	**N = 2.292**	
Erkrankung		
(1) Primärerkrankung	2.206	96,25
(2) Lokoregionäres Rezidiv nach BET	48	2,09
(3) lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	≤3	x
(4) ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion	7	0,31
(5) prophylaktische Mastektomie	28	1,22

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 2.117**	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	1.313	62,02
(1) ja	784	37,03
(9) unbekannt	20	0,94

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und - Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung oder - lokoregionärem Rezidiv	**N = 2.168**	
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie		
(0) nein	298	13,75
(1) ja	1.870	86,25

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und - Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung oder - lokoregionärem Rezidiv	**N = 1.870**	
Prätherapeutische Histologie		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	4	0,21
(2) benigne / entzündliche Veränderung	67	3,58
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	1.599	85,51
(4) malignitätsverdächtig	151	8,07
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	49	2,62

	Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung oder bei lokoregionärem Rezidiv und mit Angabe von Werten	1.814
Minimum	2,00
Median	43,50
Mittelwert	58,44
Maximum	350,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff ohne prätherapeutische histologische Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 288**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	181	62,85
(1) ja	107	37,15

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 1.829**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	877	47,95
(1) ja	952	52,05
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	1.806	98,74
(1) ja	23	1,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen ohne Aufnahme zum ersten offenen Eingriff oder ohne prätherapeutische histologische Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 377**	
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	374	99,20
(1) ja	≤3	x

präoperative Drahtmarkierungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei Risikoläsionen bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv	**N = 2.259**	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren[41]		
(0) nein	509	22,53
(1) ja, durch Mammografie	698	30,90
(2) ja, durch Sonografie	939	41,57
(3) ja, durch MRT	30	1,33
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	83	3,67

[41] gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv	**N = 2.257**	
Primär-operative Therapie abgeschlossen[42]		
(0) nein	65	2,88
davon: weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	57	87,69
(2) Empfehlung zur Mastektomie	4	6,15
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≤3	x
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	0	0,00
(6) Empfehlung zur BET	0	0,00
(9) Kombination aus 1 bis 6	≤3	x
(1) ja	2.192	97,12

[42] ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv	**N = 2.257**	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Aufenthalt durchgeführt (5-401.11, 5-401.12)	71	3,15

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen	**N = 2.292**	
Therapieart und Patientinnen- und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	0	0,00
davon ja (auf Wunsch der Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	159	0,26
Mastektomie	0	0,00
davon nein (auf Wunsch der Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	1.839	7,53
Art der erfolgten Therapie (nach OPS)		
Brusterhaltende Therapie[43]	2.174	94,85
Mastektomie	134	5,85

[43] Eingeschlossen sind Patientinnen und Patienten, welche erst brusterhaltend operiert wurden und am Ende im selben Aufenthalt eine Mastektomie der selben Brust erfolgte

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen	**N = 2.247**	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 2 Tage	1.823	81,13
3 - 6 Tage	373	16,60
7 - 10 Tage	41	1,82
11 - 14 Tage	4	0,18
> 14 Tage	6	0,27

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen	**N = 2.247**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.568	69,78
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	660	29,37
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	9	0,40
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	0	0,00
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[44]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	≤3	x
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	4	0,18
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[45]	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[46]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Risikoläsionen	**N = 2.247**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[47]		
(1) ja	0	0,00

[44] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[45] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[46] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[47] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Befund: Benigne / entzündliche Veränderungen, ausschließlich Normalgewebe

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 9.927**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	6	0,06
1. Quartal	2.713	27,33
2. Quartal	2.371	23,88
3. Quartal	2.485	25,03
4. Quartal	2.352	23,69

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 9.927**	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	1.163	11,72
30 - 39 Jahre	1.419	14,29
40 - 49 Jahre	2.270	22,87
50 - 59 Jahre	2.224	22,40
60 - 69 Jahre	1.603	16,15
70 - 79 Jahre	959	9,66
≥ 80 Jahre	289	2,91

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe mit Angabe von Werten > 0	9.927
Minimum	11,00
5. Perzentil	22,00
25. Perzentil	39,00
Median	50,00
Mittelwert	49,91
75. Perzentil	62,00
95. Perzentil	76,00
Maximum	95,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 10.464**	
Erkrankung		
(1) Primärerkrankung	8.489	81,13
(2) Lokoregionäres Rezidiv nach BET	250	2,39
(3) lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	53	0,51
(4) ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion	383	3,66
(5) prophylaktische Mastektomie	1.289	12,32

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 7.910**	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	6.479	81,91
(1) ja	1.304	16,49
(9) unbekannt	127	1,61

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe und - Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung oder - lokoregionärem Rezidiv	**N = 8.213**	
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie		
(0) nein	2.808	34,19
(1) ja	5.405	65,81

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und - Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung oder - lokoregionärem Rezidiv	**N = 5.405**	
Prätherapeutische Histologie		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	165	3,05
(2) benigne / entzündliche Veränderung	2.701	49,97
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	2.140	39,59
(4) malignitätsverdächtig	132	2,44
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	267	4,94

	Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung oder bei lokoregionärem Rezidiv und mit Angabe von Werten	4.941
Minimum	1,00
Median	46,00
Mittelwert	70,59
Maximum	365,00

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff ohne prätherapeutische histologische Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 2.659**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	1.962	73,79
(1) ja	697	26,21

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 5.251**	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	3.489	66,44
(1) ja	1.762	33,56
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	5.086	96,86
(1) ja	165	3,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe ohne Aufnahme zum ersten offenen Eingriff oder ohne prätherapeutische histologische Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	**N = 3.238**	
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	3.090	95,43
(1) ja	148	4,57

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv	**N = 8.802**	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren[48]		
(0) nein	3.893	44,23
(1) ja, durch Mammografie	1.471	16,71
(2) ja, durch Sonografie	2.778	31,56
(3) ja, durch MRT	276	3,14
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	384	4,36

[48] gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 10.478**	
Eingriffe (nach OPS)[49]		
(5-870.2*) Duktektomie	517	4,93
(5-870.6*) Lokale Destruktion	126	1,20
(5-870.7) Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser)	≤3	x
(5-870.9*) Lokale Exzision	2.145	20,47
(5-870.a*) Partielle Resektion	5.716	54,55
(5-870.x) Sonstige partielle Exzision der Mamma	44	0,42
(5-870.y) Nicht näher bezeichnete partielle Exzision der Mamma	6	0,06
(nicht 5-870.*) Sonstiger operativer Eingriff	2.067	19,73

[49] Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv	**N = 8.792**	
Primär-operative Therapie abgeschlossen[50]		
(0) nein	98	1,11
davon: weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	61	62,24
(2) Empfehlung zur Mastektomie	10	10,20
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	0	0,00
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	≤3	x
(6) Empfehlung zur BET	15	15,31
(9) Kombination aus 1 bis 6	11	11,22
(1) ja	8.694	98,89

[50] ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv	**N = 8.792**	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Aufenthalt durchgeführt (5-401.11, 5-401.12)	386	4,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 10.464**	
Therapieart und Patientinnen- und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	0	0,00
davon ja (auf Wunsch der Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	159	0,26
Mastektomie	0	0,00
davon nein (auf Wunsch der Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	1.839	7,53
Art der erfolgten Therapie (nach OPS)		
Brusterhaltende Therapie[51]	8.758	83,70
Mastektomie	1.772	16,93

[51] Eingeschlossen sind Patientinnen und Patienten, welche erst brusterhaltend operiert wurden und am Ende im selben Aufenthalt eine Mastektomie der selben Brust erfolgte

Postoperativer Verlauf

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 9.927**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	6.909	69,60
3 - 6 Tage	2.342	23,59
7 - 10 Tage	510	5,14
11 - 14 Tage	85	0,86
> 14 Tage	81	0,82

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen	**N = 8.519**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	6.388	74,99
3 - 6 Tage	1.679	19,71
7 - 10 Tage	330	3,87
11 - 14 Tage	61	0,72
> 14 Tage	61	0,72

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlich Normalgewebe	**N = 1.435**	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	528	36,79
3 - 6 Tage	676	47,11
7 - 10 Tage	186	12,96
11 - 14 Tage	25	1,74
> 14 Tage	20	1,39

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 9.927**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[52]		
(D17.1) Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	111	1,12
(D24) Gutartige Neubildung der Brustdrüse	5.169	52,07
(D48.6) Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Brustdrüse	1.082	10,90
(N60.0) Solitärzyste der Mamma	167	1,68
(N60.1) Diffuse zystische Mastopathie	1.138	11,46
(N60.2) Fibroadenose der Mamma	631	6,36
(N60.3) Fibrosklerose der Mamma	504	5,08
(N60.4) Ektasie der Ductus lactiferi	242	2,44
(N60.8) Sonstige gutartige Mammadysplasien	333	3,35
(N60.9) Gutartige Mammadysplasie, nicht näher bezeichnet	23	0,23
(N64.4) Mastodynie	54	0,54
(N64.5) Sonstige Symptome der Mamma	430	4,33

[52] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	**N = 9.927**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	6.865	69,15
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	2.957	29,79
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	6	0,06
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	39	0,39
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	≤3	x
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[53]	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	6	0,06
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	37	0,37
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,05
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[54]	4	0,04
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[55]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[56]		
(1) ja	≤3	x

[53] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[54] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[55] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[56] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Gynäkologische Operationen

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

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

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 5
1 Hintergrund 6
2 Einordnung der Ergebnisse 9
2.1 Datengrundlage 9
2.1.1 Überblick 9
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 9
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren 9
2.2.1 Überblick 9
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 12
2.2.3 Detailergebnisse 15
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 20
2.3.1 Überblick 20
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 21
2.3.3 Detailergebnisse 24
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 27
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 27
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 29
4 Evaluation 31
5 Ausblick 32
Literatur 33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – GYN-OP 7
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – GYN-OP 8
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – GYN-OP 9
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – GYN-OP 12
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – GYN-OP 14
Tabelle 6: QI 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation 15
Tabelle 7: QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung 16
Tabelle 8: QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 17
Tabelle 9: QI 60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 17
Tabelle 10: QI 60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 18
Tabelle 11: QI 612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre 19
Tabelle 12: QI 52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden 20
Tabelle 13: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – GYN-OP 21
Tabelle 14: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – GYN-OP 22
Tabelle 15: AK 850231: Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund 24
Tabelle 16: AK 851912: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen 24
Tabelle 17: AK 850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 25
Tabelle 18: AK 850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 25
Tabelle 19: AK 850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 26
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul GYN-OP 27
Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul GYN-OP 29

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DRG	Diagnosis Related Group
EJ	Erfassungsjahr
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QS GYN-OP	QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen*
STNV	Stellungnahmeverfahren

1 Hintergrund

Gynäkologische Operationen umfassen prinzipiell alle Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen. Das im Folgenden dargestellte QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen* (*QS GYN-OP*) betrachtet die im stationären Bereich durchgeführten Operationen bei allen Patientinnen ab einem Alter von 11 Jahren und fokussiert hierbei Operationen am Eierstock (Ovar) bzw. den Eileitern (Tuba uterina). In der klinischen Praxis wird der Begriff Adnexe verwendet, wenn sowohl der Eileiter als auch der Eierstock gemeint sind.

Eine gute Versorgungsqualität bei den in diesem QS-Verfahren betrachteten Operationen hat für die behandelten Patientinnen eine hohe Relevanz, da diese Operationen – insbesondere die Entfernung des Ovars oder der Adnexe – die Fruchtbarkeit (Fertilität) sowie den Zeitpunkt des Eintritts in die Menopause beeinflussen können. Daher ist eine sorgfältige Abklärung, ob eine Operation notwendig ist (Indikationsstellung), in jedem Fall erforderlich. Es gilt, zwischen Nutzen und Risiken einer Operation abzuwägen und die Möglichkeiten konservativer, d. h. nicht operativer Behandlungsmethoden zu prüfen.

Ziel des QS-Verfahrens ist es, die Indikationsstellung und die Prozessqualität zu verbessern und die Komplikationsrate während und nach den Eingriffen zu verringern.

Qualitätsindikatoren

Der Schwerpunkt aller 7 Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS GYN-OP* liegt auf der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“. Die Indikatoren der Gruppe „Entfernung des Ovars oder der Adnexe“ (IDs 10211, 60685 und 60686) und der Indikator „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (ID 612) bilden darüber hinaus die Qualitätsdimension „Angemessenheit“ ab.

Besonders bei Patientinnen, für die kein pathologischer Befund vorliegt, ist zu prüfen, ob eine Entfernung der Adnexe oder des Ovars bei einer Operation notwendig ist. Adressiert wird dieser Aspekt mit der Indikatorengruppe „Entfernung des Ovars oder der Adnexe“. Wird eine Operation an den Eierstöcken durchgeführt, sollte – vor allem bei gutartigen Befunden – möglichst organerhaltend operiert werden, da es in Studien Hinweise darauf gibt, dass die vollständige Entfernung eines Ovars unter anderem mit einem vorzeitigen Verlust der Fertilität einhergehen kann. Abgebildet wird dieser Aspekt mit dem Indikator „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“.

Ein weiteres Ziel der Versorgung ist, das Auftreten von Komplikationen im Zusammenhang mit gynäkologischen Operationen möglichst gering zu halten. Der Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ (ID 51906) erfasst die Komplikationen, die während einer laparoskopischen Operation auftreten. Im Fokus liegen hier vor allem Verletzungen der umliegenden Organe (Blase, Harnleiter, Darm etc.) sowie der Gefäße und Nerven. Diese schwerwiegenden Komplikationen können zu einer erheblichen Morbidität und unter Umständen auch zum Tod der Patientin führen. Da die Wahrscheinlich-

keit für Organverletzungen auch von patientenseitigen Risikofaktoren wie Voroperationen und Verwachsungen im Bauchraum abhängt, ist dieser Qualitätsindikator risikoadjustiert.

Mit dem Indikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung" (ID 12874) wird geprüft, wie häufig Gewebe, dass bei einer Operation an den Eierstöcken entnommen wurde, nicht feingeweblich (histologisch) untersucht wurde. Diese Untersuchung sichert die Diagnose und bildet einen wichtigen Qualitätsaspekt ab, da vom frühzeitigen Erkennen bösartiger Neubildungen und entsprechend rechtzeitiger Therapie das Überleben der Patientinnen abhängen kann.

Im Anschluss an eine gynäkologische Operation kann das Anlegen eines Dauerkatheters durch die Harnröhre (transurethraler Dauerkatheter) erforderlich sein. Wegen der Gefahr einer Harnwegsinfektion sollte stets sorgfältig geprüft werden, ob das Anlegen des Dauerkatheters wirklich notwendig ist (Indikationsstellung). Seine Liegedauer soll auf ein Minimum beschränkt werden. Dieser Qualitätsaspekt wird mit dem Indikator „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden" (ID 52283) abgebildet.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – GYN-OP

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QS-Dokumentation	2025
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe			
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QS-Dokumentation	2025
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QS-Dokumentation	2025
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QS-Dokumentation	2025
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QS-Dokumentation	2025
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QS-Dokumentation	2025

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS GYN-OP* gibt es 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Vollzähligkeit.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – GYN-OP

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850231	Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	QS-Dokumentation
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Wird bei Patientinnen angegeben, dass das Ergebnis der histologischen Untersuchung einen unspezifischen Befund ergab, gehen diese Fälle nicht in die Zähler der Qualitätsindikatoren der Gruppe „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe“ ein. Bei einem auffälligen Ergebnis im Auffälligkeitskriterium „Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund“ (ID 850231) wird im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geprüft, ob in diesen Fällen ggf. doch eine spezifische Histologie vorlag.

Dem Auffälligkeitskriterium „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen“ (ID 851912) liegt die Hypothese zugrunde, dass Diagnosen zu Komplikationen, die bei einer Operation aufgetreten sind, fälschlicherweise nicht für die Qualitätssicherung dokumentiert werden. Nicht angegebene Organverletzungen fallen somit aus dem Zähler des Qualitätsindikators zur Messung der Organverletzungen bei laparoskopischer Operation heraus. Werden in diesem Auffälligkeitskriterium Dokumentationsfehler festgestellt, so soll dies auch im Stellungnahmeverfahren des Qualitätsindikators betrachtet werden.

Darüber hinaus gibt es die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, über die eine Unterdokumentation, eine Überdokumentation und die korrekte Verwendung des Minimaldatensatzes geprüft werden.

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Die Einführung der sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) für bestimmte gynäkologische Operationen hat zu einer Zunahme der übermittelten Datensätze geführt. Hybrid-DRG werden unabhängig davon vergütet, ob ein Eingriff ambulant oder stationär erfolgt. Seit Mai 2024 werden auch ambulant durchgeführte Operationen in stationären Einrichtungen in der Qualitätssicherung erfasst. Der Trend aus dem Vorjahr setzt sich fort, sodass im aktuellen Auswertungsjahr ca. 4.000 Datensätze mehr als im Vorjahr übermittelt wurden. Im Vergleich zum letzten vollständigen Erfassungsjahr vor Einführung der Hybrid-DRG ist ein Anstieg um ca. 10 % zu verzeichnen (ca. 19.000 Datensätze).

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Für das Erfassungsjahr 2025 haben 924 Leistungserbringer Daten übermittelt, im Erfassungsjahr 2021 waren es noch 1.039. Hier ist eine kontinuierliche Abnahme zu beobachten. Die Auswertung erfolgt nach dem operierenden Standort.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – GYN-OP

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	200.302 199.943 359	199.907	100,20
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	924		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	937	940	99,68
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	818	818	100,00

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

2.2.1 Überblick

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS GYN-OP* zeigen eine stabile Versorgungslage. Die Bundesergebnisse und auch der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen innerhalb der letzten Jahre insgesamt auf einem gleichbleibenden Niveau. Entsprechend dem Anstieg der Datensätze mit Einführung der Hybrid-DRG steigt auch die Grundgesamtheit in

der Mehrzahl der Indikatoren an. Relevante Anpassungen an der Spezifikation wurden für das Auswertungsjahr 2026 nicht vorgenommen.

Der risikoadjustierte Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ (ID 51906) misst die Komplikationsrate nach laparoskopischer Operation. Möglichst wenige Patientinnen sollten bei laparoskopischen Operationen Organverletzungen erleiden. Die rohe Rate des Bundesergebnisses liegt bei 0,99 % und ist damit im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt bei 4,96 %. Dies ist eine deutliche Steigerung im Vergleich zum Vorjahr und liegt an der Anpassung des Referenzbereiches durch die Umstellung auf einen perzentilbasierten Referenzwert. Er liegt für das Auswertungsjahr 2026 beim 95. Perzentil, das führt zu einem Referenzwert von 1,64. Der Referenzwert lag im Vorjahr bei 4,18, war damit mehr als doppelt so hoch.

Der Indikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung“ (ID 12874) misst, wie häufig nach einem Ovareingriff, bei dem Gewebe entnommen wurde, auf eine histologische Untersuchung verzichtet wurde. Nach einem isolierten Ovareingriff mit Gewebeentfernung soll in jedem Fall ein histologischer Befund erhoben werden. Das Bundesergebnis liegt bei 0,69 % und damit erneut unter dem Ergebnis des Vorjahres. Für das vorherige Auswertungsjahr wurde der Referenzbereich angepasst. Es handelt sich nun um einen Sentinel-Event-Indikator. Ob diese Umstellung das Bundesergebnis weiter verbessern wird, ist in den Folgejahren zu beobachten. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden 197 rechnerisch auffällige Ergebnisse betrachtet, davon wurden 93 als qualitativ unauffällig bewertet. Das Expertengremium auf Bundesebene sieht keinen Grund, auf eine histologische Untersuchung zu verzichten, sodass jede rechnerische Auffälligkeit – von Dokumentationsfehlern abgesehen – auch eine qualitative Auffälligkeit sein müsste.

Die Indikationsstellung für eine operative Entfernung des Ovars oder der Adnexe wird von den 3 Indikatoren 10211, 60685 und 60686 betrachtet. Dieser Eingriff sollte bei möglichst wenigen Patientinnen erfolgen. Im Auswertungsjahr 2025 wurde eine vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei 6,83 % der Patientinnen festgestellt. Der Referenzbereich wurde für das vorige Auswertungsjahr von 20,00 % auf 10,00 % gesenkt.

Der Sentinel-Event-Indikator „Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ (ID 60685) betrachtet Frauen bis 45 Jahre, da davon ausgegangen werden kann, dass sich der Großteil der Patientinnen in diesem Alter noch in der prämenopausalen Phase befindet. Eine beidseitige Ovariektomie führt zum sofortigen Verlust der Fertilität und zum Einsetzen der Menopause. Gleichzeitig können medizinische Gründe für eine beidseitige Ovariektomie auch in prämenopausalem Alter vorliegen. Die Entscheidung zum Eingriff sollte daher nach sorgfältiger Abwägung aller Alternativen ausschließlich durch Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und unter Beteiligung der Patientinnen getroffen werden. Vor allem eine ausführliche Aufklärung mit entsprechender Dokumentation ist unbedingt erforderlich. Das Bundesergebnis liegt bei 0,84 %. Damit bleibt ein gleichbleibendes Niveau über die letzten Auswertungsjahre hinweg bestehen.

Der bundesweite Anteil an Patientinnen im Alter zwischen 46 und 55 Jahren mit Operationen am Ovar oder an den Adnexen und histologischem Normalbefund oder benigner Histologie, bei denen eine beidseitige Ovariektomie durchgeführt wurde, ist im Vergleich zum Vorjahr bei gestiegener Grundgesamtheit auf einem ähnlichen Niveau. Über die letzten drei Jahre sieht man einen leichten Abwärtstrend (19,5 % im AJ 2024 auf 17,6 % im AJ 2026). Ein möglicher Grund kann das Stellungnahmeverfahren sein. Hier weisen die LAG immer wieder darauf hin, die Entscheidung sorgfältig abzuwägen und die Patientinnen entsprechend einzubeziehen.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – GYN-OP

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	1,04 O/E = 1.464 / 1.413,86 0,99 % O/N = 1.464 / 147.396	1,02 O/E = 1.511 / 1.481,71 0,99 % O/N = 1.511 / 153.280 (≤ 1,64; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	0,88 % O = 363 N = 41.335	0,69 % O = 286 N = 41.718 (Sentinel Event)	vergleichbar
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe				
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	6,99 % O = 1.352 N = 19.351	6,83 % O = 1.306 N = 19.134 (≤ 10,00 %)	vergleichbar
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	0,77 % O = 330 N = 42.986	0,84 % O = 366 N = 43.709 (Sentinel Event)	vergleichbar
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	18,44 % O = 1.954 N = 10.596	17,83 % O = 1.908 N = 10.701 (≤ 26,88 %; 95. Perzentil)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	89,36 % O = 33.618 N = 37.621	89,34 % O = 34.201 N = 38.282 (≥ 79,88 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	3,01 % O = 3.393 N = 112.856	2,65 % O = 3.038 N = 114.427 (≤ 4,47 %; 90. Perzentil)	vergleichbar

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – GYN-OP

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	2024	3 / 926	0,32	0
		2025	44 / 887	4,96	0
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	2024	197 / 791	24,91	13
		2025	185 / 768	24,09	76
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe					
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	2024	65 / 717	9,07	8
		2025	57 / 692	8,24	13
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	2024	231 / 815	28,34	95
		2025	233 / 816	28,55	113
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	2024	36 / 722	4,99	5
		2025	36 / 704	5,11	4
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	2024	41 / 811	5,06	12
		2025	41 / 804	5,10	6
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	2024	95 / 948	10,02	36
		2025	91 / 906	10,04	42

2.2.3 Detailergebnisse

Mit dem Auswertungsjahr 2025 wurde im QS-Verfahren eine neue Auswertungsmethodik eingeführt. Diese berücksichtigt die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit bei der Ermittlung von rechnerischen Auffälligkeiten. Das Ziel ist eine bessere Nutzung der Ressourcen für die Stellungnahmeverfahren.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation (ID 51906)

Tabelle 6: QI 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,96 O/E = 1.257 / 1.307,14 0,94 % O/N = 1.257 / 134.387	1,04 O/E = 1.464 / 1.413,86 0,99 % O/N = 1.464 / 147.396	**1,02** **O/E = 1.511 / 1.481,71** **0,99 %** **O/N = 1.511 / 153.280**
rechnerische Auffälligkeiten	24 / 957 2,51 %	3 / 926 0,32 %	**44 / 887** **4,96 %** **(Refbereich: ≤ 1,64; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 24 12,50 %	**0 / 3** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 957 0,31 %	**0 / 926** **0,00 %**	n. a.

Möglichst wenige Patientinnen sollten bei laparoskopischen Operationen Organverletzungen erleiden. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis (bei 3 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. Zu dieser Reduzierung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kam es wegen der geänderten Berechnung der Auffälligkeiten zum Auswertungsjahr 2025 bei einem sehr hohen Referenzbereich (4,18). Mit der Anpassung des Referenzbereiches auf das 95. Perzentil zum Auswertungsjahr 2026 hat sich dies wieder deutlich erhöht.

Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung (ID 12874)

Tabelle 7: QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06 % O = 347 N = 32.820	0,88 % O = 363 N = 41.335	**0,69 %** **O = 286** **N = 41.718**
rechnerische Auffälligkeiten	39 / 796 4,90 %	197 / 791 24,91 %	**185 / 768** **24,09 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 39 7,69 %	**15 / 197** **7,61 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 796 0,38 %	**15 / 791** **1,90 %**	n. a.

Nach einem isolierten Ovareingriff mit Gewebeentfernung soll in jedem Fall eine Histologie durchgeführt werden. In den Fällen, in denen sie nicht erfolgte, wird dies im Stellungnahmeverfahren aufgearbeitet. Im Auswertungsjahr 2025 wurden die Ergebnisse von 15 Leistungserbringern (bei 197 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. Zu dieser deutlichen Steigerung im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 (3 von 39) kam es nach der Umstellung des Referenzbereiches (von 5 % zu Sentinel Event). Gleichzeitig hat sich das Bundesergebnis über die letzten 3 Jahre verbessert. Ursächlich dafür könnte die Reaktion der Leistungserbringer bzw. der Landesgeschäftsstellen auf die Verschärfung des Referenzbereiches sein. Von den 15 Leistungserbringern mit qualitativ auffälligen Ergebnissen haben 5 keine bzw. keine ausreichende Stellungnahme vorgelegt, bei 7 anderen wurden Struktur- und Prozessmängel festgestellt. So wurde entweder nicht korrekt dokumentiert oder es wurde keine histologische Untersuchung durchgeführt. Dies führte einmal zur Empfehlung einer Maßnahme der Stufe 1. Bei den übrigen 3 Leistungserbringern wurden die Ergebnisse aus sonstigen Gründen als qualitativ auffällig bewertet, z. B. ist das entnommene Gewebe nicht in der Pathologie angekommen. In weiteren 81 Fällen wurden Dokumentationsfehler festgestellt.

2 Leistungserbringer hatten mit mehr als 20 nicht vorliegenden histologischen Befunden ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Die histologischen Befunde lagen hier zwar vor, wurden aber nicht dokumentiert. Mit einem Leistungserbringer der beiden wurde eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Die Ergebnisse von 93 Leistungserbringern wurden als qualitativ unauffällig eingestuft, davon gab es bei 72 keinen Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität, dafür vereinzelte Dokumentationsprobleme. Weitere Informationen liegen dem IQTIG nicht vor. Die LAG werden gebeten, hierzu genauere Angaben zu übermitteln.

Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe (IDs 10211, 60685 und 60686)

Tabelle 8: QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	7,19 % O = 1.080 N = 15.023	6,99 % O = 1.352 N = 19.351	**6,83 %** **O = 1.306** **N = 19.134**
rechnerische Auffälligkeiten	55 / 733 7,50 %	65 / 717 9,07 %	**57 / 692** **8,24 %** **(Refbereich: ≤ 10,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 55 14,55 %	**11 / 65** **16,92 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 733 1,09 %	**11 / 717** **1,53 %**	n. a.

Eine vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne das Vorliegen eines pathologischen Befundes sollte möglichst selten erfolgen. Im Auswertungsjahr 2025 wurden in diesem Qualitätsindikator die Ergebnisse von 11 Leistungserbringern (bei 65 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. Auch in diesem Qualitätsindikator wurde der Referenzbereich angepasst (von 20 % auf 10 %). Dies führte zu einer Steigerung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, obwohl mit der Einführung der neuen Methodik zur Berechnung der Auffälligkeit eine Reduktion erwartbar gewesen wäre. 2 Leistungserbringer haben keine oder keine ausreichende Stellungnahme vorgelegt, bei 9 weiteren Leistungserbringern wurden Struktur- und Prozessmängel festgestellt. In weiteren 4 Fällen kam es zu Dokumentationsfehlern, mit 2 Leistungserbringern wurden Maßnahmen der Stufe 1 beschlossen. Die Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials soll durch Fortbildungen erreicht werden.

Tabelle 9: QI 60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,91 % O = 357 N = 39.191	0,77 % O = 330 N = 42.986	**0,84 %** **O = 366** **N = 43.709**
rechnerische Auffälligkeiten	232 / 862 26,91 %	231 / 815 28,34 %	**233 / 816** **28,55 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	18 / 232 7,76 %	**11 / 231** **4,76 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	18 / 862 2,09 %	**11 / 815** **1,35 %**	n. a.

Bei Patientinnen, die jünger als 45 Jahre sind, sollte keine beidseitige Ovariektomie bei Normalbefund oder benigner Histologie durchgeführt werden. Im Auswertungsjahr 2025 wurden in diesem Qualitätsindikator die Ergebnisse von 11 Leistungserbringern (bei 231 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. 5 Leistungserbringer haben keine oder keine ausreichend erklärende Stellungnahme vorgelegt, in 2 Fällen war die Indikation nicht nachvollziehbar bzw. die Bemühungen um einen Organerhalt nicht ausreichend. Auch die Zuweisung in eine gynäkologischen Fachabteilung hätte in einem Fall erfolgen müssen. In 4 Fällen gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, mit 2 Leistungserbringern wurden Maßnahmen der Stufe 1 beschlossen. Mithilfe von Fortbildungen soll das festgestellte Verbesserungspotenzial umgesetzt und eine SOP erstellt werden.

Tabelle 10: QI 60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

	AJ 2024	**AJ 2025**	**AJ 2026**
Bundesergebnis	19,49 % O = 1.897 N = 9.732	18,44 % O = 1.954 N = 10.596	**17,83 %** **O = 1.908** **N = 10.701**
rechnerische Auffälligkeiten	59 / 739 7,98 %	36 / 722 4,99 %	**36 / 704** **5,11 %** **(Refbereich: ≤ 26,88 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	18 / 59 30,51 %	**10 / 36** **27,78 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	18 / 739 2,44 %	**10 / 722** **1,39 %**	n. a.

Bei Patientinnen im Alter zwischen 45 und 55 Jahren sollte möglichst selten eine beidseitige Ovariektomie bei Normalbefund oder benigner Histologie durchgeführt werden. Im Auswertungsjahr 2025 wurden in diesem Qualitätsindikator die Ergebnisse von 10 Leistungserbringern (bei 36 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. Ursächlich für die Reduzierung der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 (18 von 59) ist die geänderte Berechnung der Auffälligkeit. 7 Leistungserbringer haben keine oder keine ausreichend erklärende Stellungnahme vorgelegt. Bei 3 Leistungserbringern gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, mit 6 Leistungserbringern wurden Maßnahmen der Stufe 1 beschlossen. Die Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials soll durch Fortbildungen erreicht werden. In den letzten drei Jahren ist ein leichter Abwärtstrend erkennbar (19,5 % im AJ 2024 auf 17,6 % im AJ 2026). Ein möglicher Grund hierfür könnte das Stellungnahmeverfahren sein. Hier weisen die LAG immer wieder darauf hin, die Entscheidung sorgfältig abzuwägen und die Patientinnen entsprechend einzubeziehen.

Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre (ID 612)

Tabelle 11: QI 612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	88,51 % O = 30.561 N = 34.530	89,36 % O = 33.618 N = 37.621	**89,34 %** **O = 34.201** **N = 38.282**
rechnerische Auffälligkeiten	85 / 852 9,98 %	41 / 811 5,06 %	**41 / 804** **5,10 %** **(Refbereich: ≥ 79,88 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	20 / 85 23,53 %	**7 / 41** **17,07 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	20 / 852 2,35 %	**7 / 811** **0,86 %**	n. a.

Eine Organerhaltung bei einer Operation am Ovar ist möglichst bei allen Patientinnen mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie anzustreben. Das Ergebnis in diesem Indikator ist im Vergleich zum Vorjahr konstant. Dagegen wurden im Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen des Vorjahres deutlich weniger Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Gründe hierfür sind nicht bekannt. So wurden im Auswertungsjahr 2025 die Ergebnisse von 7 Leistungserbringern (bei 41 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. Ursächlich für diese Reduzierung im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 (20 von 85) ist die geänderte Berechnung der Auffälligkeit. 3 Leistungserbringer haben keine oder keine ausreichend erklärende Stellungnahme vorgelegt. Bei 4 Leistungserbringern gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, so gab es z. B. keine ausreichenden Bemühungen, das Organ zu erhalten. Es wurde ein kollegiales Gespräch geführt, mit 2 Leistungserbringern wurden Maßnahmen der Stufe 1 beschlossen. Die Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials soll durch Fortbildungen erreicht werden.

Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden (ID 52283)

Tabelle 12: QI 52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,18 % O = 3.023 N = 95.113	3,01 % O = 3.393 N = 112.856	**2,65 %** **O = 3.038** **N = 114.427**
rechnerische Auffälligkeiten	115 / 979 11,75 %	95 / 948 10,02 %	**91 / 906** **10,04 %** **(Refbereich: ≤ 4,4 %; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 115 7,83 %	**12 / 95** **12,63 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	9 / 979 0,92 %	**12 / 948** **1,27 %**	n. a.

Bei möglichst wenigen Patientinnen sollte eine assistierte Blasenentleerung mittels eines transurethralen Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar oder der Tuba uterina erfolgen. Bei diesem Qualitätsindikator hat sich das Bundesergebnis leicht verbessert (AJ 2026: 2,65 %, AJ 2024: 3,01 %). Der Grund für die Veränderung könnte an der Einführung von Hybrid-DRGs liegen. In der Grundgesamtheit sind mehr Fälle mit einem kurzen Aufenthalt enthalten, der keinen Dauerkatheter erforderlich macht. Es wurden aber mehr Leistungserbringerergebnisse nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet (12 von 95 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den vergangenen Jahren sind jedoch leichte Schwankungen zu beobachten, sodass hier kein Aufwärtstrend zu beobachten ist. 2 Leistungserbringer haben keine oder keine ausreichend erklärende Stellungnahme vorgelegt, bei 10 Leistungserbringern gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Mit 5 Leistungserbringern wurden Maßnahmen der Stufe 1 vereinbart, z. B. Fortbildungen oder die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die Ergebnisse aller Auffälligkeitskriterien liegen im Bereich der Vorjahre, hier sind keine relevanten Veränderungen zu beobachten. Auf Basis der Auffälligkeitskriterien lässt sich eine gleichbleibende Dokumentationsqualität feststellen.

Mit dem Auffälligkeitskriterium „Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund" soll überprüft werden, ob die Angabe „Sonstiges" im Dokumentationsbogen korrekt ist. Fälle mit unspezifischer Histologie gehen nicht in die Zähler der Qualitätsindikatoren der Gruppe „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe" ein. Mit dem AK sollen QI-relevante Histologiebefunde erkannt werden, die fälschlicherweise als „Sonstiges" dokumentiert wurden.

Mit dem Auffälligkeitskriterium „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen“ werden vom Leistungserbringer kodierte ICD-Kodes für mögliche Komplikationen mit einer im Dokumentationsbogen eingetragenen Komplikation abgeglichen. Nicht angegebene Organverletzungen fallen aus dem Zähler des Qualitätsindikators zur Messung der Organverletzungen bei laparoskopischer Operation. Mit dem AK sollen QI-relevante Komplikationen erkannt werden, die bei der QS-Dokumentation nicht berücksichtigt wurden.

Darüber hinaus werden 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewertet. Es werden demnach Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren zur Ursachenanalyse aufgefordert, wenn eine Unter- oder Überdokumentation vorliegt bzw. ein zu hoher Anteil an Minimaldatensätzen dokumentiert wurde.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 13: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – GYN-OP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850231	Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	1,36 % 261/19.134 (≤ 5,22 %; 95. Perzentil)
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	0,00 271/199.943 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,20 % 200.302/199.907 (≥ 95,00 %)
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,20 % 200.302/199.907 (≤ 110,00 %)
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,18 % 359/199.907 (≤ 5,00 %)

Tabelle 14: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – GYN-OP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850231	Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 172000_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund 172001_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund 60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-)Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie 60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-)Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie	2025	41 / 692	5,92	6
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	2025	68 / 924	7,36	10

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	7 / 940	0,74	0
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	1 / 940	0,11	-
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	4 / 940	0,43	2

© IQTIG 2026

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 15: AK 850231: Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,48 % O = 223 N = 15.023	1,42 % O = 274 N = 19.351	**1,36 %** **O = 261** **N = 19.134**
rechnerische Auffälligkeiten	53 / 733 7,23 %	38 / 717 5,30 %	**41 / 692** **5,92 %** **(Refbereich: ≤ 5,22 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	41 / 53 77,36 %	**28 / 38** **73,68 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	41 / 733 5,59 %	**28 / 717** **3,91 %**	n. a.

Ziel dieses Auffälligkeitskriteriums ist die Prüfung der korrekten Dokumentation des Ergebnisses der histologischen Untersuchung. Es sollte möglichst immer ein konkreter Befund eingetragen werden. Das Bundesergebnis liegt im gleichen Bereich wie in den Vorjahren. Zum Auswertungsjahr 2025 wurden die Ergebnisse von 28 Leistungserbringern (bei 38 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet.

Tabelle 16: AK 851912: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 O = 295 N = 181.148	0,00 O = 256 N = 195.832	**0,00** **O = 271** **N = 199.943**
rechnerische Auffälligkeiten	68 / 991 6,86 %	58 / 960 6,04 %	**68 / 924** **7,36 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	54 / 68 79,41 %	**44 / 58** **75,86 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	54 / 991 5,45 %	**44 / 960** **4,58 %**	n. a.

Ziel dieses Auffälligkeitskriteriums ist die Prüfung der korrekten Dokumentation von intraoperativen Komplikationen. Jede aufgetretene Komplikation ist zu dokumentieren. Das Bundesergebnis liegt im gleichen Bereich wie in den Vorjahren. Zum Auswertungsjahr 2025 wurden die Ergebnisse von 44 Leistungserbringern (bei 58 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) als qualitativ auffällig bewertet. Bei einem Leistungserbringer zeigten sich anhaltende Probleme bei der

korrekten Dokumentation von intraoperativen Komplikationen und damit Hinweise auf multiple Prozessmängel hinsichtlich der Dokumentationsqualität. Es wurde eine Zielvereinbarung als Maßnahmenstufe 1 abgeschlossen.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 17: AK 850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,69 % O = 181.534 N = 180.294	100,36 % O = 196.198 N = 195.502	**100,20 %** **O = 200.302** **N = 199.907**
rechnerische Auffälligkeiten	7 / 997 0,70 %	9 / 967 0,93 %	**7 / 940** **0,74 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 7 71,43 %	**8 / 9** **88,89 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 997 0,50 %	**8 / 967** **0,83 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Bei einem Leistungserbringer wurden Fälle nach der Schließung einer Abteilung nicht mehr dokumentiert. Die erforderlichen EDV-technischen Modifikationen wurden unmittelbar umgesetzt.

Tabelle 18: AK 850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,69 % O = 181.534 N = 180.294	100,36 % O = 196.198 N = 195.502	**100,20 %** **O = 200.302** **N = 199.907**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 997 0,40 %	0 / 967 0,00 %	**1 / 940** **0,11 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 0,00 %	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 997 0,00 %	**0 / 967** **0,00 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können.

Tabelle 19: AK 850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,21 % O = 386 N = 180.294	0,19 % O = 366 N = 195.502	**0,18 %** **O = 359** **N = 199.907**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 997 0,40 %	3 / 967 0,31 %	**4 / 940** **0,43 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 50,00 %	**1 / 3** **33,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 997 0,20 %	**1 / 967** **0,10 %**	n. a.

Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. Der Leistungserbringer mit dem rechnerisch auffälligen Ergebnis hat in knapp 60 % der dokumentationspflichtigen Fälle wegen einer klinischen Besonderheit einen Minimaldatensatz ausgelöst, die damit zusammenhängt, dass in der betreffenden Klinik geschlechtsangleichende Operationen durchgeführt werden. Diese Operationen sollten nicht als MDS dokumentiert werden, da es sich auch hier um gynäkologische Operationen handelt. Die LAG wurde gebeten, den Leistungserbringer zu informieren.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul GYN-OP

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	5.918	-	5.730	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	5.918	100,00	5.730	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	609	10,29	668	11,66
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	609	100,00	668	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	609	100,00	668	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	64	10,51	40	5,99
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	545	89,49	628	94,01
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	545	100,00	628	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,18	1	0,16
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	387	63,55	429	64,22
Bewertung als qualitativ auffällig	79	12,97	66	9,88
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	58	9,52	126	18,86
Sonstiges	21	3,45	7	1,05

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	35	n. a.	38	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS GYN-OP* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 7 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 5.730 Ergebnisse ermittelt wurden. Die Tabelle 20 zeigt keine wesentlichen Änderungen der Anzahl der Indikatorergebnisse und der rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr. Die geänderte Berechnung der Auffälligkeit zum Auswertungsjahr 2025 führte in einigen Qualitätsindikatoren zu einer deutlichen Reduzierung der Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Angepasste Referenzbereiche in 2 Qualitätsindikatoren haben dagegen zu einer Steigerung der rechnerischen Auffälligkeiten geführt.

In knapp 6 % der Fälle wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Damit hat sich die Rate im Vergleich zum Vorjahr wieder verringert, wird aber vom IQTIG weiter als zu hoch angesehen. Als Begründungen wurden z. B. eine geringe Abweichung vom Referenzwert, eine geringe Fallzahl oder eine besondere klinische Situation genannt. Neben den schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurde mit einem Leistungserbringer ein Gespräch geführt. Es folgte eine Bewertung als qualitativ auffällig. Wie im Vorjahr liegt der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen) bei circa 10 %. Die Umstellung der Auswertungsmethodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit hat noch keine wesentlichen Änderungen bewirkt. Allerdings weisen die Auffälligkeitskriterien im Verfahren *QS GYN-OP* eine deutlich höhere Rate an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen auf als die Qualitätsindikatoren und weisen also auf Mängel in der Dokumentationsqualität hin. Hier vermisst das Expertengremium auf Bundeseben Konsequenzen für die Leistungserbringer. Im Anschluss an die Stellungnahmeverfahren wurden bei 31 Leistungserbringern insgesamt 38 Maßnahmen der Stufe 1 angestoßen. So wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen, die Teilnahme an Fortbildungen angeregt und die Implementierung von Behandlungspfaden empfohlen.

Die Anzahl der Leistungserbringer mit mehr als einem rechnerisch bzw. qualitativ auffälligen Ergebnis entspricht ungefähr dem Vorjahr. So gab es im Auswertungsjahr 2024 32 Leistungserbringer mit mehr als 3 rechnerischen Auffälligkeiten und 4 mit mehr als 3 qualitativen Auffälligkeiten. Ähnlich sieht es für das Auswertungsjahr 2025 aus (33 Leistungserbringer mit mehr als 3 rechnerischen Auffälligkeiten und 3 mit mehr als 3 qualitativen Auffälligkeiten). Das bestätigt die Aussage, dass die Versorgungslage im Verfahren gut ist.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul GYN-OP

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	4.737	100,00	4.594	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	136	2,87	108	2,35
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	136	100,00	108	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	5	3,68	7	6,48
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	131	96,32	101	93,52
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	131	100,00	101	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	23	16,91	15	13,89
Bewertung als qualitativ auffällig	102	75,00	81	75,00
Sonstiges	6	4,41	5	4,63
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	6	n. a.	14	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Die Übersicht über Auffälligkeiten aus dem Auswertungsjahr 2025 zeigt keine wesentlichen Änderungen der Anzahl der Ergebnisse und eine leichte Reduzierung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr. Es wurden zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen auch Informationen über den QSEB übermittelt. Bei 7 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Als Begründungen wurden eine

geringe Fallzahl, eine geringe Abweichung vom Referenzbereich oder die Beobachtung der Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren im Vorjahr genannt. Gespräche oder Begehungen wurden nicht durchgeführt.

Der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen) liegt wie im Vorjahr bei 75,00 %. Im Anschluss an die Stellungnahmeverfahren wurden bei 14 Leistungserbringern Maßnahmen der Stufe 1 angestoßen. So wurde die Teilnahme an Fortbildungen angeregt und Zielvereinbarungen abgeschlossen. Wie bereits erwähnt, weisen die Auffälligkeitskriterien eine deutlich höhere Rate an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen auf als die Qualitätsindikatoren. Als Konsequenz wurde im Expertengremium auf Bundesebene vorgeschlagen, die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien mit den Qualitätsindikatoren zu verknüpfen oder in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen.

© IQTIG 2026

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Verfahrens *QS GYN-OP* wurden die im Folgenden aufgeführten Themen sowohl innerhalb des Expertengremiums auf Bundesebene diskutiert als auch von den LAG, z. B. im Zusammenhang mit dem Stellungnahmeverfahren, zurückgemeldet.

Ein großer Teil der gynäkologischen Operationen wird inzwischen ambulant durchgeführt. Diese Operationen werden im Rahmen der datengestützten externen stationären Qualitätssicherung nicht betrachtet. Lediglich in stationären Einrichtungen durchgeführte ambulante Operationen, die über Hybrid-DRG abgerechnet werden, sind Bestandteil der Qualitätssicherung. Das wird sowohl von den LAG als auch den Leistungserbringern kritisch gesehen. Auch das Expertengremium kritisiert, dass nur der stationäre Sektor in die Qualitätssicherung einbezogen wird, und weist auf den wachsenden Anteil des ambulanten Bereichs hin: Auch wenn zu diesem Anteil keine genauen Daten vorlägen, sollte auch im ambulanten Bereich eine Qualitätssicherung durchgeführt werden. Nur so könne für die Patientinnen eine sichere Aussage über eine verlässlich gute Versorgungsqualität im Bereich der Gynäkologie getroffen werden.

Für mehrere Indikatoren des Verfahrens gab es von den LAG Hinweise, dass Dokumentationsfehler vermehrt zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen geführt haben. Es werden nicht immer alle Diagnosen kodiert, die zu einem Ausschluss aus der Grundgesamtheit einzelner Qualitätsindikatoren führen würden. Hier werden mit dem Expertengremium auf Bundesebene mögliche Optimierungen besprochen. Es können Ausfüllhinweise konkretisiert werden oder Anschreiben an die Leistungserbringer versandt werden.

Beim Indikator „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (ID 52283) war im Stellungnahmeverfahren aufgefallen, dass ein Softwareanbieter die Spezifikation fehlerhaft umgesetzt hat. Bestimmte OPS-Kodes, die zum Ausschluss aus der Grundgesamtheit geführt hätten, konnten nicht dokumentiert werden. Das Problem wurde mit dem Softwareanbieter geklärt. Auswirkungen auf die Ergebnisse des Indikators werden nicht gesehen.

© IQTIG 2026

5 Ausblick

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS GYN-OP* zeigen ein stabiles und gutes Niveau der medizinischen Versorgung bei gynäkologischen Operationen im Bereich der Ovarien und der Adnexe. Jedoch ist kritisch zu sehen, dass die im ambulanten Sektor vorgenommenen Eingriffe, die einen immer größeren Anteil bilden, nicht in der Qualitätssicherung betrachtet werden. Diese Patientengruppe sollte in Zukunft berücksichtigt werden. Ausnahme sind hier nur ambulant durchgeführte Operationen, die in stationären Einrichtungen durchgeführt werden und über Hybrid-DRGs abgerechnet werden.

Das IQTIG hat ferner eine Patientenbefragung zur Indikationsstellung der Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) bei benignen Erkrankungen entwickelt, die auf die Prozesse der Indikationsstellung bei stationär durchgeführten Hysterektomien fokussiert (IQTIG 2024). Ziel ist es, die Informationen und Entscheidungskompetenz von Patientinnen sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung und somit auch die Indikationsstellung im Zusammenhang mit Hysterektomien bei benignen Erkrankungen zu verbessern. Der GBA hat die Einführung der Patientenbefragung beschlossen, sie erfolgt zum Erfassungsjahr 2027.

Dadurch werden die seit dem Auswertungsjahr 2014 ausgesetzten Hysterektomien wieder Bestandteil des QS-Verfahrens. Das IQTIG möchte das Verfahren *QS GYN-OP* gezielt fördern und hat daher ein Impulspapier für die sektorenübergreifende Weiterentwicklung des QS-Verfahrens sowie die Neuentwicklung eines QS-Verfahrens *Benigne gynäkologische Erkrankungen* erarbeitet. Das Dokument wurde dem GBA im Juni 2026 übermittelt. Das IQTIG zeigt darin Optionen zur Neu- und Weiterentwicklung des Themenbereichs „gynäkologische Erkrankungen“ auf. In einem ersten Schritt wird die sektorenübergreifende Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Gynäkologische Operationen* vorgeschlagen. Dabei können Qualitätsindikatoren zur Hysterektomie neu entwickelt werden und die Patientenbefragung auch auf die Ovarien und Adnexe ausgeweitet werden. In einem zweiten Schritt könnte der Fokus auf der Diagnostik und den konservativen Therapieverfahren bei benignen gynäkologischen Erkrankungen liegen.

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Hysterektomie*. Abschlussbericht. [Stand:] 15.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Hysterektomie_Abschlussbericht_2024-05-15_01.pdf (abgerufen am: 18.05.2026).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

GYN-OP: Gynäkologische Operationen

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Gynäkologische Operationen. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Ergebnisübersicht 8

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 9

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 10

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 11

51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation 11

Details zu den Ergebnissen 15

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung 16

Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe 19

10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 19

60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 22

60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 25

Details zu den Ergebnissen 28

612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre 30

Details zu den Ergebnissen 33

52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden 34

Details zu den Ergebnissen 37

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 38

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 38

850231: Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund 38

851912: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen 40

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 42

850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 42

850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 44

850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 46
Basisauswertung ... 48
Basisdokumentation ... 48
Patientin ... 48
Stationärer Aufenthalt ... 49
Operation ... 53
Histologie ... 55
Postoperativer Verlauf ... 58
Entlassung ... 59
Ovar- und Adnexeingriffe: Organerhaltend (benigner Befund) ... 61
Patientin ... 61
Stationärer Aufenthalt ... 62
Operation ... 66
Postoperativer Verlauf ... 70
Entlassung ... 71
Ovar- und Adnexeingriffe: Ablativ (benigner Befund) ... 73
Patientin ... 73
Stationärer Aufenthalt ... 74
Operation ... 78
Postoperativer Verlauf ... 82
Entlassung ... 83
Ovar- und Adnexeingriffe: Eingriffe bei Ovarialkarzinom ... 85
Patientin ... 85
Stationärer Aufenthalt ... 86
Operation ... 90
Postoperativer Verlauf ... 93
Entlassung ... 94

Einleitung

Gynäkologische Operationen umfassen prinzipiell alle Operationen an den inneren weiblichen Geschlechtsorganen. Einige dieser Eingriffe werden inzwischen zunehmend auch ambulant durchgeführt. Das QS-Verfahren Gynäkologische Operationen betrachtet die stationär durchgeführten Operationen bei allen Patientinnen ab einem Alter von 11 Jahren und fokussiert hierbei Operationen an den Eileitern (Tuba uterina) und Eierstöcken (Ovarien).

Eine gute Versorgungsqualität bei den in diesem QS-Verfahren betrachteten Operationen hat für die behandelten Patientinnen eine hohe Relevanz, da diese Operationen – insbesondere die Entfernung des Ovars oder der Adnexe (Eierstöcke und Eileiter) – die Fruchtbarkeit (Fertilität) sowie den Zeitpunkt des Eintritts in die Menopause beeinflussen können.

Aufgrund dieser möglichen Folgen ist eine sorgfältige Abklärung, ob eine Operation notwendig ist (Indikationsstellung), in jedem Fall erforderlich. Es gilt, zwischen Nutzen und Risiken einer Operation abzuwägen und auch die Möglichkeiten konservativer, d. h. nicht operativer Behandlungsmethoden zu prüfen. Insbesondere bei Patientinnen, für die kein pathologischer Befund vorliegt, ist zu prüfen, ob eine Entfernung der Adnexe oder des Ovars bei einer Operation notwendig ist. Betrachtet wird dieser Aspekt mit der in diesem QS-Verfahren ausgewerteten Gruppe von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen „Entfernung des Ovars oder der Adnexe“ (IDs 10211, 60685 und 60686). Jedes entnommene Gewebe muss histologisch untersucht werden um frühzeitig bösartige Erkrankungen zu erkennen.

Wird eine Operation an den Eierstöcken durchgeführt, sollte – insbesondere bei gutartigen Befunden – möglichst organerhaltend operiert werden (ID 612), da es in Studien Hinweise dafür gibt, dass die vollständige Entfernung des Ovars unter anderem mit einem frühzeitigeren Verlust der Fertilität einhergehen kann. Der Indikator 12874 bildet den wichtigen Qualitätsaspekt ab und unterstützt damit die Diagnosesicherung.

Jede Operation geht für die Patientin mit einem Komplikationsrisiko einher, der Indikator 51906 erfasst die Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen, mit dem Ziel, diese möglichst gering zu halten.

Im Anschluss an eine gynäkologische Operation, die in diesem QS-Verfahren betrachtet wird, kann das Anlegen eines Dauerkatheters durch die Harnröhre (transurethraler Dauerkatheter) erforderlich sein. Wegen der Gefahr einer Harnwegsinfektion sollte stets sorgfältig geprüft werden, ob das Anlegen des Dauerkatheters wirklich notwendig ist (Indikationsstellung), und seine Liegedauer auf ein Minimum beschränkt werden. Dieser Qualitätsaspekt wird mit dem Indikator „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (ID 52283) abgebildet.

Aufgrund der Umstellung der Auswertungsmethodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit lässt sich nicht mehr am bloßen Zahlenwert des Indikatorergebnisses ablesen, ob eine rechnerische Auffälligkeit vorliegt. Ein Ergebnis im Referenzbereich ist weiterhin nicht auffällig. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereich kann allerdings rechnerisch auffällig oder unauffällig sein. Nur wenn es mit einer hinreichend kleinen A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs einhergeht, ist es rechnerisch auffällig. Die neue Auswertungsmethodik bildet demnach ab, dass manche Abweichungen vom Referenzbereich auch plausibel durch zufallsbedingte Variabilität erklärbar sind.

Nähere Informationen finden Sie unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-auffaelligkeitseinstufung/.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.

Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutskennzeichen (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	200.302 199.943 359	199.907	100,20
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	924		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	937	940	99,68
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	818	818	100,00

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten dafür Sie folgende Hinweise:

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

- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.

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

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren Gynäkologische Operationen finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-gyn-op/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 1,64 (95. Perzentil)	1,02 O/E = 1.511 / 1.481,71 0,99 % O/N = 1.511 / 153.280
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	Sentinel Event	0,69 % O = 286 N = 41.718
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe			
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 10,00 %	6,83 % O = 1.306 N = 19.134
60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	Sentinel Event	0,84 % O = 366 N = 43.709
60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 26,88 % (95. Perzentil)	17,83 % O = 1.908 N = 10.701
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	≥ 79,88 % (5. Perzentil)	89,34 % O = 34.201 N = 38.282
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	≤ 4,47 % (90. Perzentil)	2,65 % O = 3.038 N = 114.427

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850231	Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	≤ 5,22 % (95. Perzentil)	1,36 % 261 / 19.134	5,92 % 41 / 692
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	= 0	0,00 271 / 199.943	7,36 % 68 / 924
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,20 % 200.302 / 199.907	0,74 % 7 / 940
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,20 % 200.302 / 199.907	0,11 % 1 / 940
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,18 % 359 / 199.907	0,43 % 4 / 940

© IQTIG 2026

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation.
Zähler	Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
E (expected)	Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906
Referenzbereich	≤ 1,64 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,1)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	ASA-Klassifikation 2 ASA-Klassifikation 3, 4 oder 5 Adhäsiolyse Endometriose Exzision Voroperation im OP-Gebiet Gynäkologisches Malignom Interaktion: Voroperation im OP-Gebiet mit Adhäsiolyse Alter bis 40 (linear, in Jahren) Alter ab 40 (linear, in Jahren)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

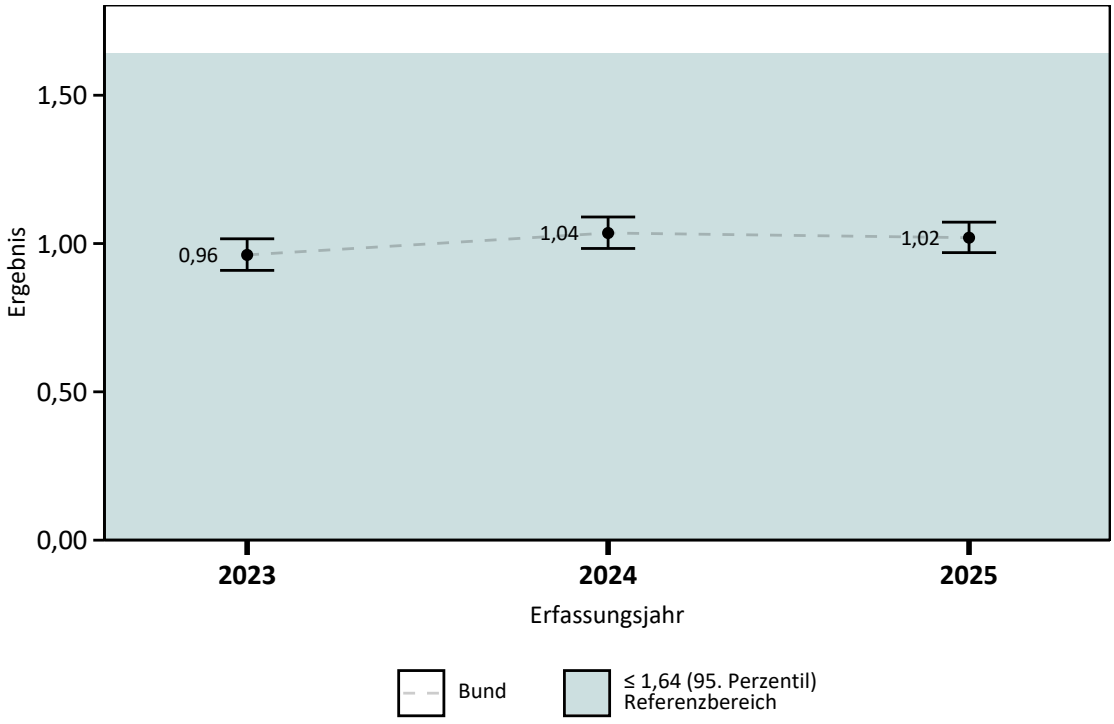
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	134.387	1.257 / 1.307,14	0,96	0,91 - 1,02
	2024	147.396	1.464 / 1.413,86	1,04	0,98 - 1,09
	2025	153.280	1.511 / 1.481,71	1,02	0,97 - 1,07

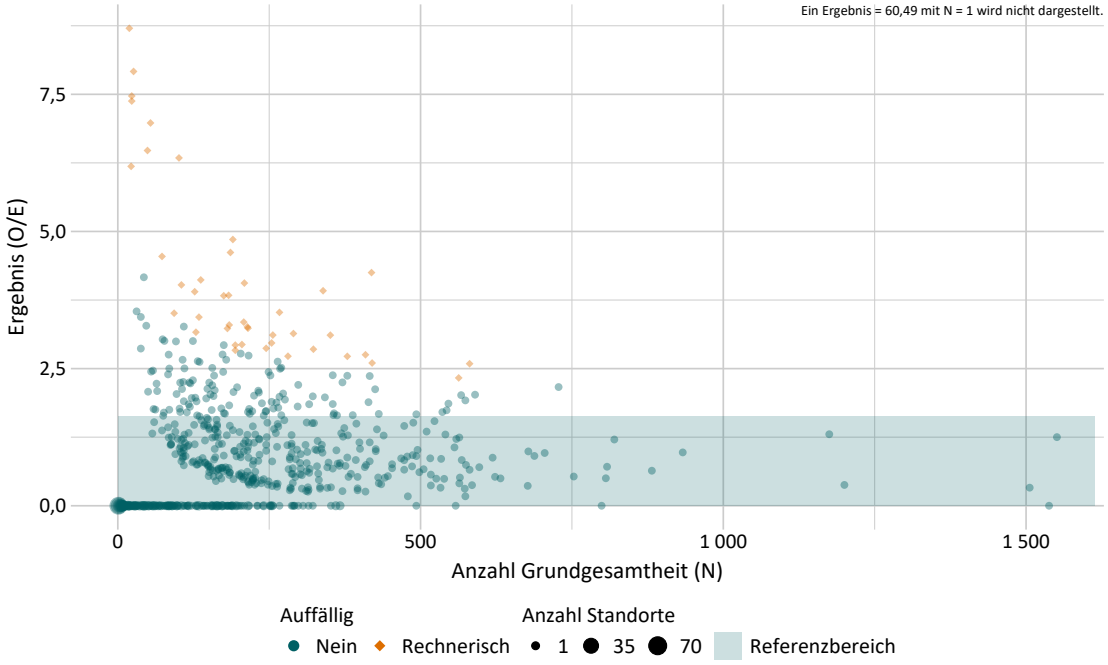
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

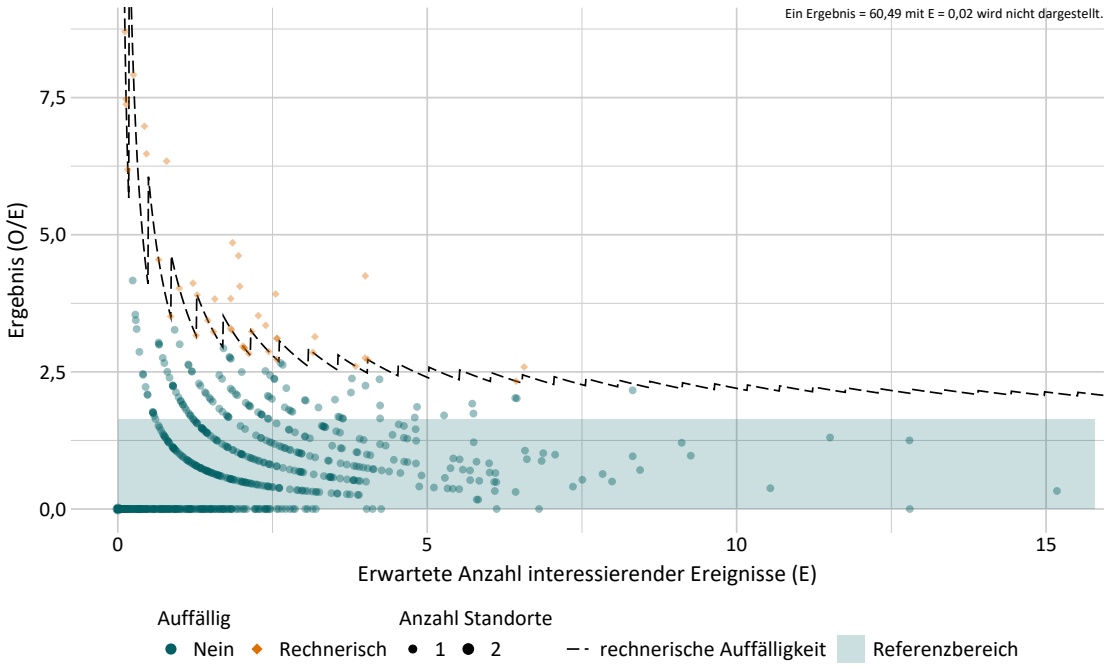
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



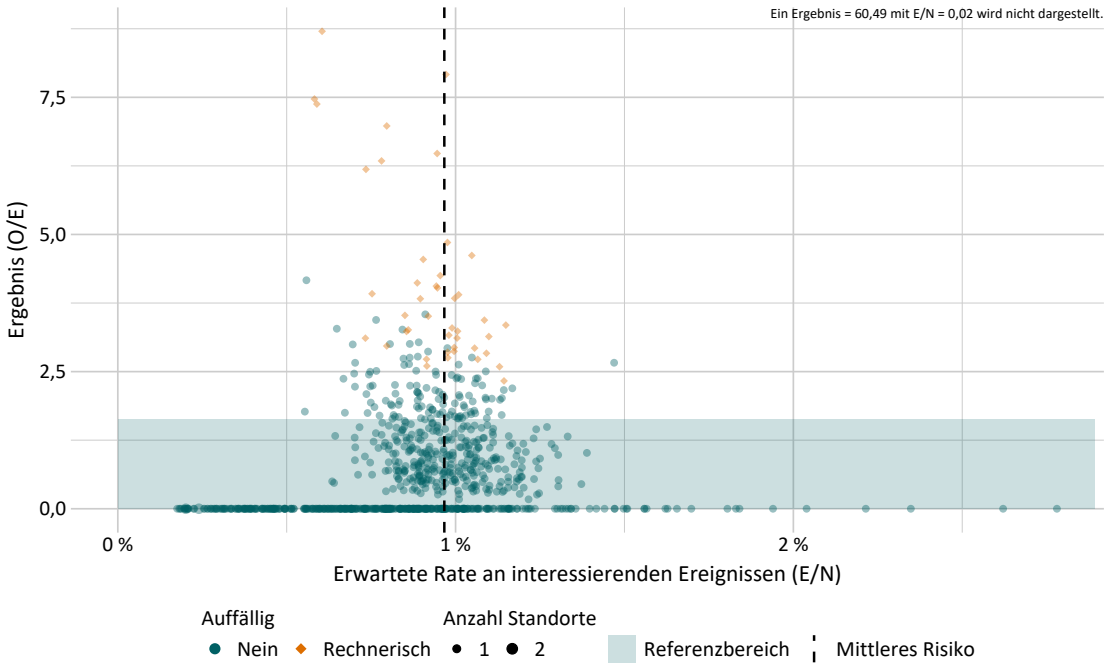
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	887	44	0,00	60,49	0,33

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 17_22044 Patientinnen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang bei der ersten OP	100,00 % 153.280/153.280
1.1.1	ID: 17_22000 Davon: mindestens eine Organverletzung	0,99 % 1.511/153.280
1.1.2	ID: 51902 Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.2.1	ID: O_51906 O/N (observed, beobachtet)	0,99 % 1.511/153.280
1.1.2.2	ID: E_51906 E/N (expected, erwartet)	0,97 % 1.481,71/153.280
1.1.2.3	**ID: 51906** **O/E**	1,02
1.1.3	ID: 17_22002 Alle Patientinnen	100,00 % 153.280/153.280
1.1.3.1	ID: 17_22003 Davon: mindestens eine Organverletzung	0,99 % 1.511/153.280
1.1.4	ID: 17_22004 Patientinnen mit Entlassungsdiagnose Karzinom	6,39 % 9.791/153.280
1.1.4.1	ID: 17_22005 Davon: mindestens eine Organverletzung	2,10 % 206/9.791
1.1.5	ID: 17_22006 Patientinnen mit Entlassungsdiagnose Endometriose	24,95 % 38.251/153.280
1.1.5.1	ID: 17_22007 Davon: mindestens eine Organverletzung	0,81 % 310/38.251
1.1.6	ID: 17_22008 Patientinnen mit Voroperation im gleichen OP-Gebiet	45,29 % 69.417/153.280
1.1.6.1	ID: 17_22009 Davon: mindestens eine Organverletzung	1,28 % 892/69.417
1.1.7	ID: 17_26000 Patientinnen mit gleichzeitiger Hysterektomie	7,30 % 11.185/153.280
1.1.7.1	ID: 17_26001 Davon: mindestens eine Organverletzung	1,98 % 221/11.185

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

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

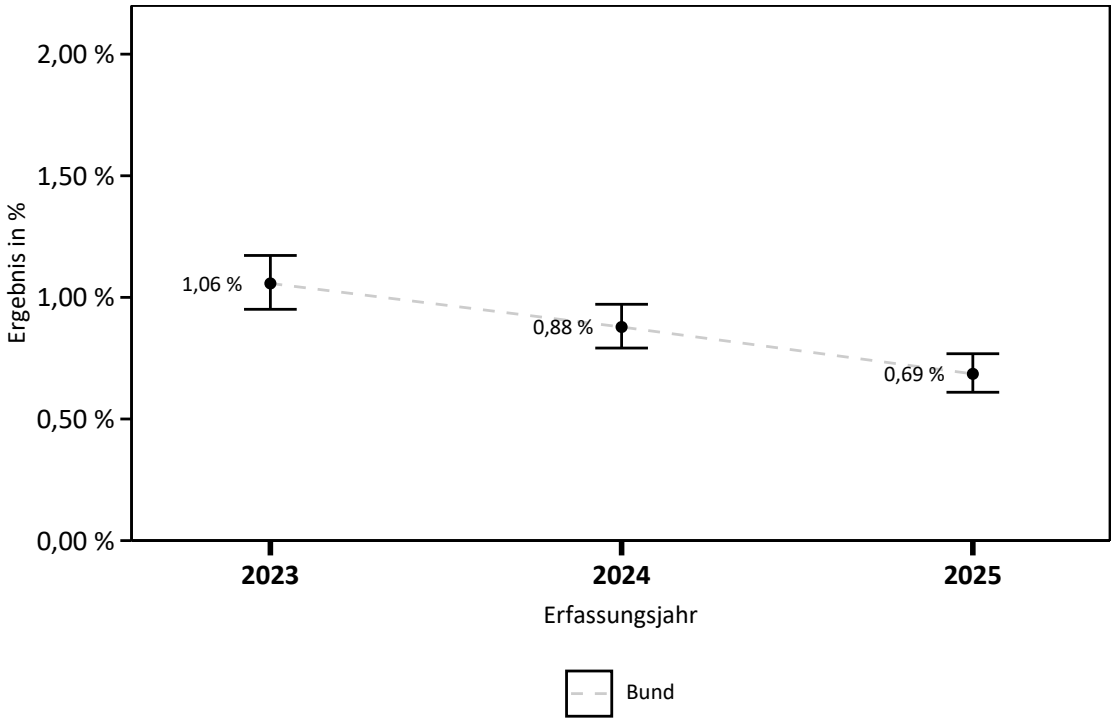
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*].
Zähler	Isolierter Ovareingriff ohne Angabe einer postoperativen Histologie
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

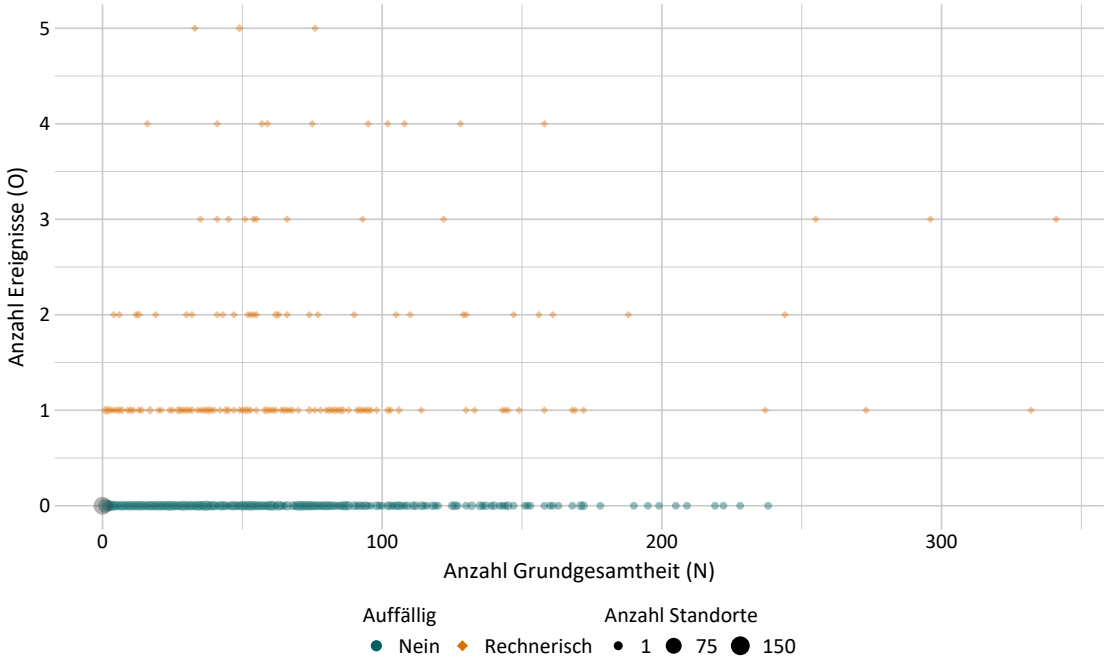
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	347 / 32.820	1,06	0,95 - 1,17
	2024	363 / 41.335	0,88	0,79 - 0,97
	2025	286 / 41.718	0,69	0,61 - 0,77

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	768	185	0,00	100,00	0,00

Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe

10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

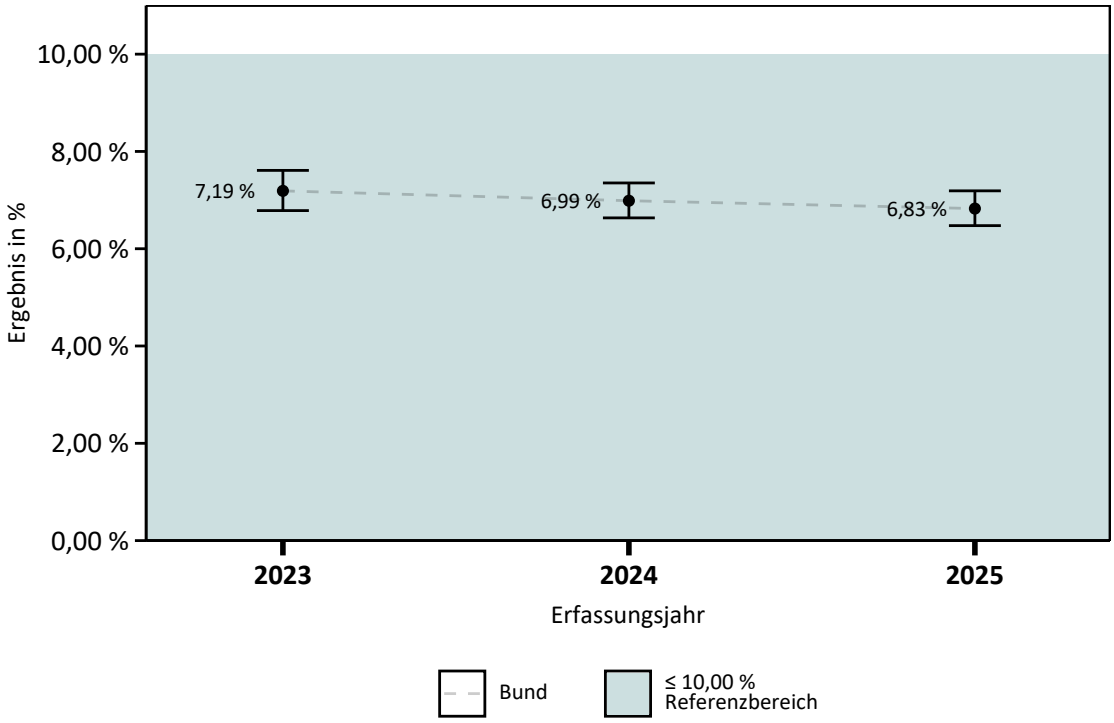
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*)[Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] und Angaben zur postoperativen Histologie, Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00, Z40.01) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3) und Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0).
Zähler	Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,1)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

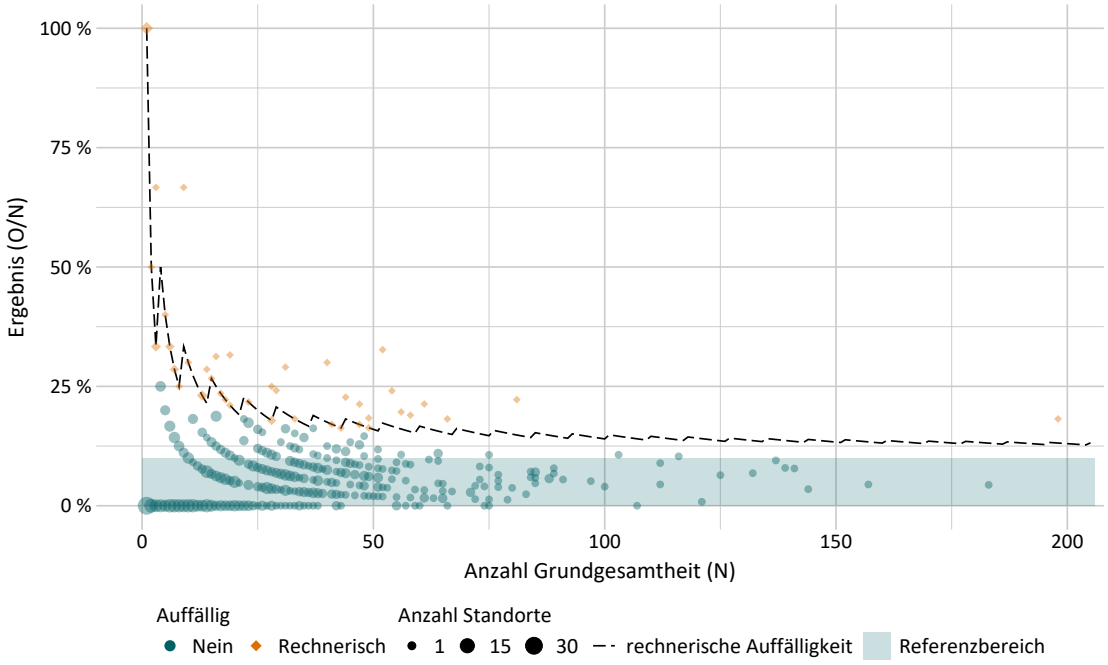
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.080 / 15.023	7,19	6,78 - 7,61
	2024	1.352 / 19.351	6,99	6,63 - 7,35
	2025	1.306 / 19.134	6,83	6,47 - 7,19

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	692	57	0,00	100,00	4,54

60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

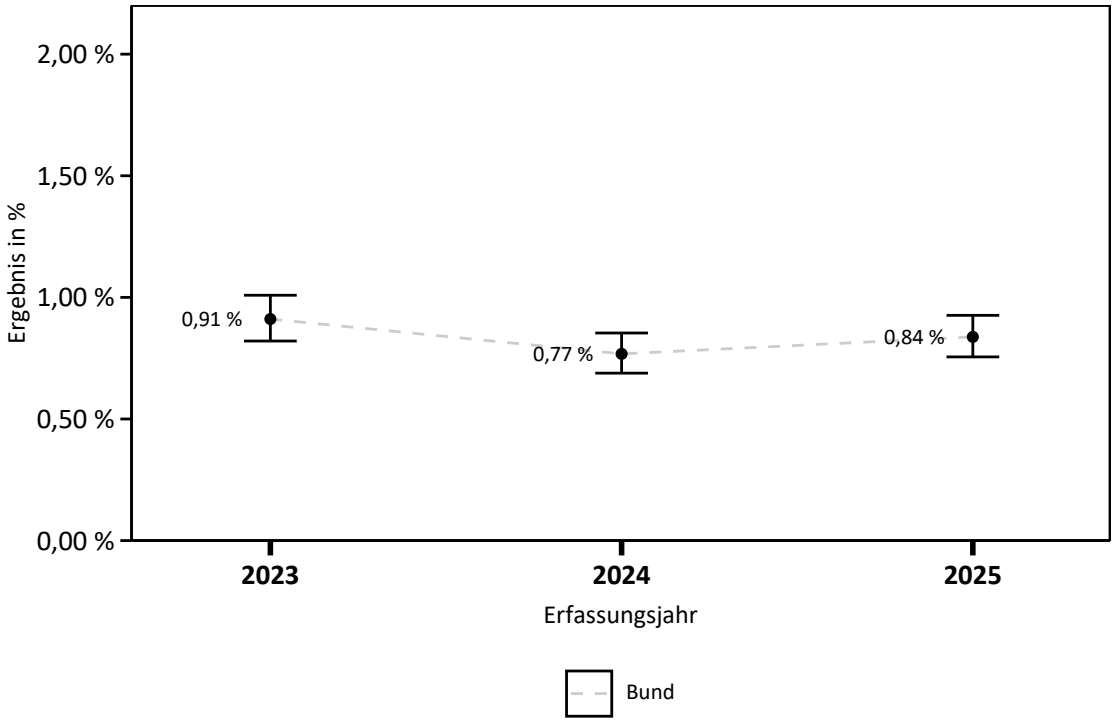
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen bis 45 Jahre mit Operationen am Ovar oder der Tuba uterina (OPS: 5-65*, 5-66* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund (Schlüssel Histologie: 01-09), unter Ausschluss von Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*), mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*) oder mit Komplettierungsoperation bei bestehender bösartiger Neubildung des Corpus uteri, bösartiger Neubildung des Uterus, bösartiger Neubildung des Ovars, bösartige Neubildung der Tuba uterina, mit den Diagnosen Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane, Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der weiblichen Genitalorgane oder sekundäre bösartige Neubildung des Ovars (Entlassungsdiagnose: C54*, C55*, C56*, C57*, D07.0*, D39.1*, C79.6*) und unter Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0*).
Zähler	Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-) Ovariektomie
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

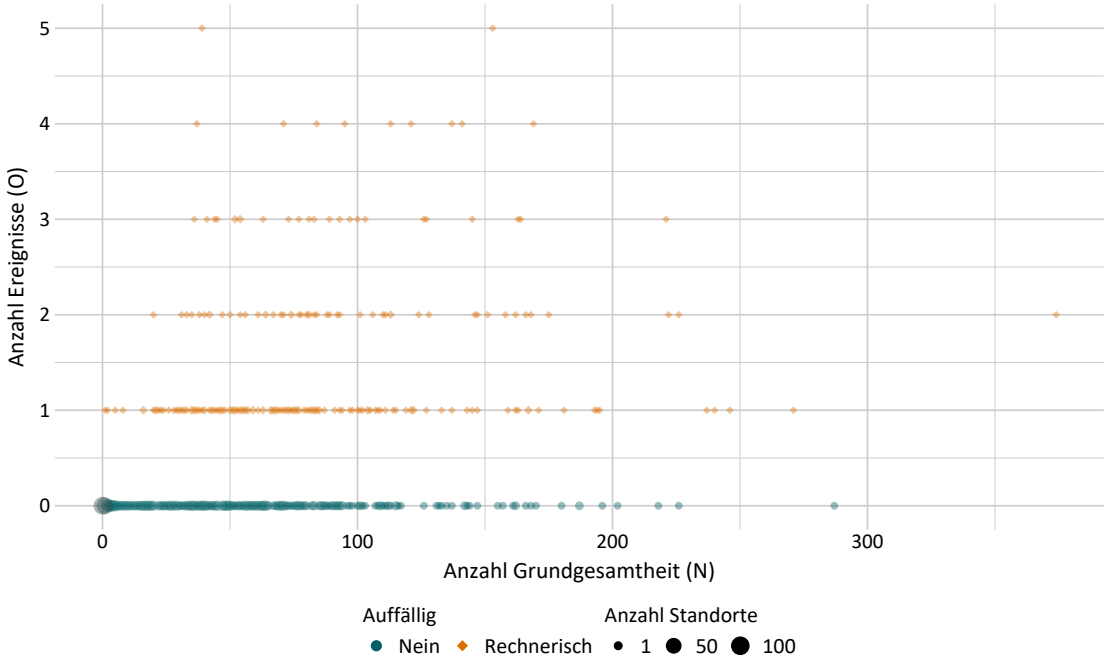
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	357 / 39.191	0,91	0,82 - 1,01
	2024	330 / 42.986	0,77	0,69 - 0,85
	2025	366 / 43.709	0,84	0,76 - 0,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	816	233	0,00	100,00	0,00

60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

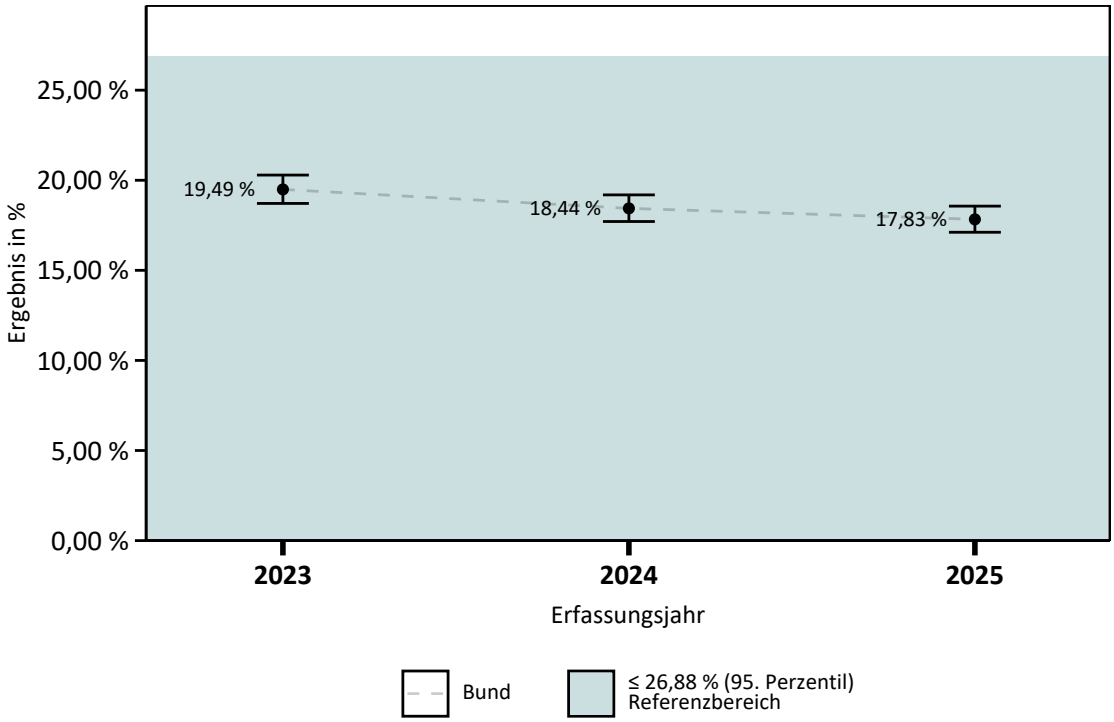
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen im Alter ab 46 und bis 55 Jahre mit Operationen am Ovar- oder Tuba uterina (OPS: 5-65*, 5-66* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund (Schlüssel Histologie: 01-09), unter Ausschluss von Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*), mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*) oder mit Komplettierungsoperation bei bestehender bösartiger Neubildung des Corpus uteri, bösartiger Neubildung des Uterus, bösartiger Neubildung des Ovars, bösartige Neubildung der Tuba uterina, mit den Diagnosen Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane, Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der weiblichen Genitalorgane oder sekundäre bösartige Neubildung des Ovars (Entlassungsdiagnose: C54*, C55*, C56*, C57*, D07.0*, D39.1*, C79.6*) und unter Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0*).
Zähler	Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-) Ovariektomie
Referenzbereich	≤ 26,88 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,1)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

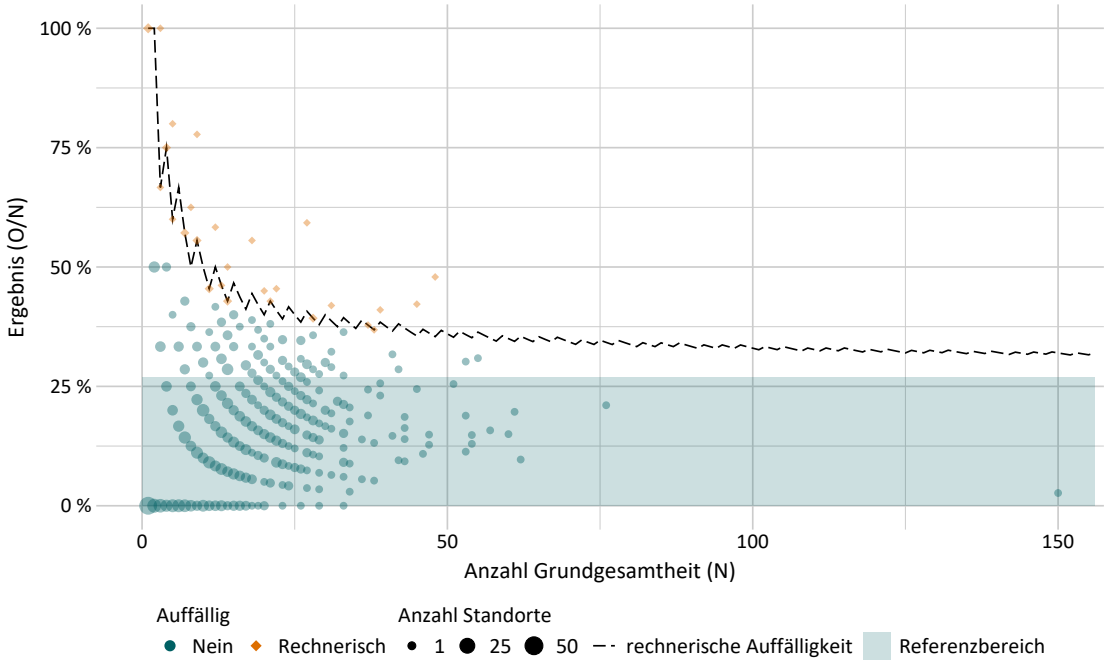
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.897 / 9.732	19,49	18,71 - 20,29
	2024	1.954 / 10.596	18,44	17,71 - 19,19
	2025	1.908 / 10.701	17,83	17,11 - 18,56

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	704	36	0,00	100,00	14,29

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 17_22011 Alle Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff	100,00 % 38.861/38.861
3.1.1	ID: 17_22012 Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund	20,50 % 7.968/38.861
3.1.1.1	ID: 17_22013 Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste als führender histologischer Befund	18,25 % 7.093/38.861
3.1.1.2	ID: 17_22014 Normalbefund als führender histologischer Befund	2,25 % 875/38.861

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 17_22043 Alle durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe	100,00 % 19.134/19.134
3.2.1	**ID: 10211** **Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund**	6,83 % 1.306/19.134
3.2.1.1	ID: 17_22015 Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste als führender histologischer Befund	3,93 % 752/19.134
3.2.1.2	ID: 17_22016 Normalbefund als führender histologischer Befund	2,90 % 554/19.134
3.2.1.3	ID: 17_22017 Isolierte Operationen am Ovar mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe und vollständiger Entfernung des Ovars bei Patientinnen bis 45 Jahre	100,00 % 2.465/2.465
3.2.1.3.1	ID: 172000_10211 Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	12,04 % 297/2.467
3.2.1.4	ID: 17_22018 Isolierte Operationen am Ovar mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe und vollständiger Entfernung des Ovars bei Patientinnen von 46 bis 55 Jahre	100,00 % 3.617/3.617
3.2.1.4.1	ID: 172001_10211 Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	12,39 % 449/3.623

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	**ID: 60685** **Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie**	0,84 % 366/43.709

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	ID: 17_22023 Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen über 55 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie	71,43 % 14.423/20.192

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.5	**ID: 60686** **Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie**	17,83 % 1.908/10.701

612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre

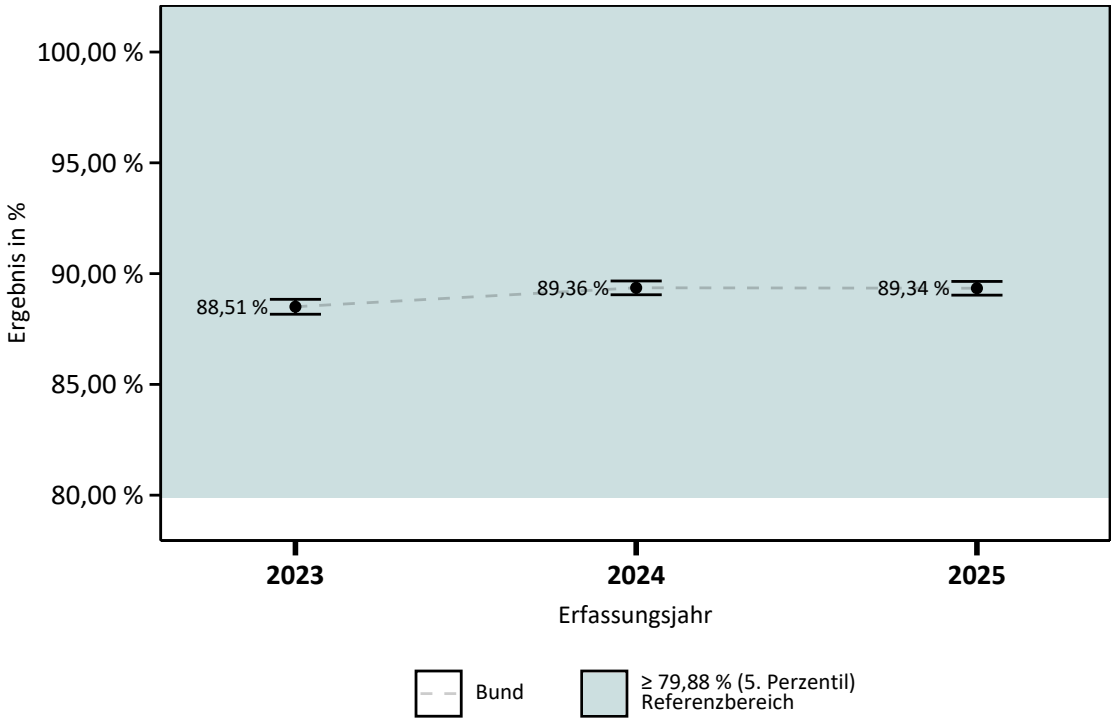
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Operationen am Ovar (OPS: 5-65* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund: (Schlüssel Histologie: 01-09) bei Patientinnen bis 45 Jahre, unter Ausschluss von Patientinnen mit Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*) und unter Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose F64.0*).
Zähler	Alle Operationen am Ovar, die organerhaltend durchgeführt wurden
Referenzbereich	≥ 79,88 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,1)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

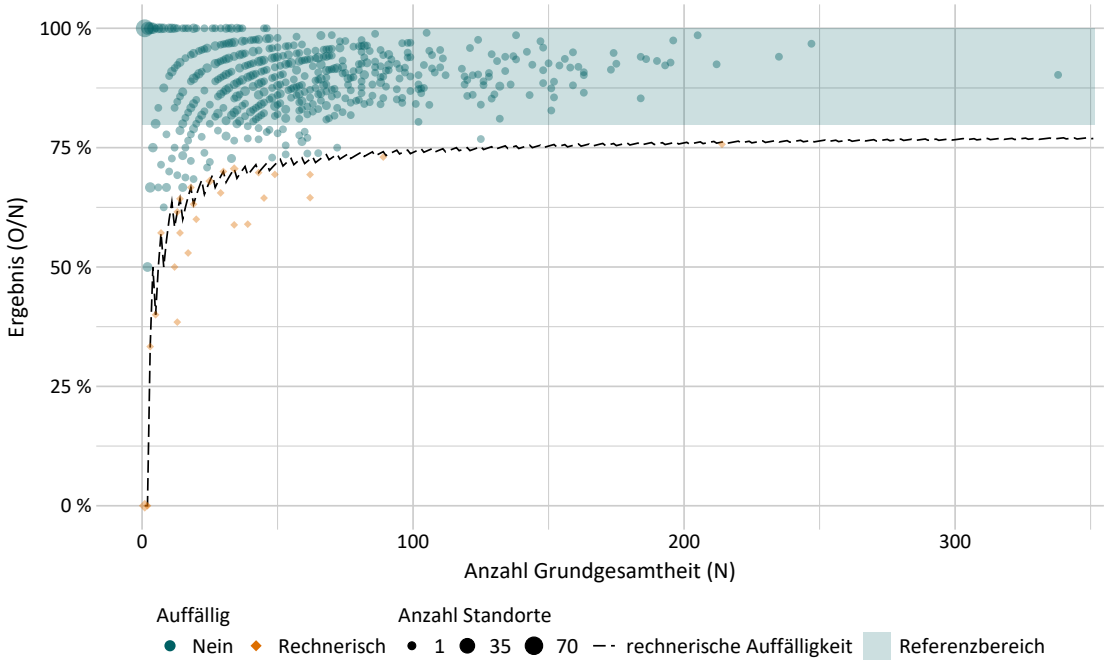
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	30.561 / 34.530	88,51	88,17 - 88,84
	2024	33.618 / 37.621	89,36	89,05 - 89,67
	2025	34.201 / 38.282	89,34	89,03 - 89,65

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	804	41	0,00	100,00	91,08

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Patientinnen mit Operationen am Ovar bei benigner Histologie	
4.1.1	ID: 17_22024 Alle Patientinnen	100,00 % 69.413/69.413
4.1.1.1	ID: 17_22025 Organerhaltende Operation	55,72 % 38.676/69.413
4.1.2	ID: 17_22045 Patientinnen ≤ 45 Jahre	55,07 % 38.224/69.413
4.1.2.1	**ID: 612** **Organerhaltende Operation**	89,34 % 34.201/38.282
4.1.3	ID: 17_22026 Patientinnen 46 - 55 Jahre	14,57 % 10.114/69.413
4.1.3.1	ID: 17_22027 Organerhaltende Operation	35,78 % 3.619/10.114
4.1.4	ID: 17_22034 Patientinnen > 55 Jahre	30,36 % 21.075/69.413
4.1.4.1	ID: 17_22035 Organerhaltende Operation	4,27 % 900/21.075

52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden

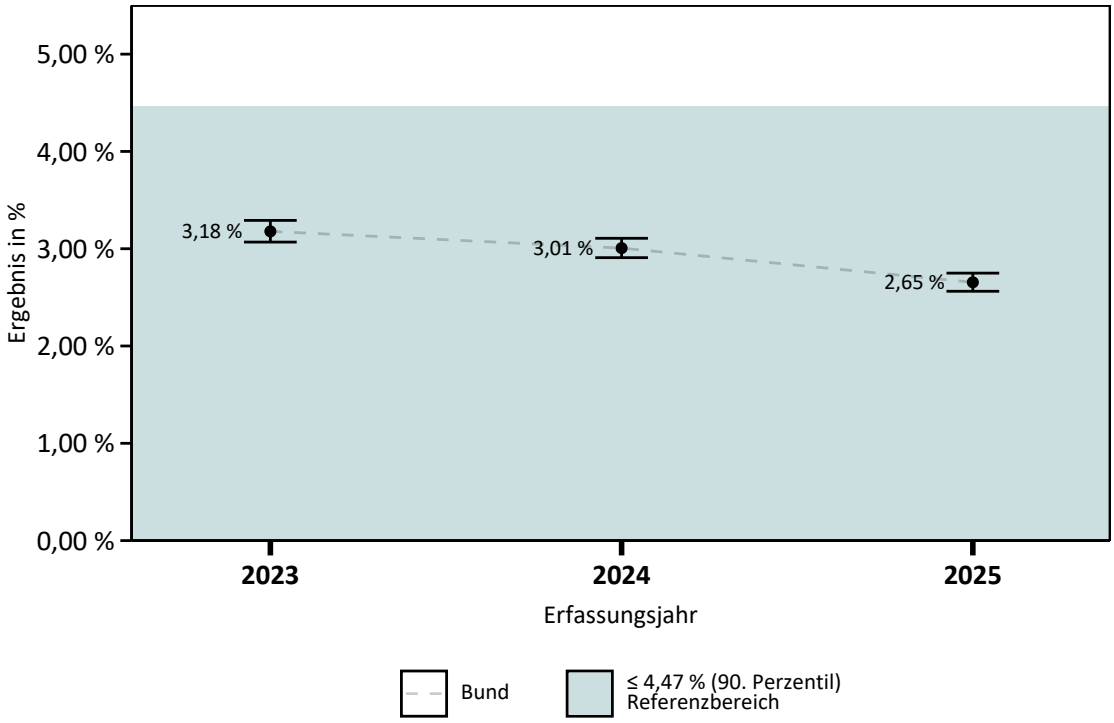
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralen Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar oder der Tuba uterina
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle isolierten Operationen am Ovar oder der Tuba uterina. Ausgeschlossen werden Patientinnen mit bösartigen Neubildungen der Genitalorgane (Entlassungsdiagnose: C51*, C52*, C53*, C54*, C55*, C56*, C57*, C58*). Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Operationen am Ovar oder der Tuba uterina mit gleichzeitiger Erfassung von Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens, zusätzlicher Plastiken, inkontinenzchirurgischen Operationen, gleichzeitiger Operation der Harnblase (OPS 5-57*) oder mit führendem malignen Befund (Schlüssel Histologie: 11, 22, 23, 24, 31).
Zähler	Assistierte Blasenentleerungen länger als 24 Stunden mittels eines transurethralen Dauerkatheters
Referenzbereich	≤ 4,47 % (90. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,1)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

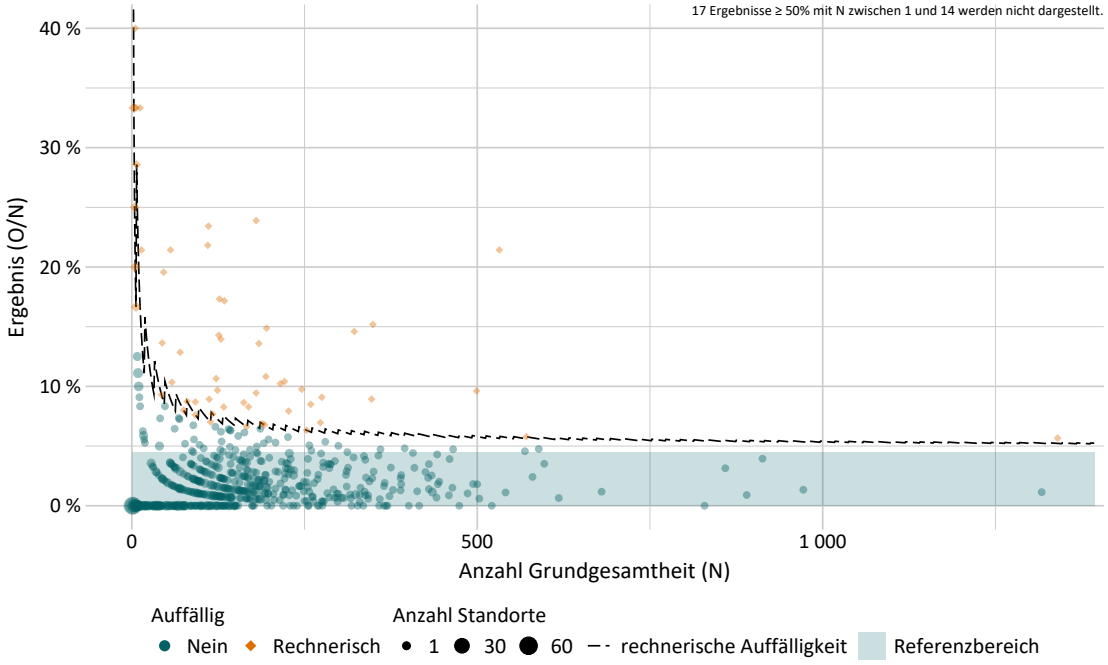
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	3.023 / 95.113	3,18	3,07 - 3,29
	2024	3.393 / 112.856	3,01	2,91 - 3,11
	2025	3.038 / 114.427	2,65	2,56 - 2,75

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	906	91	0,00	100,00	0,96

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 52283** **Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden**	2,65 % 3.038/114.427
5.1.1	ID: 17_22037 ≤ 12 Stunden	29,61 % 33.887/114.427
5.1.2	ID: 17_22038 > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden	19,98 % 22.862/114.427
5.1.3	ID: 17_22039 > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden	1,07 % 1.228/114.427
5.1.4	ID: 17_22041 > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden	0,64 % 729/114.427
5.1.5	ID: 17_22042 > 48 Stunden	0,94 % 1.081/114.427

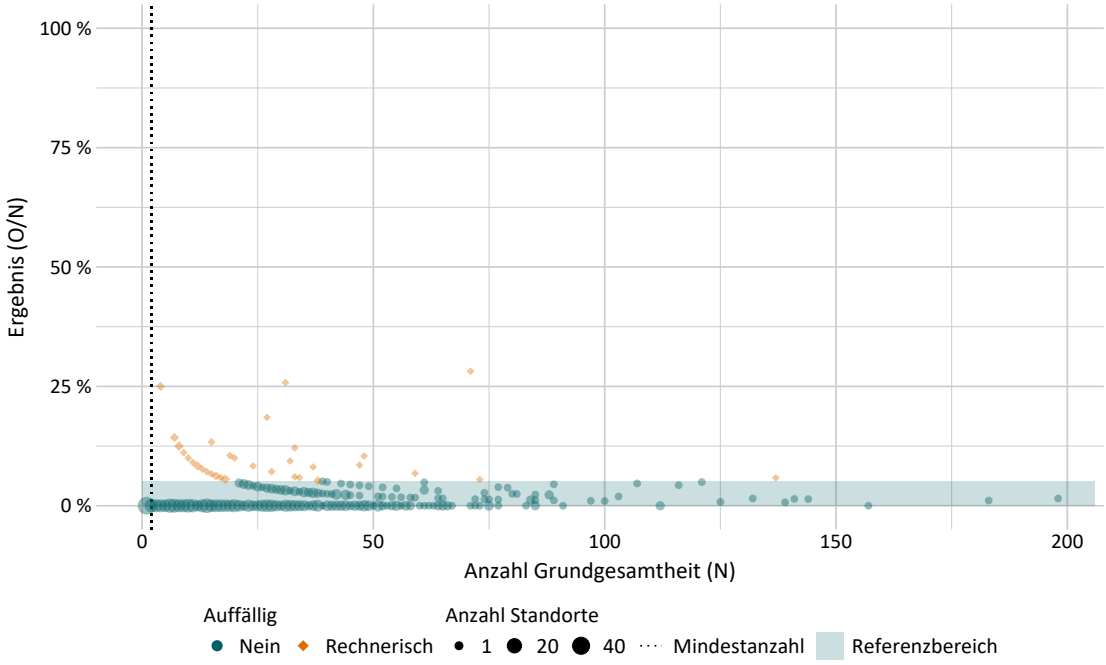
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850231: Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle mit unspezifischer Histologie gehen unter bestimmten Bedingungen nicht in die Zähler oder Nenner der QI der Gruppe „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe“ ein. **Hypothese** Fehldokumentation. Tatsächlich liegt ein spezifischer Befund vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 172000_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund 172001_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund 60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie 60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Grundgesamtheit	Alle durchgeführten isolierten Operationen am Ovar mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y, 5-653*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] bei Patientinnen mit Angabe zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen mit Adnexektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3) und unter Ausschluss von Operationen an Patientinnen mit der Diagnose Transsexualismus (F64.0)
Zähler	Operationen mit unspezifischer Histologie als führender Befund
Referenzbereich	≤ 5,22 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	2
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	692	41	0,00	28,17	0,00

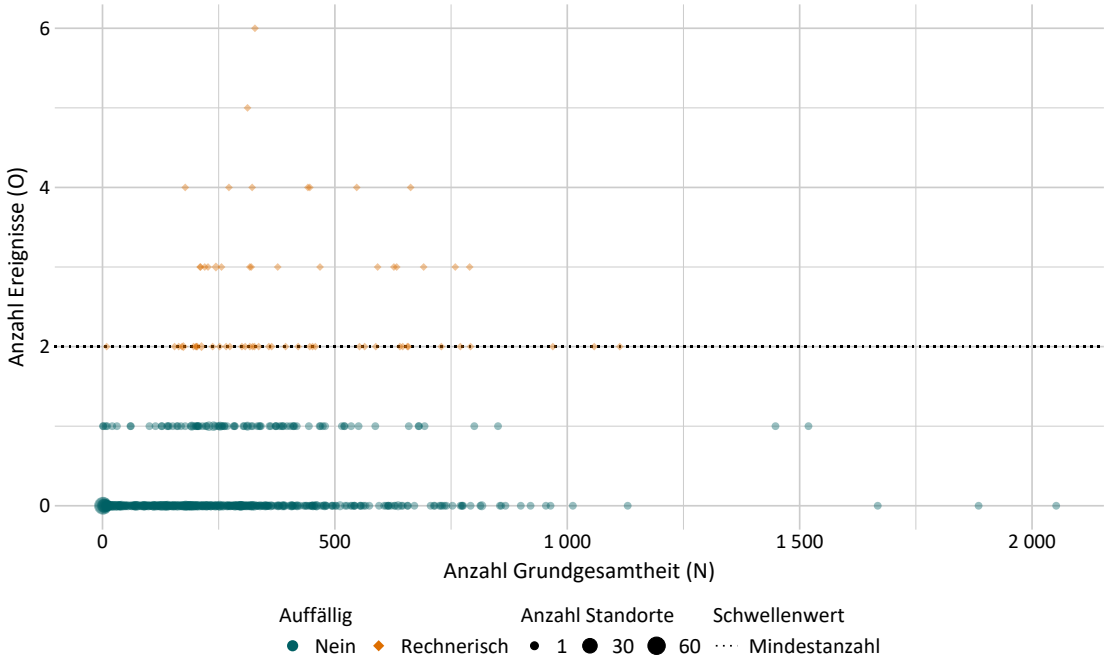
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	261 / 19.134	1,36	5,92 % 41 / 692

851912: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dokumentationsprüfung, ob die Datenfelder zur "intraoperative Komplikation" korrekt ausgefüllt wurden. Nicht angegebene Organverletzungen fallen aus dem Zähler des Qualitätsindikators zur Messung der Organverletzungen bei laparoskopischer Operation **Hypothese** Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Fälle, bei denen einer der Codes S36.4, S36.5, S37.1, S37.2, S37.3, S37.6 bei Entlassung, aber nicht bei Aufnahme vorlag und die zugehörige Komplikation für keine OP im QS-Bogen dokumentiert ist
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

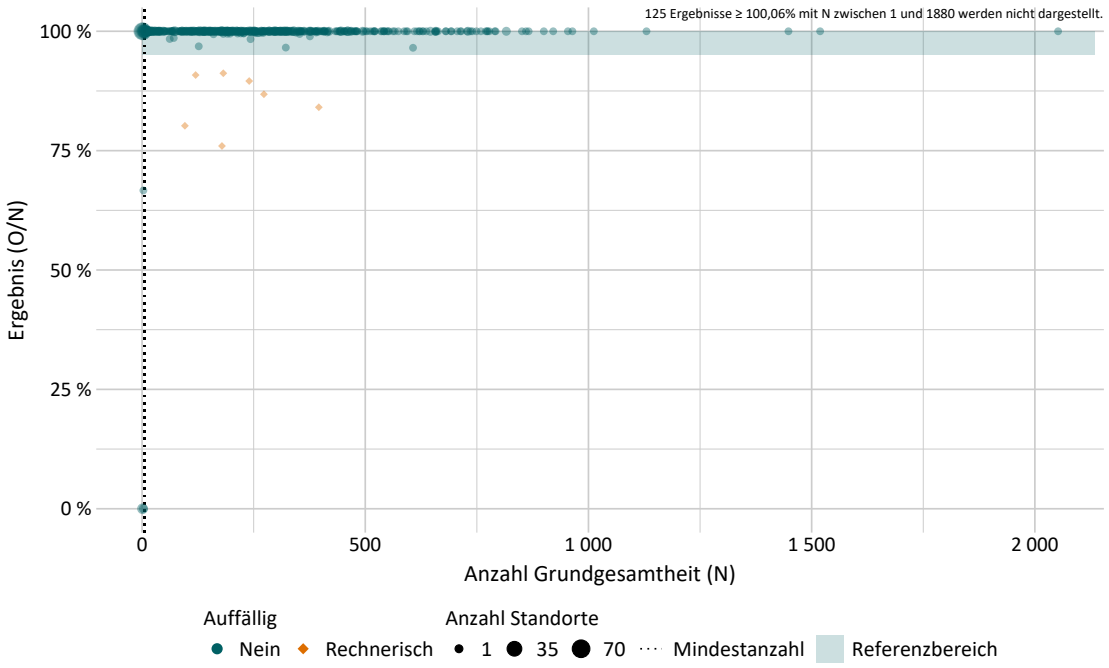
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	271 / 199.943	0,00	7,36 % 68 / 924

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	940	7	0,00	364,00	100,00

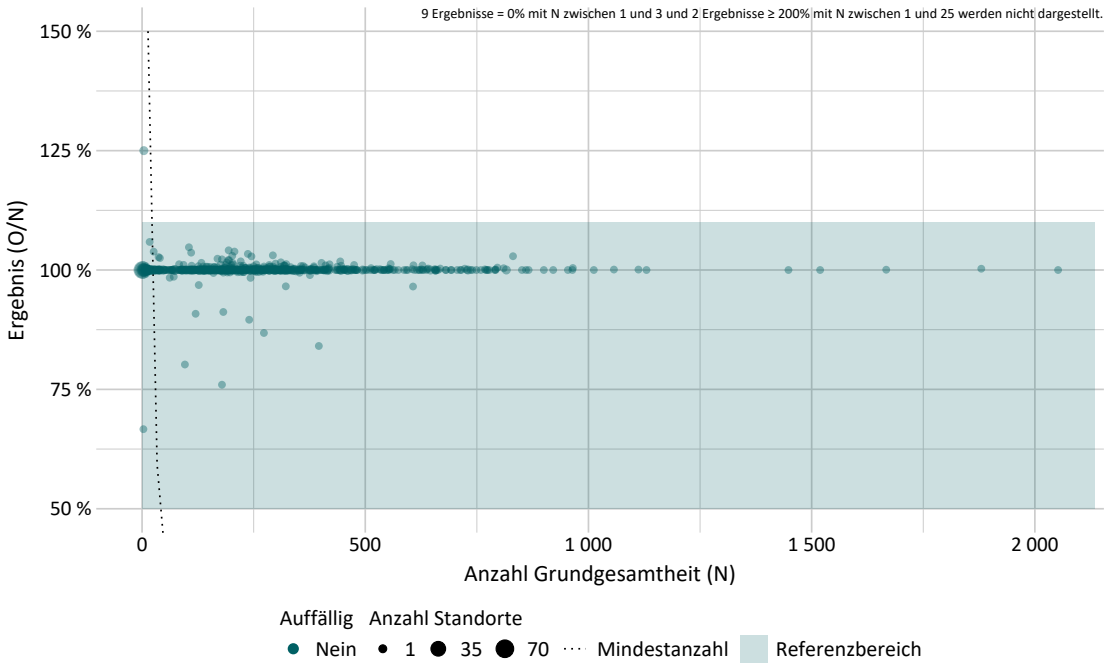
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	200.302 / 199.907	100,20	0,74 % 7 / 940

850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	940	1	0,00	364,00	100,00

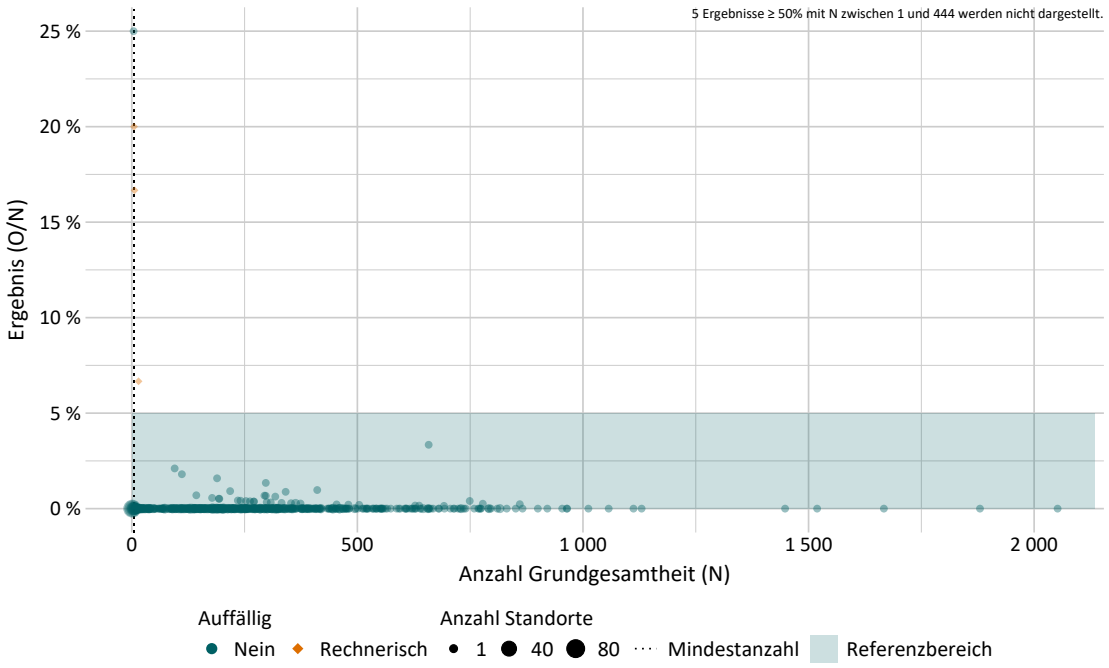
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	200.302 / 199.907	100,20	0,11 % 1 / 940

850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	940	4	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	359 / 199.907	0,18	0,43 % 4 / 940

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	**N = 199.943**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen)	527	0,26
1. Quartal	53.258	26,64
2. Quartal	49.244	24,63
3. Quartal	48.755	24,38
4. Quartal	48.159	24,09

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	**N = 199.943**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	4.344	2,17
20 - 29 Jahre	23.947	11,98
30 - 39 Jahre	46.010	23,01
40 - 49 Jahre	49.210	24,61
50 - 59 Jahre	31.547	15,78
60 - 69 Jahre	25.205	12,61
70 - 79 Jahre	14.517	7,26
≥ 80 Jahre	5.163	2,58

Stationärer Aufenthalt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	**N = 199.943**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	57.861	28,94
2 - 3 Tage	91.598	45,81
4 - 6 Tage	32.893	16,45
7 - 10 Tage	9.426	4,71
11 - 14 Tage	3.463	1,73
15 - 20 Tage	2.216	1,11
> 20 Tage	2.486	1,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit offen chirurgischem (abdominalem) Operationszugang	**N = 21.409**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	861	4,02
2 - 3 Tage	3.765	17,59
4 - 6 Tage	6.726	31,42
7 - 10 Tage	4.924	23,00
11 - 14 Tage	2.120	9,90
15 - 20 Tage	1.402	6,55
> 20 Tage	1.611	7,52

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit vaginalem, laparoskopisch assistiertem Operationszugang	**N = 6.019**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	151	2,51
2 - 3 Tage	3.261	54,18
4 - 6 Tage	2.240	37,22
7 - 10 Tage	238	3,95
11 - 14 Tage	55	0,91
15 - 20 Tage	33	0,55
> 20 Tage	41	0,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit endoskopischem (laparoskopischem) Operationszugang	**N = 159.293**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	49.968	31,37
2 - 3 Tage	80.484	50,53
4 - 6 Tage	22.567	14,17
7 - 10 Tage	3.855	2,42
11 - 14 Tage	1.063	0,67
15 - 20 Tage	653	0,41
> 20 Tage	703	0,44

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 2.690**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	169	6,28
2 - 3 Tage	944	35,09
4 - 6 Tage	957	35,58
7 - 10 Tage	358	13,31
11 - 14 Tage	112	4,16
15 - 20 Tage	78	2,90
> 20 Tage	72	2,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Umsteigen vaginal – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 82**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	≤3	x
2 - 3 Tage	28	34,15
4 - 6 Tage	29	35,37
7 - 10 Tage	16	19,51
11 - 14 Tage	5	6,10
15 - 20 Tage	≤3	x
> 20 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit vaginalem Operationszugang	**N = 4.726**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	169	3,58
2 - 3 Tage	2.440	51,63
4 - 6 Tage	1.771	37,47
7 - 10 Tage	237	5,01
11 - 14 Tage	60	1,27
15 - 20 Tage	27	0,57
> 20 Tage	22	0,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit sonstigem Operationszugang	**N = 2.189**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	615	28,10
2 - 3 Tage	1.090	49,79
4 - 6 Tage	332	15,17
7 - 10 Tage	95	4,34
11 - 14 Tage	34	1,55
15 - 20 Tage	10	0,46
> 20 Tage	13	0,59

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit nicht näher bezeichnetem Operationszugang	**N = 660**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	240	36,36
2 - 3 Tage	267	40,45
4 - 6 Tage	95	14,39
7 - 10 Tage	37	5,61
11 - 14 Tage	7	1,06
15 - 20 Tage	9	1,36
> 20 Tage	5	0,76

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 200.342**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normale, gesunde Patientin	62.480	31,19
(2) Patientin mit leichter Allgemeinerkrankung	115.980	57,89
(3) Patientin mit schwerer Allgemeinerkrankung	21.165	10,56
(4) Patientin mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	671	0,33
(5) moribunde Patientin, von der nicht erwartet wird, dass sie ohne Operation überlebt	46	0,02

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 200.342**	
Operation nach Organgebieten[2]		
Adnexe	176.878	88,29
Zervix	2.387	1,19
Corpus uteri	85.086	42,47
Angaben zur Operation		
Voroperation im OP-Gebiet	91.101	45,47

[2] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 200.342**	
Operationszugang[3]		
Offen chirurgisch (abdominal)	21.460	10,71
Vaginal, laparoskopisch assistiert	6.022	3,01
Endoskopisch (laparoskopisch)	159.557	79,64
Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch	2.693	1,34
Umsteigen vaginal – offen chirurgisch	82	0,04
Vaginal	4.728	2,36
Sonstige	2.189	1,09
Nicht näher bezeichnet	661	0,33

[3] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 200.342**	
Operationen mit mind. einer Anwendung eines OP-Roboters[4]		
5-987.0 - Komplexer OP-Roboter	7.760	3,87
5-987.1 - Roboterarm	75	0,04
5-987.x - Sonstige	90	0,04

[4] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 200.342**	
Intraoperative Komplikationen[5]		
Operationen mit mind. einer intraoperativen Komplikation	3.347	1,67
Blase	931	0,46
Harnleiter	306	0,15
Urethra	22	0,01
Darm	870	0,43
Uterus	318	0,16
Gefäß-/Nervenläsion	314	0,16
Lagerungsschaden	31	0,02
andere Organverletzungen	184	0,09
andere intraoperative Komplikationen	544	0,27

[5] Mehrfachnennung möglich

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 200.342**	
postoperative Histologie		
(0) nein	8.456	4,22
(1) ja	191.886	95,78
davon: Adnexe		
(01) Normalbefund	6.545	3,41
(02) Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste	13.401	6,98
(03) seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)	22.299	11,62
(04) Dermoid (z.B. benignes Teratom)	7.193	3,75
(05) Endometriose	11.872	6,19
(06) andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)	15.007	7,82
(07) Entzündung	2.801	1,46
(08) Extrauteringravidität	8.283	4,32
(09) Stieldrehung	1.122	0,58
(10) Borderline-Veränderungen	2.083	1,09
(11) primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome	6.607	3,44
(19) Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 02 - 11 nicht erfasst sind	2.007	1,05
davon: Cervix uteri		
(20) Ektopie	70	0,04
(21) Dysplasie	1.592	0,83
(22) Carcinoma in situ	1.677	0,87
(23) Invasives Karzinom Ia	599	0,31
(24) Invasives Karzinom > Ia	1.457	0,76

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 200.342**	
(28) histologisch Normalbefund	821	0,43
(29) Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind	810	0,42
davon: Corpus uteri		
(30) Myom	39.929	20,81
(31) primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive	9.670	5,04
(38) histologisch Normalbefund	6.890	3,59
(39) Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind	9.630	5,02
davon: Vagina/Vulva		
(70) Entzündliche Veränderungen	50	0,03
(71) Benigne Neoplasien	43	0,02
(72) Maligne Neoplasien	192	0,10
(78) Histologisch Normalbefund	56	0,03
(79) Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 – 72 nicht erfasst sind	78	0,04
davon: Andere Lokalisationen		
(80) Endometriose anderer Lokalisationen	14.420	7,51
(81) Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen	4.682	2,44

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Operationen	**N = 200.342**	
Assistierte Blasenentleerung		
(0) nein	68.233	34,06
(1) ja	132.109	65,94
davon		
wiederholte Einmalkatheterisierung	3.466	2,62
transurethraler Dauerkatheter	128.889	97,56
suprapubischer Dauerkatheter	727	0,55
davon: Dauer der assistierten Blasenentleerung		
(1) ≤ 12 Stunden	49.635	37,57
(2) > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden	62.357	47,20
(3) > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden	6.698	5,07
(4) > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden	5.410	4,10
(5) > 48 Stunden	8.009	6,06

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	**N = 199.943**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[6]		
(D25.-) Uterusmyom	46.286	23,15
(D26.-) Sonstige gutartige Neubildung des Uterus	278	0,14
(D27) Gutartige Neubildung des Ovars	29.256	14,63
(C53.-) Bösartige Neubildung der Cervix uteri	2.161	1,08
(C54.-) Bösartige Neubildung des Corpus uteri	10.077	5,04
(C56) Bösartige Neubildung des Ovars	6.930	3,47
(N70.-) Salpingitis bzw. Oophoritis	7.752	3,88
(N71.-) Entzündliche Erkrankungen des Uterus, ausgenommen der Zervix	467	0,23
(N72) Entzündliche Erkrankungen der Cervix uteri	2.294	1,15
(N73.-) Sonstige entzündliche Erkrankungen im weiblichen Becken	29.999	15,00
(N80.-) Endometriose	50.187	25,10
(N81.-) Genitalprolaps	14.546	7,28
(N83.-) Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	56.286	28,15
(N87.-) Dysplasie der Cervix uteri	2.440	1,22
(N92.-) Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	18.212	9,11

[6] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	**N = 199.943**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	180.744	90,40
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	16.556	8,28
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	179	0,09
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.184	0,59
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	7	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	436	0,22
(07) Tod	317	0,16
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[7]	19	0,01
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	84	0,04
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	227	0,11
(11) Entlassung in ein Hospiz	11	0,01
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	9	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	35	0,02
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	70	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[8]	24	0,01
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[9]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	18	0,01
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[10]		
(1) ja	20	0,01

[7] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[8] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[9] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[10] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Ovar- und Adnexeingriffe: Organerhaltend (benigner Befund)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 129.704**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen)	202	0,16
1. Quartal	34.327	26,47
2. Quartal	32.072	24,73
3. Quartal	31.530	24,31
4. Quartal	31.573	24,34

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 129.704**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	4.019	3,10
20 - 29 Jahre	22.211	17,12
30 - 39 Jahre	41.772	32,21
40 - 49 Jahre	40.364	31,12
50 - 59 Jahre	14.430	11,13
60 - 69 Jahre	4.380	3,38
70 - 79 Jahre	1.940	1,50
≥ 80 Jahre	588	0,45

Stationärer Aufenthalt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 129.704**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	37.883	29,21
2 - 3 Tage	66.198	51,04
4 - 6 Tage	19.871	15,32
7 - 10 Tage	3.649	2,81
11 - 14 Tage	929	0,72
15 - 20 Tage	580	0,45
> 20 Tage	594	0,46

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und offen chirurgischem (abdominalem) Operationszugang	**N = 8.527**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	624	7,32
2 - 3 Tage	2.693	31,58
4 - 6 Tage	3.385	39,70
7 - 10 Tage	1.094	12,83
11 - 14 Tage	299	3,51
15 - 20 Tage	209	2,45
> 20 Tage	223	2,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und vaginalem, laparoskopisch assistiertem Operationszugang	**N = 3.514**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	99	2,82
2 - 3 Tage	2.097	59,68
4 - 6 Tage	1.181	33,61
7 - 10 Tage	81	2,31
11 - 14 Tage	25	0,71
15 - 20 Tage	16	0,46
> 20 Tage	15	0,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und endoskopischem (laparoskopischem) Operationszugang	**N = 106.442**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	30.177	28,35
2 - 3 Tage	57.935	54,43
4 - 6 Tage	14.650	13,76
7 - 10 Tage	2.383	2,24
11 - 14 Tage	597	0,56
15 - 20 Tage	349	0,33
> 20 Tage	351	0,33

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 1.229**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	61	4,96
2 - 3 Tage	450	36,62
4 - 6 Tage	494	40,20
7 - 10 Tage	146	11,88
11 - 14 Tage	35	2,85
15 - 20 Tage	26	2,12
> 20 Tage	17	1,38

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und Umsteigen vaginal – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 52**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	≤3	x
2 - 3 Tage	22	42,31
4 - 6 Tage	17	32,69
7 - 10 Tage	9	17,31
11 - 14 Tage	≤3	x
15 - 20 Tage	≤3	x
> 20 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und vaginalem Operationszugang	**N = 3.429**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	122	3,56
2 - 3 Tage	1.898	55,35
4 - 6 Tage	1.210	35,29
7 - 10 Tage	141	4,11
11 - 14 Tage	33	0,96
15 - 20 Tage	11	0,32
> 20 Tage	14	0,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und sonstigem Operationszugang	**N = 1.774**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	508	28,64
2 - 3 Tage	929	52,37
4 - 6 Tage	254	14,32
7 - 10 Tage	58	3,27
11 - 14 Tage	15	0,85
15 - 20 Tage	6	0,34
> 20 Tage	4	0,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und nicht näher bezeichnetem Operationszugang	**N = 563**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	206	36,59
2 - 3 Tage	226	40,14
4 - 6 Tage	88	15,63
7 - 10 Tage	28	4,97
11 - 14 Tage	5	0,89
15 - 20 Tage	6	1,07
> 20 Tage	4	0,71

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 129.940**	
Angaben zur Operation[11]		
Voroperation im OP-Gebiet	55.748	42,90

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 129.940**	
Eingriffe (nach OPS)[12]		
5-650 - Inzision des Ovars	2.171	1,67
5-651 - Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	44.572	34,30
5-652.5 - Partielle Ovariektomie	1.074	0,83
5-653 - Salpingoovariektomie	0	0,00
5-656 - Plastische Rekonstruktion des Ovars	6.035	4,64
5-657 - Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	24.790	19,08
5-658 - Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	2.292	1,76
5-659 - Andere Operationen am Ovar	1.224	0,94
5-660 - Salpingotomie	2.055	1,58
5-661 - Salpingektomie	57.932	44,58
5-663 - Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	698	0,54
5-665 - Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina	3.316	2,55
5-666 - Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina	485	0,37
5-667 - Insufflation der Tubae uterinae	19.656	15,13
5-669 - Andere Operationen an der Tuba uterina	382	0,29
5-744.0 - Operationen bei Extrauteringravidität - Salpingotomie	2.809	2,16
5-744.1 - Operationen bei Extrauteringravidität - Salpingotomie mit Rekonstruktion	228	0,18
5-744.2 - Operationen bei Extrauteringravidität - Partielle Salpingektomie	319	0,25
5-744.3 - Operationen bei Extrauteringravidität - Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion	10	0,01

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 129.940**	

[11] Mehrfachnennung möglich
[12] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 129.940**	
Operationszugang[13]		
Offen chirurgisch (abdominal)	8.537	6,57
Vaginal, laparoskopisch assistiert	3.517	2,71
Endoskopisch (laparoskopisch)	106.627	82,06
Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch	1.230	0,95
Umsteigen vaginal – offen chirurgisch	52	0,04
Vaginal	3.431	2,64
Sonstige	1.774	1,37
Nicht näher bezeichnet	564	0,43

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 129.940**	
Operationen mit mind. einer Anwendung eines OP-Roboters[14]		
5-987.0 - Komplexer OP-Roboter	4.450	3,42
5-987.1 - Roboterarm	43	0,03
5-987.x - Sonstige	52	0,04

[14] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (organerhaltende Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 129.940**	
Intraoperative Komplikationen[15]		
Operationen mit mind. einer intraoperativen Komplikation	1.690	1,30
Blase	491	0,38
Harnleiter	150	0,12
Urethra	10	0,01
Darm	357	0,27
Uterus	190	0,15
Gefäß-/Nervenläsion	146	0,11
Lagerungsschaden	18	0,01
andere Organverletzungen	72	0,06
andere intraoperative Komplikationen	315	0,24

[15] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Assistierte Blasenentleerung		
(0) nein	47.357	36,45
(1) ja	82.583	63,55
davon		
wiederholte Einmalkatheterisierung	2.403	2,91
transurethraler Dauerkatheter	80.522	97,50
suprapubischer Dauerkatheter	305	0,37
davon: Dauer der assistierten Blasenentleerung		
(1) ≤ 12 Stunden	34.348	41,59
(2) > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden	40.303	48,80
(3) > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden	3.058	3,70
(4) > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden	2.498	3,02
(5) > 48 Stunden	2.376	2,88

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 129.704**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[16]		
(D27) Gutartige Neubildung des Ovars	10.695	8,25
(D39.1) Unsichere Neubildung am Ovar	943	0,73
(N70.-) Salpingitis bzw. Oophoritis	5.680	4,38
(N73.-) Sonstige entzündliche Erkrankungen im weiblichen Becken	21.723	16,75
(N83.0 - N83.2) Ovarialzysten	27.085	20,88
(N80.1 - N80.3, N80.8 - N80.9) Endometriose	30.632	23,62
(N83.4) Prolaps oder Hernie des Ovars und der Tuba uterina	12	0,01
(N97.-) Sterilität der Frau	10.472	8,07
(O00.-) Extrauteringravidität	6.859	5,29

[16] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit organerhaltenden Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 129.704**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	119.943	92,47
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	8.381	6,46
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	94	0,07
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	920	0,71
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	6	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	146	0,11
(07) Tod	46	0,04
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[17]	11	0,01
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	16	0,01
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	35	0,03
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	9	0,01
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	26	0,02
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	44	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[18]	8	0,01
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[19]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	5	0,00
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[20]		
(1) ja	11	0,01

[17] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[18] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[19] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[20] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Ovar- und Adnexeingriffe: Ablativ (benigner Befund)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 101.458**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen)	213	0,21
1. Quartal	27.900	27,50
2. Quartal	24.651	24,30
3. Quartal	23.700	23,36
4. Quartal	24.994	24,63

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 101.458**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	281	0,28
20 - 29 Jahre	2.401	2,37
30 - 39 Jahre	14.692	14,48
40 - 49 Jahre	33.628	33,14
50 - 59 Jahre	23.136	22,80
60 - 69 Jahre	16.252	16,02
70 - 79 Jahre	8.615	8,49
≥ 80 Jahre	2.453	2,42

Stationärer Aufenthalt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 101.458**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	24.022	23,68
2 - 3 Tage	52.411	51,66
4 - 6 Tage	18.647	18,38
7 - 10 Tage	3.774	3,72
11 - 14 Tage	1.073	1,06
15 - 20 Tage	713	0,70
> 20 Tage	818	0,81

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und offen chirurgischem (abdominalem) Operationszugang	**N = 9.999**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	290	2,90
2 - 3 Tage	2.256	22,56
4 - 6 Tage	4.167	41,67
7 - 10 Tage	1.870	18,70
11 - 14 Tage	589	5,89
15 - 20 Tage	380	3,80
> 20 Tage	447	4,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und vaginalem, laparoskopisch assistiertem Operationszugang	**N = 3.329**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	84	2,52
2 - 3 Tage	1.994	59,90
4 - 6 Tage	1.119	33,61
7 - 10 Tage	82	2,46
11 - 14 Tage	22	0,66
15 - 20 Tage	16	0,48
> 20 Tage	12	0,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und endoskopischem (laparoskopischem) Operationszugang	**N = 88.032**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	23.806	27,04
2 - 3 Tage	48.088	54,63
4 - 6 Tage	13.170	14,96
7 - 10 Tage	1.828	2,08
11 - 14 Tage	465	0,53
15 - 20 Tage	315	0,36
> 20 Tage	360	0,41

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 1.595**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	106	6,65
2 - 3 Tage	631	39,56
4 - 6 Tage	561	35,17
7 - 10 Tage	179	11,22
11 - 14 Tage	49	3,07
15 - 20 Tage	36	2,26
> 20 Tage	33	2,07

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und Umsteigen vaginal – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 47**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	0	0,00
2 - 3 Tage	18	38,30
4 - 6 Tage	16	34,04
7 - 10 Tage	10	21,28
11 - 14 Tage	≤3	x
15 - 20 Tage	0	0,00
> 20 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und vaginalem Operationszugang	**N = 3.123**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	81	2,59
2 - 3 Tage	1.716	54,95
4 - 6 Tage	1.140	36,50
7 - 10 Tage	137	4,39
11 - 14 Tage	28	0,90
15 - 20 Tage	11	0,35
> 20 Tage	10	0,32

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und sonstigem Operationszugang	**N = 964**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	166	17,22
2 - 3 Tage	539	55,91
4 - 6 Tage	184	19,09
7 - 10 Tage	45	4,67
11 - 14 Tage	16	1,66
15 - 20 Tage	8	0,83
> 20 Tage	6	0,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund) und nicht näher bezeichnetem Operationszugang	**N = 189**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	53	28,04
2 - 3 Tage	94	49,74
4 - 6 Tage	27	14,29
7 - 10 Tage	8	4,23
11 - 14 Tage	≤3	x
15 - 20 Tage	≤3	x
> 20 Tage	≤3	x

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (ablative Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 101.541**	
Angaben zur Operation[21]		
Voroperation im OP-Gebiet	51.041	50,27

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (ablative Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 101.541**	
Eingriffe (nach OPS)[22]		
5-652.4 - Restovariektomie	214	0,20
5-652.6 - Totale Ovariektomie	3.296	3,15
5-652.y - nicht näher bezeichnete Ovariektomie	37	0,04
5-653 - Salpingoovariektomie	40.312	38,50
5-661.4 - Restsalpingektomie	3.706	3,54
5-661.6 - Totale Salpingektomie	55.516	53,02
5-661.y - nicht näher bezeichnete Salpingektomie	82	0,08
5-744.4 - Operationen bei Extrauteringravidität - Totale Salpingektomie	2.425	2,32

[21] Mehrfachnennung möglich
[22] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (ablative Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 101.541**	
Operationszugang[23]		
Offen chirurgisch (abdominal)	10.013	9,86
Vaginal, laparoskopisch assistiert	3.331	3,28
Endoskopisch (laparoskopisch)	88.097	86,76
Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch	1.596	1,57
Umsteigen vaginal – offen chirurgisch	47	0,05
Vaginal	3.125	3,08
Sonstige	964	0,95
Nicht näher bezeichnet	189	0,19

[23] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (ablative Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 101.541**	
Operationen mit mind. einer Anwendung eines OP-Roboters[24]		
5-987.0 - Komplexer OP-Roboter	4.745	4,67
5-987.1 - Roboterarm	51	0,05
5-987.x - Sonstige	67	0,07

[24] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (ablative Ovar- und Adnexeingriffe bei benignem Befund)	**N = 101.541**	
Intraoperative Komplikationen[25]		
Operationen mit mind. einer intraoperativen Komplikation	1.711	1,69
Blase	488	0,48
Harnleiter	177	0,17
Urethra	11	0,01
Darm	441	0,43
Uterus	142	0,14
Gefäß-/Nervenläsion	144	0,14
Lagerungsschaden	15	0,01
andere Organverletzungen	72	0,07
andere intraoperative Komplikationen	289	0,28

[25] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Assistierte Blasenentleerung		
(0) nein	30.045	29,59
(1) ja	71.496	70,41
davon		
wiederholte Einmalkatheterisierung	1.417	1,98
transurethraler Dauerkatheter	70.135	98,10
suprapubischer Dauerkatheter	362	0,51
davon: Dauer der assistierten Blasenentleerung		
(1) ≤ 12 Stunden	23.353	32,66
(2) > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden	38.417	53,73
(3) > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden	3.472	4,86
(4) > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden	3.144	4,40
(5) > 48 Stunden	3.110	4,35

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 101.458**	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)[26]		
(D27) Gutartige Neubildung des Ovars	18.158	17,90
(D39.1) Unsichere Neubildung am Ovar	3.730	3,68
(N70.-) Salpingitis bzw. Oophoritis	4.842	4,77
(N73.-) Sonstige entzündliche Erkrankungen im weiblichen Becken	12.662	12,48
(N83.0 - N83.2) Ovarialzysten	19.125	18,85
(N80.1 - N80.3, N80.8 - N80.9) Endometriose	8.304	8,18
(N83.4) Prolaps oder Hernie des Ovars und der Tuba uterina	6	0,01
(N97.-) Sterilität der Frau	462	0,46
(O00.-) Extrauteringravidität	4.053	3,99

[26] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ablativen Ovar- und Adnexeingriffen (benigner Befund)	**N = 101.458**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	92.845	91,51
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	7.435	7,33
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	87	0,09
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	604	0,60
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	5	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	189	0,19
(07) Tod	102	0,10
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[27]	6	0,01
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	35	0,03
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	80	0,08
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	16	0,02
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	22	0,02
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[28]	9	0,01
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[29]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	6	0,01
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[30]		
(1) ja	12	0,01

[27] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[28] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[29] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[30] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Ovar- und Adnexeingriffe: Eingriffe bei Ovarialkarzinom

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom	**N = 8.548**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen)	125	1,46
1. Quartal	2.198	25,71
2. Quartal	2.119	24,79
3. Quartal	2.243	26,24
4. Quartal	1.863	21,79

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom	**N = 8.548**	
Altersverteilung		
< 20 Jahre	71	0,83
20 - 29 Jahre	286	3,35
30 - 39 Jahre	603	7,05
40 - 49 Jahre	1.094	12,80
50 - 59 Jahre	1.797	21,02
60 - 69 Jahre	2.334	27,30
70 - 79 Jahre	1.587	18,57
≥ 80 Jahre	776	9,08

Stationärer Aufenthalt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom	**N = 8.548**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	873	10,21
2 - 3 Tage	1.558	18,23
4 - 6 Tage	1.178	13,78
7 - 10 Tage	2.016	23,58
11 - 14 Tage	1.247	14,59
15 - 20 Tage	815	9,53
> 20 Tage	861	10,07

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und offen chirurgischem (abdominalem) Operationszugang	**N = 4.774**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	19	0,40
2 - 3 Tage	103	2,16
4 - 6 Tage	573	12,00
7 - 10 Tage	1.661	34,79
11 - 14 Tage	1.042	21,83
15 - 20 Tage	674	14,12
> 20 Tage	702	14,70

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und vaginalem, laparoskopisch assistiertem Operationszugang	**N = 62**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	≤3	x
2 - 3 Tage	28	45,16
4 - 6 Tage	21	33,87
7 - 10 Tage	4	6,45
11 - 14 Tage	≤3	x
15 - 20 Tage	≤3	x
> 20 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und endoskopischem (laparoskopischem) Operationszugang	**N = 3.259**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	856	26,27
2 - 3 Tage	1.412	43,33
4 - 6 Tage	543	16,66
7 - 10 Tage	213	6,54
11 - 14 Tage	81	2,49
15 - 20 Tage	72	2,21
> 20 Tage	82	2,52

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 198**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	10	5,05
2 - 3 Tage	54	27,27
4 - 6 Tage	52	26,26
7 - 10 Tage	35	17,68
11 - 14 Tage	17	8,59
15 - 20 Tage	14	7,07
> 20 Tage	16	8,08

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und Umsteigen vaginal – offen chirurgisch beim Operationszugang	**N = 4**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	0	0,00
2 - 3 Tage	0	0,00
4 - 6 Tage	≤3	x
7 - 10 Tage	≤3	x
11 - 14 Tage	≤3	x
15 - 20 Tage	0	0,00
> 20 Tage	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und vaginalem Operationszugang	**N = 27**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	≤3	x
2 - 3 Tage	10	37,04
4 - 6 Tage	6	22,22
7 - 10 Tage	4	14,81
11 - 14 Tage	≤3	x
15 - 20 Tage	≤3	x
> 20 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und sonstigem Operationszugang	**N = 46**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	5	10,87
2 - 3 Tage	10	21,74
4 - 6 Tage	13	28,26
7 - 10 Tage	11	23,91
11 - 14 Tage	4	8,70
15 - 20 Tage	0	0,00
> 20 Tage	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom und nicht näher bezeichnetem Operationszugang	**N ≤3**	
Stationärer Aufenthalt		
≤ 1 Tag	≤3	x
2 - 3 Tage	≤3	x
4 - 6 Tage	0	0,00
7 - 10 Tage	≤3	x
11 - 14 Tage	0	0,00
15 - 20 Tage	0	0,00
> 20 Tage	0	0,00

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (Ovar- und Adnexeingriffe bei Ovarialkarzinom)	**N = 8.591**	
Angaben zur Operation[31]		
Voroperation im OP-Gebiet	4.647	54,09

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (Ovar- und Adnexeingriffe bei Ovarialkarzinom)	**N = 8.591**	
Eingriffe (nach OPS)[32]		
5-650 - Inzision des Ovars	19	0,22
5-651 - Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	559	6,51
5-652 - Ovariektomie	473	5,51
5-653 - Salpingoovariektomie	4.266	49,66
5-656 - Plastische Rekonstruktion des Ovars	54	0,63
5-657 - Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	1.285	14,96
5-658 - Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	108	1,26
5-659 - Andere Operationen am Ovar	14	0,16
5-680 - Inzision des Uterus [Hysterotomie]	0	0,00
5-681 - Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	113	1,32
5-682 - Subtotale Uterusexstirpation	49	0,57
5-683 - Uterusexstirpation [Hysterektomie]	3.269	38,05
5-684 - Zervixstumpfexstirpation	27	0,31
5-685 - Radikale Uterusexstirpation	551	6,41
5-686 - Radikale Zervixstumpfexstirpation	8	0,09
5-687 - Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens	88	1,02
5-689 - Andere Inzision und Exzision des Uterus	0	0,00

[31] Mehrfachnennung möglich
[32] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (Ovar- und Adnexeingriffe bei Ovarialkarzinom)	**N = 8.591**	
Operationen mit mind. einer Anwendung eines OP-Roboters[33]		
5-987.0 - Komplexer OP-Roboter	159	1,85
5-987.1 - Roboterarm	0	0,00
5-987.x - Sonstige	0	0,00

[33] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen (Ovar- und Adnexeingriffe bei Ovarialkarzinom)	**N = 8.591**	
Intraoperative Komplikationen[34]		
Operationen mit mind. einer intraoperativen Komplikation	400	4,66
Blase	127	1,48
Harnleiter	43	0,50
Urethra	≤3	x
Darm	120	1,40
Uterus	8	0,09
Gefäß-/Nervenläsion	51	0,59
Lagerungsschaden	≤3	x
andere Organverletzungen	46	0,54
andere intraoperative Komplikationen	49	0,57

[34] Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Assistierte Blasenentleerung		
(0) nein	1.326	15,43
(1) ja	7.265	84,57
davon		
wiederholte Einmalkatheterisierung	74	1,02
transurethraler Dauerkatheter	7.184	98,89
suprapubischer Dauerkatheter	63	0,87
davon: Dauer der assistierten Blasenentleerung		
(1) ≤ 12 Stunden	1.164	16,02
(2) > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden	2.119	29,17
(3) > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden	892	12,28
(4) > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden	650	8,95
(5) > 48 Stunden	2.440	33,59

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom	**N = 8.548**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	6.320	73,94
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.906	22,30
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	9	0,11
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	31	0,36
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	82	0,96
(07) Tod	105	1,23
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[35]	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	18	0,21
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	48	0,56
(11) Entlassung in ein Hospiz	10	0,12
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	9	0,11
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[36]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[37]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	4	0,05

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Ovar- und Adnexeingriffen bei Ovarialkarzinom	**N = 8.548**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[38]		
(1) ja	0	0,00

[35] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[36] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[37] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[38] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Dekubitusprophylaxe

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 5
1 Hintergrund 6
2 Einordnung der Ergebnisse 10
2.1 Datengrundlage 10
2.1.1 Überblick 10
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 10
2.1.3 Risikostatistik 11
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 11
2.2.1 Überblick 11
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 13
2.2.3 Detailergebnisse 15
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 19
2.3.1 Überblick 19
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 20
2.3.3 Detailergebnisse 23
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 27
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 27
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 29
4 Evaluation 31
5 Ausblick 33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – DEK 7
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – DEK 8
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - DEK 10
Tabelle 4: Anzahl Fälle mit und ohne Dekubitus in der Risikostatistik (AJ 2026, EJ 2025) - RST 11
Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - DEK 13
Tabelle 6: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – DEK 14
Tabelle 7: QI 52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 15
Tabelle 8: TKez 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 16
Tabelle 9: TKez 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 17
Tabelle 10: TKez 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet 17
Tabelle 11: QI 52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 18
Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - DEK 20
Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – DEK 21
Tabelle 14: AK 850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 23
Tabelle 15: AK 851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik 24
Tabelle 16: AK 850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 24
Tabelle 17: AK 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 25
Tabelle 18: AK 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 25
Tabelle 19: AK 851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik 25
Tabelle 20: AK 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik 26
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK 27
Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK 29

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
POA	Present on Admission
QS	Qualitätssicherung
QS DEK	QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
RST	Risikostatistik
STNV	Stellungnahmeverfahren

1 Hintergrund

Ein Dekubitus, auch als Dekubitalulcus, Druckgeschwür oder Wundliegen bezeichnet, gilt als ernstzunehmende Komplikation in der medizinischen Versorgung und tritt häufig bei zu pflegenden Patientinnen und Patienten auf. Er kann im Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge von Bewegungseinschränkungen entstehen. Risikofaktoren für das Entstehen eines Dekubitalulcus sind u. a. eine eingeschränkte Mobilität (z. B. im Rahmen von Querschnittslähmungen), Mangelernährung und starkes Übergewicht.

Dekubitalulcera werden gemäß ICD-10-GM in die folgenden vier Stadien unterteilt, die unterschiedliche Schweregrade widerspiegeln:

- Dekubitus, Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet: Dekubitus ohne Angabe eines Stadiums oder einer Kategorie
- Stadium 1: Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
- Stadium 2: Dekubitus mit Vorliegen einer Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung der Oberhaut (Epidermis) und/oder Lederhaut (Dermis)
- Stadium 3: Dekubitus mit Verlust aller Hautschichten und mit Schädigung oder Absterben (Nekrose) des unter der Haut liegenden (subkutanen) Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann
- Stadium 4: Dekubitus mit Absterben (Nekrose) von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)

Gegenstand des QS-Verfahrens *Dekubitusprophylaxe* (*QS DEK*) ist die Erfassung von Dekubitalulcera der Stadien/Kategorien[1] 2, 3 und 4 oder eines nicht näher bezeichneten Stadiums bzw. einer nicht näher bezeichneten Kategorie bei Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren, welche während eines vollstationären Aufenthalts neu aufgetreten sind oder deren Auftreten aufgrund fehlender Dokumentation zeitlich nicht zuordenbar ist. Da in der Praxis oft Unsicherheit bei der Abgrenzung eines Dekubitus Stadium/Kategorie 1 von einer Hautrötung besteht, werden diese nicht im QS-Verfahren betrachtet.

Ein Dekubitus kann in der Regel durch eine angemessene Dekubitusprophylaxe vermieden werden. Ausnahmefälle sind im „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ beschrieben und beziehen sich auf Patientinnen und Patienten, deren Verletzung einer Mobilisation zur Druckentlastung bzw. –verteilung überwiegend entgegensteht (beispielsweise bei Verletzungen der Wirbelsäule). Zudem können andere Pflegeziele in der medizinisch-pflegerischen Versorgung höher priorisiert sein – beispielsweise bei Patientinnen und Patienten, die sich in den letzten Wochen ihres Lebens befinden (terminale Lebensphase).

Für die Betroffenen ist ein Dekubitus oft sehr schmerzhaft und geht in vielen Fällen mit einem hohen Leidensdruck und einer eingeschränkten Lebensqualität einher. Neben einer aufwendigen Wundversorgung können im Extremfall Operationen zur plastischen Deckung der entstandenen

[1] Der Begriff „Stadium“ wird in der ICD-10-GM verwendet, der Begriff „Kategorie“ im „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“.

Haut- und Weichteildefekte erforderlich sein. Aus ethischer, medizinisch-pflegerischer und ökonomischer Perspektive muss es daher ein zentrales Anliegen sein, Druckgeschwüren konsequent durch eine adäquat durchgeführte Dekubitusprophylaxe vorzubeugen. Ziel des Verfahrens *QS DEK* ist in diesem Zusammenhang die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität, damit möglichst wenig neue Dekubitalulcera entstehen.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Indikatoren messen inzidente, d. h. neu aufgetretene Dekubitalulcera oder Dekubitalulcera, deren Status infolge unvollständiger Dokumentation unbekannt ist, bei stationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren während des stationären Aufenthalts.

Mit dem risikoadjustierten Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) werden Dekubitalulcera der Stadien/Kategorien 2 bis 4 sowie des Stadiums / der Kategorie „nicht näher bezeichnet“ von vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren betrachtet. Die Inzidenz des Auftretens von Dekubitalulcera des jeweiligen Stadiums (2, 3, nicht näher bezeichnet) wird über 3 Transparenzkennzahlen (IDs 52326, 521801 und 521800) ausgegeben.

Mit dem Sentinel-Event-Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010) werden alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Stadium/Kategorie 4 erfasst. Dekubitalulcera dieses Stadiums bzw. dieser Kategorie sollen unbedingt verhindert werden. Aufgrund ihrer besonderen Schwere erfolgt daher im Stellungnahmeverfahren der externen Qualitätssicherung in jedem Einzelfall eine Analyse der Ursachen für die Entstehung.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – DEK

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)			
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2025
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2025
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2025
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2025
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS DEK* sind 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 5 zur Überprüfung der Vollzähligkeit definiert.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)" (ID 850359) überprüft, wie oft der Status zum Dekubitus bei Aufnahme nicht dokumentiert wurde. Im Verfahren *QS DEK* gehen ausschließlich diejenigen Fälle in den Zähler der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen ein, für die die Frage „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission")" mit „Nein" oder „Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" beantwortet wurde. So werden inzidente (neu aufgetretene) Dekubitalulcera identifiziert.

Das Auffälligkeitskriterium „Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik" (ID 851805) zeigt, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 bis 4" oder „Dekubitalulcus, Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet" mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation. Die Risikostatistik bildet die Grundgesamtheit für alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens und wird außerdem für die Berechnung der Risikoadjustierung verwendet.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation der QS-Dokumentation bzw. zur Unter- und Überdokumentation der Risikostatistik prüfen, ob weniger oder mehr Fälle in der QS-Dokumentation bzw. für die Risikostatistik dokumentiert wurden, als gemäß der jeweiligen Sollstatistik zu erwarten waren. Es werden diejenigen Leistungserbringer auffällig, bei denen eine Vollzähligkeit von < 95 % bzw. > 110 % vorliegt. Ziel ist es, eine valide Datengrundlage für die Berechnung der Indikatorenergebnisse zu gewährleisten. Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz hingegen prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	QS-Dokumentation
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	QS-Dokumentation, Risikostatistik

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Risikostatistik, Sollstatistik
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Risikostatistik, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Für das Erfassungsjahr 2025 wurden 279.938 QS-Dokumentationsbögen von 1.617 Standorten an das IQTIG übermittelt. Diese Standorte gehörten zu 1.333 Krankenhäusern (gemäß Institutionskennzeichennummer, IKNR). Im Vorjahr waren es 4.110 Datensätze weniger und 21 Standorte auf IKNR-Ebene mehr. Damit verteilen sich nun mehr Fälle auf weniger Leistungserbringer.

Für das Verfahren *QS DEK* werden neben den Daten der QS-Dokumentation auch Abrechnungsdaten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) genutzt. Bei den Abrechnungsdaten handelt es sich zum einen um Informationen zu jeder stationär behandelten Patientin und jedem stationär behandelten Patienten ab 20 Jahren mit oder ohne Dekubitus und zum anderen um Risikofaktoren, durch die ein Dekubitus entstehen kann. Die einzelnen Risikofaktoren werden in Gruppen zusammengefasst (z. B. eingeschränkte Mobilität, Infektion oder Inkontinenz) und zur Berechnung der erwarteten Anzahl inzidenter Dekubitalulcera für den Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) verwendet. Aufgrund dieses Verwendungszwecks werden diese Daten im Verfahren *QS DEK* als „Risikostatistik“ bezeichnet.

Die Risikostatistik wird von den Leistungserbringern im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr erstellt. Für das Erfassungsjahr 2025 wurden insgesamt 16.221.702 Fälle an das IQTIG übermittelt. Die Anzahl der Datensätze in der Risikostatistik ist weiterhin geringer als vor der COVID-19-Pandemie (EJ 2019: 17.664.961, EJ 2020: 15.043.534), zeigt aber insgesamt einen Trend zum Wiederanstieg.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - DEK

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	279.938 279.827 111	278.823	100,40
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.617		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.617	1.620	99,81

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit QS-Dokumentation Bund (gesamt)	1.333	1.334	99,93
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit Risikostatistik Bund (gesamt)	1.478	1.476	100,14

2.1.3 Risikostatistik

Tabelle 4: Anzahl Fälle mit und ohne Dekubitus in der Risikostatistik (AJ 2026, EJ 2025) - RST

	Erfassungsjahr 2025
	geliefert
Bund (gesamt)	16.221.702

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Sowohl die beiden Qualitätsindikatoren „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) und „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010) als auch die der Gruppe „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ zugehörigen Transparenzkennzahlen zu Stadium/Kategorie 2 (ID 52326), Stadium/Kategorie 3 (ID 521801) und Stadium/Kategorie „nicht näher bezeichnet“ (ID 521800) weisen in ihren rechnerischen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2026 keine relevanten Änderungen zum Vorjahr auf.

Auch der Anteil der im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorenergebnisse hat sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Gleichzeitig ist der Anteil von 47,25 % (43 von 91 Leistungserbringern) im Indikator 52009 bzw. 32,44 % (133 von 410 Leistungserbringern) im Indikator 52010 bei Leistungserbringern mit qualitativen Auffälligkeiten nach Ansicht des Expertengremiums auf Bundesebene weiterhin nicht zufriedenstellend. Bei Betrachtung der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen über alle Indikatoren der DeQS-RL hinweg, für die ein Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2025 durchgeführt wurde, weist der Indikator 52010 die höchste und der Indikator 52009 die dritthöchste Anzahl auf. Hinsichtlich des Anteils qualitativer Auffälligkeiten bezogen auf die 87 Indikatoren der landesbezogenen Verfahren im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 liegen die beiden Indikatoren auf Rang 7 und 15.

Als Gründe für diese Bewertung wurden von den LAG am häufigsten Probleme bei der Dokumentation bzw. Kodierung im Zusammenhang mit dem Dekubitusprophylaxe-Management, unzureichende Prophylaxe, Prävention und Maßnahmenplanungen, fehlende Nachvollziehbarkeit, Umsetzungsmängel des Expertenstandards und Mängel bei Risikoeinschätzung und Assessment berichtet. Das IQTIG leitet in der Gesamtschau ab, dass die Ergebnisse weiterhin Raum für qualitative Optimierungen bieten.

Eine wesentliche Änderung gegenüber dem Vorjahr betrifft die Einführung einer neuen statistischen Methodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit. Bei der Bewertung von Leistungserbringerergebnissen wird nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt. Die neue Methodik bildet also ab, dass manche Abweichungen vom Referenzbereich – insbesondere bei Leistungserbringern mit kleineren Fallzahlen – auch plausibel durch zufallsbedingte Variabilität erklärbar sind. Dadurch führt nicht jede Abweichung vom Referenzbereich zu einer rechnerischen Auffälligkeit und die Anzahl an Auffälligkeiten ist nach der neuen Methodik zumeist geringer.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - DEK

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)				
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	1,05 O/E = 66.309 / 63.033,00 0,4172 % O/N = 66.309 / 15.893.663	1,05 O/E = 67.139 / 63.913,22 0,4139 % O/N = 67.139 / 16.221.701 (≤ 2,17; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2*	0,3496 % O = 55.568 N = 15.893.663	0,3455 % O = 56.051 N = 16.221.701	vergleichbar
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3*	0,0605 % O = 9.621 N = 15.893.663	0,0603 % O = 9.780 N = 16.221.701	vergleichbar
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet*	0,0062 % O = 979 N = 15.893.663	0,0079 % O = 1.276 N = 16.221.701	vergleichbar
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	0,0046 % O = 724 N = 15.893.663	0,0039 % O = 636 N = 16.221.701 (Sentinel Event)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 6: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – DEK

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	2024	91 / 1.853	4,91	39
		2025	92 / 1.821	5,05	39
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	2024	411 / 1.857	22,13	210
		2025	369 / 1.825	20,22	176

Risikoadjustierung

Die Risikoadjustierung im Verfahren *QS DEK* steht im Spannungsfeld zwischen einer unbedingten Vermeidung eines Dekubitus und dem Anspruch eines fairen Vergleichs der Leistungserbringer in der externen Qualitätssicherung. Im Einzelfall kann es nachvollziehbare Begründungen für die Entstehung eines Dekubitus geben (z. B. terminale Lebensphase, Wirbelsäulenverletzungen).

Die Risikoadjustierung des Qualitätsindikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)" (ID 52009) erfolgt mittels logistischer Regression. Die einzelnen Risikofaktorgruppen werden mit Ausnahme des Alters der Patientin bzw. des Patienten sowie der Beatmungsstunden über die ICD-Kodes der Abrechnungsdaten in der Risikostatistik abgebildet.

Nähere Informationen zur Risikoadjustierung sind in den endgültigen Rechenregeln 2026 zu finden.

2.2.3 Detailergebnisse

Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) (IDs 52009, 52326, 521801 und 521800)

Tabelle 7: QI 52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,09 O/E = 67.636 / 61.802,66 0,4367 % O/N = 67.636 / 15.489.731	1,05 O/E = 66.309 / 63.033,00 0,4172 % O/N = 66.309 / 15.893.663	**1,05** **O/E = 67.139 / 63.913,22** **0,4139 %** **O/N = 67.139 / 16.221.701**
rechnerische Auffälligkeiten	91 / 1.878 4,85 %	91 / 1.853 4,91 %	**92 / 1.821** **5,05 %** **(Refbereich: ≤ 2,17; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	46 / 91 50,55 %	**43 / 91** **47,25 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	46 / 1.878 2,45 %	**43 / 1.853** **2,32 %**	n. a.

In den Zähler des Indikators 52009 gehen alle vollstationär behandelten Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Stadium/Kategorie 2, 3, 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / nicht näher bezeichneter Kategorie ein, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand. Dabei soll der Anteil neu aufgetretener Dekubitalulcera möglichst niedrig sein.

Das risikoadjustierte Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 1,05 und damit unverändert gegenüber dem Vorjahr. Auch die rohe Rate (O/N) hat sich mit 0,42 % im Vergleich zum Vorjahr kaum geändert. Von insgesamt 91 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen im Auswertungsjahr 2025 wurden nach dem Stellungnahmeverfahren 47,25 % als qualitativ auffällig bewertet. Als Gründe für diese Bewertung wurden am häufigsten Probleme bei der Dokumentation bzw. Kodierung im Zusammenhang mit dem Dekubitusprophylaxe-Management genannt. Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten in diesem Indikator liegt damit etwas unter dem des Vorjahres (AJ 2024: 50,55 %). Gleichzeitig ist dieser Wert im Verfahrensüberblick hoch und zeigt ein weiterhin bestehendes deutliches Verbesserungspotenzial auf.

Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 zu 14 Leistungserbringerergebnissen initiiert. Diese beinhalteten zum Beispiel eine Vereinbarung zum Erstellen einer Verfahrensanweisung und zum Einsatz von Spezialmatratzen und Spezialbetten. Eine andere Vereinbarung verpflichtet das Krankenhaus zur quartalsweisen Übermittlung der Anzahl der inzidenten Dekubialulcera an die zuständige Landesarbeitsgemeinschaft. Weiterhin wurden Struktur- und Prozessmängel, die den Umgang mit geriatrischen Patientinnen und Patienten betreffen bzw. in einem anderen Fall Mängel in Bezug auf das Schmerzmanagement, festgehalten. In einem weiteren Fall waren die Angaben des Leistungserbringers bezüglich der Angaben zur Dekubitusprophylaxe ungenügend. Als Zielvereinbarungen wurde in diesen drei Fällen jeweils die Erstellung eines Pflegekonzepts innerhalb von 3 Monaten festgelegt.

Tabelle 8: TKez 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,3682 % O = 57.029 N = 15.489.731	0,3496 % O = 55.568 N = 15.893.663	**0,3455 %** **O = 56.051** **N = 16.221.701**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 9: TKez 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3

	AJ 2024	**AJ 2025**	**AJ 2026**
Bundesergebnis	0,0635 % O = 9.829 N = 15.489.731	0,0605 % O = 9.621 N = 15.893.663	**0,0603 %** **O = 9.780** **N = 16.221.701**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 10: TKez 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,0059 % O = 911 N = 15.489.731	0,0062 % O = 979 N = 15.893.663	**0,0079 %** **O = 1.276** **N = 16.221.701**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Transparenzkennzahlen 52356, 521800 und 521801 sind Strata des Qualitätsindikators 52009 und geben die Häufigkeit des Auftretens inzidenter Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 (ID 52356), Stadium/Kategorie 3 (ID 521801) und Stadium/Kategorie „nicht näher bezeichnet" (ID 521800) während eines stationären Krankenhausaufenthalts an.

Die Fallzahlen (O) sowie die Bundesergebnisse (O/N) in den einzelnen Stadien/Kategorien haben sich zu den jeweiligen Vorjahresergebnissen nicht verändert.

Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 (ID 52010)

Tabelle 11: QI 52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,0050 % O = 768 N = 15.489.731	0,0046 % O = 724 N = 15.893.663	**0,0039 %** **O = 636** **N = 16.221.701**
rechnerische Auffälligkeiten	428 / 1.886 22,69 %	411 / 1.857 22,13 %	**369 / 1.825** **20,22 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	136 / 428 31,78 %	**133 / 410** **32,44 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	136 / 1.886 7,21 %	**133 / 1.857** **7,16 %**	n. a.

In den Zähler des Indikators 52010 gehen alle vollstationär behandelten Patienteninnen und Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Stadium/Kategorie 4 ein. Es handelt sich um einen Sentinel-Event-Indikator, das heißt, der Referenzbereich liegt bei 0, denn jeder neu aufgetretene Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 sollte vermieden werden.

Im Auswertungsjahr 2025 sind in 724 Fällen Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 4 während des stationären Aufenthalts neu aufgetreten. 411 Leistungserbringer hatten im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, wovon 32,44 % nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet wurden. Der Wert ist ähnlich hoch wie im Vorjahr. Als Gründe wurden vor allem unzureichende Prophylaxe, Prävention und Maßnahmenplanungen, Dokumentationsmängel und fehlende Nachvollziehbarkeit, Umsetzungsmängel des Expertenstandards und Mängel bei Risikoeinschätzung und Assessment von den LAG berichtet. Der hohe Anteil an qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen bei diesem Sentinel-Event-Indikator zusammen mit den Begründungen seitens der LAG zeigen ein deutliches Qualitätsdefizit.

Es wurden 45 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert, die sich auf 30 Leistungserbringer verteilen. Davon waren 9 Fortbildungen, 5 Audits, 3 die Teilnahme am Qualitätszirkeln, 2 die Implementierung von Behandlungspfaden. 18-mal wurde „Sonstiges“ angegeben. Darunter fielen beispielsweise die Anforderung einer erneuten Stellungnahme mit Einzelfallanalyse, die Anforderung eines fachbereichsbezogenen Pflegekonzepts, die Anforderung interner Dokumente zur Dekubitusprophylaxe sowie Schulungsnachweise und Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität.

Im Auswertungsjahr 2026 gab es 636 Fälle von neu aufgetretenen Dekubtailulcera Grad 4. Im Vorjahr waren es 724 und im Jahr davor 768. Folglich ist für den Indikator ein Abwärtstrend zu erkennen.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die meisten Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2026 (n = 59) wurden zum Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation'" (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)" (ID 850359) ermittelt – einem Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität.

Das Datenfeld „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission-POA")" ist entscheidend für den Einschluss in den Zähler aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens. Wird in diesem Datenfeld „ja" angegeben, gehen diese Fälle entsprechend *nicht* in die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Verfahrens *QS DEK* ein.

Von den 59 Leistungserbringern mit rechnerischen Auffälligkeiten hatten 18 bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden 70 von 75 Leistungserbringerergebnissen als qualitativ auffällig bewertet – das entspricht ca. 93 %. Im überwiegenden Teil der Fälle wurde die fehlerhafte Dokumentation im Stellungnahmeverfahren bestätigt (85 %). In den Freitextkommentaren werden neben der Bestätigung der fehlerhaften Dokumentation außerdem eine erhöhte Fallzahl, ein fehlender Abgleich zwischen QS-Dokumentation und Pflegedokumentation sowie Mängel bei der Übertragung zwischen Aufnahme und QS-Dokumentation genannt. Die Fachkommissionen weisen zudem auf eine Überprüfung der Daten vor Versand an die Datenannahmestelle hin und empfehlen, zur Vermeidung von Fehldokumentationen die unterjährige Auswertung der QS-Daten zu nutzen.

Zur Verbesserung der Dokumentationsqualität wurden 4-mal Zielvereinbarungen als Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 abgeschlossen.

Unter den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit liegen im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der QS-Dokumentation (ID 850095) die meisten rechnerischen Auffälligkeiten vor (30 von 1.637 Ergebnissen, 1,85 %). Nach Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden 63 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet – ein niedrigerer Wert als im Vorjahr (79 %). Häufigste Begründung für die Bewertung war, dass die fehlerhafte Dokumentation bestätigt wurde. Auch genannt wurden z. B. wiederholte Auffälligkeiten, Softwareprobleme, technische Anwenderfehler und nicht erfolgte Datenexporte. In diesem Auffälligkeitskriterium wurden 2-mal Qualitätssicherungsmaßnahmen in Form von Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentation initiiert.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	0,7026 % 1.966/279.827 (≤ 3,16 %; 95. Perzentil)
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	1,0571 % 2.958/279.827 (≤ 20,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,3999 % 279.938/278.823 (≥ 95,00 %)
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,3999 % 279.938/278.823 (≤ 110,00 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,0398 % 111/278.823 (≤ 5,00 %)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	99,5811 % 16.225.997/16.294.259 (≥ 95,00 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	99,5811 % 16.225.997/16.294.259 (≤ 110,00 %)

Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	2025	59 / 1.617	3,65	18
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	2025	25 / 1.617	1,55	3

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet				
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	30 / 1.620	1,85	4
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	9 / 1.620	0,56	1
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	0 / 1.620	0,00	-
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	26 / 1.833	1,42	0
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	0 / 1.833	0,00	-

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 14: AK 850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,7481 % O = 2.048 N = 273.764	0,7373 % O = 2.033 N = 275.722	**0,7026 %** **O = 1.966** **N = 279.827**
rechnerische Auffälligkeiten	67 / 1.669 4,01 %	75 / 1.646 4,56 %	**59 / 1.617** **3,65 %** **(Refbereich: ≤ 3,16 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	52 / 67 77,61 %	**70 / 75** **93,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	52 / 1.669 3,12 %	**70 / 1.646** **4,25 %**	n. a.

In den Zähler des Auffälligkeitskriteriums 850359 gehen die Fälle ein, zu denen im entsprechenden Datenfeld des QS-Dokumentationsbogen angegeben wird, dass es aufgrund unvollständiger Dokumentation nicht nachvollziehbar ist, ob der Dekubitus bereits bei Aufnahme vorlag oder nicht. Das Ergebnis des Auffälligkeitskriteriums sollte möglichst niedrig sein.

Das Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2026 liegt bei 0,70 % und ist damit nahezu unverändert gegenüber den beiden Vorjahren. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist vom Auswertungsjahr 2025 (75) zum Auswertungsjahr 2026 (59) zurückgegangen. Der Anteil qualitativ auffälliger Leistungserbringerergebnisse ist vom Auswertungsjahr 2024 (77,61 %) zum Auswertungsjahr 2025 (93,33 %) deutlich gestiegen. Im überwiegenden Teil der Fälle wurde die fehlerhafte Dokumentation im Stellungnahmeverfahren bestätigt. Aufgrund wiederholter Auffälligkeiten wurden 4-mal Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Tabelle 15: AK 851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,5404 % O = 4.217 N = 273.764	0,8135 % O = 2.243 N = 275.722	**1,0571 %** **O = 2.958** **N = 279.827**
rechnerische Auffälligkeiten	33 / 1.669 1,98 %	22 / 1.646 1,34 %	**25 / 1.617** **1,55 %** **(Refbereich: ≤ 20,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	24 / 33 72,73 %	**13 / 22** **59,09 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	24 / 1.669 1,44 %	**13 / 1.646** **0,79 %**	n. a.

Mittels des Auffälligkeitskriteriums 851805 wird geprüft, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation. Die Risikostatistik ist für die Berechnung sämtlicher Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Verfahrens relevant, da sie deren jeweilige Grundgesamtheit bildet. Im Auswertungsjahr 2026 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 1,06 %. Es wurden 2.958 mehr Fälle mit Dekubitus Stadium 2 bis 4 bzw. nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik übermittelt. Im Vergleich zum Vorjahr (0,81 %; n = 2.243, N = 279.827) ist dies ein Anstieg und damit ein schlechteres Ergebnis, denn je größer die Differenz zwischen QS-Dokumentation und Risikostatistik ist, desto geringer ist die Matching-Quote, also die Zusammenführung der beiden Datensätze. Dies führt außerdem zu höheren Erwartungswerten (E) für den risikoadjustierten Indikator 52009.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 16: AK 850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,92 % O = 273.847 N = 271.346	100,31 % O = 275.828 N = 274.968	**100,40 %** **O = 279.938** **N = 278.823**
rechnerische Auffälligkeiten	28 / 1.658 1,69 %	30 / 1.637 1,83 %	**30 / 1.620** **1,85 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	22 / 28 78,57 %	**19 / 30** **63,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	22 / 1.658 1,33 %	**19 / 1.637** **1,16 %**	n. a.

Tabelle 17: AK 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,92 % O = 273.847 N = 271.346	100,31 % O = 275.828 N = 274.968	**100,40 %** **O = 279.938** **N = 278.823**
rechnerische Auffälligkeiten	10 / 1.658 0,60 %	8 / 1.637 0,49 %	**9 / 1.620** **0,56 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 10 40,00 %	**5 / 8** **62,50 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 1.658 0,24 %	**5 / 1.637** **0,31 %**	n. a.

Tabelle 18: AK 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,0306 % O = 83 N = 271.346	0,0386 % O = 106 N = 274.968	**0,0398 %** **O = 111** **N = 278.823**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 1.658 0,06 %	1 / 1.637 0,06 %	**0 / 1.620** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.658 0,00 %	**1 / 1.637** **0,06 %**	n. a.

Tabelle 19: AK 851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	99,32 % O = 15.491.630 N = 15.598.250	99,94 % O = 15.895.429 N = 15.905.104	**99,58 %** **O = 16.225.997** **N = 16.294.259**
rechnerische Auffälligkeiten	28 / 1.889 1,48 %	15 / 1.854 0,81 %	**26 / 1.833** **1,42 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	22 / 28 78,57 %	**11 / 15** **73,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	22 / 1.889 1,16 %	**11 / 1.854** **0,59 %**	n. a.

Tabelle 20: AK 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	99,32 % O = 15.491.630 N = 15.598.250	99,94 % O = 15.895.429 N = 15.905.104	**99,58 %** **O = 16.225.997** **N = 16.294.259**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 1.889 0,16 %	4 / 1.854 0,22 %	**0 / 1.833** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 3 100,00 %	**3 / 4** **75,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.889 0,16 %	**3 / 1.854** **0,16 %**	n. a.

Zur Vollzähligkeit werden 5 Auffälligkeitskriterien berechnet: 3 mit Bezug zur QS-Dokumentation und 2 mit Bezug zur Risikostatistik. Zur QS-Dokumentation ist ein Auffälligkeitskriterium zur Über- und eines zur Unterdokumentation definiert, außerdem ein Auffälligkeitskriterium zu Minimaldatensätzen (MDS). Zur Risikostatistik werden ebenfalls 2 Auffälligkeitskriterien zur Über- bzw. Unterdokumentation berechnet.

Die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit konnten das bereits gute Ergebnis des Vorjahres halten. Einzige Ausnahme ist das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850095). Hier liegt das das rechnerische Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr (15 rechnerische Auffälligkeiten) mit 26 rechnerischen Auffälligkeiten wieder auf dem höheren Niveau des Vorvorjahres (28 rechnerische Auffälligkeiten). Insgesamt wurden bezogen auf die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zu 18 von 39 qualitativen Auffälligkeiten Begründungen für die Einstufungen durch die LAG genannt. Häufigste Begründung war, dass die fehlerhafte Dokumentation bestätigt wurde. Auch genannt wurden z. B. wiederholte Auffälligkeiten, Softwareprobleme, technische Anwenderfehler und nicht erfolgte Datenexporte.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	3.764	-	3.710	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	3.764	100,00	3.710	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	519	13,79	502	13,53
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	1	0,20
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	519	100,00	501	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	519	100,00	501	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	2	0,39	1	0,20
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	517	99,61	500	99,80
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	517	100,00	500	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	8	1,55	8	1,60
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	5	0,97	5	1,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	241	46,44	223	44,51
Bewertung als qualitativ auffällig	182	35,07	176	35,13
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	79	15,22	96	19,16
Sonstiges	15	2,89	5	1,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	94	n. a.	65	n. a.
Maßnahmenstufe 2	1	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS DEK* hat sich die Anzahl der Indikatorenergebnisse von 3.764 im Auswertungsjahr 2025 zu 3.710 im Auswertungsjahr 2026 nicht wesentlich verändert. Weniger Indikatorenergebnisse gehen in diesem Verfahren nach Einschätzung des IQTIG in erster Linie darauf zurück, dass die Anzahl an Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten in Deutschland aufgrund von Schließungen oder Zusammenführungen rückläufig ist. Im Erfassungsjahr 2024 übermittelten 1.646 Krankenhäuser Daten zum Verfahren *QS DEK*. Zum Erfassungsjahr 2025 sank diese Zahl um 29 auf 1.617. Der Anteil rechnerisch auffälliger Indikatorenergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken – von 13,79 % auf 13,53 %. Ein Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurde nur in einem Fall nicht eingeleitet. Grund dafür war, dass die betroffene Einrichtung bereits geschlossen war. Sämtliche Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden schriftlich eingeleitet. Im Verlauf wurden 8-mal kollegiale Gespräche geführt. Bei einem der Leistungserbringer, mit denen ein Gespräch geführt wurde, fand auch eine Begehung statt. Außerdem wurden 4 weitere Begehungen durchgeführt.

223 rechnerische Auffälligkeiten (44,51 %) wurden als qualitativ unauffällig bewertet, ein geringfügig niedrigerer Wert als im Vorjahr. Diese Bewertung wurde u. a. vergeben, wenn die rechnerische Auffälligkeit plausibel erklärt werden konnte, z. B. aufgrund von Besonderheiten des Fallmixes bei vielen Palliativfällen oder eines onkologischen Schwerpunktes der Klinik. Die Bewertung als qualitativ unauffällig wurde aber auch vorgenommen, wenn Mängel im Prozess erkannt und bereits Maßnahmen zur Behebung eingeleitet worden sind.

Der Anteil an als qualitativ auffällig bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten liegt zum Auswertungsjahr 2025 bei 35 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert. Gründe für die Vergabe dieser Bewertung waren insbesondere Mängel bei der Wunddokumentation, nicht ausreichende prophylaktische Maßnahmen, nicht ausreichende Umsetzung des Expertenstandards oder eine unzureichende Einschätzung des Dekubitusrisikos, aber auch wiederholte Auffälligkeiten oder Häufungen von Dekubitalulcera.

96-mal wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Einschätzung abgeschlossen, dass eine Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich war. Im Vorjahr waren es noch 79. Häufig wurde hierzu als Begründung genannt, dass der Dekubitus schon bei Aufnahme vorlag und die entsprechende Dokumentation gefehlt habe.

Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 wurden 65-mal eingeleitet (AJ 2024: 94-mal). Hierunter entfielen 24 in die Kategorie „Sonstiges“, 14 Maßnahmen hatten Bezug zur Leitlinie (z. B. bei Nichteinhaltung des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe), 7-mal wurde im Rahmen eines Audits die Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials insbesondere im Hinblick auf Lagerungsintervalle und Wunddokumentation vereinbart, und je 3-mal wurden Fortbilungen und die Implementierung von Behandlungspfaden gefordert. Unter den Maßnahmen der Kategorie „Sonstiges“ wurde am häufigsten die Anforderung eines Pflegekonzepts (z. B. für den Umgang mit geriatrischen Patientinnen und Patienten) binnen von 3 Monaten sowie Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität genannt. Die 65 durchgeführten Maßnahmen der Stufe 1 verteilen sich auf insgesamt 44 Leistungserbringer, wovon bei 14 Leistungerbringern 20 Maßnahmen mit Bezug zum Indikator 52009 angegeben wurden und 45 Maßnahmen bei 30 Leistungserbringern mit Bezug zum Indikator 52010 durchgeführt wurden.

Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht initiiert.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	12.164	100,00	11.975	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	170	1,40	155	1,29
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	170	100,00	155	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	5,88	9	5,81
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	160	94,12	146	94,19
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	160	100,00	146	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,62	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	14	8,75	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	4	2,35	13	8,39
Bewertung als qualitativ auffällig	127	74,71	122	78,71
Sonstiges	15	8,82	11	7,10
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	15	n. a.	5	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsjahr 2025 verzeichnet das Verfahren zu 7 Auffälligkeitskriterien insgesamt 155 rechnerische Auffälligkeiten. Leicht weniger als im Vorjahr (170). Dabei können aufgrund der gegenseitigen Ausschlüsse von Über- und Unterdokumentation maximal 5 Kriterien gleichzeitig auffällig sein. Im Auswertungsjahr 2025 hatte kein Leistungserbringer in mehr als 2 Auffälligkeitskriterien rechnerisch oder qualitativ auffällige Ergebnisse.

Zu fast allen rechnerischen Auffälligkeiten (94 %) wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Davon wurden ca. 78 % als qualitativ auffällig bewertet. In den meisten Fällen wurde die fehlerhafte Dokumentation seitens der LAG bestätigt. Nur 13 (8,39 %) Ergebnisse blieben qualitativ unauffällig. 11 (7,10 %) Stellungnahmeverfahren wurden in erster Linie aufgrund von Softwareproblemen oder geschlossenen Standorten mit der Bewertung „Sonstiges“ abgeschlossen. 8 Stellungnahmeverfahren wurden insbesondere aufgrund von geschlossenen Standorten oder Cyberangriffen nicht eingeleitet.

Aufgrund von wiederholten Auffälligkeiten wurden in 5 Fällen Maßnahmen der Stufe 1 initiiert. Maßnahmen der Stufe 2 blieben aus. Insgesamt wurden die Auffälligkeiten stringent nachverfolgt, Herausforderungen identifiziert und, wo nötig, Maßnahmen abgeleitet.

4 Evaluation

Die 2 Qualitätsindikatoren verfolgen die in der DeQS-RL aufgeführten Verfahrensziele:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Verbesserung der Ergebnisqualität

Im Verfahren *QS DEK* werden keine Prozessindikatoren eingesetzt. Die Ergebnisse der Ergebnisindikatoren ermöglichen aber implizit (durch die Hinweise und Begründungen der LAG aus den Stellungnahmeverfahren) Einsicht und Rückschlüsse auf stationäre Prozesse und Strukturen, die an der Entstehung eines Dekubitus beteiligt sind. Häufige Nennungen sind unzureichende Strukturen und Prozesse zur Dekubitusprophylaxe und Maßnahmenplanung sowie zur Risikoeinschätzung und zum Assessment. Ebenfalls häufig genannt werden Hinweise zu Dokumentationsmängeln und fehlender Nachvollziehbarkeit sowie zur Einhaltung des Expertenstandard. Insgesamt ergibt sich ein Bild mit komplexen und vielfältigen Herausforderungen zur Vermeidung von Dekubitalulcera und damit zur Einhaltung der Richtlinienziele.

Die rechnerischen Ergebnisse des Indikators 52009 haben sich nach dem bislang schlechtesten Ergebnis im Erfassungsjahr 2022 verbessert, liegen jedoch noch nicht wieder auf dem Vor-Corona-Niveau des Erfassungsjahres 2018 und zeigen insgesamt eine Tendenz zur Verschlechterung. Die Anzahl beobachteter Ereignisse (O) im Indikator 52010 ist seit einem Anstieg im Erfassungsjahr 2022 rückläufig und liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Vor-Corona-Niveau. Der Anteil qualitativ auffälliger Leistungserbringerergebnisse liegt im Vergleich mit anderen QS-Verfahren für beide Indikatoren kontinuierlich auf einem hohen Niveau. Vor diesem Hintergrund ergibt sich ein heterogenes Bild, welches tendenziell eher auf eine Verschlechterung der Prozess- und Ergebnisqualität hinweist, ohne dass sich auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse eine abschließende Aussage treffen lässt. Die wiederkehrenden Rückmeldungen der LAG zu den genannten Prozessmängeln sind zudem Gegenstand der Diskussionen und Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene hinsichtlich eines möglichen Prozessindikators.

Insgesamt haben 5 Landesarbeitsgemeinschaften Anmerkungen zum Verfahren *QS DEK* an das IQTIG rückgemeldet. Es wurden Hinweise zu möglichen Ursachen und Risikofaktoren für Dekubitalulcera in Psychiatrien gebeben. Dabei wurde als Ursache für einen Dekubitus der nicht angepasste Rollstuhl angeführt. Außerdem wurden Unruhe, fehlende Adhärenz und Sensibilitätseinschränkungen genannt. Insbesondere Einrichtungen mit geriatrischem oder psychiatrischem Schwerpunkt werden als nicht ausreichend berücksichtigt in der Risikoadjustierung wahrgenommen. Zudem wurden Vorschläge für eine Ausweisung der rohen Rate in den Quartalsberichten formuliert, welche nach bereits stattgefundener Prüfung durch das IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt nicht umgesetzt werden können. Darüber hinaus wurde als Ursache rechnerischer Auffälligkeiten

zum wiederholten Male die fehlerhafte Beantwortung des Datenfeldes zu „Present on Admission" im QS-Bogen genannt. Das Datenfeld dient der Identifikation inzidenter Dekubitalulcera und damit zum Einschluss (Beantwortung des Datenfeldes mit „nein" oder „unbekannt") oder Ausschluss (Beantwortung mit „ja") der Fälle in die Zähler und Nenner der Indikatoren. Die Häufigkeit dessen und damit der Einfluss auf die Validität des Verfahrens wird durch das IQTIG ingesamt als gering eingeschätzt.

5 Ausblick

Seitens der LAG werden seit Jahren gleichbleibende Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel an das IQTIG übermittelt. Das Expertengremium auf Bundesebene bewertet die Ergebnisse als nicht zufriedenstellend. Viele der berichteten Gründe für qualitative Auffälligkeiten können mit Kostendruck und Personalmangel verknüpft sein. Gerade Pflegekräfte stehen im Gesundheitswesen unter besonderem Druck. Daher bleibt es wichtig, die Ergebnisse des Verfahrens *QS DEK* ernst zu nehmen und weiterhin darüber zu berichten.

Die derzeit geltende untere Altersgrenze von 20 Jahren ist Gegenstand der aktuellen Fachdiskussion. Die Evidenzbasis wird vom Expertengremium auf Bundesebene hinterfragt. Erste Prüfungen deuten darauf hin, dass eine Anpassung fachlich angezeigt sein könnte. Es wird daher empfohlen, die Altersgrenze auf Grundlage der aktuellen Evidenzlage systematisch zu überprüfen und ggf. anzupassen.

© IQTIG 2026

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

DEK: Dekubitusprophylaxe

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Dekubitusprophylaxe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Datengrundlage Risikostatistik 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 11

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 12

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 13

Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 13

52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 13

52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 17

521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 20

521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet 23

Details zu den Ergebnissen 26

52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 27

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 30

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 30

850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 30

851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik 32

Details zu den Ergebnissen 34

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 35

850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 35

850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 37

850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 39

851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik 41

851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik 43

Basisauswertung 45

QS-Dokumentation 45

Altersverteilung 46

Geschlecht 47

Aufnahme 48

Entlassung 49

Risikofaktoren 51

Beatmungsstunden 53

Dekubitus 53

Stadieneinteilung 53

War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? - "Present on Admission" (POA) 54

War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? - "Present on Discharge" (POD) 55

Lokalisationen 56

Einleitung

Der vorliegende Bericht beinhaltet die Bundesergebnisse für das QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (DEK).

Der Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, die oft über Knochenvorsprüngen und infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften entsteht. Schädigungen dieser Art werden auch als Druckgeschwüre, Dekubitalulcera oder Wundliegen bezeichnet und sind eine sehr ernst zu nehmende Komplikation bei zu pflegenden Personen.

Dekubitalulcera können in Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge lang andauernder Bewegungseinschränkung auftreten. Dementsprechend sind besonders häufig ältere Menschen von einem Dekubitus betroffen. Die betroffenen Patientinnen und Patienten sind aufgrund eines Dekubitus in ihrer Lebensqualität eingeschränkt, da dieser meist mit Schmerzen, Einschränkungen der Selbständigkeit und einer monatelangen Pflegebedürftigkeit einhergeht, die zudem mit erhöhter Mortalität korrelieren kann. Neben einer aufwendigen Wundversorgung können im Extremfall Operationen zur plastischen Deckung der entstandenen Haut- und Weichteildefekte erforderlich sein. Aus ethischer, medizinisch-pflegerischer und ökonomischer Perspektive muss es daher ein zentrales Anliegen sein, Druckgeschwüren konsequent vorzubeugen (Dekubitusprophylaxe).

Die Ausprägung eines Dekubitus wird auf einer Skala von 1 bis 4 kategorisiert. Diese Stadieneinteilung basiert auf der internationalen Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (sog. ICD-10-GM-Klassifizierung).

Stadieneinteilung des Dekubitus nach L89 (ICD-10-GM Version 2024):

-Dekubitus, Stadium 1: Dekubitus, Kategorie 1, Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut

-Dekubitus, Stadium 2: Dekubitus, Kategorie 2, Dekubitus [Druckgeschwür] mit: Blase (serumgefüllt) (offen) (rupturiert), Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis

-Dekubitus, Stadium 3: Dekubitus, Kategorie 3, Dekubitus [Druckgeschwür] mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann

-Dekubitus, Stadium 4: Dekubitus, Kategorie 4, Dekubitus [Druckgeschwür] mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)

-Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet: Dekubitus, Kategorie nicht näher bezeichnet, Dekubitus [Druckgeschwür] ohne Angabe eines Stadiums

In internationalen Leitlinien und im aktuellen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe werden in der Pflege 6 Kategorien zur Einteilung eines Dekubitus verwendet. Für dieses QS-

Verfahren sind allerdings die Abrechnungsdaten auf Grundlage der vom BfArM (1) vorgegebenen Kodierungen relevant, weshalb sich weiter auf diese Einteilung bezogen wird. Die Qualitätsindikatoren berücksichtigen alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren, bei denen ein Dekubitus im Krankenhaus neu erworben wurde.

Die Dekubitusinzidenz (Anzahl der neu aufgetretenen Dekubitalulcera innerhalb einer Personengruppe) gilt international als ergebnisorientierter Qualitätsindikator in Bezug auf die Patientensicherheit, weil sie auch Rückschlüsse über im Krankenhaus angewendete Vorbeuge- und ggf. rechtzeitig eingeleitete Behandlungsmaßnahmen ermöglicht. Da in der Praxis oft Unsicherheit bezüglich der Abgrenzung eines Dekubitus Stadium 1 von einer Hautrötung besteht, werden im QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe nur die höheren Stadien (ab Dekubitus Stadium 2) erhoben und ausgewertet.

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gibt Klassifikationen zur Kodierung von Diagnosen und Operationen heraus, welche den Krankenhäusern zur Abrechnung dienen.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Für die Berechnung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe werden sowohl QS-Daten als auch Daten aus der Risikostatistik verwendet. Die Risikostatistik muss von jedem Krankenhausstandort mit vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren erstellt und übermittelt werden und bildet die Grundlage zur Berechnung der Nenner der Qualitätsindikatoren.

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
- QS-Dokumentationsdaten
- standortbezogene Sollstatistik
- Risikostatistik

Aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen kann es passieren, dass für einzelne Krankenhausstandorte Risikostatistik und QS-Daten nicht exakt übereinstimmen. Für einige Krankenhausstandorte liegen fälschlicherweise ausschließlich QS-Daten, jedoch keine Daten zur Risikostatistik vor (20 Standorte im Erfassungsjahr 2025, 19 Standorte im Erfassungsjahr 2024, 33 Standorte im Erfassungsjahr 2023). Umgekehrt liegen für das Erfassungsjahr 2025 für 16 Standorte (2024: 10 Standorte, 2023: 12 Standorte) Daten zur Risikostatistik mit dokumentierten Dekubitalulcera vor, ohne dass diese Standorte QS-Daten geliefert hätten.

Zu QI 52009
Bei der Berechnung des Ergebnisses zum Qualitätsindikator 52009 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ ist zu beachten, dass für die Angabe der Fälle mit neu aufgetretenem Dekubitus die Angaben aus dem Qualitätssicherungsbogen genutzt wurden. Dabei ist aufgefallen, dass in den Qualitätssicherungsbögen mehr Fälle mit Dekubitus vorlagen, als in der Risikostatistik. Dies erscheint plausibel, da die Angaben aus den QS-Bögen aktiv für Zwecke der Qualitätssicherung dokumentiert wurden, während die Angaben in der Risikostatistik aus den Abrechnungsdaten abgeleitet sind, wo ein Dekubitus nicht immer abrechnungsrelevant ist.

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben. Die Anzahl der Leistungserbringer wird ebenfalls pro Vergleichsgruppe und zusätzlich auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene (entlassender Standort) ausgegeben.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten. Entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik sowie für die Lieferung der Risikostatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

© IQTIG 2026

Für das QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (QS DEK) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem entlassenden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	279.938 279.827 111	278.823	100,40
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.617		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.617	1.620	99,81
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit QS-Dokumentation Bund (gesamt)	1.333	1.334	99,93
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit Risikostatistik Bund (gesamt)	1.478	1.476	100,14

Datengrundlage Risikostatistik

Anzahl Fälle mit und ohne Dekubitus in der Risikostatistik

Erfassungsjahr 2025	geliefert
Bund (gesamt)	16.221.702

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Zum Auswertungsjahr 2026 wurden die Koeffizienten auf der Datenbasis des Auswertungsjahres 2025 neu berechnet. Aufgrund dessen sind die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2025 eingeschränkt vergleichbar mit den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024.

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

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren DEK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qsverfahren/
qs-dek/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)			
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	≤ 2,17 (95. Perzentil)	1,05 O/E = 67.139 / 63.913,22 0,4139 % O/N = 67.139 / 16.221.701
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	Transparenzkennzahl	0,3455 % O = 56.051 N = 16.221.701
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3	Transparenzkennzahl	0,0603 % O = 9.780 N = 16.221.701
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet	Transparenzkennzahl	0,0079 % O = 1.276 N = 16.221.701
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0039 % O = 636 N = 16.221.701

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	≤ 3,16 % (95. Perzentil)	0,7026 % 1.966 / 279.827	3,65 % 59 / 1.617
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	≤ 20,00 %	1,0571 % 2.958 / 279.827	1,55 % 25 / 1.617
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,3999 % 279.938 / 278.823	1,85 % 30 / 1.620
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,3999 % 279.938 / 278.823	0,56 % 9 / 1.620
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,0398 % 111 / 278.823	0,00 % 0 / 1.620
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	≥ 95,00 %	99,5811 % 16.225.997 / 16.294.259	1,42 % 26 / 1.833
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	≤ 110,00 %	99,5811 % 16.225.997 / 16.294.259	0,00 % 0 / 1.833

© IQTIG 2026

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Stadiums / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Stadiums / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, risikoadjustiert nach logistischem Dekubitus-Score für ID 52009
Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Bayesianisch (0,3)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter (linear zwischen 31 und 100 Jahren) Alter (quadratisch zwischen 31 und 100 Jahren) Alter (kubisch zwischen 31 und 100 Jahren) Beatmungsstunden (logarithmisch zwischen 3 und 7.5) Diabetes Mellitus Eingeschränkte Mobilität Infektion Demenz und Vigilanzstörung Inkontinenz Untergewicht und Mangelernährung Adipositas Weitere schwere Erkrankungen

Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

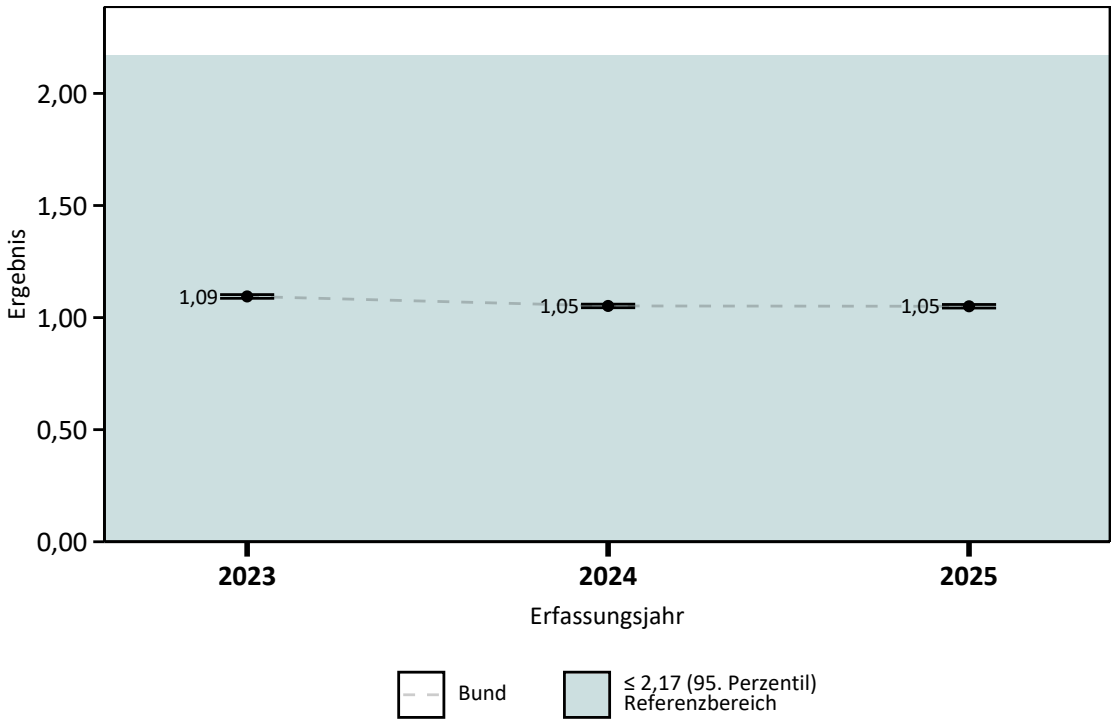
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	15.489.731	67.636 / 61.802,66	1,09	1,09 - 1,10
	2024	15.893.663	66.309 / 63.033,00	1,05	1,04 - 1,06
	2025	16.221.701	67.139 / 63.913,22	1,05	1,04 - 1,06

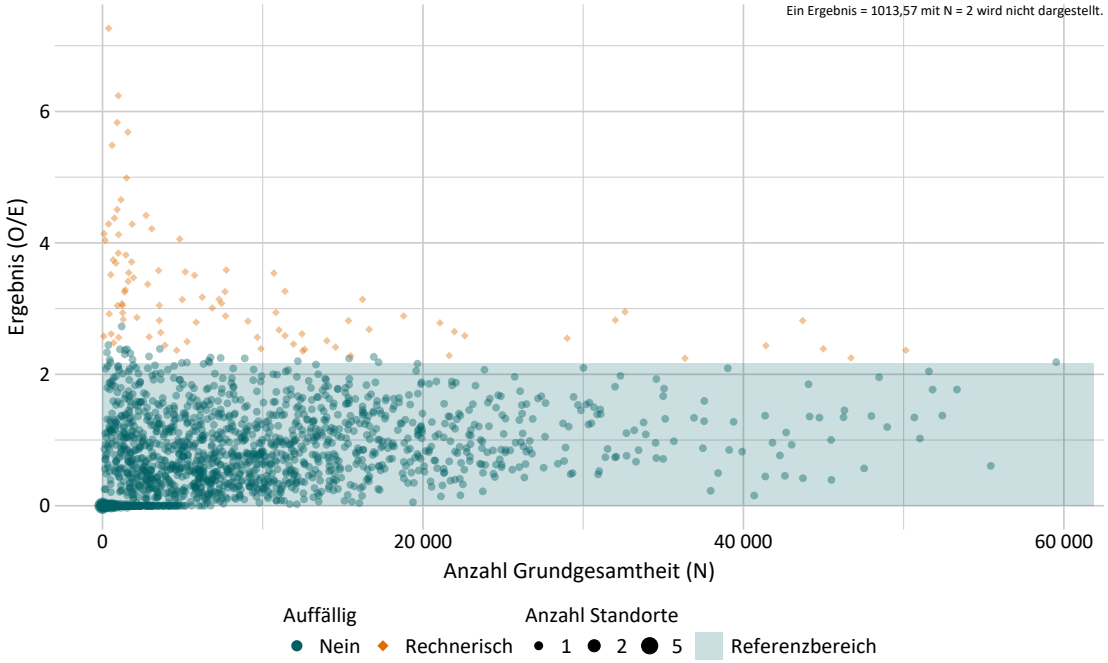
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

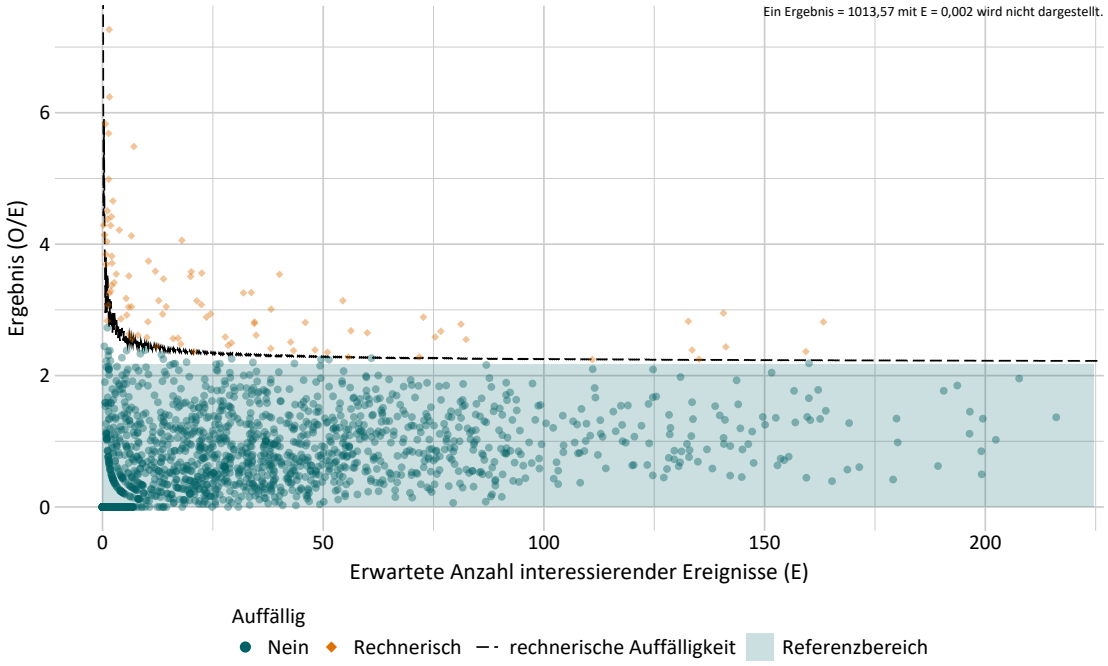
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



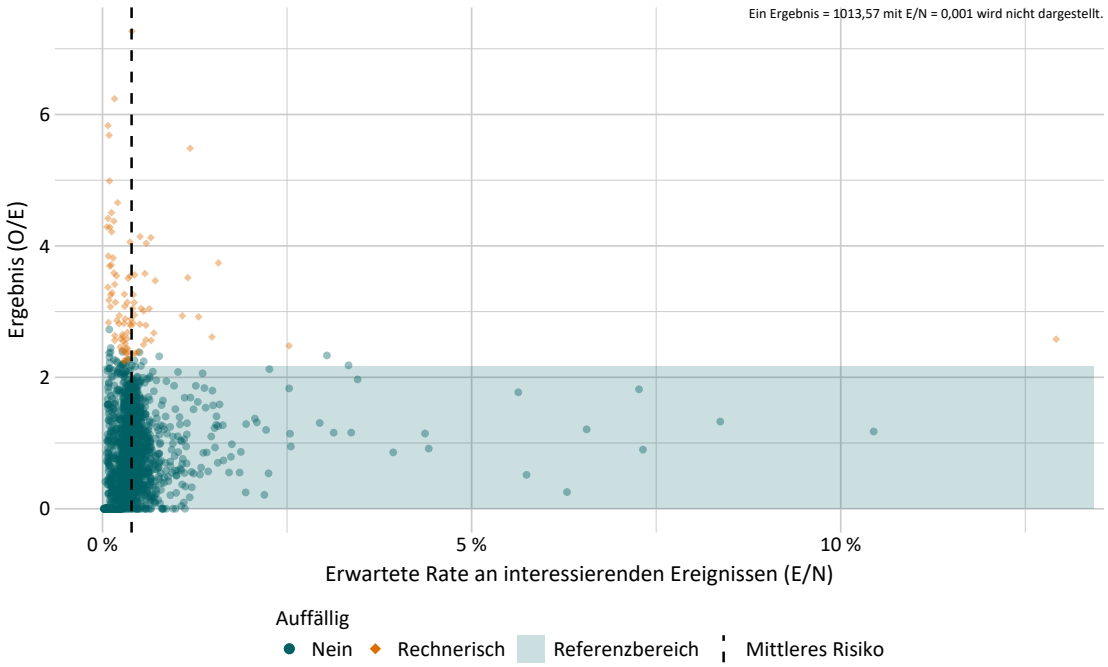
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.821	92	0,00	1.013,57	0,71

52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2

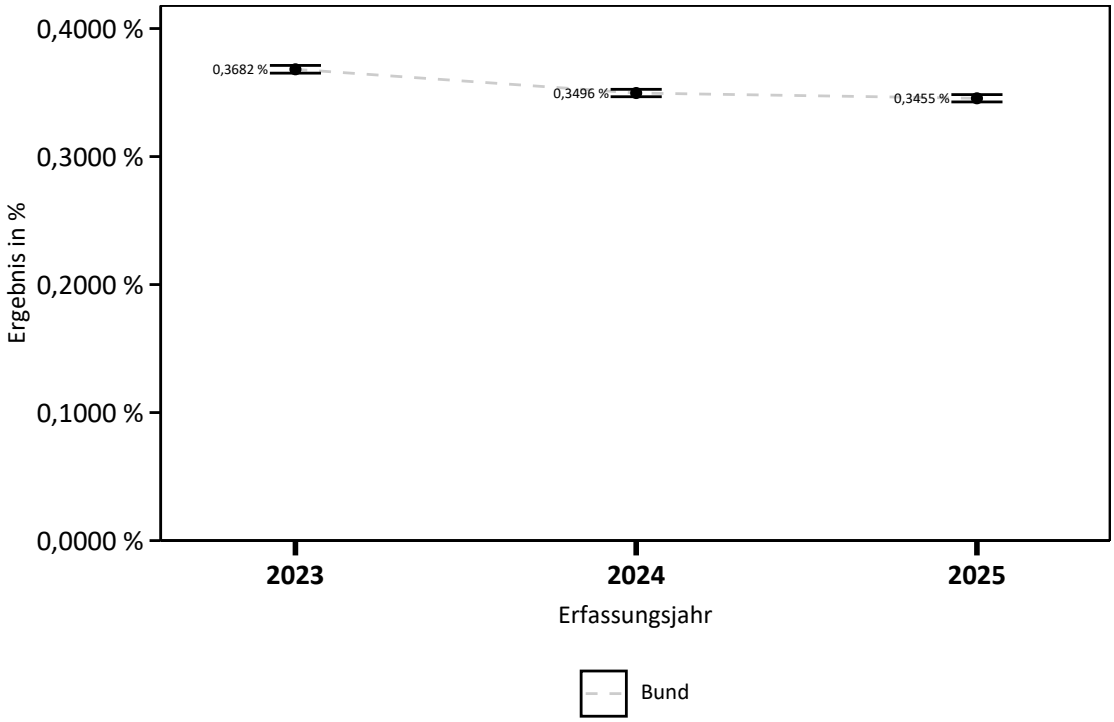
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Stadium/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

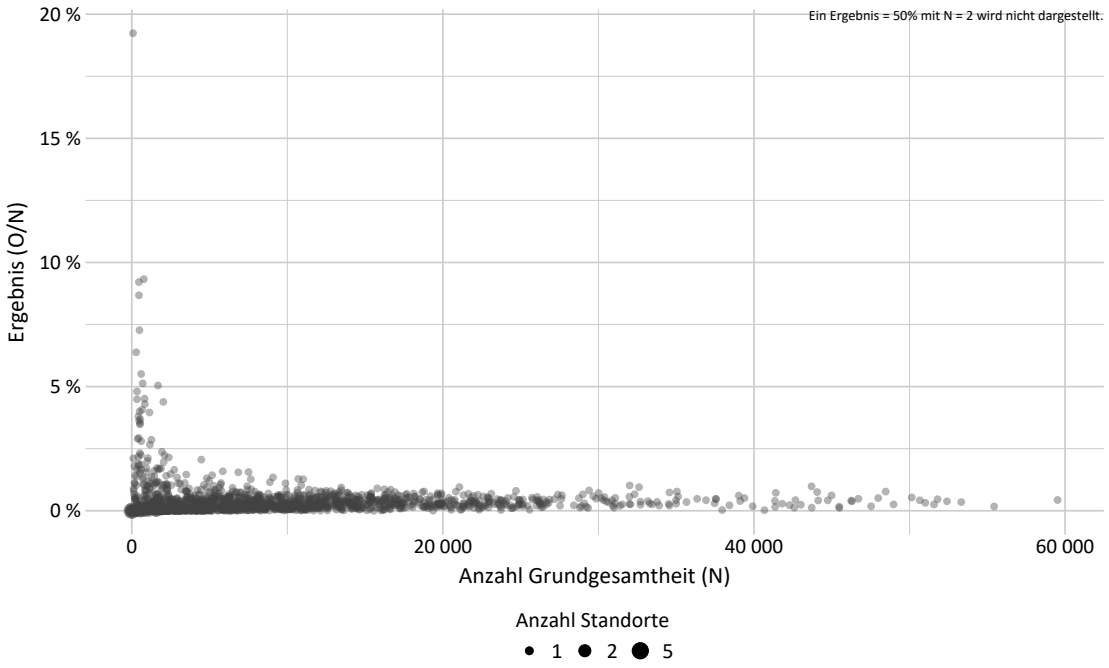
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	57.029 / 15.489.731	0,3682	0,3652 - 0,3712
	2024	55.568 / 15.893.663	0,3496	0,3467 - 0,3525
	2025	56.051 / 16.221.701	0,3455	0,3427 - 0,3484

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.821	0	0,00	50,00	0,21

521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3

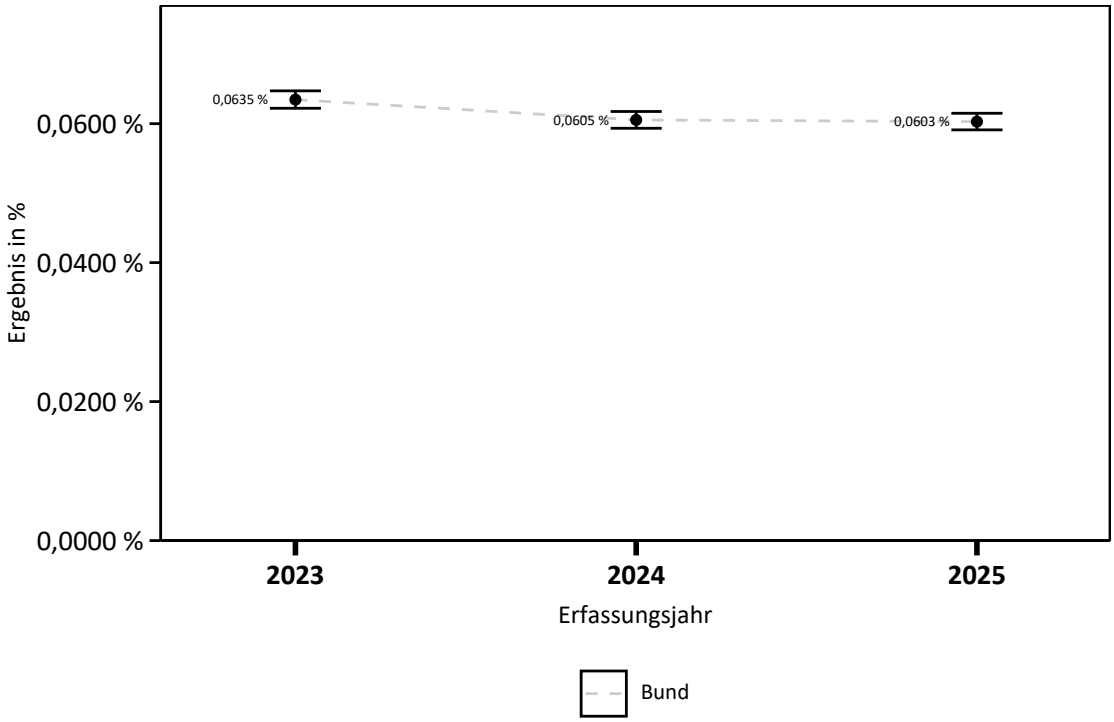
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Stadium/Kategorie 3, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

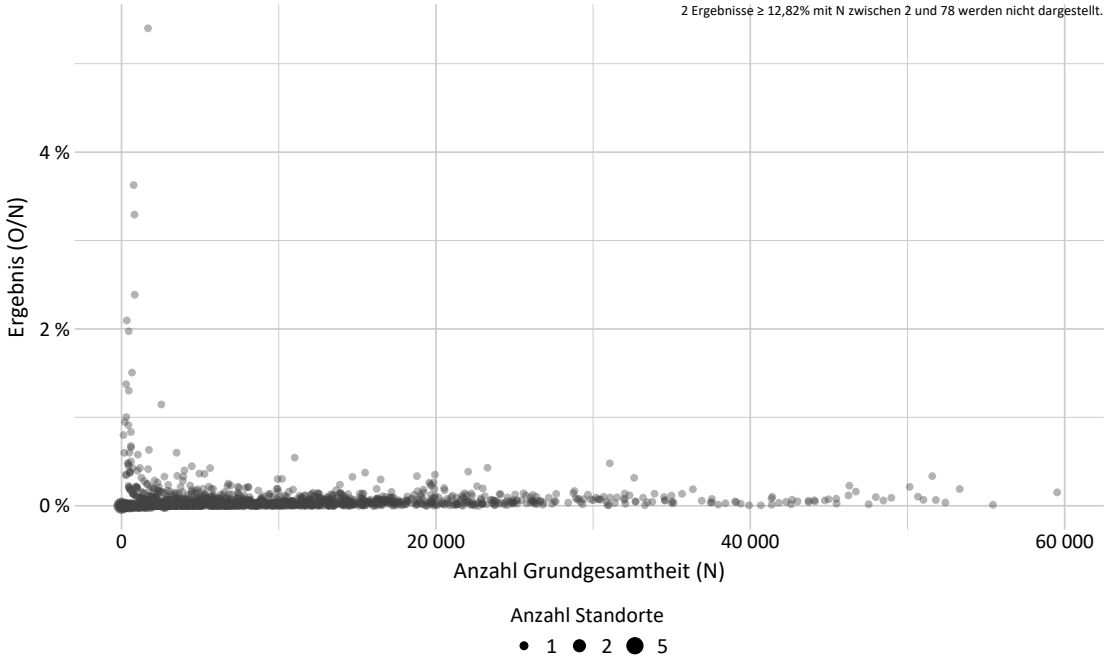
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	9.829 / 15.489.731	0,0635	0,0622 - 0,0647
	2024	9.621 / 15.893.663	0,0605	0,0593 - 0,0618
	2025	9.780 / 16.221.701	0,0603	0,0591 - 0,0615

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.821	0	0,00	50,00	0,02

521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet

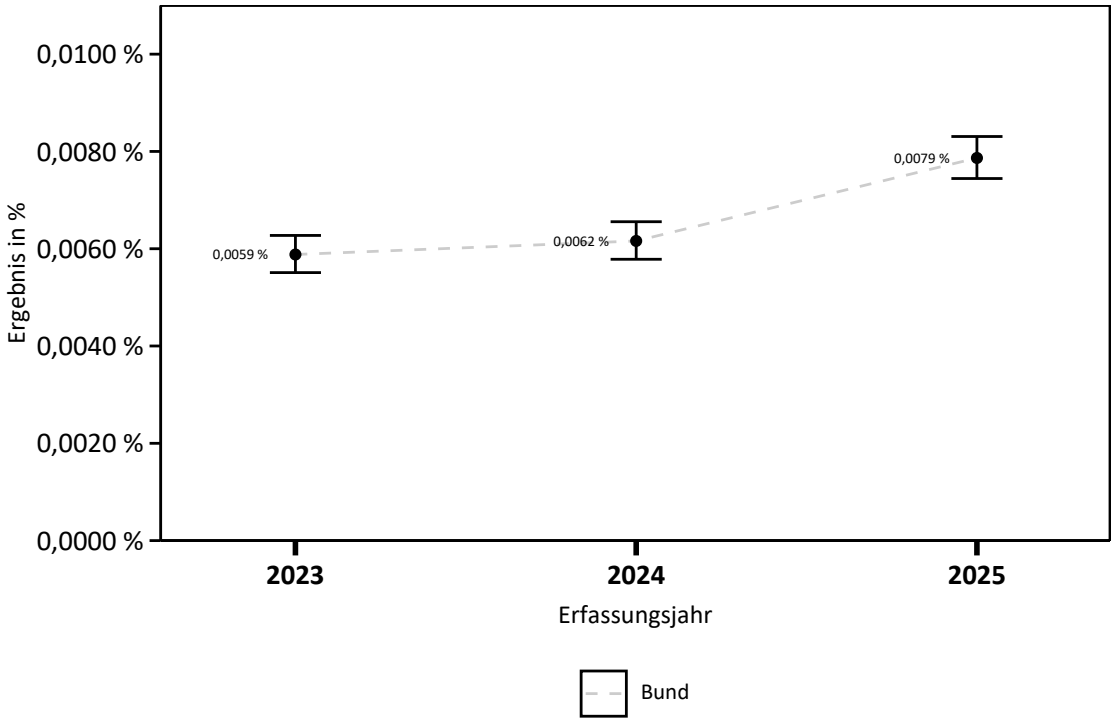
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneten Stadiums / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

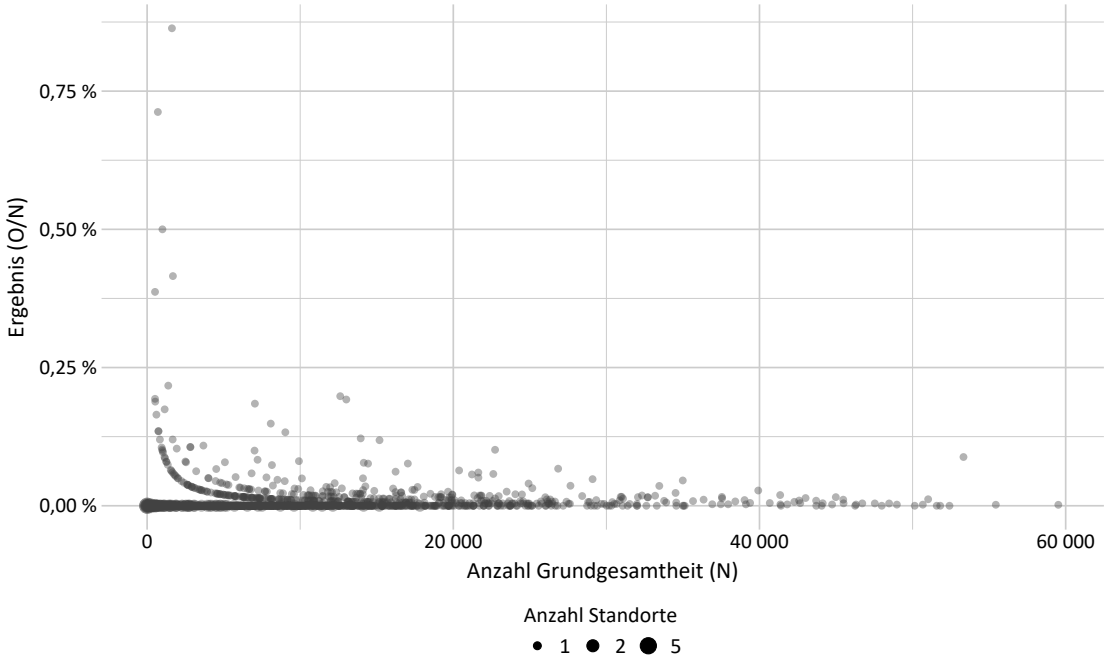
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	911 / 15.489.731	0,0059	0,0055 - 0,0063
	2024	979 / 15.893.663	0,0062	0,0058 - 0,0066
	2025	1.276 / 16.221.701	0,0079	0,0074 - 0,0083

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.821	0	0,00	0,86	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 52_22000 Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	0,4139 % 67.139/16.221.701
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.1.1	ID: O_52009 O/N (observed, beobachtet)	0,4139 % 67.139/16.221.701
1.1.1.2	ID: E_52009 E/N (expected, erwartet)	0,3940 % 63.913,22/16.221.701
1.1.1.3	**ID: 52009** **O/E**	1,05

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 52326** **Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2**	0,3455 % 56.051/16.221.701

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	**ID: 521801** **Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3**	0,0603 % 9.780/16.221.701

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 521800** **Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet**	0,0079 % 1.276/16.221.701

52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4

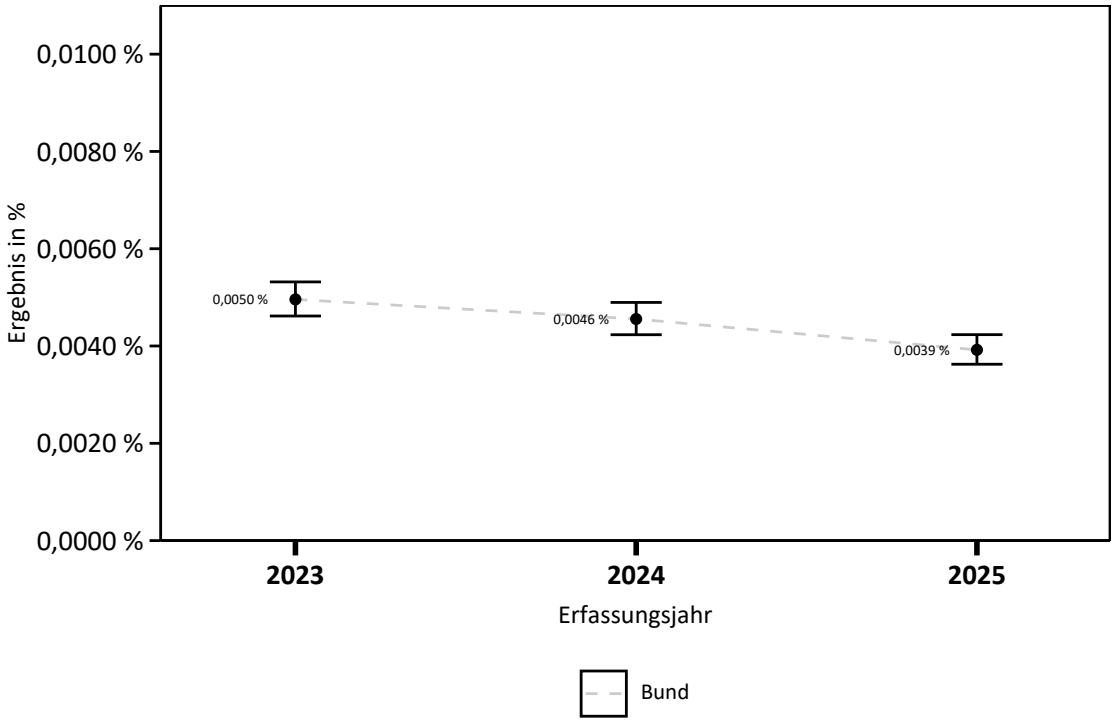
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Stadium/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Stadium/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

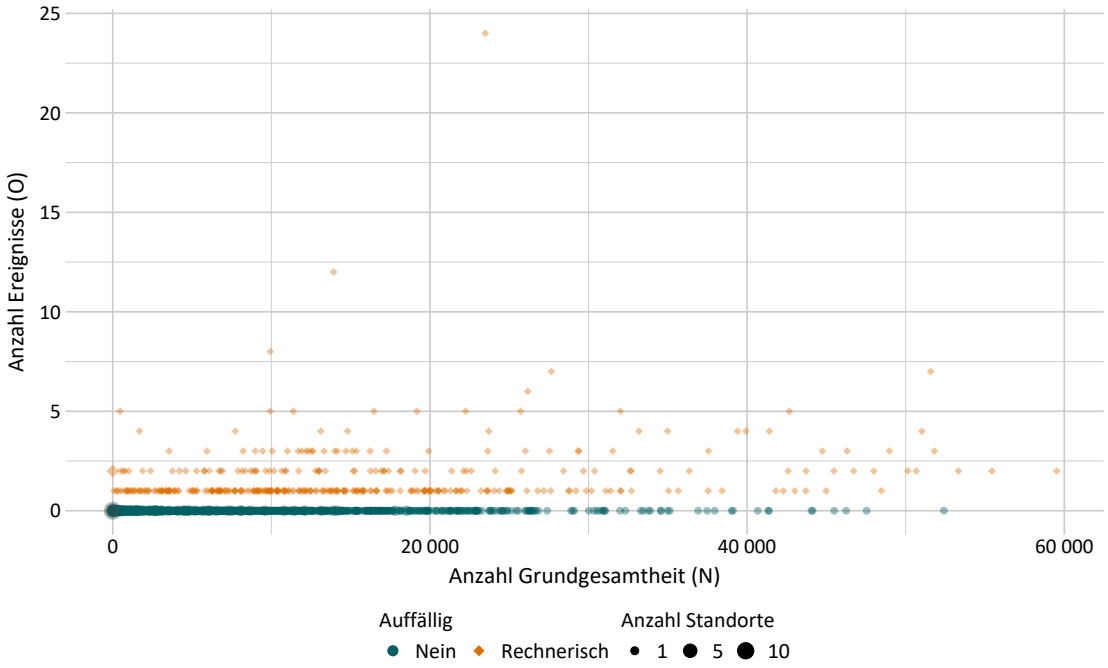
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	768 / 15.489.731	0,0050	0,0046 - 0,0053
	2024	724 / 15.893.663	0,0046	0,0042 - 0,0049
	2025	636 / 16.221.701	0,0039	0,0036 - 0,0042

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.825	369	0,00	1,28	0,00

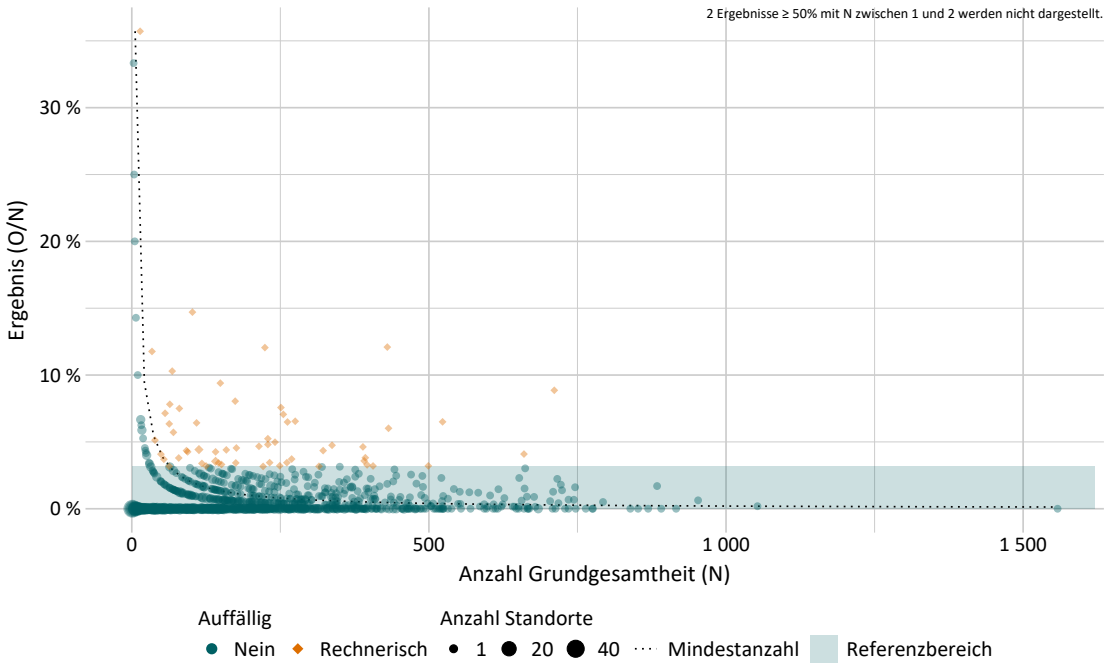
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das Datenfeld „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")“ ist entscheidend für den Einschluss in den Zähler aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens. **Hypothese** Fehldokumentation. Tatsächlich wurde dokumentiert, ob ein Dekubitus bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden oder nicht vorhanden war.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4
Grundgesamtheit	Alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation
Zähler	Fälle mit mindestens einer Angabe „Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“
Referenzbereich	≤ 3,16 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.617	59	0,00	100,00	0,00

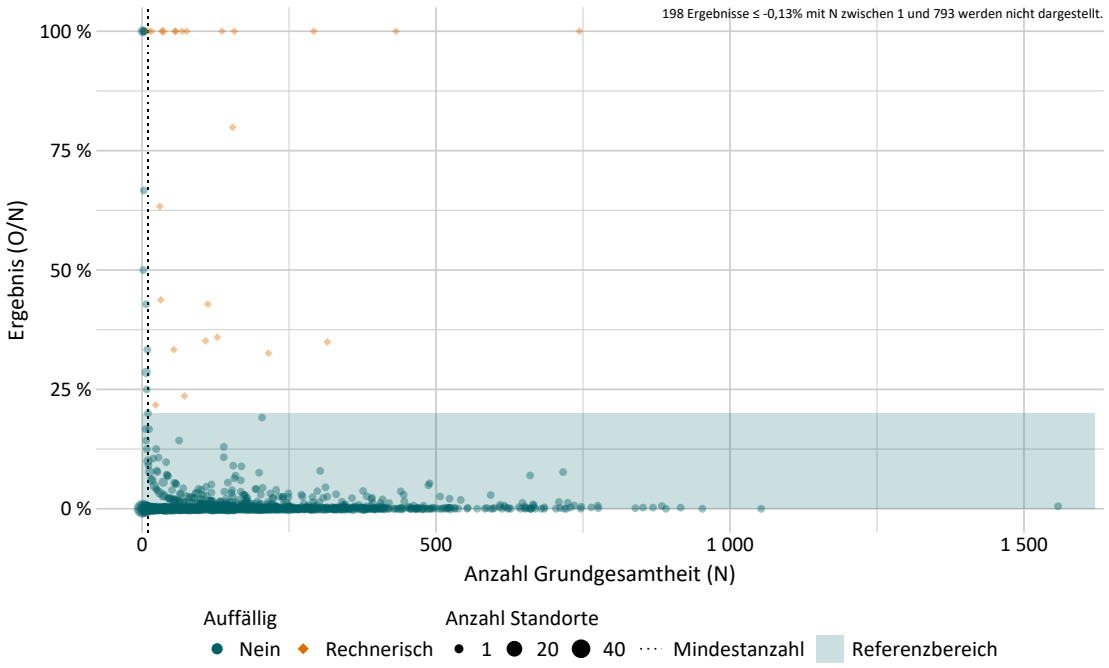
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	1.966 / 279.827	0,7026	3,65 % 59 / 1.617

851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das AK zeigt, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation. Die Risikostatistik ist für alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens relevant; sie bildet deren Grundgesamtheit. **Hypothese** Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle mit einem „Dekubitalulcus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation
Zähler	Differenz zwischen - der Anzahl der Fälle mit mindestens einem „Dekubitalulcus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation und - der Anzahl der Fälle mit „Dekubitalulcus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ aus der Risikostatistik
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.617	25	-300,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.958 / 279.827	1,0571	1,55 % 25 / 1.617

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
AK.1	**ID: 850359** **Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)**	0,7026 % 1.966/279.827

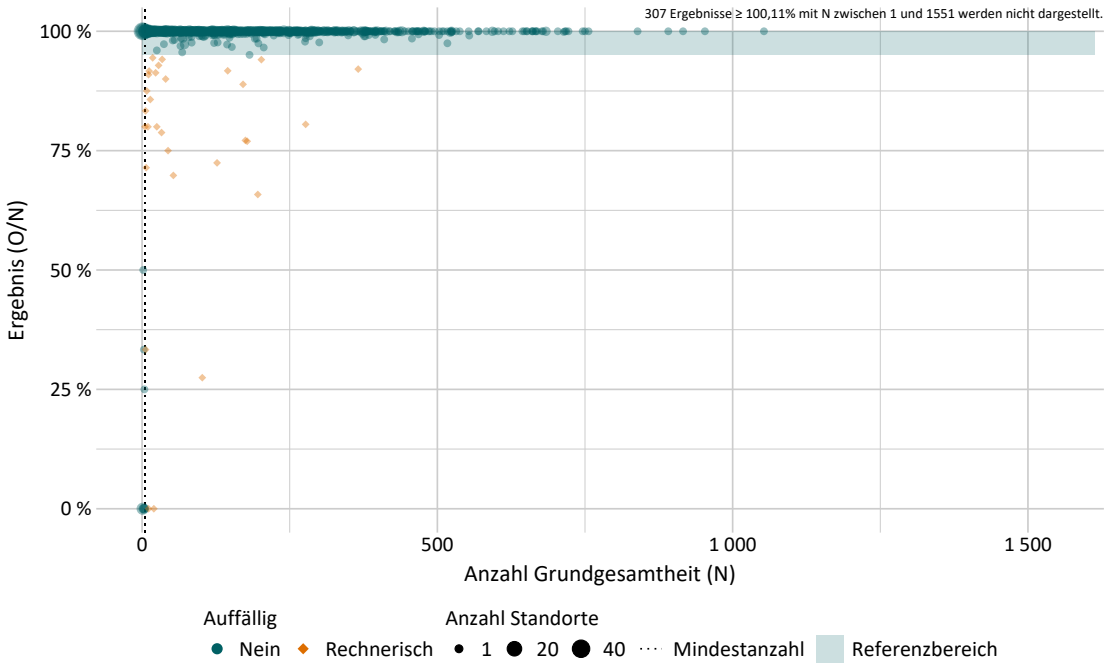
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
AK.2	**ID: 851805** **Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik**	1,0571 % 2.958/279.827
AK.2.1	ID: 52_22003 Davon: Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der QS-Dokumentation	279.827
AK.2.2	ID: 52_22004 Davon: Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der Risikostatistik	276.869

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.620	30	0,00	200,00	100,00

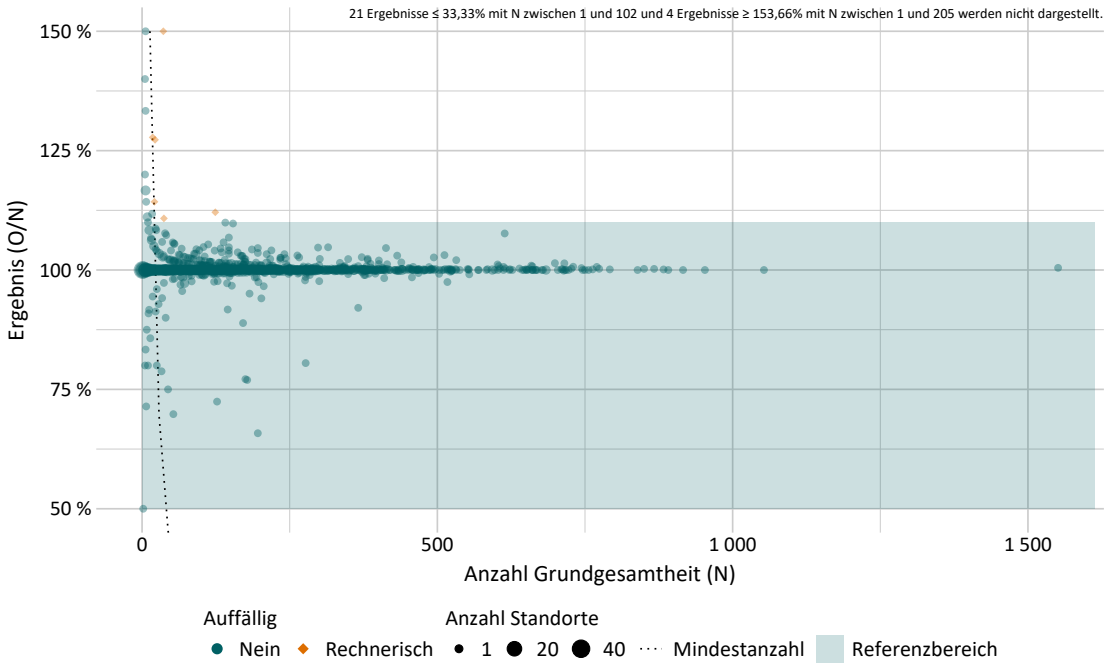
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	279.938 / 278.823	100,3999	1,85 % 30 / 1.620

850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.620	9	0,00	200,00	100,00

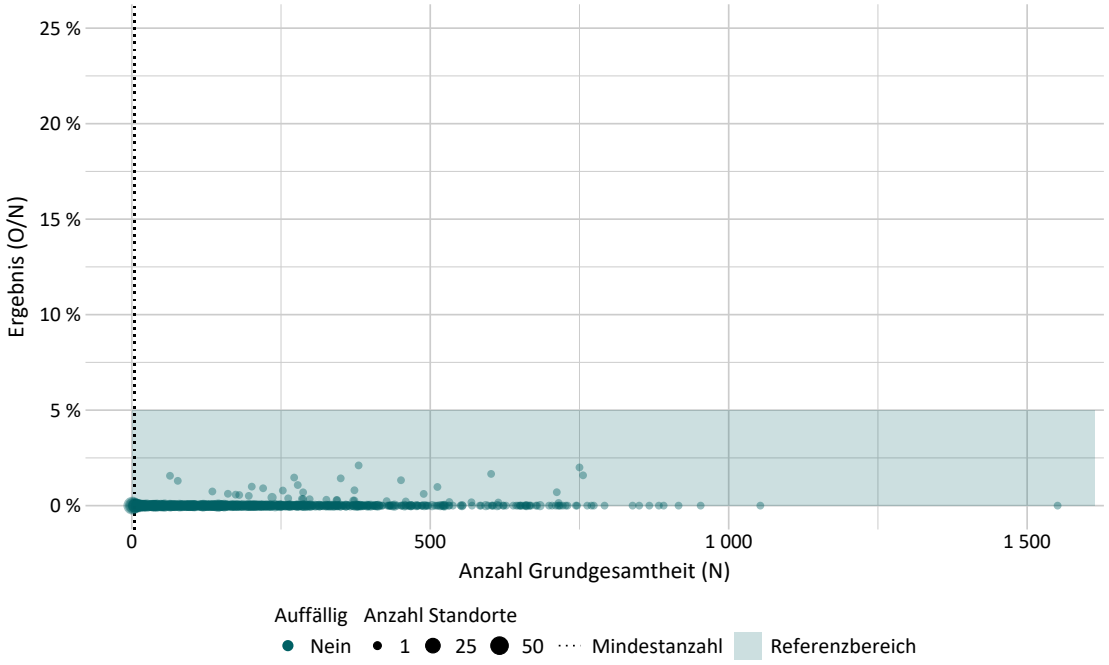
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	279.938 / 278.823	100,3999	0,56 % 9 / 1.620

850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.620	0	0,00	2,11	0,00

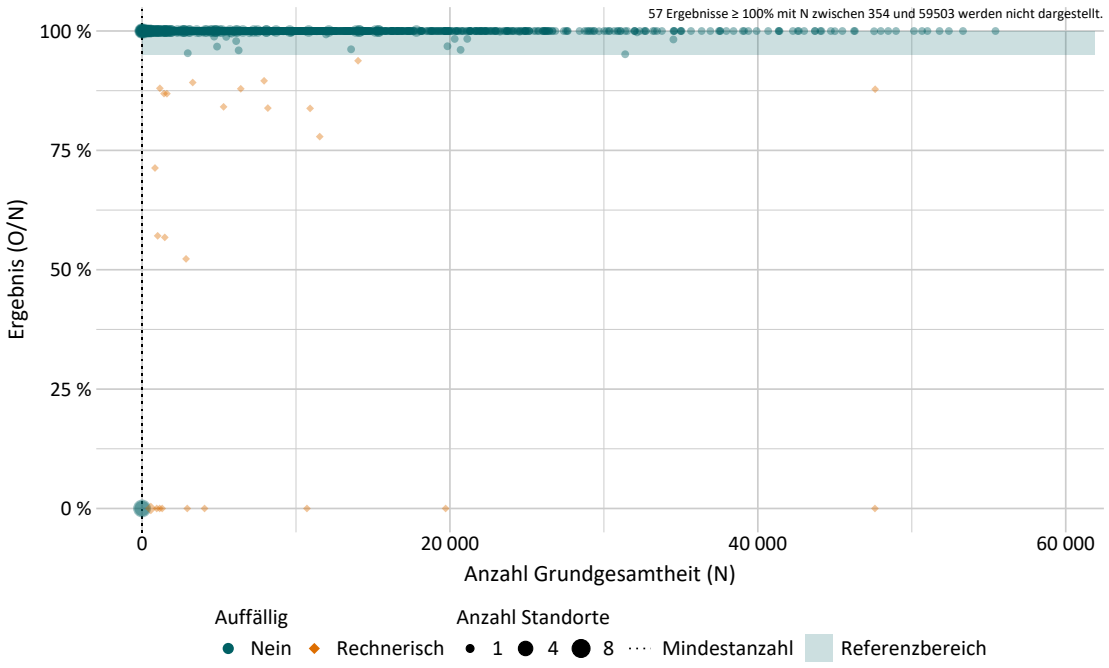
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	111 / 278.823	0,0398	0,00 % 0 / 1.620

851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** QI-relevant **Hypothese** Unterdokumentation in der Risikostatistik oder fehlerhafte Risikostatistik
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEPRUEFT_RS)
Zähler	Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	Risikostatistik, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.833	26	0,00	107,34	100,00

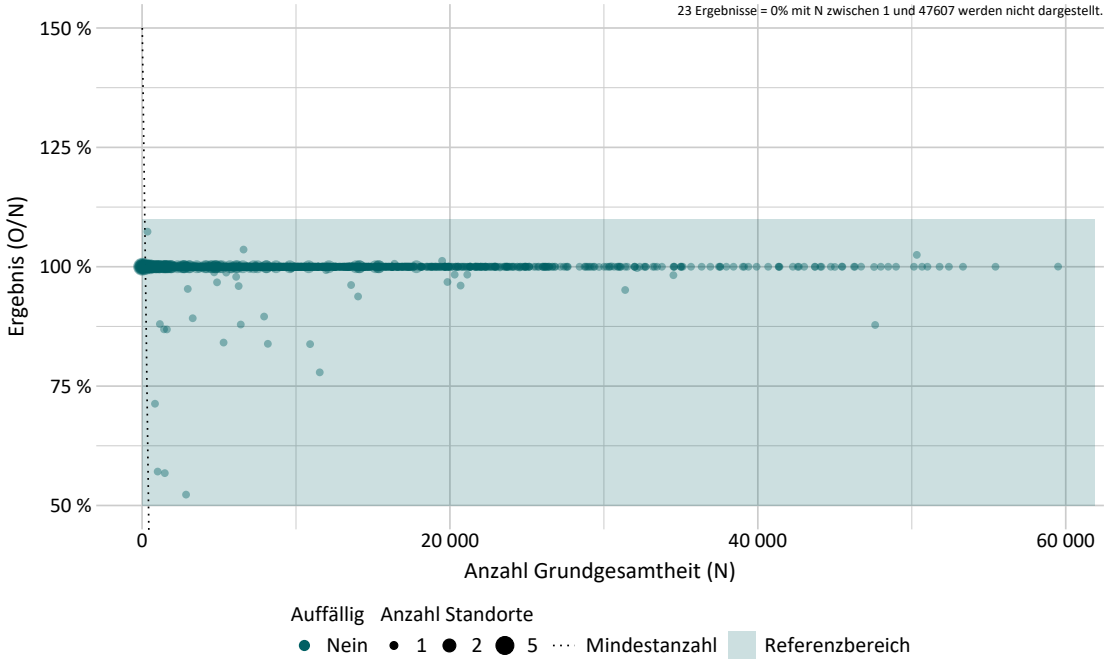
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	16.225.997 / 16.294.259	99,5811	1,42 % 26 / 1.833

851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** QI-relevant **Hypothese** Fehlerhafte Risikostatistik oder fehlende/fehlerhafte Sollstatistik zur Risikostatistik
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEPRUEFT_RS)
Zähler	Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	Risikostatistik, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.833	0	0,00	107,34	100,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	16.225.997 / 16.294.259	99,5811	0,00 % 0 / 1.833

Basisauswertung

QS-Dokumentation

Die folgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die Daten der QS-Dokumentation mit Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/ bezeichneter Kategorie bei Patientinnen und Patienten von 20 bis 120 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten (pro Datensatz wird nur ein prävalenter oder inzidenter Dekubitus gezählt)	**N = 279.827**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	14.249	5,09
1. Quartal	75.162	26,86
2. Quartal	67.834	24,24
3. Quartal	67.666	24,18
4. Quartal	54.916	19,62

Altersverteilung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 279.827**	
Altersverteilung		
20 - 29 Jahre	1.030	0,37
30 - 39 Jahre	2.350	0,84
40 - 49 Jahre	5.437	1,94
50 - 59 Jahre	15.980	5,71
60 - 69 Jahre	43.833	15,66
70 - 79 Jahre	70.323	25,13
≥ 80 Jahre	140.874	50,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus (pro Datensatz wird nur ein inzidenter Dekubitus gezählt)	**N = 67.743**	
Altersverteilung[2]		
20 - 29 Jahre	304	0,45
30 - 39 Jahre	622	0,92
40 - 49 Jahre	1.401	2,07
50 - 59 Jahre	4.063	6,00
60 - 69 Jahre	11.173	16,49
70 - 79 Jahre	17.588	25,96
≥ 80 Jahre	32.592	48,11

[2] Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 279.827**	
Geschlecht		
männlich	145.752	52,09
weiblich	134.059	47,91
divers	≤3	x
unbestimmt	≤3	x
unbekannt	12	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus	**N = 67.743**	
Geschlecht[3]		
männlich	36.382	53,71
weiblich	31.358	46,29
divers	0	0,00
unbestimmt	0	0,00
unbekannt	≤3	x

[3] Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/ bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 279.827**	
Aufnahmegrund		
(01) Krankenhausbehandlung, vollstationär	272.700	97,45
(02) Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung	6.847	2,45
(05) stationäre Entbindung	34	0,01
(06) Geburt	≤3	x
(07) Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003	115	0,04
(08) stationäre Aufnahme zur Organentnahme	0	0,00
(12) Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)	62	0,02
nicht spezifizierter Aufnahmegrund		
(1) ja	68	0,02

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 279.827**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	138.200	49,39
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	6.057	2,16
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	444	0,16
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.701	0,61
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	8	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	25.426	9,09
(07) Tod	47.125	16,84
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[4]	685	0,24
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	9.447	3,38
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	45.998	16,44
(11) Entlassung in ein Hospiz	2.000	0,71
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	161	0,06
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	24	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	35	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[5]	1.505	0,54
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	84	0,03
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[6]	4	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	863	0,31

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 279.827**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[7]		
(1) ja	60	0,02

[4] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[5] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[6] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[7] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Risikofaktoren

Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 279.827**	
Risikofaktoren		
Diabetes mellitus	96.024	34,32
Eingeschränkte Mobilität	157.415	56,25
Eingeschränkte Mobilität - Muskelzerrung	473	0,17
Eingeschränkte Mobilität - Verhalten	3.593	1,28
Infektion	93.636	33,46
Infektion - Pneumonie	3.916	1,40
Infektion - ARDS	2.917	1,04
Demenz und Vigilanzstörung	50.054	17,89
Inkontinenz	133.458	47,69
Untergewicht oder Mangelernährung	30.123	10,76
Adipositas	5.639	2,02
Weitere schwere Erkrankungen	143.240	51,19
Weitere schwere Erkrankungen - anderenorts klassifizierte Pneumonie	66.672	23,83
Beatmungsstunden ≥ 24 Stunden	29.566	10,57
Keine Risikofaktoren	20.325	7,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus	**N = 67.743**	
Risikofaktoren[8]		
Diabetes mellitus	22.206	32,78
Eingeschränkte Mobilität	37.094	54,76
Eingeschränkte Mobilität - Muskelzerrung	77	0,11
Eingeschränkte Mobilität - Verhalten	700	1,03
Infektion	28.547	42,14
Infektion - Pneumonie	1.535	2,27
Infektion - ARDS	1.883	2,78
Demenz und Vigilanzstörung	9.275	13,69
Inkontinenz	31.587	46,63
Untergewicht oder Mangelernährung	9.133	13,48
Adipositas	1.598	2,36
Weitere schwere Erkrankungen	42.857	63,26
Weitere schwere Erkrankungen - anderenorts klassifizierte Pneumonie	21.925	32,36
Beatmungsstunden ≥ 24 Stunden	14.835	21,90
Keine Risikofaktoren	3.890	5,74

[8] Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Beatmungsstunden

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 279.827**	
Dauer der Beatmung		
≤ 23 Stunden	250.261	89,43
24 - 71 Stunden	5.936	2,12
72 - 239 Stunden	9.636	3,44
≥ 240 Stunden	13.994	5,00

Dekubitus

Stadieneinteilung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Dekubitalulcera (pro Datensatz werden alle inzidenten und prävalenten Dekubitalulcera gezählt)	**N = 358.552**	
Stadieneinteilung		
Dekubitus, Stadium 2	226.165	63,08
Dekubitus, Stadium 3	89.095	24,85
Dekubitus, Stadium 4	34.793	9,70
Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet	8.499	2,37

	Bund (gesamt)	
	n	%
Inzidente Dekubitalulcera (pro Datensatz werden alle inzidenten Dekubitalulcera gezählt)	**N = 77.497**	
Stadieneinteilung[9]		
Dekubitus, Stadium 2	64.325	83,00
Dekubitus, Stadium 3	10.821	13,96
Dekubitus, Stadium 4	679	0,88
Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet	1.672	2,16

[9] Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? - "Present on Admission" (POA)

Stadieneinteilung und Lokalisation des Dekubitus - POA

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	nein	ja	unbekannt	Gesamt
Alle Dekubitalulcera				
Bund (gesamt)				
Dekubitus, Stadium 2	62.639 **17,47 %**	161.840 **45,14 %**	1.686 **0,47 %**	226.165 **63,08 %**
Dekubitus, Stadium 3	10.490 **2,93 %**	78.274 **21,83 %**	331 **0,09 %**	89.095 **24,85 %**
Dekubitus, Stadium 4	620 **0,17 %**	34.114 **9,51 %**	59 **0,02 %**	34.793 **9,70 %**
Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet	1.558 **0,43 %**	6.827 **1,90 %**	114 **0,03 %**	8.499 **2,37 %**
Gesamt	75.307 **21,00 %**	281.055 **78,39 %**	2.190 **0,61 %**	358.552 **100,00 %**

War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? - "Present on Discharge" (POD)

Stadieneinteilung und Lokalisation des Dekubitus - POD

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	nein	ja	unbekannt	Gesamt
Alle Dekubitalulcera				
Bund (gesamt)				
Dekubitus, Stadium 2	26.928 **7,51 %**	195.110 **54,42 %**	4.127 **1,15 %**	226.165 **63,08 %**
Dekubitus, Stadium 3	5.362 **1,50 %**	82.971 **23,14 %**	762 **0,21 %**	89.095 **24,85 %**
Dekubitus, Stadium 4	3.185 **0,89 %**	31.454 **8,77 %**	154 **0,04 %**	34.793 **9,70 %**
Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet	930 **0,26 %**	7.337 **2,05 %**	232 **0,06 %**	8.499 **2,37 %**
Gesamt	36.405 **10,15 %**	316.872 **88,38 %**	5.275 **1,47 %**	358.552 **100,00 %**

Lokalisationen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	Stadium 2	Stadium 3	Stadium 4	Stadium nnb	Gesamt
Alle Dekubitalulcera					
Bund (gesamt)					
Kopf	4.343 **1,21 %**	1.584 **0,44 %**	176 **0,05 %**	223 **0,06 %**	6.326 **1,76 %**
Obere Extremität	2.881 **0,80 %**	1.391 **0,39 %**	298 **0,08 %**	166 **0,05 %**	4.736 **1,32 %**
Dornfortsätze	1.996 **0,56 %**	748 **0,21 %**	185 **0,05 %**	55 **0,02 %**	2.984 **0,83 %**
Beckenkamm (Spina iliaca)	2.844 **0,79 %**	1.015 **0,28 %**	315 **0,09 %**	108 **0,03 %**	4.282 **1,19 %**
Kreuzbein (Steißbein)	103.291 **28,81 %**	31.350 **8,74 %**	16.053 **4,48 %**	2.382 **0,66 %**	153.076 **42,69 %**
Sitzbein	33.333 **9,30 %**	7.989 **2,23 %**	4.538 **1,27 %**	801 **0,22 %**	46.661 **13,01 %**
Trochanter	8.214 **2,29 %**	4.955 **1,38 %**	2.761 **0,77 %**	292 **0,08 %**	16.222 **4,52 %**
Ferse	44.114 **12,30 %**	25.876 **7,22 %**	6.141 **1,71 %**	2.267 **0,63 %**	78.398 **21,87 %**
Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	16.509 **4,60 %**	11.020 **3,07 %**	3.566 **0,99 %**	1.250 **0,35 %**	32.345 **9,02 %**
Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	8.640 **2,41 %**	3.167 **0,88 %**	760 **0,21 %**	955 **0,27 %**	13.522 **3,77 %**
Gesamt	226.165 **63,08 %**	89.095 **24,85 %**	34.793 **9,70 %**	8.499 **2,37 %**	358.552 **100,00 %**

Lokalisationen bei inzidenten Dekubitalulcera[10]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	Stadium 2	Stadium 3	Stadium 4	Stadium nnb	Gesamt
Inzidente Dekubitalulcera					
Bund (gesamt)					
Kopf	2.578 **3,33 %**	627 **0,81 %**	20 **0,03 %**	87 **0,11 %**	3.312 **4,27 %**
Obere Extremität	709 **0,91 %**	172 **0,22 %**	5 **0,01 %**	26 **0,03 %**	912 **1,18 %**
Dornfortsätze	634 **0,82 %**	91 **0,12 %**	5 **0,01 %**	14 **0,02 %**	744 **0,96 %**
Beckenkamm (Spina iliaca)	688 **0,89 %**	94 **0,12 %**	7 **0,01 %**	13 **0,02 %**	802 **1,03 %**
Kreuzbein (Steißbein)	30.369 **39,19 %**	4.232 **5,46 %**	346 **0,45 %**	477 **0,62 %**	35.424 **45,71 %**
Sitzbein	8.960 **11,56 %**	762 **0,98 %**	56 **0,07 %**	145 **0,19 %**	9.923 **12,80 %**
Trochanter	1.611 **2,08 %**	252 **0,33 %**	27 **0,03 %**	29 **0,04 %**	1.919 **2,48 %**
Ferse	12.781 **16,49 %**	3.247 **4,19 %**	143 **0,18 %**	495 **0,64 %**	16.666 **21,51 %**
Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	3.100 **4,00 %**	790 **1,02 %**	47 **0,06 %**	206 **0,27 %**	4.143 **5,35 %**
Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	2.895 **3,74 %**	554 **0,71 %**	23 **0,03 %**	180 **0,23 %**	3.652 **4,71 %**
Gesamt	64.325 **83,00 %**	10.821 **13,96 %**	679 **0,88 %**	1.672 **2,16 %**	77.497 **100,00 %**

[10] Vorhandensein von Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

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

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 7
Vorbemerkung 9
1 Hintergrund 10
2 Einordnung der Ergebnisse 17
2.1 Datengrundlage 17
2.1.1 Überblick 17
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 17
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 22
2.2.1 Überblick 22
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 25
2.2.3 Detailergebnisse 33
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 56
2.3.1 Überblick 56
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 57
2.3.3 Detailergebnisse 65
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 77
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 77
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 83
4 Evaluation 88
5 Ausblick 92
Literatur 94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL 13
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV 13
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL 13
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV 14
Tabelle 5: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL 14
Tabelle 6: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV 15
Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL 15
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV 16
Tabelle 9: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL 18
Tabelle 10: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – HSMDEF-HSM-IMPL 18
Tabelle 11: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV 19
Tabelle 12: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – HSMDEF-HSM-REV 19
Tabelle 13: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL 20
Tabelle 14: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – HSMDEF-DEFI-IMPL 20
Tabelle 15: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV 21
Tabelle 16: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – HSMDEF-DEFI-REV 21
Tabelle 17: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL 25
Tabelle 18: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL 27
Tabelle 19: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV 28
Tabelle 20: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV 28
Tabelle 21: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL 29
Tabelle 22: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL 30
Tabelle 23: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV 32
Tabelle 24: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV 32
Tabelle 25: QI 101803: Leitlinienkonforme Indikation (HSM-IMPL) 33
Tabelle 26: QI 50055: Leitlinienkonforme Indikation (DEFI-IMPL) 33
Tabelle 27: QI 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl (HSM-IMPL) 35
Tabelle 28: QI 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl (DEFI-IMPL) 35
Tabelle 29: QI 54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern (HSM-IMPL) 36
Tabelle 30: QI 52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (HSM-IMPL) 39

Tabelle 31: QI 52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (DEFI-IMPL) 40
Tabelle 32: QI 101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (HSM-IMPL) 41
Tabelle 33: TKez 101802: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (HSM-IMPL) 42
Tabelle 34: QI 131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (DEFI-IMPL) 42
Tabelle 35: TKez 131803: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (DEFI-IMPL) 42
Tabelle 36: QI 151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (DEFI-REV) 43
Tabelle 37: QI 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion (HSM-IMPL) 45
Tabelle 38: QI 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion (DEFI-IMPL) 45
Tabelle 39: QI 51191: Sterblichkeit im Krankenhaus (HSM-IMPL) 48
Tabelle 40: QI 51404: Sterblichkeit im Krankenhaus (HSM-REV) 48
Tabelle 41: QI 51196: Sterblichkeit im Krankenhaus (DEFI-REV) 49
Tabelle 42: QI 2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (HSM-IMPL) 50
Tabelle 43: QI 132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (DEFI-IMPL) 50
Tabelle 44: QI 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (HSM-IMPL) 53
Tabelle 45: QI 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (DEFI-IMPL) 53
Tabelle 46: QI 132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation (DEFI-IMPL) 55
Tabelle 47: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL 57
Tabelle 48: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL 58
Tabelle 49: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV 59
Tabelle 50: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV 60
Tabelle 51: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL 61
Tabelle 52: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL 62
Tabelle 53: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV 63
Tabelle 54: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV 64
Tabelle 55: AK 813070: Führendes Symptom ‚sonstiges' (HSM-IMPL) 65
Tabelle 56: AK 813071: Führende Indikation ‚sonstiges' (HSM-IMPL) 66

Tabelle 57: AK 850339: Angabe ‚kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen (HSM-REV) 66
Tabelle 58: AK 850313: Indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige' (DEFI-IMPL) 67
Tabelle 59: AK 851904: Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem (DEFI-REV) 68
Tabelle 60: AK 813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (HSM-IMPL) 69
Tabelle 61: AK 813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (HSM-REV) 69
Tabelle 62: AK 851801: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (DEFI-IMPL) 70
Tabelle 63: AK 851803: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (DEFI-REV) 70
Tabelle 64: AK 850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (HSM-IMPL) 71
Tabelle 65: AK 850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (HSM-REV) 71
Tabelle 66: AK 850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (DEFI-IMPL) 72
Tabelle 67: AK 850197: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (DEFI-REV) 72
Tabelle 68: AK 850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (HSM-IMPL) 73
Tabelle 69: AK 850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (HSM-REV) 73
Tabelle 70: AK 850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (DEFI-IMPL) 73
Tabelle 71: AK 850198: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (DEFI-REV) 74
Tabelle 72: AK 850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (HSM-IMPL) 75
Tabelle 73: AK 850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (HSM-REV) 75
Tabelle 74: AK 850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (DEFI-IMPL) 75
Tabelle 75: AK 850222: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (DEFI-REV) 76
Tabelle 76: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem.§ 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-IMPL 77
Tabelle 77: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-REV 78
Tabelle 78: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL 79
Tabelle 79: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-REV 80
Tabelle 80: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-IMPL 83
Tabelle 81: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-REV 84
Tabelle 82: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL 84
Tabelle 83: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-REV 85

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
ASA	American Society of Anesthesiologists
AOP-Katalog	Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen
AV-FU-Listen	Liste auffälliger Fälle in Follow-up-Indikatoren
BMI	Body-Mass-Index
CRT	kardiale Resynchronisationstherapie (*cardiac resynchronization therapy*)
CRT-D	kardiale Resynchronisationstherapie (*cardiac resynchronization therapy*) mit Defibrillatorfunktion
CRT-P	kardiale Resynchronisationstherapie mit Schrittmacher (*cardiac resynchronization therapy pacemaker*)
DDD	Herzschrittmachermodus (duale Stimulation in Vorhof und Ventrikel, duale Registrierung in Vorhof und Ventrikel, dualer Betriebsmodus)
DEFI-IMPL	Auswertungsmodul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*
DEFI-REV	Auswertungsmodul *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation*
DRW	diagnostische Referenzwerte
EJ	Erfassungsjahr
HSM-IMPL	Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation*
HSM-REV	Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*
ICD	Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (*implantable cardioverter-defibrillator*)
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LBBAP	Left Bundle Branch Area Pacing
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
QS	Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QS HSMDEF	QS-Verfahren *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren*

Abkürzung	Bedeutung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SOP	Standardvorgehensweise (*Standard Operating Procedure*)
VDD	Herzschrittmachermodus (Ventrikelstimulation, duale Registrierung in Vorhof und Ventrikel, dualer Betriebsmodus)

Vorbemerkung

Einbezogene Eingriffe und Module

In das Verfahren *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren* (*QS HSMDEF*) gehen Implantationen von Herzschrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren oder CRT-Systemen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren ein. Des Weiteren sind auch Folgeeingriffe wie Revisionen, Systemwechsel oder komplette Explantationen des Systems Gegenstand des Verfahrens.

Die Eingriffe im Rahmen der Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren sind den folgenden vier Erfassungs- und Auswertungsmodulen zugeordnet:

- ***Herzschrittmacher-Implantation* (zugehöriges Erfassungsmodul: 09/1; Auswertungsmodul: *HSM-IMPL*):** Es werden vor allem Erstimplantationen von Herzschrittmachern, d. h. das erstmalige Einsetzen eines solchen Rhythmusimplantats, betrachtet. Aber auch Systemumstellungen von einem implantierbaren Defibrillator auf ein Herzschrittmachersystem sowie von einem Herzschrittmacher (Ein- oder Zweikammersystem) auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-P) müssen im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* dokumentiert werden.
- ***Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* (zugehöriges Erfassungsmodul: 09/3; Auswertungsmodul: *HSM-REV*):** Alle Folgeeingriffe (d. h. Revisionen aufgrund von Komplikationen, Explantationen des Schrittmachers sowie Systemumstellungen zwischen Herzschrittmachersystemen) werden im Modul *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* erfasst.
- ***Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* (zugehöriges Erfassungsmodul: 09/4; Auswertungsmodul: *DEFI-IMPL*):** Erstimplantationen von ICD-Systemen werden im Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* betrachtet; darunter fallen auch Systemupgrades von einem Herzschrittmachersystem auf ein Defibrillatorsystem.
- ***Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* (zugehöriges Erfassungsmodul: 09/6; Auswertungsmodul: *DEFI-REV*):** Alle Folgeeingriffe – d. h. Revisionen aufgrund von Komplikationen, Explantationen des Defibrillators sowie Systemumstellungen zwischen Defibrillatorsystemen einschließlich der Umstellungen von einem Defibrillator (Einkammer- oder Zweikammersystem) auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-D-System) – sind schließlich dem Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* zugeordnet.

1 Hintergrund

Herzschrittmacherversorgung

Ein zu langsamer Herzschlag (bradykarde Herzrhythmusstörung) kann das Einsetzen (Implantation) eines Herzschrittmachers erfordern. Um zu prüfen, ob nur diejenigen Patientinnen und Patienten einen Herzschrittmacher eingesetzt bekommen, die ihn laut Empfehlung der Leitlinie benötigen, ist eine sorgfältige Diagnostik im Vorfeld des Eingriffs notwendig. So kann ausgeschlossen werden, dass die bradykarde Herzrhythmusstörung auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Mit dem Einsatz dieses elektrischen „Taktgebers" wird das Ziel verfolgt, krankheitstypische Beschwerden der Patientinnen und Patienten, die bis zu Episoden von Bewusstlosigkeit reichen können, zu mindern. Bei bestimmten Formen bradykarder Herzrhythmusstörungen verlängert ein Herzschrittmacher die Lebenserwartung. Auch eine fortgeschrittene Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz), bei der beide Herzkammern oder verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten, kann mittels elektrischer Stimulation durch ein Rhythmusimplantat behandelt werden (kardiale Resynchronisationstherapie, *cardiac resynchronization therapy*, CRT). In Deutschland werden derzeit (Erfassungsjahr 2025) rund 80.000 Herzschrittmacher-Implantationen durchgeführt.

Die Implantation eines im Körper verbleibenden Herzschrittmachers stellt einen operativen Eingriff dar, der mit Risiken verbunden ist, weshalb eine sorgfältige Diagnostik und Indikationsstellung vor Durchführung eines solchen Eingriffs unerlässlich ist. Zugleich hängen die optimale Funktionsfähigkeit sowie die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen von der Wahl der für die Patientin oder den Patienten geeigneten Systemart ab. Aus diesen Gründen enthält das Indikatorenset des Verfahrens *QS HSMDEF* Indikatoren, die messen, ob die Indikationsstellung und die Wahl des Schrittmachersystems leitlinienkonform und somit gemäß den aktuellen wissenschaftlichen Standards erfolgt sind.

Ein Herzschrittmacher besteht aus einem Aggregat, das Elektronik und Batterie in einem Gehäuse vereint, sowie einer oder mehreren Sonden. Eine Ausnahme stellen sondenlose Schrittmacher (*Leadless Pacemaker*) dar, die als mögliche Alternative zur Verfügung stehen. Eine Sonde dient einerseits als „Antenne" des Schrittmachers zum Monitoring des Herzschlags. Andererseits übertragen die Sonden, sofern notwendig, die Stimulationsimpulse des Herzschrittmachers an den Herzmuskel. Wenn sich die Batterie nach einigen Jahren erschöpft, erfolgt ein Aggregatwechsel – darunter wird die Entfernung (Explantation) des alten und das Einsetzen (Implantation) eines neuen Aggregats verstanden. Folgeeingriffe können jedoch auch notwendig werden, wenn das Herzschrittmachersystem aufgrund von Komplikationen ersetzt werden muss (z. B. bei Sondenproblemen, Aggregatdefekten oder Infektionen) oder wenn keine Notwendigkeit mehr für einen Herzschrittmacher besteht und das System explantiert werden muss bzw. wenn die Indikation für ein anderes Herzschrittmachersystem gestellt wurde und das System ausgetauscht werden muss. In Deutschland erfolgen derzeit (Erfassungsjahr 2025) rund 9.000 Revisionen/Systemwechsel.

© IQTIG 2026

Die meisten Ergebnisindikatoren des Verfahrens messen, wie häufig während oder nach den Herzschrittmachereingriffen Komplikationen auftreten. Einige dieser Indikatoren erfassen ausschließlich Komplikationen, die während des Krankenhausaufenthaltes auftreten, während andere Komplikationen erfassen, die nach der Entlassung aufgetreten sind und zu einem weiteren Krankenhausaufenthalt geführt haben (Follow-up-Indikatoren). Während der Implantation der Sonden des Herzschrittmachers werden Werte zur Reizschwelle und zur Signalamplitude gemessen. Es ist wichtig, dass diese innerhalb eines akzeptablen Bereichs liegen, da eine zu hohe Reizschwelle dazu führen kann, dass der Batterieverbrauch zu hoch ist und deshalb das Aggregat frühzeitig gewechselt werden muss. Eine zu niedrige Signalamplitude beeinträchtigt wiederum die Funktionsfähigkeit des Schrittmachers, da dieser dann den Eigenrhythmus des Herzens nicht richtig erkennt und ggf. zum falschen Zeitpunkt stimuliert. Todesfälle, die im Zusammenhang mit dem Herzschrittmachereingriff stehen, treten relativ selten auf und gehen in die Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus" ein.

Versorgung mit implantierbaren Defibrillatoren

Der plötzliche Herztod gehört zu den häufigsten Todesursachen in den westlichen Industrienationen. Bei den meisten Betroffenen sind dafür Erkrankungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit, KHK) oder des Herzmuskels (Kardiomyopathie) ursächlich, die lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen (Arrhythmien) zur Folge haben können. Bei einem zu langsamen Herzschlag aufgrund von Störungen der Reizbildung oder Reizleitung kann die Implantation eines Herzschrittmachers empfehlenswert sein. Lebensbedrohliche Rhythmusstörungen der Herzkammern mit einem zu schnellen Herzschlag, d. h. einer zu hohen Herzfrequenz (Kammertachykardien, Kammerflattern, Kammerflimmern), können nicht mit einem Herzschrittmacher behandelt werden. In solchen Fällen kommt ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (*implantable cardioverter-defibrillator*, ICD) zum Einsatz, der in der Regel zusätzlich auch alle Funktionen eines Herzschrittmachers beinhaltet. In Deutschland werden jährlich rund 20.000 Kardioverter-Defibrillatoren implantiert.

Ähnlich wie ein Herzschrittmacher besteht ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator aus einem Aggregat, das Elektronik (Mikrocomputer) und Batterie in einem Gehäuse vereint und über Sonden mit dem Herzen verbunden ist. Nach einigen Jahren ist auch hier die Batterie erschöpft und es erfolgt ein Aggregatwechsel – darunter wird die Entfernung (Explantation) des alten und das Einsetzen (Implantation) eines neuen Aggregats verstanden. Kommt es zu Komplikationen wie beispielsweise Fehlfunktionen oder Sondenbrüchen, ist es notwendig, den Defibrillator zu ersetzen und ggf. ebenfalls die Sonden auszutauschen bzw. neu zu platzieren oder zusätzliche Elektroden einzusetzen. Eine vollständige Entfernung des ICD ist eher selten und wird nur in Ausnahmefällen durchgeführt, beispielsweise, wenn keine Notwendigkeit mehr für das Aggregat besteht, oder bei schwerwiegenden Komplikationen wie Infektionen. In Deutschland erfolgen jährlich rund 7.000 Revisionen/Systemwechsel.

Das Indikatorenset der Auswertungsmodule zur Defibrillatorversorgung gleicht dem Indikatorenset zu Herzschrittmachereingriffen – die Qualitätsindikatoren dieser Module beziehen sich auf die gleichen Qualitätsmerkmale.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Indikatorenset des Verfahrens *QS HSMDEF* soll die Qualität der Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren für den stationären Sektor transparent machen. Zu diesem Zweck beinhaltet das Set in seinen vier Auswertungsmodulen insgesamt 20 Indikatoren und 2 Kennzahlen, die auf der fallbezogenen QS-Dokumentation basieren.

Bei der Erstimplantation eines Schrittmachers oder eines Defibrillators sollte eine leitlinienkonforme Indikation für eine Schrittmacher-/Defibrillator-Implantation bestehen und für die Patientin oder den Patienten das am besten geeignete System ausgewählt werden. Daher beinhaltet das Verfahren *QS HSMDEF* sowohl Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation als auch zur Systemwahl (IDs 101803, 50055, 54140 und 50005). Des Weiteren sollte bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern möglichst oft die Wahl eines Zweikammer-Herzschrittmachers erfolgen, da die Implantation eines Herzschrittmachers mit ausschließlich rechtsventrikulärer Stimulation (Einkammersystem) bei dieser Patientengruppe nur in sehr wenigen Ausnahmefällen leitliniengerecht ist (ID 54143).

Die Qualität der Herzschrittmacher- und Defibrillatorenversorgung zeigt sich an relevanten Parametern wie dem Erreichen akzeptabler Reizschwellen und Signalamplituden (IDs 52305 und 52316).

Komplikationen, die einen erneuten Eingriff unmittelbar nach der Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators erfordern (interventionspflichtige Komplikationen), werden mit den nachfolgenden Indikatoren abgebildet. Dabei wird bei den Indikatoren zu Komplikationen, die während oder nach dem Eingriff auftreten (peri- und postoperative Komplikationen) unterschieden, ob die Sonden verrutscht sind, nicht mehr ordnungsgemäß funktionieren (Dislokation oder Dysfunktion) oder es zu nicht sondenbedingten Komplikationen gekommen ist. Dazu zählen beispielsweise Entzündungen, Herz-Lungen-Wiederbelebung, Pneumothorax, Hämatothorax, Perikarderguss und Taschenhämatom (IDs 101801, 131802, 52311, 52325, 151800). Die Überprüfung, ob es innerhalb eines Jahres nach der Implantation eines Herzschrittmachers/Defibrillators zu einem vermeidbaren Folgeeingriff gekommen ist, erfolgt über vier Follow-up-Indikatoren (IDs 2194, 132001, 2195 und 132002). Die Indikatoren zur Sondendislokation oder -dysfunktion sowie die Fu-Indikatoren sind risikoadjustiert und werden als Rate der beobachteten zu den erwarteten Fällen ausgegeben (O/E).

Bei Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Einschränkung der Pumpfunktion, bei der beide Herzkammern bzw. verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten, kann eine kardiale Resynchronisationstherapie durch Einsatz eines CRT-Systems zur Anwendung kommen. Hierbei kommt es vor, dass bei einem relevanten Anteil aller CRT-Implantationen eine erfolgreiche Implantation der linksventrikulären Sonde nicht gelingt und diese somit auch bei Entlassung der Patientin bzw. des Patienten aus dem Krankenhaus nicht aktiv ist. Dieses Versorgungsdefizit wird im Verfahren *QS HSMDEF* über den Indikator 132003 adressiert.

Patientinnen und Patienten mit einem Herzschrittmacher / einem Defibrillator versterben sehr selten nach der Implantation. Wenn es zu Todesfällen kommt, hängen diese meist mit den

Grunderkrankungen oder anderen Begleiterkrankungen zusammen. Die entsprechenden Indikatoren sind risikoadjustiert und werden als Rate der beobachteten zu den erwarteten Todesfällen ausgegeben (O/E), um die unterschiedlichen Risiken im jeweiligen Patientenkollektiv der Krankenhäuser angemessen zu berücksichtigen (IDs 51191, 51404 und 51196).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
101803	Leitlinienkonforme Indikation	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen			
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QS-Dokumentation	2025
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	QS-Dokumentation	2025
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QS-Dokumentation	2025
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	QS-Dokumentation	2025
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden*	QS-Dokumentation	2025
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation	2024
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
50055	Leitlinienkonforme Indikation	QS-Dokumentation	2025
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QS-Dokumentation	2025
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	QS-Dokumentation	2025
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden*	QS-Dokumentation	2025
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation	2024
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation	2024
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Qualitätsindikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QS-Dokumentation	2025
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2025

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS HSMDEF* gibt es insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit und 16 zur Vollzähligkeit. Die im Auswertungsjahr 2026 ausgewerteten Auffälligkeitskriterien sind in Tabelle 5, Tabelle 6, Tabelle 7 und Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 5: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
813070	Führendes Symptom ‚sonstiges'	QS-Dokumentation
813071	Führende Indikation ‚sonstiges'	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	QS-Dokumentation, Sollstatistik

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 6: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit'		
850313	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Wie bereits in den vergangenen Jahren wurde mit einem Rückgang der stationär erbrachten Eingriffe gerechnet, da der AOP-Katalog seit 2023 gültig ist und auch Aggregatwechsel sowie einige weitere Folgeeingriffe an Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren sowie elektive Herzschrittmacher-Implantationen beinhaltet. Das Verfahren *QS HSMDEF* erfasst im Erfassungsjahr 2025 die stationäre Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren, sodass ein Rückgang der Basisdatensätze zu erwarten gewesen wäre. In der Datengrundlage zum Auswertungsjahr 2026 zeigt sich bisher aber nur bedingt eine Verlagerung der kardiologischen Eingriffe in den ambulanten Bereich. Werden die Datensätze der Auswertungsjahre 2025 und 2026 miteinander verglichen, ist in keinem der vier Auswertungsmodule ein adäquater Fallzahlenrückgang zu verzeichnen. Für das Modul *HSM-IMPL* ist, wie bereits im Vorjahr, erneut ein Fallzahlanstieg von 6 Prozentpunkten zu verzeichnen (AJ 2025: +2,55 %). Somit kann in diesem Modul das „stärkste Fallzahlenjahr" seit Datenerfassung in dem QS-Verfahren hervorgehoben werden. Das Expertengremium auf Bundesebene vermutet, dass die hohe Fallzahl auf die vermehrte Implantation komplexer Systeme zurückgeführt werden kann, die einer stationären Behandlung bedürfen. Des Weiteren begründen sie den Fallzahlenanstieg im Zusammenhang mit der „Babyboomer-Generation", da ca. 41 % des Implantationsvolumens die Altersgruppe 60 bis 80 Jahre betrifft. Der ausbleibende Anstieg bei den Defibrillator-Implantationen kann auf die reduzierte Leitlinienempfehlung bezüglich dieser Eingriffe zurückgeführt werden.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Insgesamt wurden dem IQTIG für das gesamte Verfahren *QS HSMDEF* für das Auswertungsjahr 2026 116.798 QS-Datensätze inklusive 233 Minimaldatensätze (MDS) übermittelt. Somit wurden insgesamt Basisdatensätze von 116.565 Patientinnen und Patienten erfasst. In allen vier Modulen ist weiterhin eine leichte Überdokumentation zu beobachten; d. h., es wurden jeweils mehr Datensätze geliefert als gemäß Sollstatistik erwartet (EJ 2023: 101,06 %; EJ 2024: 100,71 %). Des Weiteren gab es 28 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die in einem oder mehreren Modulen Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik.

Ein Vergleich der aktuellen Datengrundlage mit der des Vorjahres zeigt einen Rückgang von 10,08 % (EJ 2024: 129.634 Basisdatensätze). Diese Veränderung steht im Zusammenhang mit der im Rahmen der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung festgehaltenen Abschaffung der zwei Aggregatwechsel-Module. Die Abschaffungsempfehlung basierte darauf, dass nach Aggregatwechseln nur wenige Komplikationen auftreten. Gerade in Bezug auf die strukturellen Änderungen im Gesundheitswesen (Ambulantisierung) sah das Expertengremium auf Bundesebene dieses Vorgehen als kritisch. So könnten vor allem elektive

Herzschrittmacher-Implantationen sowie Aggregatwechsel von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren überwiegend ambulant erbracht werden.

Tabelle 9: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – HSMDEF-HSM-IMPL

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	80.250 80.106 144	80.085	100,21
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	841		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	928	927	100,11
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	766	765	100,13

Tabelle 10: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – HSMDEF-HSM-IMPL

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	77.350 77.222 128	76.856	100,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	881		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	960	957	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	794	790	100,51

Tabelle 11: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – HSMDEF-HSM-REV

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.757 8.715 42	8.742	100,17
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	720		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	735	738	99,59
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	673	675	99,70

Tabelle 12: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – HSMDEF-HSM-REV

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.740 8.688 52	8.675	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	743		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	765	762	100,39
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	690	685	100,73

Tabelle 13: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – HSMDEF-DEFI-IMPL

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.864 20.836 28	20.874	99,95
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	669		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	688	691	99,57
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	626	628	99,68

Tabelle 14: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – HSMDEF-DEFI-IMPL

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.964 20.931 33	20.867	100,46
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	689		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	710	707	100,42
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	644	640	100,62

Tabelle 15: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – HSMDEF-DEFI-REV

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.927 6.908 19	6.930	99,96
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	555		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	559	561	99,64
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	530	532	99,62

Tabelle 16: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – HSMDEF-DEFI-REV

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.089 7.058 31	7.053	100,51
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	567		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	572	571	100,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	542	539	100,56

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen im Auswertungsjahr 2026 deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren hin; zugleich wurden bei einigen Leistungserbringern jedoch auch einzelne Probleme hinsichtlich der Versorgungsqualität identifiziert. Die Bundesergebnisse und die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren der meisten Qualitätsindikatoren haben sich zum Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert, auch wenn bestimmte Indikatoren wiederum bedeutsame Veränderungen verzeichnen. Auffällig ist in dieser Hinsicht insbesondere der abnehmende Trend an qualitativ auffälligen Ergebnissen aufgrund eines gehäuften Auftretens von Sondenkomplikationen.

Im Auswertungsjahr 2026 werden erstmals jene Qualitätsindikatoren nicht mehr ausgewertet, die im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung des GBA zur Abschaffung empfohlen wurden (IQTIG 2023). Das Indikatorenset des QS-Verfahrens verringert sich dadurch von modulübergreifend 36 Qualitätsindikatoren (AJ 2025) auf insgesamt 20 Indikatoren (und 2 Kennzahlen) im Auswertungsjahr 2026 sowie von 6 auf 4 Auswertungs- und Erfassungsmodule, da die Module zu isolierten Aggregatwechseln (sowohl im Bereich der Herzschrittmacher- als auch der Defibrillatorversorgung) entfallen. Da der Referenzbereich dieser abgeschafften Indikatoren bereits im Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt war, liegen zu diesen auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren vor.

Lediglich die Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt bilden hier eine Ausnahme, da sie alle angewandten Eignungskriterien im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß der Eckpunktebeauftragung des GBA erfüllen und ausschließlich aufgrund bestehender gesetzlicher Doppelstrukturen zur Abschaffung empfohlen wurden. Besonders auffällig an den Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 ist, dass zu fast allen rechnerischen Auffälligkeiten auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. Auch handelt es sich bei diesen Indikatoren um die einzigen beiden des QS-Verfahrens, bei denen mehr qualitativ auffällige als qualitativ unauffällige Ergebnisse festgestellt wurden. Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Leistungserbringerergebnissen verbleibt mit 3,87 % in *HSM-IMPL* und 3,50 % in *DEFI-IMPL* auf einem relativ hohen Niveau. Die konkreten Gründe für als qualitativ auffällig bewertete Ergebnisse lassen sich durch die Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren nur teilweise identifizieren, es wurden jedoch – wie bereits in den Vorjahren – sowohl Prozessmängel (nicht optimale Einstellungen bei der Durchleuchtung) als auch Strukturmängel (veraltete C-Bögen) benannt. Einigen Leistungserbringern mit nur wenigen jährlichen Implantationen wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens empfohlen, diese Eingriffe zukünftig in einem High-Volume-Zentrum durchführen zu lassen. In Abstimmung mit dem GBA soll vor dem Hintergrund der neuesten Ergebnisse sowie einer Einschätzung, welche Lenkungswirkung bislang von den neuen gesetzlichen Bestimmungen ausgeht, eine Neubewertung der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt durch das IQTIG erfolgen.

Die häufigsten Komplikationen, die im Rahmen der Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie auftreten, sind weiterhin Komplikationen an den Sonden, insbesondere eine ungewollte Lageveränderung der Sonden (Dislokation), die in einem Folgeeingriff korrigiert werden muss. Sondenkomplikationen gehen in zwei verschiedene Indikatorengruppen ein: Dislokationen und Dysfunktionen an den Elektroden, die noch während desselben Krankenhausaufenthalts wie die Implantation auftreten, werden in der entsprechenden Indikatorengruppe zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen während des Krankenhausaufenthaltes erfasst (IDs 52311 und 52325), während Sondenkomplikationen, die innerhalb eines Jahres nach Implantation auftreten, (zusammen mit Taschenproblemen) in die Follow-up-Indikatoren zu prozedurassoziierten Problemen eingehen (IDs 2194 und 2195). Während die rechnerischen Ergebnisse dieser Indikatoren noch weitgehend jenen aus dem Vorjahr entsprechen, ist im Stellungnahmeverfahren eine deutliche Verbesserung durch den Rückgang an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen zu erkennen. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den Indikatoren zu Sondenkomplikationen noch während des Krankenhausaufenthaltes: So verringert sich der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Leistungserbringerergebnissen in *HSM-IMPL* (ID 52311) nun zum zweiten Mal in Folge deutlich (AJ 2023: 3,71 %; AJ 2024: 2,75 %; AJ 2025: 1,70 %). Auch in *DEFI-IMPL* (ID 52325) ging dieser Anteil auf deutlich niedrigerem Niveau von 0,57 % auf 0,15 % zurück. Der Rückgang qualitativer Auffälligkeiten in diesen Indikatoren konnte im vergangenen Auswertungsjahr voraussichtlich auf die Einführung eines perzentilbasierten Referenzbereiches (95. Perzentil) zurückgeführt werden. Dieser führte letztlich dazu, dass bedeutend weniger Leistungserbringer als vorher rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten. Allerdings kann die Entwicklung im Auswertungsjahr 2025 damit nicht begründet werden. Die Diskussion mit dem Expertengremium auf Bundesebene ergab, dass sich möglicherweise die Versorgungsqualität durch eine bessere Implantationstechnik erhöht habe. Zugleich wurde vonseiten des Expertengremiums darauf hingewiesen, dass sich die postoperative Verweildauer nach einer Herzschrittmacher-Implantation in den letzten Jahren kontinuierlich verringert hat, sodass in diese Indikatoren, die sich auf den stationären Aufenthalt beziehen, immer weniger Komplikationen eingehen.

Bezüglich der Qualitätsindikatoren zur leitlinienkonformen Indikation wurden viele verschiedene Änderungen im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß der Eckpunktebeauftragung des GBA vorgenommen, um sie an die wissenschaftlichen Leitlinien anzupassen. Die Überarbeitung konnte dabei für den Indikator aus *DEFI-IMPL* (ID 50055) so weit abgeschlossen werden, dass für diesen erstmals seit dem Auswertungsjahr 2022 wieder ein Referenzbereich (≥ 90,00 %) eingeführt wird. Mit 23,12 % weist der Indikator den höchsten Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen des QS-Verfahrens im Auswertungsjahr 2026 auf. Ziel des diesjährigen Stellungnahmeverfahrens wird es sein, zu ermitteln, inwieweit diese rechnerischen Auffälligkeiten auf bestehende Qualitätsdefizite oder weiterhin auf Probleme mit der Dokumentation zurückzuführen sind. Schließlich wurde auch für den Qualitätsindikator „Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation“ aus *DEFI-IMPL* (ID 132003) ein Referenzbereich neu eingeführt, sodass im Auswertungsjahr 2026 erstmalig ein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt wird.

Die Kennzahlen „Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden“ aus *HSM-IMPL* und *DEFI-IMPL* dienen der Unterstützung des Stellungnahmeverfahrens zu den Indikatoren zu

nicht sondenbedingten Komplikationen. Insbesondere wenn sich die rechnerische Auffälligkeit auf ein gehäuftes Auftreten interventionspflichtiger Pneumothoraces zurückführen lässt, sollte anhand der Kennzahlen geprüft werden, ob sich diese Versorgungsprobleme durch einen Wechsel des venösen Zugangswegs, d. h. einer selteneren Verwendung der Vena subclavia als primärem Zugangsweg, verbessern ließen. Zur Erhöhung der Datenqualität wurde ab dem Erfassungsjahr 2025 (AJ 2026) das neue Datenfeld „Vena axillaris" eingeführt, um zu vermeiden, dass einige extrathorakale Zugänge beim Vorschieben der Sonden möglicherweise unter „Vena subclavia" dokumentiert werden. Solche Fälle würden fälschlicherweise die Raten der Kennzahlen erhöhen, welche den Anteil an Implantationen ermitteln, in denen die Sonde(n) ausschließlich über die Vena subclavia implantiert wurden. Tatsächlich sinken die Bundesergebnisse beider Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr, als das Datenfeld „Vena axillaris" noch nicht zur Verfügung stand, deutlich, was darauf hinweist, dass dieser Anteil bislang etwas überschätzt wurde. So sinkt das Bundesergebnis in *HSM-IMPL* von 46,76 % (AJ 2025) auf 40,97 % (AJ 2026) und in *DEFI-IMPL* von 46,54 % auf 39,53 %.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 17: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
101803	Leitlinienkonforme Indikation	96,15 % O = 73.620 N = 76.571	95,42 % O = 75.800 N = 79.440 (nicht definiert)	nicht vergleichbar
Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen				
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	99,56 % O = 69.394 N = 69.703	99,35 % O = 71.505 N = 71.972 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	3,43 % O = 2.024 N = 59.081	2,91 % O = 1.772 N = 60.969 (≤ 10,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	96,13 % O = 266.071 N = 276.773	95,91 % O = 278.278 N = 290.146 (≥ 90,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts				
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	0,86 % O = 661 N = 77.222	0,82 % O = 658 N = 80.106 (≤ 2,60 %)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	1,01 O/E = 1.007 / 997,65 1,30 % O/N = 1.007 / 77.222	0,96 O/E = 989 / 1.035,01 1,23 % O/N = 989 / 80.106 (≤ 3,92; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden*	- O = - N = -	40,97 % O = 31.874 N = 77.798	nicht vergleichbar
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,00 O/E = 1.009 / 1.009,00 1,31 % O/N = 1.009 / 77.222	0,97 O/E = 1.018 / 1.048,91 1,27 % O/N = 1.018 / 80.106 (≤ 4,29; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	0,99 O/E = 2.685 / 2.702,42 4,38 % O/N = 2.685 / 61.342	0,99 O/E = 2.718 / 2.755,42 4,34 % O/N = 2.718 / 62.652 (≤ 2,41; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	0,91 O/E = 221 / 242,19 0,36 % O/N = 221 / 60.951	1,09 O/E = 268 / 246,92 0,43 % O/N = 268 / 62.230 (≤ 5,47; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 18: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	2024	69 / 868	7,95	13
		2025	51 / 827	6,17	18
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	2024	29 / 880	3,30	5
		2025	29 / 840	3,45	7
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts					
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	2024	91 / 882	10,32	20
		2025	82 / 841	9,75	21
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	2024	62 / 882	7,03	15
		2025	50 / 841	5,95	11
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	48 / 882	5,44	11
		2025	49 / 841	5,83	7
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2023	68 / 902	7,54	15
		2024	65 / 871	7,46	17
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2023	35 / 901	3,88	5
		2024	39 / 871	4,48	5

Tabelle 19: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,00 O/E = 199 / 199,00 2,29 % O/N = 199 / 8.688	0,90 O/E = 176 / 195,82 2,02 % O/N = 176 / 8.715 (≤ 4,99; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 20: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	36 / 743	4,85	2
		2025	34 / 720	4,72	1

Tabelle 21: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
50055	Leitlinienkonforme Indikation	91,74 % O = 18.210 N = 19.850	92,68 % O = 18.106 N = 19.537 (≥ 90,00 %)	nicht vergleichbar
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	94,46 % O = 19.708 N = 20.863	94,97 % O = 19.706 N = 20.750 (nicht definiert)	nicht vergleichbar
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	- O = - N = -	95,34 % O = 42.916 N = 45.013 (nicht definiert)	nicht vergleichbar
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts				
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	0,65 % O = 137 N = 20.931	0,80 % O = 166 N = 20.836 (≤ 2,50 %)	eingeschränkt vergleichbar
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	0,99 O/E = 137 / 138,21 0,70 % O/N = 137 / 19.500	1,07 O/E = 148 / 138,36 0,77 % O/N = 148 / 19.232 (≤ 5,17; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden*	- O = - N = -	39,53 % O = 7.602 N = 19.232	nicht vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	0,97 O/E = 667 / 685,44 4,03 % O/N = 667 / 16.568	1,05 O/E = 720 / 686,13 4,32 % O/N = 720 / 16.674 (≤ 2,81; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	1,13 O/E = 145 / 128,85 0,88 % O/N = 145 / 16.466	1,06 O/E = 137 / 129,29 0,83 % O/N = 137 / 16.557 (≤ 5,27; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	94,90 % O = 7.069 N = 7.449	94,33 % O = 6.307 N = 6.686 (≥ 83,33 %; 5. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 22: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
50055	Leitlinienkonforme Indikation	2025	154 / 666	23,12	-
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	2024	24 / 691	3,47	3

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts					
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	2025	77 / 669	11,51	-
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	2024	40 / 687	5,82	4
		2025	38 / 668	5,69	6
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2023	69 / 695	9,93	9
		2024	68 / 683	9,96	10
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2023	39 / 694	5,62	1
		2024	43 / 682	6,30	5
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	2025	65 / 570	11,40	-

Tabelle 23: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	1,33 % O = 94 N = 7.058	1,55 % O = 107 N = 6.908 (≤ 2,90 %)	eingeschränkt vergleichbar
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,00 O/E = 124 / 124,00 1,76 % O/N = 124 / 7.058	1,12 O/E = 139 / 124,55 2,01 % O/N = 139 / 6.908 (≤ 4,98; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

Tabelle 24: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	2024	42 / 567	7,41	7
		2025	47 / 555	8,47	11
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	2024	17 / 567	3,00	1
		2025	24 / 555	4,32	1

2.2.3 Detailergebnisse

Leitlinienkonforme Indikation (IDs 101803 und 50055)

Tabelle 25: QI 101803: Leitlinienkonforme Indikation (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	96,34 % O = 71.994 N = 74.726	96,15 % O = 73.620 N = 76.571	**95,42 %** **O = 75.800** **N = 79.440**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 26: QI 50055: Leitlinienkonforme Indikation (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	92,63 % O = 18.341 N = 19.800	91,74 % O = 18.210 N = 19.850	**92,68 %** **O = 18.106** **N = 19.537**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**154 / 666** **23,12 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Qualitätsindikatoren adressieren die leitlinienkonforme Indikation von Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantationen oder Defibrillator-Implantationen. Dabei soll möglichst oft eine leitlinienkonforme Indikation zur Implantation vorliegen.

Im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung wurde die Überarbeitung dieser Indikatoren empfohlen (IQTIG 2023). Diese umfangreiche Überarbeitung wurde teilweise bereits zum Auswertungsjahr 2026 umgesetzt – folgende Änderungen, basierend auf den Empfehlungen zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung, wurden dabei vorgenommen:

- Die bisherigen Rechenregeln dieser Indikatoren bildeten die Empfehlungen der aktuellen Leitlinien der europäischen Fachgesellschaft (European Society of Cardiology, ESC) relativ genau ab und waren deshalb komplex und für die Leistungserbringer somit nicht immer leicht verständlich (Glikson et al. 2021, Zeppenfeld et al. 2022). Es erfolgte deshalb eine deutliche Vereinfachung der Rechenregeln durch Streichung einiger Datenfelder und von Bedingungen für eine leitlinienkonforme Indikationsstellung sowie durch den Ausschluss einiger Fallkonstellationen aus der Grundgesamtheit.
- Da die Leitlinien der ESC gemäß den Ergebnissen der Eckpunkteprüfung nicht alle Voraussetzungen nach der AGREE-II-Bewertung erfüllen, um alleinig für die Indikatorerstellung berücksichtigt zu werden (IQTIG 2023), wurden die Rechenregeln teilweise an andere Leitlinien angepasst, die die Bewertungskriterien der Eckpunkteprüfung erfüllten (Al-Khatib et al. 2018, BÄK et al. 2023, Heidenreich et al. 2022, Kusumoto et al. 2019, Shen et al. 2017). Da sich die Therapie in der klinischen Praxis in Deutschland und Europa allerdings überwiegend an den ESC-Leitlinien orientiert, konnten für die Rechenregeln nur solche Empfehlungen berücksichtigt werden, die sowohl in den genannten, als methodisch hochwertig identifizierten Leitlinien als auch in den Leitlinien der ESC enthalten sind.
- Um die Datenqualität zu erhöhen, wurden Anpassungen an Schlüsselwertbezeichnungen, der Datenfeldbezeichnung, der ergänzenden Bezeichnung oder den Ausfüllhinweisen an den Datenfeldern „führende Indikation zur Schrittmacherimplantation“, „Herzinsuffizienz“, „Vorhofrhythmus“, „linksventrikuläre Ejektionsfraktion“, „medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der CRT-Indikationsstellung)“ sowie dem Datenfeld zur Lebenserwartung aus den Erfassungsmodulen *Herzschrittmacher-Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* (09/1 und 09/4) vorgenommen.

Da für den Indikator aus dem Auswertungsmodul *HSM-IMPL* (ID 101803) zum Auswertungsjahr 2026 noch nicht alle der o. g. Änderungen vorgenommen werden konnten (um die Änderungen zwischen den prospektiven und den endgültigen Rechenregeln möglichst gering zu halten), ist der Referenzbereich dieses Indikators zum aktuellen Auswertungsjahr weiterhin ausgesetzt. Dagegen weist der entsprechende Indikator aus *DEFI-IMPL* (ID 50055) erstmals seit dem Auswertungsjahr 2022 wieder einen Referenzbereich aus (≥ 90,00 %). Da der Referenzbereich beider Indikatoren im Vorjahr ausgesetzt war, liegen keine aktuellen Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren vor. Für das kommende Auswertungsjahr 2027 ist geplant, die Überarbeitung auch des Indikators aus *HSM-IMPL* vorerst abzuschließen und auch für diesen Indikator einen Referenzbereich einzuführen. Des Weiteren ist ab Auswertungsjahr 2027 geplant, in beiden Indikatoren die CRT-Indikation für alle CRT-Implantationen zu prüfen.

In die Grundgesamtheit des Indikators aus *DEFI-IMPL* (ID 50055) gehen nicht mehr alle ICD-Implantationen ein, sondern 93,8 % (n = 19.537) aller Fälle aus dem Erfassungsmodul 09/4. Bestimmte Subgruppen wurden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen, um eine Vereinfachung und damit bessere Verständlichkeit der Rechenregeln zu erreichen. Diese Subgruppen umfassen: sekundärpräventive ICD-Indikationen bei Synkope als indikationsbegründendem klinischem Ereignis oder mit sonstigem indikationsbegründendem klinischem Ereignis sowie primärpräventive

ICD-Indikationen bei Patientinnen und Patienten mit hypertropher Kardiomyopathie (HCM) oder mit einer elektrophysiologischen Herzerkrankung wie dem Brugada-Syndrom.

Das Bundesergebnis liegt mit 92,68 % innerhalb des Referenzbereichs von ≥ 90,00 % und hat sich gegenüber dem anhand der neuen Rechenregeln berechneten Vorjahresergebnis (91,74 %) leicht verbessert (wobei die Spezifikationsänderungen zur Verbesserung der Datenqualität noch keinen Einfluss auf die Vorjahresdaten haben konnten). Mit 23,12 % wurden jedoch relativ viele Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig. Ziel des diesjährigen Stellungnahmeverfahrens wird es sein zu ermitteln, inwieweit diese rechnerisch auffälligen Ergebnisse auf bestehende Qualitätsdefizite und inwieweit weiterhin auf Probleme mit der Dokumentation zurückzuführen sind. Nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene könnten noch Dokumentationsprobleme bei den Datenfeldern zur Lebenserwartung und zur Dauer der medikamentösen Herzinsuffizienztherapie vorliegen.

Leitlinienkonforme Systemwahl (IDs 54140 und 50005)

Tabelle 27: QI 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	99,63 % O = 68.010 N = 68.264	99,56 % O = 69.394 N = 69.703	**99,35 %** **O = 71.505** **N = 71.972**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 28: QI 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	94,07 % O = 19.513 N = 20.744	94,46 % O = 19.708 N = 20.863	**94,97 %** **O = 19.706** **N = 20.750**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Systemwahl" (ID 54140 und ID 50005) adressieren die leitlinienkonforme Systemwahl bei Implantation eines Einkammer- oder Zweikammersystems (*HSM-IMPL*) bzw. bei Implantation eines Einkammer-, Zweikammer- oder CRT-Systems (*DEFI-IMPL*). Dabei soll möglichst oft eine leitlinienkonforme Systemwahl stattfinden.

Im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung wurde eine Pausierung und Überarbeitung dieser Indikatoren empfohlen (IQTIG 2023). Entsprechend wurde zum Auswertungsjahr 2025 für beide Indikatoren kein Referenzbereich ausgewiesen und keine Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen; daher liegen für die Indikatoren auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren vor.

Trotz einiger kleinerer Änderungen zum Vorteil der Leistungserbringer und einiger Anpassungen an der Spezifikation zur Verbesserung der Datenqualität, die durchgeführt wurden, da sie auch für die Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation benötigt werden, werden beide Indikatoren zum Auswertungsjahr 2027 abgeschafft; die Referenzbereiche sind somit auch für das aktuelle Auswertungsjahr ausgesetzt. Die Abschaffung dieser Indikatoren begründet sich folgendermaßen:

- *HSM-IMPL* (ID 54140): Es bestehen Überschneidungen mit dem Qualitätsindikator 54143. Zudem bestehen Deckeneffekte – so beträgt die Bundesrate für diesen Indikator zum Auswertungsjahr 2026 99,35 %.
- *DEFI-IMPL* (ID 50005): Die CRT-Indikation wird zukünftig nicht mehr in diesem Indikator, sondern im QI „Leitlinienkonforme Indikation" (ID 50055) geprüft. In seiner bisherigen Form wies dieser Indikator Einschränkungen der Datenqualität und ein negatives Aufwand-Nutzen-Verhältnis auf.

Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern (ID 54143)

Tabelle 29: QI 54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,93 % O = 1.693 N = 57.772	3,43 % O = 2.024 N = 59.081	**2,91 %** **O = 1.772** **N = 60.969**
rechnerische Auffälligkeiten	46 / 897 5,13 %	69 / 868 7,95 %	**51 / 827** **6,17 %** **(Refbereich: ≤ 10,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 46 8,70 %	**7 / 69** **10,14 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 897 0,45 %	**7 / 868** **0,81 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern" (ID 54143) erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit einem Einkammersystem an allen Implantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern und AV-Block, Schenkelblock oder Sinusknotensyndrom als führende Indikation. Das Ziel ist, möglichst oft eine leitlinienkonforme Wahl des Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen zu treffen. In Ausnahmefällen kann ein Einkammersystem mit ausschließlicher rechtsventrikulärer Implantation zwar auch ohne Vorliegen von permanentem Vorhofflimmern indiziert sein (z. B. bei einem hohen Alter und/oder Multimorbidität), dies sollte jedoch nur wenige Patientinnen und Patienten des Patientenkollektivs eines Leistungserbringers betreffen und ist bei der Wahl des Referenzbereichs (≤ 10,00 %) berücksichtigt.

Aus dem Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wie auch zum Auswertungsjahr 2025 geht hervor, dass bei diesem Indikator noch einige Dokumentationsprobleme bestehen. So wurde zum einen zurückgemeldet, dass in einigen Fällen das permanente Vorhofflimmern fälschlicherweise nicht dokumentiert wurde. Zum anderen waren einige rechnerisch auffällige Ergebnisse auf die Implantation mehrerer sondenloser Herzschrittmacher (*Leadless Pacemaker*) zurückzuführen. In den Datenfeldern „Vorhofrhythmus" und „System" wurden jedoch bereits Spezifikationsanpassungen vorgenommen, die diese Aspekte adressieren. So ist es nun möglich, *Leadless Pacemaker* mit DDD- bzw. VDD-Modus, die von der Funktion her Zweikammerschrittmachern entsprechen, separat zu dokumentieren. Gegebenenfalls wurde bislang in einigen dieser Fälle ein *Leadless Pacemaker* mit VVI-Modus dokumentiert, sodass diese Fälle fälschlicherweise in den Zähler des Indikators eingingen; mit der Spezifikationsanpassung ist jedoch gewährleistet, dass dies nicht mehr der Fall ist. Dass sich die Bundesrate von 3,43 % (AJ 2025) auf 2,91 % (AJ 2025) verringert hat, ist somit voraussichtlich auf die Spezifikationsänderungen zurückzuführen, die für das Vorjahr noch keine Anwendung finden konnten.

Der Anteil der qualitativ auffälligen Ergebnisse an allen Leistungserbringerergebnissen hat sich – wenngleich auf eher niedrigem Niveau – von 0,45 % (AJ 2024) auf 0,81 % (AJ 2025) erhöht; dies entspricht einem Anteil von 10,14 % an allen rechnerischen Auffälligkeiten. 13,04 % der rechnerischen Auffälligkeiten waren wiederum aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht bewertbar. Die erwähnten Spezifikationsanpassungen haben auch das Ziel, diesen Wert in den kommenden Jahren zu reduzieren.

Dosis-Flächen-Produkt (IDs 101800 und ID 131801)

Die Strahlenbelastung für die Patientinnen und Patienten wird anhand des Dosis-Flächen-Produkts (in cGy x cm^2) gemessen und anhand von systemspezifischen Schwellenwerten bewertet. Dabei soll der Anteil an Implantationen, bei denen der entsprechende Referenzwert überschritten wurde, möglichst gering ausfallen. Ende 2022 wurden erstmals diagnostische Referenzwerte (DRW) durch das Bundesamt für Strahlenschutz veröffentlicht, die am 11. Januar 2023 zugleich im Bundesanzeiger erschienen sind (BfS 2022).

Aufgrund neuer gesetzlicher Bestimmungen im Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie aufgrund der Veröffentlichung der DRW durch das Bundesamt für Strahlenschutz ist zu erwarten, dass die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung nun auch bei der Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren durch zusätzliche Maßnahmen zur Überprüfung des Strahlenschutzes ergänzt werden.

Wie im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung dargelegt, ergibt sich hieraus ein Zielkonflikt zwischen der Patientensicherheit und der Reduktion von Aufwänden für die Qualitätssicherung, da weiterhin Qualitätsdefizite im Bereich des Strahlenschutzes bestehen und zugleich eine mehrfache Überprüfung dieses Qualitätsaspekts durch verschiedene Institutionen und gesetzliche Bestimmungen absehbar ist (IQTIG 2023). Aus diesem Grund wurden die beiden Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt (*HSM-IMPL*: ID 101800; *DEFI-IMPL*: ID 131801) zum Auswertungsjahr 2026 abgeschafft und es erfolgt keine Datenerhebung mehr – vor allem, da bereits gesetzliche Vorgaben und Maßnahmen zur Sicherung des Strahlenschutzes in Form der Überprüfungen durch die ärztlichen Stellen auf Landesebene und der verpflichtenden Einbindung einer Medizinphysikexpertin bzw. eines Medizinphysikexperten (MPE) bestehen. Somit scheint eine zusätzliche datengestützte Qualitätssicherung aktuell nicht mehr erforderlich. Allerdings ist an dieser Stelle anzumerken, dass das IQTIG seine Abschaffungsempfehlung mit Blick auf die Effekte und die Wirksamkeit der gesetzlichen Vorgaben zum Strahlenschutz im Auftrag des GBA evaluieren wird. Damit ist nicht auszuschließen, dass es – in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Evaluation – ggf. zu einer Wiedereinführung der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt kommen kann.

Aufgrund der Abschaffung der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt zum Auswertungsjahr 2026 wurden keine neuen rechnerischen Ergebnisse ermittelt. Im Vorjahr wiesen diese Indikatoren jedoch noch einen Referenzbereich auf, da sie ausschließlich aufgrund bestehender Doppelstrukturen parallel zur externen gesetzlichen Qualitätssicherung abgeschafft wurden, nicht jedoch aufgrund nicht mehr erfüllter Eignungskriterien. Entsprechend liegen noch Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2025 vor.

In Hinblick auf diese Ergebnisse fällt zunächst auf, dass jeweils zu fast allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. Nicht eingeleitet wurde es in *HSM-IMPL* (ID 101800) lediglich bei 2,90 % aller rechnerischen Auffälligkeiten (die betreffenden beiden Standorte waren bereits geschlossen). Beim Qualitätsindikator aus *DEFI-IMPL* (ID 131801) lag dieser Anteil mit 14,75 % zwar höher, ist jedoch der niedrigste Wert aller Indikatoren aus dem Bereich der Defibrillatorversorgung. Des Weiteren ist hervorzuheben, dass die Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt die einzigen beiden Indikatoren sind, bei denen der Anteil von qualitativ auffälligen Ergebnissen (an allen rechnerischen Auffälligkeiten) höher ist als der Anteil von qualitativ unauffälligen Ergebnissen (*HSM-IMPL*: 49,28 % zu 36,23 %; *DEFI-IMPL*: 39,34 % zu 36,07 %). Werden die qualitativen Auffälligkeiten in Beziehung zu allen Leistungserbringerergebnissen gesetzt, bleibt festzuhalten, dass sich der Anteil in *HSM-IMPL* von 4,08 % (AJ 2024) auf 3,87 % (AJ 2025) leicht verringert, während er sich in *DEFI-IMPL* von 3,45 % auf 3,50 % kaum verändert hat. Der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten ist somit in *HSM-IMPL* nur noch geringfügig höher als in *DEFI-IMPL*; in den vergangenen Jahren war er dagegen meist deutlich höher. Beide

Indikatoren weisen insgesamt den höchsten Anteil an qualitativen Auffälligkeiten im QS-Verfahren auf. In *HSM-IMPL* hatten 8, in *DEFI-IMPL* 9 Leistungserbringer das zweite Jahr in Folge ein qualitativ auffälliges Ergebnis, was ebenfalls den höchsten Wert im QS-Verfahren ergibt. Die konkreten Gründe für als qualitativ auffällig bewertete Ergebnisse lassen sich durch die Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren nur teilweise identifizieren, es wurden jedoch – wie bereits in den Vorjahren – sowohl Prozessmängel (nicht optimale Einstellungen bei der Durchleuchtung) als auch Strukturmängel (veraltete C-Bögen) benannt. Einigen Leistungserbringern mit nur wenigen jährlichen Implantationen wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens empfohlen, diese Eingriffe zukünftig in einem High-Volume-Zentrum durchführen zu lassen.

Zusammenfassend ist den Ergebnissen aus dem Stellungnahmeverfahren zu entnehmen, dass eine nicht zu unterschätzende Anzahl an Leistungserbringern im Auswertungsjahr 2025 noch Versorgungsdefizite aufwies. In Abstimmung mit dem GBA soll vor dem Hintergrund der neuesten Ergebnisse sowie einer Einschätzung, welche Lenkungswirkung bislang von den neuen, oben erwähnten gesetzlichen Bestimmungen ausgeht, eine Neubewertung der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt durch das IQTIG erfolgen.

Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (IDs 52305 und 52316)

Tabelle 30: QI 52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	96,45 % O = 262.650 N = 272.323	96,13 % O = 266.071 N = 276.773	**95,91 %** **O = 278.278** **N = 290.146**
rechnerische Auffälligkeiten	26 / 907 2,87 %	29 / 880 3,30 %	**29 / 840** **3,45 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 26 7,69 %	**2 / 29** **6,90 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 907 0,22 %	**2 / 880** **0,23 %**	n. a.

Tabelle 31: QI 52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**95,34 %** **O = 42.916** **N = 45.013**
rechnerische Auffälligkeiten	15 / 706 2,12 %	24 / 691 3,47 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 15 6,67 %	**2 / 24** **8,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 706 0,14 %	**2 / 691** **0,29 %**	n. a.

In die beiden Indikatoren aus den Auswertungsmodulen *HSM-IMPL* und *DEFI-IMPL* gehen alle intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden an neu implantierten bzw. neu platzierten Vorhof- bzw. rechten Ventrikelsonden im Rahmen von Implantations- oder Revisionseingriffen ein. Für diese Messungen kann jeweils ein spezifischer Wertebereich definiert werden, der in der überwiegenden Anzahl der Fälle eingehalten werden sollte.

Ab dem Erfassungsjahr 2025 (AJ 2026) werden die Messwerte von Sonden im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing, LBBAP) mit gesonderten Datenfeldern erfasst und nicht mehr implizit im Abschnitt zur rechtsventrikulären Sonde. Bislang war nicht eindeutig bestimmbar, ob bei LBBAP-Systemen in diesem Abschnitt die Messwerte zur Sonde im Bereich des linken Tawara-Schenkels oder die Werte einer möglichen rechtsventrikulären Back-up-Sonde dokumentiert wurden. Zur Erhöhung der Datenqualität wurde außerdem in den Datenfeldern zur Erfassung der intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenwerte die ergänzende Bezeichnung „gemäß OP-Bericht" ergänzt, um noch stärker zu verdeutlichen, welche Messwerte dokumentiert werden sollen.

Wie bereits im Vorjahr zeigen sich keine großen Auswirkungen in den Bundesergebnissen, die weiterhin auf einem stabilen Niveau von ca. 96 % liegen. Allerdings sind die rechnerischen Ergebnisse des Indikators aus *DEFI-IMPL* (ID 52316) für das Auswertungsjahr 2026 (EJ 2025) aufgrund eines Fehlers in der Spezifikation nicht richtig interpretierbar. Dieser Spezifikationsfehler führt dazu, dass die Datenfelder zur Reizschwelle und Amplitude der rechtsventrikulären Sonde im Erfassungsmodul 09/4 bei Implantation eines Einkammer- oder Zweikammer-ICD nicht ausgefüllt werden können und der Indikator somit nicht korrekt berechnet werden kann. Der Referenzbereich dieses Indikators sowie die Veröffentlichung des QI-Ergebnisses in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser sind deshalb für das Auswertungsjahr 2026 (EJ 2025) einmalig ausgesetzt. In der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2026 ist dieser Fehler wieder korrigiert, sodass der Indikator im kommenden Auswertungsjahr 2027 wieder wie gewohnt ausgewertet wird.

Im Vorjahr sank der Anteil von qualitativen Auffälligkeiten an allen Leistungserbringerergebnissen im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 in *HSM-IMPL* auf 0,22 % im Auswertungsjahr 2024

(AJ 2023: 1,06 %) sowie in *DEFI-IMPL* auf 0,14 % im Auswertungsjahr 2024 (AJ 2023: 0,57 %). Im Auswertungsjahr 2025 wurden mit jeweils 2 in jedem der beiden Indikatoren wieder nur sehr wenige Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig identifiziert, was einen Anteil an allen Leistungserbringerergebnissen von 0,23 % in *HSM-IMPL* und 0,29 % in *DEFI-IMPL* entspricht. Werden die qualitativen Auffälligkeiten wiederum auf alle rechnerischen Auffälligkeiten bezogen, ergibt sich ein Anteil von 6,90 % in *HSM-IMPL* und 8,33 % in *DEFI-IMPL*. Der Anteil an aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht bewertbaren Ergebnissen an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen war dagegen mit 20,69 % (n = 6) in *HSM-IMPL* und 16,67 % (n = 4) in *DEFI-IMPL* höher. Den Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren konnten die konkreten Gründe für die Dokumentationsprobleme nicht entnommen werden. Gemäß früheren Hinweisen aus der Datenvalidierung waren Fehldokumentationen in den Datenfeldern zur Reizschwelle und Signalamplitude auf verschiedene Gründe zurückzuführen, u. a. darauf, dass Messwerte zu den falschen Messzeitpunkten angegeben wurden (wie Dokumentation von post- anstelle der intraoperativen Messwerte für die QS). Es bleibt abzuwarten, ob die o. g. Spezifikationsanpassungen zu einer Verringerung der Fehldokumentationen beitragen werden.

Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts: „Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)“ und „Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden“ (Kennzahlen) (IDs 101801, 101802, 131802, 131803 und 151800)

Tabelle 32: QI 101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,89 % O = 673 N = 75.305	0,86 % O = 661 N = 77.222	**0,82 %** **O = 658** **N = 80.106**
rechnerische Auffälligkeiten	115 / 909 12,65 %	91 / 882 10,32 %	**82 / 841** **9,75 %** **(Refbereich: ≤ 2,60 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	17 / 115 14,78 %	**11 / 91** **12,09 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	17 / 909 1,87 %	**11 / 882** **1,25 %**	n. a.

Tabelle 33: TKez 101802: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**40,97 %** **O = 31.874** **N = 77.798**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 34: QI 131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,86 % O = 178 N = 20.780	0,65 % O = 137 N = 20.931	**0,80 %** **O = 166** **N = 20.836**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**77 / 669** **11,51 %** **(Refbereich: ≤ 2,50 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 35: TKez 131803: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	**39,53 %** **O = 7.602** **N = 19.232**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 36: QI 151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (DEFI-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,04 % O = 71 N = 6.798	1,33 % O = 94 N = 7.058	**1,55 %** **O = 107** **N = 6.908**
rechnerische Auffälligkeiten	38 / 580 6,55 %	42 / 567 7,41 %	**47 / 555** **8,47 %** **(Refbereich: ≤ 2,90 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 38 7,89 %	**0 / 42** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 580 0,52 %	**0 / 567** **0,00 %**	n. a.

Die Indikatoren adressieren peri- bzw. postoperative Komplikationen (kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation), die noch während des stationären Aufenthalts in Zusammenhang mit einem Herzschrittmacher- bzw. Defibrillator-Eingriff auftreten.

Bei der Bewertung der Ergebnisse dieser Indikatoren ist zu berücksichtigen, dass Hinweise auf eine derzeitige Unterdokumentation einiger interventionspflichtiger Komplikationen vorliegen. Es liegen Ergebnisse aus dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich im Rahmen der umfassenden Datenvalidierung der Erfassungsmodule *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation* zum Erfassungsjahr 2020 (nach der früheren Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern [QSKH-RL])[1] vor. Im Erfassungsmodul 09/4 (Defibrillator-Implantationen) wurde in einer Stichprobe festgestellt, dass 2 von 3 aufgetretenen und in der Patientenakte dokumentierten Pneumothoraces sowie 2 von 3 der aufgetretenen sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen für die externe Qualitätssicherung nicht dokumentiert wurden (IQTIG 2022). Aufgrund der ähnlichen Datenfelder zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen in allen Erfassungsmodulen kann davon ausgegangen werden, dass diese Ergebnisse auch auf die anderen Erfassungsmodule übertragen werden können. Zur Erhöhung der Datenqualität wurde deshalb die ergänzende Bezeichnung „bis zur Entlassung" in das Filterfeld zur Erfassung der peri- und postoperativen Komplikationen während des Krankenhauaufenthaltes eingefügt, um noch besser zu verdeutlichen, dass alle Komplikationen bis zur Entlassung anzugeben sind (bislang war dieser Hinweis ausschließlich in den Ausfüllhinweisen enthalten). Für das Auswertungsjahr 2026 führte dies noch nicht zu einer

[1] 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/informationen/richtlinien/38/ (abgerufen am: 09.07.2026).

wesentlichen Erhöhung der Komplikationsraten (siehe Bundesergebnisse der betreffenden Indikatoren).

Der Indikator aus *DEFI-IMPL* (ID 131802) wies aufgrund der oben beschriebenen Unterdokumentation und eines damit verbundenen geringen Verbesserungspotenzials keinen Referenzbereich im Auswertungsjahr 2025 auf. Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Leistungserbringerergebnissen ist in den beiden anderen Indikatoren gesunken: im Indikator aus *HSM-IMPL* (ID 101801) von 1,87 % (AJ 2024) auf 1,25 % (AJ 2025). Als Gründe für eine qualitative Auffälligkeit wurden u. a. eine suboptimale Wahl des venösen Zugangswegs, der zum Auftreten von Pneumothoraces führte, oder Probleme beim Blutungsmanagement erwähnt. Zum Indikator aus *DEFI-REV* (ID 151800) wurde im Auswertungsjahr 2025 kein Leistungserbringerergebnis als qualitativ auffällig identifiziert (AJ 2024: 0,52 %). Aus dem Stellungnahmeverfahren zu diesen Indikatoren wurde schließlich noch berichtet, dass Einzelfälle bzw. kleine Fallzahlen je Krankenhaus die Bewertung erschweren, sodass in diesen Fällen häufig kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet oder die Bewertung „qualitativ unauffällig" gewählt wurde.

Die Kennzahlen „Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden" aus *HSM-IMPL* und *DEFI-IMPL* dienen der Unterstützung des Stellungnahmeverfahrens zu den Indikatoren zu nicht sondenbedingten Komplikationen. Insbesondere wenn sich die rechnerische Auffälligkeit auf ein gehäuftes Auftreten interventionspflichtiger Pneumothoraces zurückführen lässt, sollte anhand der Kennzahlen geprüft werden, ob sich diese Versorgungsprobleme durch einen Wechsel des venösen Zugangswegs, d. h. einer selteneren Verwendung der Vena subclavia als primärem Zugangsweg, verbessern ließen. Zur Erhöhung der Datenqualität wurde ab dem Erfassungsjahr 2025 (AJ 2026) das neue Datenfeld „Vena axillaris" eingeführt, um zu vermeiden, dass einige extrathorakale Zugänge beim Vorschieben der Sonden möglicherweise unter „Vena subclavia" dokumentiert werden. Solche Fälle würden fälschlicherweise die Raten der Kennzahlen erhöhen, die den Anteil an Implantationen ermitteln, in denen die Sonde(n) ausschließlich über die Vena subclavia implantiert wurden. Tatsächlich sinken die Bundesergebnisse beider Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr deutlich, was darauf hinweist, dass dieser Anteil bislang etwas überschätzt wurde. So sinkt das Bundesergebnis in *HSM-IMPL* von 46,76 % (AJ 2025) auf 40,97 % (AJ 2026) und in *DEFI-IMPL* von 46,54 % auf 39,53 %. In den Tabellen zur aktuellen Auswertung sind die Vorjahresergebnisse aufgrund der fehlenden Vergleichbarkeit nicht ausgewiesen.

Laut Meinung der Expertinnen und Experten wird durch die Aufnahme des neuen Datenfelds die Behandlungsrealität besser abgebildet. Zugleich verwiesen sie darauf, dass aktuell nur einzelne, ausschließliche Zugangswege ausgewertet und keine Mehrfachzugänge berücksichtigt werden. Dies sollte in Zukunft überprüft und ggf. angepasst werden, da es sich bei den Mehrfachzugängen um keine selten vorkommende Konstellation handelt.

Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts: Sondendislokation oder -dysfunktion (IDs 52311 und 52325)

Tabelle 37: QI 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,07 O/E = 1.041 / 975,00 1,38 % O/N = 1.041 / 75.305	1,01 O/E = 1.007 / 997,65 1,30 % O/N = 1.007 / 77.222	**0,96** **O/E = 989 / 1.035,01** **1,23 %** **O/N = 989 / 80.106**
rechnerische Auffälligkeiten	62 / 909 6,82 %	62 / 882 7,03 %	**50 / 841** **5,95 %** **(Refbereich: ≤ 3,92; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	25 / 62 40,32 %	**15 / 62** **24,19 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	25 / 909 2,75 %	**15 / 882** **1,70 %**	n. a.

Tabelle 38: QI 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,17 O/E = 162 / 138,35 0,83 % O/N = 162 / 19.475	0,99 O/E = 137 / 138,21 0,70 % O/N = 137 / 19.500	**1,07** **O/E = 148 / 138,36** **0,77 %** **O/N = 148 / 19.232**
rechnerische Auffälligkeiten	37 / 697 5,31 %	40 / 687 5,82 %	**38 / 668** **5,69 %** **(Refbereich: ≤ 5,17; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 37 10,81 %	**1 / 40** **2,50 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 697 0,57 %	**1 / 687** **0,15 %**	n. a.

Die Indikatoren 52311 und 52325 erfassen die Anteile von Herzschrittmacher/Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen Sondenproblemen an allen Herzschrittmacher/Defibrillator-Implantationen. Dabei wird das Ziel verfolgt, das Auftreten von peri- bzw. postoperativen Komplikationen während des stationären Aufenthaltes so gering wie möglich zu halten. Diese Indikatoren werden seit dem Auswertungsjahr 2024 anhand eines logistischen Regressionsmodells risikoadjustiert. In das Risikomodell des Indikators aus *HSM-IMPL* gehen neben Geschlecht und der Art des Systems auch die

Einflussfaktoren BMI, ASA-Klassifikation, Herzinsuffizienz und das Auftreten von Vorhofflimmern ein. Das Risikomodell des Indikators aus *DEFI-IMPL* unterscheidet sich davon dahingehend, dass die Risikofaktoren Alter und Diabetes mellitus anstelle von Geschlecht, der ASA-Klassifikation und Herzinsuffizienz berücksichtigt werden. Auch bezüglich der Erfassung von Sondenkomplikationen während des Krankenhausaufenthalts wird aufgrund der Ergebnisse aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2020 noch eine Unterdokumentation vermutet (IQTIG 2022); die im Abschnitt zu den Indikatoren zu nicht sondenbedingten Komplikationen erwähnte Einführung der ergänzenden Bezeichnung „bis zur Entlassung" im Filterfeld betrifft auch die Datenfelder, die in die Indikatoren zu Sondenkomplikationen eingehen (siehe Abschnitt Nicht sondenbedingte Komplikationen).

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators aus *HSM-IMPL* ist für das Auswertungsjahr 2026 4 % besser als laut Risikoadjustierungsmodell erwartet, während für den Qualitätsindikator aus *DEFI-IMPL* das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 7 % schlechter ausfällt, als nach Risikoadjustierungsmodell erwartet.

Als Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 fällt insbesondere auf, dass der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Leistungserbringerergebnissen des Indikators aus *HSM-IMPL* (ID 52311), der bislang häufig die meisten qualitativen Auffälligkeiten aller Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens aufwies, nun im zweiten Jahr in Folge deutlich gesunken ist. So betrug dieser Anteil im Auswertungsjahr 2023 noch 3,71 %, verringerte sich im Auswertungsjahr 2024 auf 2,75 % und nahm nun zum Auswertungsjahr 2025 wieder um ca. einen Prozentpunkt auf 1,70 % ab. Wird die Anzahl qualitativer Auffälligkeiten nicht auf alle Leistungserbringerergebnisse, sondern auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse bezogen, fällt zudem auf, dass sich auch das Verhältnis zwischen qualitativ auffälligen und qualitativ unauffälligen Bewertungen im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert hat: Überwog im Auswertungsjahr 2024 noch der Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse mit 40 % (an allen rechnerischen Auffälligkeiten) gegenüber den qualitativ unauffälligen Ergebnissen (32 %), so hat sich dieses Verhältnis im Auswertungsjahr 2025 mit 24 % qualitativ auffälliger Ergebnisse zu 50 % qualitativ unauffälliger Ergebnisse, jeweils an allen rechnerischen Auffälligkeiten, umgekehrt.

Die Verringerung an qualitativen Auffälligkeiten von Auswertungsjahr 2023 auf Auswertungsjahr 2024 konnte noch teilweise darauf zurückgeführt werden, dass aufgrund der eingeführten Risikoadjustierung der bisherige feste Referenzbereich (≤ 3,00 %) durch einen perzentilbasierten Referenzbereich (95. Perzentil) ersetzt wurde, sodass sich der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten von 16,5 % (AJ 2023) auf ca. 7 % in den Auswertungsjahren 2024 und 2025 reduzierte. Da sich der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten zum Auswertungsjahr 2025 aber nun noch einmal deutlich verringert hat, liegt der Schluss nahe, dass diese Entwicklung auch auf andere Gründe zurückzuführen ist. Die Diskussion mit dem Expertengremium auf Bundesebene ergab, dass sich gegebenenfalls die Versorgungsqualität durch eine bessere Implantationstechnik erhöht hat. Zugleich wurde vonseiten des Expertengremiums darauf hingewiesen, dass sich die postoperative Verweildauer nach einer Herzschrittmacher-Implantation in den letzten Jahren kontinuierlich verringert hat, sodass in diese Indikatoren, die sich auf die Zeit während des Krankenhausaufenthalts beziehen, immer weniger Komplikationen eingehen. Ein Blick auf die Entwicklung in den

vergangenen Jahren zeigt, dass sich die postoperative Verweildauer nach stationär durchgeführten Herzschrittmacher-Implantationen kontinuierlich von im Durchschnitt 4,41 Tagen im Auswertungsjahr 2021 (EJ 2020) auf durchschnittlich 3,81 Tage reduziert hat, während die rohe Rate des Indikators im Auswertungsjahr 2021 (EJ 2020) noch bei 1,59 % lag, im Auswertungsjahr 2026 (EJ 2025) nun jedoch bei 1,23 % und ebenfalls einen kontinuierlichen Rückgang aufweist. Es wurden wie bereits in den Vorjahren vor allem Prozessmängel bei der Platzierung und Fixierung der Sonden, eine unzureichende Einarbeitung und Schulung von jüngeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch die Leistungserbringer oder eine ungenügende Sachkunde und Routine bedingt durch eine relativ geringe Erfahrung mit der Implantation von Herzschrittmachern (aufgrund sehr geringer Fallzahlen) als Begründung der qualitativ auffälligen Ergebnisse zurückgemeldet. Nach Ansicht des Expertengremiums auf Bundesebene sind viele der noch bestehenden Qualitätsdefizite im Bereich der Schrittmachertherapie auf Krankenhausstandorte mit einer relativ kleinen Fallzahl pro Jahr und somit wenig Operationserfahrung zurückzuführen. Dies deckt sich mit den intern durchgeführten Volume-Outcome-Analysen des IQTIG aus dem Jahre 2022, nach denen sich im Bereich der Herzschrittmachertherapie ein Zusammenhang zwischen dem Implantationsvolumen der Krankenhäuser und der Raten an Sondenkomplikationen zeigt; erst ab einer Fallzahl von ca. 100 Implantationen jährlich war die Komplikationsrate demnach unabhängig vom Implantationsvolumen der Einrichtung.

Trotz der verbesserten Ergebnisse weist der Indikator aus *HSM-IMPL* (ID 52311) weiterhin deutlich mehr qualitative Auffälligkeiten auf als der Indikator zu Defibrillator-Implantationen aus *DEFI-IMPL* (ID 52325). Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Leistungserbringerergebnissen hat sich in *DEFI-IMPL* ebenfalls deutlich von 0,57 % im Auswertungsjahr 2024 auf nun 0,15 % im Auswertungsjahr 2025 verringert. Auch die rohe Rate liegt in *DEFI-IMPL* mit 0,77 % im Auswertungsjahr 2026 weiterhin unter dem Niveau in *HSM-IMPL* (1,23 %). Die besseren Ergebnisse nach Defibrillator-Implantationen sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass viele Standorte mit sehr kleinem Implantationsvolumen ausschließlich Herzschrittmacher und keine Defibrillatoren implantieren.

Sterblichkeit im Krankenhaus (IDs 51191, 51404 und 51196)

Tabelle 39: QI 51191: Sterblichkeit im Krankenhaus (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,14 O/E = 1.101 / 965,74 1,46 % O/N = 1.101 / 75.305	1,00 O/E = 1.009 / 1.009,00 1,31 % O/N = 1.009 / 77.222	**0,97** **O/E = 1.018 / 1.048,91** **1,27 %** **O/N = 1.018 / 80.106**
rechnerische Auffälligkeiten	59 / 909 6,49 %	48 / 882 5,44 %	**49 / 841** **5,83 %** **(Refbereich: ≤ 4,29; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 59 5,08 %	**8 / 48** **16,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 909 0,33 %	**8 / 882** **0,91 %**	n. a.

Tabelle 40: QI 51404: Sterblichkeit im Krankenhaus (HSM-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,92 O/E = 172 / 187,12 1,96 % O/N = 172 / 8.769	1,00 O/E = 199 / 199,00 2,29 % O/N = 199 / 8.688	**0,90** **O/E = 176 / 195,82** **2,02 %** **O/N = 176 / 8.715**
rechnerische Auffälligkeiten	35 / 764 4,58 %	36 / 743 4,85 %	**34 / 720** **4,72 %** **(Refbereich: ≤ 4,99; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 35 0,00 %	**1 / 36** **2,78 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 764 0,00 %	**1 / 743** **0,13 %**	n. a.

Tabelle 41: QI 51196: Sterblichkeit im Krankenhaus (DEFI-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,41 O/E = 165 / 117,04 2,43 % O/N = 165 / 6.798	1,00 O/E = 124 / 124,00 1,76 % O/N = 124 / 7.058	**1,12** **O/E = 139 / 124,55** **2,01 %** **O/N = 139 / 6.908**
rechnerische Auffälligkeiten	22 / 580 3,79 %	17 / 567 3,00 %	**24 / 555** **4,32 %** **(Refbereich: ≤ 4,98; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 22 0,00 %	**2 / 17** **11,76 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 580 0,00 %	**2 / 567** **0,35 %**	n. a.

Die Qualitätsindikatoren adressieren die Sterblichkeit im Krankenhaus in dem Versorgungsbereich Herzschrittmacher und Defibrillatoren. Die Sterblichkeit im Krankenhaus soll möglichst niedrig sein.

Die Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus sind risikoadjustiert und werden als Verhältnis der beobachteten zu den erwarteten Todesfällen berechnet. Alle drei Indikatoren sind nach Alter und ASA-Klassifikation adjustiert. In das Risikomodell aus *HSM-IMPL* gehen zudem aktuell zusätzlich die Risikofaktoren AV-Block, Nierenfunktion sowie Myokardinfarkt als Ursache für die Bradykardie ein. Das Bundesergebnis für den Indikator nach einer Schrittmacher-Implantation ist für das Auswertungsjahr 2026 in etwa so hoch wie gemäß Risikomodell erwartet, während in *HSM-REV* 10 % weniger und in *DEFI-REV* 12 % mehr Todesfälle auftraten als nach Risikomodell erwartet. Folgeeingriffe können unter Umständen mit einem etwas höheren Risiko für die Patientin bzw. den Patienten einhergehen, z. B. bei Explantation des Rhythmusimplantats aufgrund einer Infektion oder bei komplizierten Sondenextraktionen. So treten während bzw. kurz nach Folgeeingriffen etwas mehr Todesfälle auf. Entsprechend liegt die rohe Rate an Todesfällen im Krankenhaus in *HSM-REV* und *DEFI-REV* mit gut 2 % etwas über der rohen Rate in *HSM-IMPL* (1,27 %).

Ein umgekehrtes Bild ergibt sich bei den Ergebnissen aus dem Stellungnahmeverfahren. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden für die Qualitätsindikatoren der Auswertungsmodule *HSM-REV und DEFI-REV* 1 bzw. 2 qualitativ auffällige Ergebnisse festgestellt, für den Indikator aus *HSM-IMPL* dagegen 8 qualitative Auffälligkeiten. Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Leistungserbringerergebnissen ist in *HSM-IMPL* somit von 0,33 % auf 0,91 % gestiegen, während die Indikatoren aus *HSM-REV* und *DEFI-REV* im Vorjahr noch keine qualitativ auffälligen Ergebnisse aufwiesen. Die Qualitätsindikatoren zur Krankenhaussterblichkeit sind damit eine der wenigen Indikatorengruppen des QS-Verfahrens, die im

Auswertungsjahr 2025 mehr qualitative Auffälligkeiten aufwiesen als im Vorjahr. Insgesamt treten jedoch nur selten Todesfälle auf, die ursächlich auf den Schrittmacher- bzw. Defibrillatoreingriff zurückzuführen sind. Grund dafür könne nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene z. B. ein schlechtes perioperatives Management beim Auftreten komplexer Komplikationen während des Eingriffs sein. Diese Annahme wird auch durch Rückmeldung der LAG belegt. So kam es zu einem Todesfall infolge eines unzureichenden Komplikationsmanagements bei Thoraxdrainage aufgrund eines Pneumothorax, während in einem anderen Fall die Patientin bzw. der Patient in Zusammenhang mit einer Sondenkomplikation verstarb.

Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff (Follow-up) (IDs 2194 und 132001)

Tabelle 42: QI 2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,99 O/E = 2.574 / 2.612,33 4,33 % O/N = 2.574 / 59.484	0,99 O/E = 2.685 / 2.702,42 4,38 % O/N = 2.685 / 61.342	**0,99** **O/E = 2.718 / 2.755,42** **4,34 %** **O/N = 2.718 / 62.652**
rechnerische Auffälligkeiten	82 / 935 8,77 %	68 / 902 7,54 %	**65 / 871** **7,46 %** **(Refbereich: ≤ 2,41; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	27 / 82 32,93 %	**23 / 68** **33,82 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	27 / 935 2,89 %	**23 / 902** **2,55 %**	n. a.

Tabelle 43: QI 132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,07 O/E = 702 / 654,08 4,42 % O/N = 702 / 15.876	0,97 O/E = 667 / 685,44 4,03 % O/N = 667 / 16.568	**1,05** **O/E = 720 / 686,13** **4,32 %** **O/N = 720 / 16.674**
rechnerische Auffälligkeiten	71 / 692 10,26 %	69 / 695 9,93 %	**68 / 683** **9,96 %** **(Refbereich: ≤ 2,81; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	15 / 71 21,13 %	**11 / 69** **15,94 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	15 / 692 2,17 %	**11 / 695** **1,58 %**	n. a.

Die Indikatoren erfassen Probleme, die im Zusammenhang mit der Implantation eines Herzschrittmachers/Defibrillators auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten. Die Anzahl an Folgeeingriffen wegen prozedurassoziierten Problemen soll möglichst gering sein. Die Auswertungsmethodik der Indikatoren berücksichtigt dabei, wann im Verlauf des Follow-up-Zeitraums die Folgeeingriffe stattgefunden haben. Früh auftretende Ereignisse wirken sich stärker negativ auf das Indikatorergebnis aus als solche, die später im Verlauf auftreten. Es erfolgt außerdem eine Risikoadjustierung nach der Art des Systems (bzw. der Anzahl an Sonden) sowie nach Geschlecht der Patientin oder des Patienten.

Da die Follow-up-Indikatoren zu prozedurassoziierten Problemen erst ein Jahr später als die übrigen, querschnittlich berechneten Indikatoren ausgewertet werden können, bewerten die im Auswertungsjahr 2026 berechneten Indikatoren alle Erstimplantationen von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren, die im Erfassungsjahr 2024 durchgeführt wurden. In den Zähler der Indikatoren gehen Folgeeingriffe aus den Erfassungsjahren 2024 oder 2025 ein, soweit diese innerhalb eines Jahres nach der Implantation stattfanden.

Die Follow-up-Indikatoren zu prozedurassoziierten Problemen erfassen sowohl Taschen- als auch Sondenprobleme, wobei bei beiden Indikatoren der überwiegende Anteil an auffälligen Fällen auf Dislokationen oder Dysfunktionen der Sonden zurückgeht, weshalb die Ergebnisse der Follow-up-Indikatoren zusammen mit den Ergebnissen der Indikatoren „Sondendislokation oder -dysfunktion“ betrachtet werden sollten, die sich ausschließlich auf Sondenprobleme noch während des stationären Aufenthalts beziehen (siehe Abschnitt Sondendislokation oder -dysfunktion).

Das Bundesergebnis beider Indikatoren ist auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Dies betrifft sowohl das risikoadjustierte Indikatorenergebnis als auch die rohe Rate, die mit 4,34 % (*HSM-IMPL*) und 4,32 % (*DEFI-IMPL*) in beiden Indikatoren praktisch gleich hoch ist. Obwohl die rechnerischen Ergebnisse auf Bundesebene der beiden Follow-up-Indikatoren zu Schrittmacher- und Defibrillator-Implantationen ähnlich ausfallen, werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens jedoch deutlich mehr Qualitätsdefizite für den Indikator aus dem Auswertungsmodul *HSM-IMPL* (ID 2194) festgestellt. So wurden in *HSM-IMPL* insgesamt 2,55 % aller Leistungserbringerergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 als qualitativ auffällig bewertet, wohingegen dies in *DEFI-IMPL* (ID 132001) 1,58 % aller Leistungserbringerergebnisse betraf. Zugleich ist dieser Anteil in beiden Follow-up-Indikatoren im Vergleich zum Vorjahr gesunken: In *HSM-IMPL* lag er zum Auswertungsjahr 2024 noch bei 2,89 % und in *DEFI-IMPL* bei

2,17 %. Dies entspricht dem Trend, der auch bei den Indikatoren, die alle noch während des Krankenhausaufenthaltes aufgetretenen Sondenkomplikationen erfassen, zu beobachten ist (vgl. Abschnitt Sondendislokation oder -dysfunktion). Da der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Leistungserbringerergebnissen in den Indikatoren, die sich ausschließlich auf den Krankenhausaufenthalt beziehen, noch stärker zurückgegangen ist (auf 1,70 % in *HSM-IMPL* und 0,15 % in *DEFI-IMPL*), ist er nun in beiden Follow-up-Indikatoren zu prozedurassoziierten Problemen jeweils höher, wobei der Unterschied in *DEFI-IMPL* (mit 1,58 % zu 0,15 %) besonders deutlich ausfällt.

Die zurückgemeldeten Gründe für ein als qualitativ auffällig bewertetes Ergebnis ähneln ebenfalls jenen im Abschnitt Sondendislokation oder -dysfunktion während des Krankenhausaufenthalts genannten Gründen. So wurde zu beiden Follow-up-Indikatoren zurückgemeldet, dass Prozessmängel vorlagen, die auf ein sehr geringes Implantationsvolumen und eine dadurch mangelnde Eingriffsroutine der Operateurinnen und Operateure zurückzuführen waren, auch wenn dies in *HSM-IMPL* deutlich häufiger zurückgemeldet wurde als zum Follow-up-Indikator aus *DEFI-IMPL*. Dies deckt sich mit in den vor einigen Jahren durchgeführten Volume-Outcome-Analysen des IQTIG, nach denen sich im Bereich der Herzschrittmachertherapie ein Zusammenhang zwischen dem Implantationsvolumen der Krankenhäuser und den Raten an Sondenkomplikationen zeigt; erst ab einer Fallzahl von ca. 100 Implantationen jährlich war die Komplikationsrate demnach unabhängig vom Implantationsvolumen der Einrichtung.

Da in die Grundgesamtheit der Follow-up-Indikatoren derzeit ausschließlich Erstimplantationen eingehen, um eine ausreichende Zuschreibbarkeit der aufgetretenen Komplikationen auf die implantierenden Leistungserbringer zu gewährleisten, empfiehlt das Expertengremium auf Bundesebene zu ermitteln, in wie vielen Fällen prozedurassoziierte Probleme nach Folgeeingriffen auftreten. Je nachdem, wie viele solcher Komplikationen bisher nicht in den Follow-up-Indikatoren berücksichtigt werden, da ihnen mehrere Schrittmacher- bzw. Defibrillatoreingriffe vorausgehen, könnte zukünftig geprüft werden, unter welchen Voraussetzungen eine Erweiterung der Grundgesamtheit der Follow-up-Indikatoren um Folgeeingriffe möglich wäre, ohne die Zuschreibbarkeit und die Validität der Indikatoren deutlich zu reduzieren. Des Weiteren wies das Expertengremium darauf hin, dass Sondenwechsel und -revisionen an Herzschrittmachern in den AOP-Katalog aufgenommen wurden und deshalb zukünftig voraussichtlich häufiger ambulant durchgeführt werden. Dies könnte zu einer Unterschätzung des QI-Ergebnisses des Follow-up-Indikators aus *HSM-IMPL* führen (ID 2194), solange ambulant durchgeführt Folgeeingriffe im bislang stationären QS-Verfahren nicht erfasst werden.

Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff (Follow-up) (IDs 2195 und 132002)

Tabelle 44: QI 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,94 O/E = 222 / 234,93 0,38 % O/N = 222 / 59.093	0,91 O/E = 221 / 242,19 0,36 % O/N = 221 / 60.951	**1,09** **O/E = 268 / 246,92** **0,43 %** **O/N = 268 / 62.230**
rechnerische Auffälligkeiten	37 / 935 3,96 %	35 / 901 3,88 %	**39 / 871** **4,48 %** **(Refbereich: ≤ 5,47; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 37 8,11 %	**2 / 35** **5,71 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 935 0,32 %	**2 / 901** **0,22 %**	n. a.

Tabelle 45: QI 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,97 O/E = 120 / 123,61 0,76 % O/N = 120 / 15.765	1,13 O/E = 145 / 128,85 0,88 % O/N = 145 / 16.466	**1,06** **O/E = 137 / 129,29** **0,83 %** **O/N = 137 / 16.557**
rechnerische Auffälligkeiten	36 / 692 5,20 %	39 / 694 5,62 %	**43 / 682** **6,30 %** **(Refbereich: ≤ 5,27; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 36 11,11 %	**2 / 39** **5,13 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 692 0,58 %	**2 / 694** **0,29 %**	n. a.

Die Indikatoren erfassen Probleme, die im Zusammenhang mit der Implantation eines Herzschrittmachers/Defibrillators auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten. Die Anzahl an Folgeeingriffen wegen aufgetretener Infektionen oder infektionsbedingter Komplikationen soll möglichst gering sein. Die Auswertungsmethodik der Indikatoren berücksichtigt dabei, wann im Verlauf des Follow-up-Zeitraums die Folgeeingriffe stattgefunden haben.

Früh auftretende Ereignisse wirken sich stärker negativ auf das Indikatorergebnis aus als solche, die später im Verlauf auftreten. Es erfolgt außerdem eine Risikoadjustierung nach Diabetes mellitus sowie nach Geschlecht der Patientin oder des Patienten.

Da die Follow-up-Indikatoren zu Infektionen oder Aggregatperforationen erst ein Jahr später als die übrigen Indikatoren ausgewertet werden können, bewerten die im Auswertungsjahr 2026 berechneten Indikatoren alle Erstimplantationen von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren, die im Erfassungsjahr 2024 durchgeführt wurden. In den Zähler der Indikatoren gehen Folgeeingriffe aus den Erfassungsjahren 2024 oder 2025 ein, soweit diese innerhalb eines Jahres nach der Implantation stattfanden.

Die rechnerischen Ergebnisse verbleiben in etwa auf dem Niveau des Vorjahres, wobei die rohe Rate des Indikators aus *HSM-IMPL* von 0,36 % auf 0,43 % leicht steigt, während sie in *DEFI-IMPL* von 0,88 % auf 0,83 % leicht zurückgeht. Auch beim Betrachten der risikoadjustierten Indikatorenergebnisse zeigt sich dieser Trend. So ist das Ergebnis in *DEFI-IMPL* im Vergleich zum Vorjahr von 13 % auf 6 % gesunken, aber das Ergebnis in *HSM-IMPL* 9 % schlechter ausgefallen als erwartet. Der Abstand zwischen den Ergebnissen hat sich somit etwas verringert, aber es treten anteilig weiterhin bei Defibrillator-Implantationen etwas häufiger Infektionen auf. Weiterhin wird im Stellungnahmeverfahren mit jeweils 2 qualitativen Auffälligkeiten je Qualitätsindikator im Auswertungsjahr 2025 nur selten ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Der Anteil dieser an allen Leistungsgerbringerergebnissen hat sich noch einmal weiter von 0,32 % auf 0,22 % in *HSM-IMPL* sowie von 0,58 % auf 0,29 % in *DEFI-IMPL* verringert. Begründet wurden die qualitativ auffälligen Ergebnisse z. B. durch ein unzureichendes peri- und postoperatives Infektionsmanagement. Aus dem Stellungnahmeverfahren zu diesen Indikatoren wurde schließlich noch berichtet, dass Einzelfälle bzw. kleine Fallzahlen je Krankenhaus die Bewertung erschweren, sodass in diesen Fällen häufig kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet oder die Bewertung „qualitativ unauffällig“ gewählt wurde.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass gemäß Rückmeldungen der LAG zum Auffälligkeitskriterium „Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem“ aus dem Auswertungsmodul *DEFI-REV* drohende, aber noch nicht erfolgte Aggregatperforationen häufig als sonstiges Taschenproblem dokumentiert werden, wodurch diese Komplikationen dem Follow-up-Indikator zu prozedurassoziierten Problemen zugeordnet werden. Ist eine drohende Aggregatperforation Anlass für den Folgeeingriff, ist die Perforation des Aggregats durch die Haut noch nicht erfolgt und die entsprechende Stelle noch nicht mit Krankheitserregern verunreinigt. Dennoch sollten auch drohende Aggregatperforationen den Follow-up-Indikatoren zu Infektionen und Aggregatperforationen zugeordnet werden, da diese Indikatoren die Qualität der Implantation bewerten und davon auszugehen ist, dass tatsächlich eine implantationsbedingte Aggregatperforation aufgetreten wäre, wenn der Folgeeingriff erst später erfolgt wäre. Da drohende Aggregatperforationen ab dem Erfassungsjahr 2026 mit einem eigenen Schlüsselwert gesondert erfasst werden, werden sie somit zukünftig in die Follow-up-Indikatoren zu Infektionen und Aggregatperforationen eingehen, wodurch sich die Bundesergebnisse dieser Indikatoren voraussichtlich etwas erhöhen werden.

Da in die Grundgesamtheit der Follow-up-Indikatoren derzeit ausschließlich Erstimplantationen eingehen, um eine ausreichende Zuschreibbarkeit der aufgetretenen Komplikationen auf die implantierenden Leistungserbringer zu gewährleisten, empfiehlt das Expertengremium auf Bundesebene zu ermitteln, in wie vielen Fällen Infektionen oder Aggregatperforationen nach Folgeeingriffen auftreten. Je nachdem, wie viele solcher Komplikationen bisher nicht in den Follow-up-Indikatoren berücksichtigt werden, könnte zukünftig geprüft werden, unter welchen Voraussetzungen eine Erweiterung der Grundgesamtheit der Follow-up-Indikatoren um Folgeeingriffe möglich wäre. Dabei sollte einkalkuliert werden, dass die Umsetzung keine Reduktion der Zuschreibbarkeit oder der Validität der Indikatoren zur Folge hat. Des Weiteren wies das Expertengremium darauf hin, dass Sondenwechsel und -revisionen an Herzschrittmachern in den AOP-Katalog aufgenommen wurden und deshalb zukünftig voraussichtlich häufiger ambulant durchgeführt werden. Dies könnte zu einer Unterschätzung des QI-Ergebnisses des Follow-up-Indikators aus *HSM-IMPL* führen (ID 2195), solange ambulant durchgeführte Folgeeingriffe im bislang stationären QS-Verfahren nicht erfasst werden.

Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation (ID 132003)

Tabelle 46: QI 132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	94,65 % O = 7.052 N = 7.451	94,90 % O = 7.069 N = 7.449	**94,33 %** **O = 6.307** **N = 6.686**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**65 / 570** **11,40 %** **(Refbereich: ≥ 83,33 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator misst den Anteil an CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bis zur Entlassung der Patientin oder des Patienten erfolgreich implantiert werden konnte und nach dem Eingriff aktiv (also einsatzfähig) war. Dies ist in der Regel der schwierigste Teil einer CRT-Implantation. Für die Patientinnen und Patienten ist es relevant, dass ein funktionierendes CRT-System zur Resynchronisation der Aktivität beider Herzkammern implantiert wurde. Sofern ein Leistungserbringer die linksventrikuläre Sonde nicht erfolgreich implantiert, ist das Ziel des Eingriffs und ggf. des Krankenhausaufenthalts verfehlt. Dadurch ergeben sich für die Patientinnen und Patienten eine verzögerte Therapie sowie voraussichtlich eine Rehospitalisierung einschließlich einer weiteren Operation.

Es wurden zum Auswertungsjahr 2026 (u. a. durch Ausschluss von Systemen mit einer Sonde am Leitungssystem [Conduction System Pacing] kleinere Anpassungen an der Grundgesamtheit

vorgenommen, um die Validität des Indikators zu erhöhen. Das Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 94,33 %; weiterhin wird somit bei ca. 95 % aller Implantationen eines CRT-D-Systems auch die linksventrikuläre Sonde im gleichen Krankenhausaufenthalt erfolgreich implantiert und aktiviert. Im kommenden Auswertungsjahr 2027 könnte sich das Bundesergebnis noch etwas erhöhen, da dann aufgrund einer Spezifikationsänderung auch Fälle aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden können, bei denen die linkventrikuläre Sonde erfolgreich implantiert, aber aufgrund einer ausstehenden AV-Knoten-Ablation noch nicht aktiviert wurde.

Erstmals wurde zum Auswertungsjahr 2026 ein Referenzbereich (5. Perzentil) für diesen Indikator eingeführt, sodass nun zum ersten Mal ein Stellungnahmeverfahren zu diesem Qualitätsmerkmal erfolgen wird.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Verfahren *QS HSMDEF* werden im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 16 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Des Weiteren werden die Indikatoren, auf die sich das Auffälligkeitskriterium „Führendes Symptom ‚sonstiges'" (ID 813070) des Auswertungsmoduls *HSM-IMPL* bezieht, überarbeitet. Darauf basierend ist der Referenzbereich des Auffälligkeitskriteriums auch in diesem Auswertungsjahr ausgesetzt. Anders ist es bei dem Auffälligkeitskriterium „Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'" (ID 850313) aus dem Auswertungsmodul *DEFI-IMPL*. Hier wird erstmalig, nach der Überarbeitung der Indikatoren, auf die es sich bezieht, wieder ein perzentilbasierter Referenzbereich ausgewiesen.

Der höchste Anteil an Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2026 konnte mit 3,21 % bei dem Auffälligkeitskriterium „Führende Indikation ‚sonstiges'" (ID 813071) identifiziert werden (27 von 841). Daran anschließend folgt das Auffälligkeitskriterium „Indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige' (ID 850313) aus dem Auswertungsmodul *DEFI-IMPL* mit 2,99 % (20 von 669).

Bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit weist das „Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz" (ID 850219) aus dem Auswertungsmodul *HSM-REV* mit 2,17 % die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse auf (16 von 738). In den drei anderen Auswertungsmodulen werden die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse in dem Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation verzeichnet:

- 1,45 % (10 von 691) – *DEFI-IMPL*: „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation" (ID 850193)
- 1,42 % (13 von 915) – *HSM-IMPL*: „Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten" (ID 813072)
- 1,07 % (6 von 561) – *DEFI-REV*: „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation" (ID 850197)

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 47: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
813070	Führendes Symptom ‚sonstiges'	0,94 % 227/24.158 (nicht definiert)
813071	Führende Indikation ‚sonstiges'	0,83 % 666/80.106 (≤ 3,36 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,23 % 68.150/67.993 (≥ 95,00 %)
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,21 % 80.250/80.085 (≥ 95,00 %)
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,21 % 80.250/80.085 (≤ 110,00 %)
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,18 % 144/80.085 (≤ 5,00 %)

Tabelle 48: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
813071	Führende Indikation ‚sonstiges'	101803: Leitlinienkonforme Indikation 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl 54143: Systeme 3.Wahl	2025	27 / 841	3,21	2
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2025	13 / 915	1,42	1
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	11 / 927	1,19	0
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	2 / 927	0,22	1
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	7 / 927	0,76	0

Tabelle 49: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	2,45 % 134/5.472 (≤ 7,83 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,21 % 7.524/7.508 (≥ 95,00 %)
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,17 % 8.757/8.742 (≥ 95,00 %)
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,17 % 8.757/8.742 (≤ 110,00 %)
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,48 % 42/8.742 (≤ 5,00 %)

Tabelle 50: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HSMDEF-HSM-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	2025	16 / 681	2,35	2
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2025	2 / 726	0,28	2
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	12 / 738	1,63	1
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	0 / 738	0,00	-
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	16 / 738	2,17	1

Tabelle 51: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit'		
850313	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	1,59 % 331/20.836 (≤ 8,53 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,08 % 18.170/18.156 (≥ 95,00 %)
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	99,95 % 20.864/20.874 (≥ 95,00 %)
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	99,95 % 20.864/20.874 (≤ 110,00 %)
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,13 % 28/20.874 (≤ 5,00 %)

Tabelle 52: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-IMPL

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit'						
850313	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	50055: Leitlinienkonforme Indikation	2025	20 / 669	2,99	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2025	7 / 684	1,02	0
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	10 / 691	1,45	0
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	0 / 691	0,00	-
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	4 / 691	0,58	1

Tabelle 53: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	7,31 % 505/6.908 (≤ 21,85 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	99,54 % 6.032/6.060 (≥ 95,00 %)
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	99,96 % 6.927/6.930 (≥ 95,00 %)
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	99,96 % 6.927/6.930 (≤ 110,00 %)
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,27 % 19/6.930 (≤ 5,00 %)

Tabelle 54: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HSMDEF-DEFI-REV

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sonden-problem	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2025	15 / 555	2,70	1
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	2025	3 / 554	0,54	1
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	6 / 561	1,07	2
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	0 / 561	0,00	-
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	6 / 561	1,07	2

© IQTIG 2026

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 55: AK 813070: Führendes Symptom ‚sonstiges' (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,79 % O = 598 N = 75.305	0,93 % O = 716 N = 77.222	**0,94 %** **O = 227** **N = 24.158**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Das Datenfeld „führendes Symptom" ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zur leitlinienkonformen Indikationsstellung und leitlinienkonformen Systemwahl von zentraler Bedeutung. Die Qualitätsindikatoren werden bei Dokumentation des Schlüsselwerts „sonstige" als führendes Symptom ggf. nicht korrekt berechnet. Wird in vielen Fällen der Schlüsseleintrag „sonstiges" als führendes Symptom dokumentiert, besteht somit die Möglichkeit, dass das Ergebnis der Indikatoren verzerrt wird. Dieses Auffälligkeitskriterium dient damit der Überprüfung der Datenqualität von den Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikation" (ID 101803) und „Leitlinienkonforme Systemwahl" (ID 54140).

Im Auswertungsjahr 2026 bleibt der Anteil der Fälle, in denen „sonstige" dokumentiert wurde, unverändert und es zeigt sich keine Verbesserung oder Verschlechterung in den Ergebnissen. Auffällig ist jedoch, dass die Grundgesamtheit im Vergleich zum Vorjahr auf ein Drittel reduziert hat. Dies kann auf die Änderungen im Rahmen der Empfehlungen zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zurückgeführt werden. Infolgedessen ist die absolute Fallzahl beim Schlüsseleintrag „sonstiges" rapide gesunken. Wie bereits in Abschnitt 2.3.1 beschrieben, werden die beiden zugehörigen Indikatoren auch in diesem Auswertungsjahr überarbeitet. Daher ist der Referenzbereich des Auffälligkeitskriteriums auch für das aktuelle Auswertungsjahr ausgesetzt, es werden keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse ausgegeben, und es erfolgt keine Bewertung der Ergebnisse im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens.

Tabelle 56: AK 813071: Führende Indikation ‚sonstiges' (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,77 % O = 579 N = 75.305	0,84 % O = 651 N = 77.222	**0,83 %** **O = 666** **N = 80.106**
rechnerische Auffälligkeiten	30 / 909 3,30 %	31 / 882 3,51 %	**27 / 841** **3,21 %** **(Refbereich: ≤ 3,36 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	22 / 30 73,33 %	**28 / 31** **90,32 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	22 / 909 2,42 %	**28 / 882** **3,17 %**	n. a.

Das Datenfeld „führende Indikation" ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zur leitlinienkonformen Indikationsstellung und leitlinienkonformen Systemwahl von zentraler Bedeutung. Die Qualitätsindikatoren werden bei Dokumentation des Schlüsselwerts „sonstige" als führende Indikation nicht berechnet. Wird in vielen Fällen der Schlüsseleintrag „sonstiges" als führende Indikation dokumentiert, wird die Berechnung des Indikatorergebnisses verzerrt, da diese Fälle nicht in die Grundgesamtheit der Indikatoren „Leitlinienkonforme Indikation" (ID 101803) und „Leitlinienkonforme Systemwahl" (ID 54140) eingehen.

Im Auswertungsjahr 2026 wurde bei 0,83 % der Fälle der Schlüsselwert „sonstige" dokumentiert. Somit hat sich der Anteil im Vergleich zum Vorjahr nicht verbessert. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 3,36 % wurden bei 27 Leistungserbringern (3,21 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Mit diesem Ergebnis handelt es sich um das Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit mit den meisten rechnerisch auffälligen Ergebnissen im gesamten QS-Verfahren. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 sind ca. 90 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig gewertet worden. Somit ist der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr um knapp 20 Prozentpunkte angestiegen. Als Gründe für die Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse wurde vonseiten der LAG fehlerhafte bzw. unvollständige Dokumentation genannt.

Tabelle 57: AK 850339: Angabe ‚kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen (HSM-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,75 % O = 157 N = 5.713	2,79 % O = 156 N = 5.585	**2,45 %** **O = 134** **N = 5.472**
rechnerische Auffälligkeiten	12 / 725 1,66 %	14 / 693 2,02 %	**16 / 681** **2,35 %** **(Refbereich: ≤ 7,83 %; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 12 75,00 %	**11 / 14** **78,57 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	9 / 725 1,24 %	**11 / 693** **1,59 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium ist relevant für die Qualitätsindikatoren „Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ (ID 52305), „Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (ID 52307) und „Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden“ (ID 52315). Das Auffälligkeitskriterium prüft, inwiefern als Art des Vorgehens „kein Eingriff an der Sonde“ bei allen Patientinnen und Patienten mit Sondenproblemen dokumentiert wurde, bei denen die betroffene Sonde nicht explantiert oder stillgelegt wurde.

Im Auswertungsjahr 2026 wurde für 2,45 % der Patientinnen und Patienten „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert. Somit liegen die Ergebnisse in einem ähnlichen Bereich wie in den Vorjahren, auch wenn sich das Ergebnis um ca. 0,3 Prozentpunkte verbessert hat. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 7,83 % wurden bei 16 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 sind ca. 80 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig gewertet worden. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet das, dass der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen, die als qualitativ auffällig eingestuft wurden, erneut um 3,5 Prozentpunkte gestiegen ist. Als Gründe für diese Bewertung wurden vonseiten der LAG erneut Dokumentationsfehler genannt.

Tabelle 58: AK 850313: Indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige‘ (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,65 % O = 136 N = 20.780	0,94 % O = 196 N = 20.931	**1,59 %** **O = 331** **N = 20.836**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**20 / 669** **2,99 %** **(Refbereich: ≤ 8,53 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Das Datenfeld „indikationsbegründendes klinisches Ereignis“ ist zur Berechnung des Qualitätsindikators zur leitlinienkonformen Indikationsstellung (ID 50055) von zentraler Bedeutung. Der Indikator wird bei Dokumentation des Schlüsselwerts „sonstige“ als indikationsbegründendes klinisches Ereignis möglicherweise nicht korrekt berechnet. Wird in vielen Fällen der Schlüsseleintrag

„sonstiges“ als indikationsbegründendes klinisches Ereignis dokumentiert, besteht somit die Möglichkeit, dass das Indikatorergebnis verzerrt wird.

Im Auswertungsjahr 2026 wurde in 1,59 % der Fälle der Schlüsselwert „sonstige“ dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr ist das Bundesergebnis um ca. 0,6 Prozentpunkte gestiegen (AJ 2025: 0,94 %), d. h., dass die Angabe „sonstiges“ häufiger dokumentiert wurde. Wie bereits in Abschnitt 2.3.1 beschrieben, befand sich der Indikator, auf den sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, in den vergangenen zwei Jahren in der Überarbeitung und weist erstmalig wieder einen Referenzbereich auf. Dieser ist perzentilbasiert und liegt bei ≤ 8,53 %. Es wurden 2,99 % (20 von 669 Leistungserbringern) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt, was gleichzeitig die zweithäufigsten rechnerisch auffälligen Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit im gesamten QS-Verfahren darstellt.

Qualitative Auffälligkeiten können in diesem Auffälligkeitskriterium noch nicht berichtet werden, da im vergangenen Jahr aufgrund des ausgesetzten Referenzbereichs keine Bewertung der Ergebnisse im Rahmen des Stellungnahmeverfahren stattgefunden hat.

Tabelle 59: AK 851904: Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem (DEFI-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	6,91 % O = 470 N = 6.798	6,53 % O = 461 N = 7.058	**7,31 %** **O = 505** **N = 6.908**
rechnerische Auffälligkeiten	24 / 580 4,14 %	19 / 567 3,35 %	**15 / 555** **2,70 %** **(Refbereich: ≤ 21,85 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 24 29,17 %	**9 / 19** **47,37 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	7 / 580 1,21 %	**9 / 567** **1,59 %**	n. a.

Mit diesem Auffälligkeitskriterium wird die Datenqualität der Follow-up-Indikatoren „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 132001) und „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 132002) geprüft. Wird in zu vielen Fällen ein sonstiges Problem dokumentiert, kann dies ggf. zu einer verfälschten Berechnung der Follow-up-Indikatoren führen, da die Komplikationen dem falschen Indikator zugeordnet werden.

Im Auswertungsjahr 2026 wurde bei 7,31 % der Patientinnen und Patienten in der Grundgesamtheit ein sonstiges Taschen- oder Sondenproblem als Indikation zum Folgeeingriff dokumentiert. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von ≤ 21,85 % wurden bei 2,70 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt (15 von 555). Somit ist das Bundesergebnis im Vergleich zum Vorjahr gestiegen, aber der abnehmende Trend der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ist weiterhin ersichtlich.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden knapp 50 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig gewertet. Somit haben sich die Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert. Allerdings zeigt sich, dass auch einer der bezugnehmenden Indikatoren, auf die sich dieses Auffälligkeitskriterium bezieht, „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 132001), in den vergangenen Jahren einige qualitativ auffällige Ergebnisse aufweist. Auch für dieses Auffälligkeitskriterium wurden vonseiten der LAG Dokumentationsfehler als Begründung genannt.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (IDs 813072, 813074, 851801 und 851803)

Tabelle 60: AK 813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,56 % O = 64.802 N = 64.443	100,32 % O = 66.187 N = 65.976	**100,23 %** **O = 68.150** **N = 67.993**
rechnerische Auffälligkeiten	7 / 981 0,71 %	12 / 952 1,26 %	**13 / 915** **1,42 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 7 42,86 %	**5 / 12** **41,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 981 0,31 %	**5 / 952** **0,53 %**	n. a.

Tabelle 61: AK 813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (HSM-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,16 % O = 7.652 N = 7.564	100,48 % O = 7.576 N = 7.540	**100,21 %** **O = 7.524** **N = 7.508**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 759 0,40 %	7 / 746 0,94 %	**2 / 726** **0,28 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 33,33 %	**7 / 7** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 759 0,13 %	**7 / 746** **0,94 %**	n. a.

Tabelle 62: AK 851801: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,16 % O = 18.061 N = 18.032	100,31 % O = 18.247 N = 18.191	**100,08 %** **O = 18.170** **N = 18.156**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 717 0,84 %	5 / 700 0,71 %	**7 / 684** **1,02 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 6 66,67 %	**2 / 5** **40,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 717 0,56 %	**2 / 700** **0,29 %**	n. a.

Tabelle 63: AK 851803: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (DEFI-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,37 % O = 5.932 N = 5.910	99,98 % O = 6.259 N = 6.260	**99,54 %** **O = 6.032** **N = 6.060**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 566 0,35 %	3 / 558 0,54 %	**3 / 554** **0,54 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**2 / 3** **66,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 566 0,18 %	**2 / 558** **0,36 %**	n. a.

Für die Berechnung der Follow-up-Indikatoren können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte. Wird angegeben, dass ein Eingriff bei einer nicht gesetzlich krankenversicherten Person vorgenommen wurde, kann das Patientenpseudonym nicht gebildet werden und der Fall wird im Indikator nicht berücksichtigt. Daher wird geprüft, ob weniger Fälle zu GKV-Patientinnen und Patienten für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für diese Auffälligkeitskriterien liegt bei ≥ 95,00 %.

Die Ergebnisse für das Verfahren *QS HSMDEF* zeigen eine Dokumentationsrate um die 100 % und es besteht keine nennenswerte Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten auf Bundesebene. Die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse sind mit 1,42 % in dem Auffälligkeitskriterium des Auswertungsmoduls *HSM-IMPL* zu verzeichnen (Tabelle 60). Im Vergleich mit den Vorjahren ist ein zunehmender Trend ersichtlich. So hat sich der Anteil der rechnerisch

auffälligen Ergebnisse in den vergangenen zwei Jahren verdoppelt. Die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse hingegen sind in dem Auswertungsmodul *HSM-REV* verzeichnet (Tabelle 61). Im Stellungnahmeverfahren wurden diese mit fehlerhaften bzw. unvollzähligen Dokumentationen begründet.

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (IDs 850097, 850166, 850193 und 850197)

Tabelle 64: AK 850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,90 % O = 75.430 N = 74.758	100,64 % O = 77.350 N = 76.856	**100,21 %** **O = 80.250** **N = 80.085**
rechnerische Auffälligkeiten	14 / 992 1,41 %	5 / 958 0,52 %	**11 / 927** **1,19 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 14 57,14 %	**2 / 5** **40,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	8 / 992 0,81 %	**2 / 958** **0,21 %**	n. a.

Tabelle 65: AK 850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (HSM-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,23 % O = 8.816 N = 8.709	100,75 % O = 8.740 N = 8.675	**100,17 %** **O = 8.757** **N = 8.742**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 776 0,52 %	11 / 762 1,44 %	**12 / 738** **1,63 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 75,00 %	**8 / 11** **72,73 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 776 0,39 %	**8 / 762** **1,05 %**	n. a.

Tabelle 66: AK 850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,67 % O = 20.796 N = 20.658	100,46 % O = 20.964 N = 20.867	**99,95 %** **O = 20.864** **N = 20.874**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 721 0,83 %	7 / 708 0,99 %	**10 / 691** **1,45 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 6 33,33 %	**3 / 7** **42,86 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 721 0,28 %	**3 / 708** **0,42 %**	n. a.

Tabelle 67: AK 850197: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (DEFI-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,78 % O = 6.816 N = 6.763	100,51 % O = 7.089 N = 7.053	**99,96 %** **O = 6.927** **N = 6.930**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 584 0,34 %	4 / 571 0,70 %	**6 / 561** **1,07 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**3 / 4** **75,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 584 0,17 %	**3 / 571** **0,53 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation zu identifizieren, die beispielsweise auf organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder auf das Weglassen komplizierter Fälle zurückzuführen sein kann. Daraus können sich Auswirkungen auf Ebene der Indikatorenergebnisse ergeben. Daher wird geprüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für diese Auffälligkeitskriterien liegt bei ≥ 95,00 %.

Die Ergebnisse für das Verfahren *QS HSMDEF* zeigen eine Dokumentationsrate um die 100 % und es besteht keine nennenswerte Unterdokumentation auf Bundesebene. Die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse sind mit 1,63 % im Auswertungsmodul *HSM-REV* zu verzeichnen (Tabelle 65). Im Vergleich mit den Vorjahren ist ein zunehmender Trend ersichtlich (AJ 2024: 0,52 %; AJ 2025: 1,44 %). Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 sind die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse im Auswertungsmodul *DEFI-REV* verzeichnet, knapp gefolgt von den qualitativ auffälligen Ergebnissen des Auffälligkeitskriteriums zur

Unterdokumentation aus *HSM-REV* (Tabelle 65 und Tabelle 67). Diese Ergebnisse wurden ebenfalls mit fehlerhaften bzw. unvollzähligen Dokumentationen begründet.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (IDs 850098, 850167, 850194 und 850198)

Tabelle 68: AK 850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,90 % O = 75.430 N = 74.758	100,64 % O = 77.350 N = 76.856	**100,21 %** **O = 80.250** **N = 80.085**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 992 0,40 %	7 / 958 0,73 %	**2 / 927** **0,22 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 50,00 %	**4 / 7** **57,14 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 992 0,20 %	**4 / 958** **0,42 %**	n. a.

Tabelle 69: AK 850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (HSM-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,23 % O = 8.816 N = 8.709	100,75 % O = 8.740 N = 8.675	**100,17 %** **O = 8.757** **N = 8.742**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 776 0,00 %	1 / 762 0,13 %	**0 / 738** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 1** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 776 0,00 %	**0 / 762** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 70: AK 850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,67 % O = 20.796 N = 20.658	100,46 % O = 20.964 N = 20.867	**99,95 %** **O = 20.864** **N = 20.874**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 721 0,00 %	1 / 708 0,14 %	**0 / 691** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 1** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 721 0,00 %	**0 / 708** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 71: AK 850198: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (DEFI-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,78 % O = 6.816 N = 6.763	100,51 % O = 7.089 N = 7.053	**99,96 %** **O = 6.927** **N = 6.930**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 584 0,00 %	1 / 571 0,18 %	**0 / 561** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 1** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 584 0,00 %	**0 / 571** **0,00 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation zu identifizieren, die beispielsweise auf organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess zurückzuführen sein kann. Daraus können sich Auswirkungen auf Ebene der Indikatorenergebnisse ergeben. Daher wird geprüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für diese Auffälligkeitskriterien liegt bei ≤ 110,00 %.

Die Ergebnisse für das Verfahren *QS HSMDEF* zeigen eine Dokumentationsrate um die 100 % und es besteht keine nennenswerte Überdokumentation auf Bundesebene. Anders als bei den bisherigen Auffälligkeitskriterien kam es nur in dem Auswertungsmodul *HSM-IMPL* zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen (Tabelle 68). Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 ergaben sich qualitative Auffälligkeiten aus fehlerhafter bzw. unvollständiger Dokumentation oder es wurden keine Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850217, ID 850219, ID 850220 und ID 850222)

Tabelle 72: AK 850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (HSM-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,17 % O = 125 N = 74.758	0,17 % O = 128 N = 76.856	**0,18 %** **O = 144** **N = 80.085**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 992 0,30 %	3 / 958 0,31 %	**7 / 927** **0,76 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 33,33 %	**1 / 3** **33,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 992 0,10 %	**1 / 958** **0,10 %**	n. a.

Tabelle 73: AK 850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (HSM-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,54 % O = 47 N = 8.709	0,60 % O = 52 N = 8.675	**0,48 %** **O = 42** **N = 8.742**
rechnerische Auffälligkeiten	18 / 776 2,32 %	17 / 762 2,23 %	**16 / 738** **2,17 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 18 11,11 %	**5 / 17** **29,41 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 776 0,26 %	**5 / 762** **0,66 %**	n. a.

Tabelle 74: AK 850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (DEFI-IMPL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,08 % O = 16 N = 20.658	0,16 % O = 33 N = 20.867	**0,13 %** **O = 28** **N = 20.874**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 721 0,55 %	5 / 708 0,71 %	**4 / 691** **0,58 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 25,00 %	**0 / 5** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 721 0,14 %	**0 / 708** **0,00 %**	n. a.

Tabelle 75: AK 850222: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (DEFI-REV)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,27 % O = 18 N = 6.763	0,44 % O = 31 N = 7.053	**0,27 %** **O = 19** **N = 6.930**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 584 0,86 %	7 / 571 1,23 %	**6 / 561** **1,07 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 5 40,00 %	**1 / 7** **14,29 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 584 0,34 %	**1 / 571** **0,18 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden, da Minimaldatensätze nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden können und nur in begründeten Ausnahmefällen zur Anwendung kommen sollten. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 5,00 %.

Im Auswertungsmodul *HSM-REV* wurde bei rund 0,5 % der Fälle ein Minimaldatensatz angelegt. Im Vergleich zum Vorjahr ist hier eine Verbesserung ersichtlich (AJ 2025: 0,60 %). Auch zeigen sich hier die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls leicht abgenommen haben. Ähnlich wie in den vorherigen Auffälligkeitskriterien ergaben sich die qualitativen Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren, die in den Auswertungsmodulen *HSM-IMPL* sowie *HSM-REV* bei rund 30 % liegen, aus fehlerhafter bzw. unvollständiger Dokumentation.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 76: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem.§ 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-IMPL

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	11.490	-	11.209	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.307	100,00	7.076	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	510	6,98	471	6,66
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	510	100,00	471	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	510	100,00	471	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	138	27,06	100	21,23
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	372	72,94	371	78,77
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	372	100,00	371	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	0,81	5	1,35
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	209	40,98	227	48,20
Bewertung als qualitativ auffällig	118	23,14	102	21,66
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	11	2,16	23	4,88
Sonstiges	34	6,67	19	4,03

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	98	n. a.	80	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 77: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-REV

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	2.260	-	2.191	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	764	100,00	743	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	35	4,58	36	4,85
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	35	100,00	36	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	35	100,00	36	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	28,57	9	25,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	25	71,43	27	75,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	25	100,00	27	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	3,70
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	24	68,57	24	66,67
Bewertung als qualitativ auffällig	0	0,00	1	2,78

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	1	2,78
Sonstiges	1	2,86	1	2,78
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	1	n. a.	2	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 78: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7.590	-	7.507	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	3.482	100,00	3.453	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	224	6,43	233	6,75
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	224	100,00	233	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	224	100,00	233	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	53	23,66	65	27,90
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	171	76,34	168	72,10
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	171	100,00	168	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	1,17	3	1,79
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	0,60
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	104	46,43	109	46,78
Bewertung als qualitativ auffällig	48	21,43	40	17,17
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	6	2,68	12	5,15
Sonstiges	13	5,80	7	3,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	30	n. a.	22	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 79: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-REV

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.714	-	1.669	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.160	100,00	1.134	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	60	5,17	59	5,20
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	60	100,00	59	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	60	100,00	59	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	22	36,67	15	25,42
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	38	63,33	44	74,58
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	38	100,00	44	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	3	6,82

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	34	56,67	40	67,80
Bewertung als qualitativ auffällig	3	5,00	2	3,39
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	0	0,00
Sonstiges	1	1,67	2	3,39
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	2	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Rahmen des 2025 durchgeführten Stellungnahmeverfahrens (EJ 2024 bzw. 2023) wurden – über alle vier Auswertungsmodule hinweg – 16 der insgesamt 36 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 12.406 Indikatorenergebnisse ermittelt wurden. Dies entspricht der Summe der Indikatorenergebnisse aller Qualitätsindikatoren mit einem definierten Referenzbereich im Auswertungsjahr 2025.

Für 20 Qualitätsindikatoren war, wie bereits im vergangenen Auswertungsjahr, der Referenzbereich ausgesetzt und es wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Grundlage hierfür sind die Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023).

Von den 12.406 Indikatorenergebnissen mit definiertem Referenzbereich wurden im Verfahren *QS HSMDEF* insgesamt 799 (6,44 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Für 189 (23,65 %) dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 145 (18,15 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Bezogen auf alle 610 eingeleiteten Stellungnahmeverfahren entspricht dies einem Anteil qualitativer Auffälligkeiten von 23,77 %. Insgesamt wurden 104 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Ein Vergleich über die Auswertungsmodule hinweg zeigt, dass die meisten Qualitätsdefizite im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bei der Durchführung von Herzschrittmacher-Implantationen festgestellt wurden. Dabei wiesen die Qualitätsindikatoren „Dosis-Flächen-Produkt“ (ID 101800), „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 2194) und „Sondendislokation oder –dysfunktion“

(ID 52311) die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) auf. Im Auswertungsmodul *HSM-IMPL* wurden etwa ein Fünftel der rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnisse als „qualitativ auffällig" bewertet. Dieses Bild zeigt sich auch in der Übersicht der wiederholten rechnerischen sowie qualitativen Auffälligkeiten im Jahresverlauf. So gibt es in allen oben genannten Indikatoren Leistungserbringer, die sowohl im Vorjahr als auch im Vorvorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten. Davon wiesen einige Leistungserbringer auch qualitativ auffällige Ergebnisse über zwei Jahre hinweg auf. So gab es in dem Follow-up-Indikator zu prozedurassoziierten Problemen (ID 2194) 4 Leistungserbringer, die bereits im Vorjahr qualitativ auffällig waren. In dem Indikator zum Dosis-Flächen-Produkt (ID 101800) waren es sogar 8 Leistungserbringer. Somit entsprechen auch die diesjährigen Ergebnisse dem Trend, dass die meisten qualitativen Auffälligkeiten zum einen durch ungenügende Maßnahmen zum Strahlenschutz während der Herzschrittmacher- bzw. Defibrillator-Implantation bedingt sind (Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt [IDs 101800 und 131801]) und zum anderen durch eine zu hohe Rate an Sondenkomplikationen nach einer Herzschrittmacher-Implantation (IDs 52311 und 2194).

Der höchste Anteil der Maßnahmenstufen 1 und 2 ist ebenfalls im Modul *HSM-IMPL* zu verzeichnen. Die auf Landesebene initiierten Maßnahmen der Stufe 1 umfassten dabei die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen/Fachgesprächen/Kolloquien, die Implementierung von Behandlungspfaden und Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien sowie sonstige Maßnahmen. Keine der initiierten Maßnahmen der Stufe 1 bezieht sich dabei auf Auffälligkeiten aus den vergangenen Auswertungsjahren. Anders ist es bei den Maßnahmen der Stufe 2, die bereits im Auswertungsjahr 2023 sowohl für den Indikator zum Strahlenschutz (ID 101800) als auch für den Follow-up-Indikator zu den prozedurassoziierten Problemen (ID 2194) durchgeführt wurden. In beiden Fällen handelt es sich dabei um eine Korrektur der Vereinbarung im Einvernehmen mit dem Leistungserbringer (Maßnahme 2a nach DeQS-RL). Es wurde eine Prozessbeschreibung zur Beteiligung an der externen Qualitätssicherung mit Ausfallkonzept und unter Inanspruchnahme technischer Hilfsmittel erstellt sowie anschließend ein Sachstandsbericht zur Umsetzung der erarbeiteten Prozessbeschreibung für die regelkonforme Mitwirkung an dem Verfahren *QS HSMDEF* übermittelt.

Beim Abgleich der verschiedenen Gründe für die Bewertungen im Stellungnahmeverfahren fällt auch in diesem Jahr auf, dass eine kleine Fallzahl / kleine Grundgesamtheit sowohl als Grund angeführt wird, auf die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zu verzichten, als auch als Begründung für die Bewertung „qualitativ auffälliges Ergebnis". Dies deutet darauf hin, dass die LAG bei der Bewertung der Indikatorenergebnisse von Leistungserbringern mit einem kleinen Implantationsvolumen aufgrund der statistischen Unsicherheit und der begrenzten Ressourcen auf Landesebene Herausforderungen ausgesetzt sind, die ein heterogenes Vorgehen je nach Bundesland begünstigen. So wurde nach Rückmeldung des Expertengremiums auf Bundesebene in diesen Fällen je nach LAG mit hoher Wahrscheinlichkeit unterschiedlich vorgegangen. Vor allem, wenn das Indikatorergebnis nicht statistisch signifikant vom Referenzbereich abwich, wurde mit den Leistungserbringern häufig erst dann ein Stellungnahmeverfahren geführt, wenn deren

Ergebnisse bereits in den letzten beiden Vorjahren oder in mehreren Indikatoren des aktuellen Jahres rechnerisch auffällig waren.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 80: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-IMPL

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	4.895	100,00	4.729	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	58	1,18	58	1,23
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	58	100,00	58	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	13	22,41	10	17,24
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	45	77,59	48	82,76
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	45	100,00	48	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	6	10,34	5	8,62
Bewertung als qualitativ auffällig	36	62,07	40	68,97
Sonstiges	3	5,17	3	5,17
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	7	n. a.	5	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 81: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-HSM-REV

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.837	100,00	3.741	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	37	0,96	50	1,34
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	37	100,00	50	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	8	21,62	7	14,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	29	78,38	43	86,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	29	100,00	43	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	13	35,14	10	20,00
Bewertung als qualitativ auffällig	15	40,54	31	62,00
Sonstiges	1	2,70	2	4,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	4	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 82: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-IMPL

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	2.907	100,00	2.839	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	16	0,55	18	0,63

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	16	100,00	18	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	8	50,00	10	55,56
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	8	50,00	8	44,44
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	8	100,00	8	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	6,25	2	11,11
Bewertung als qualitativ auffällig	7	43,75	5	27,78
Sonstiges	0	0,00	1	5,56
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	1	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 83: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HSMDEF-DEFI-REV

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	2.910	100,00	2.847	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	33	1,13	34	1,19
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	33	100,00	34	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	4	12,12	8	23,53
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	29	87,88	26	76,47
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	29	100,00	26	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	18	54,55	9	26,47
Bewertung als qualitativ auffällig	11	33,33	15	44,12
Sonstiges	0	0,00	2	5,88
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	4	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Rahmen des 2025 durchgeführten Stellungnahmeverfahrens (EJ 2024) wurden 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 16 zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 14.156 Ergebnisse ermittelt wurden.

Von diesen Ergebnissen waren insgesamt 160 (1,13 %) rechnerisch auffällig. Für 35 (21,88 %) dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei allen der 125 (78,13 %) eingeleiteten Stellungnahmeverfahren handelte es sich um schriftliche. Gespräche oder Begehungen haben nicht stattgefunden. Anlass für die Einleitung und Durchführung des Stellungnahmeverfahrens war in allen Fällen die rechnerische Auffälligkeit eines Ergebnisses. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 91 (56,88 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Bezogen auf alle 125 eingeleiteten Stellungnahmeverfahren entspricht dies einem Anteil qualitativer Auffälligkeiten von 72,80 %.

Ein Vergleich über die Auswertungsmodule hinweg zeigt, dass die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse in den Auswertungsmodulen *HSM-IMPL* (68,97 %; 40 von 58) und *HSM-REV* (62,00 %; 31 von 50) auftreten. Im Vergleich zum vergangenen Auswertungsjahr kam es im Auswertungsmodul *HSM-REV* zu einem Anstieg der qualitativen Auffälligkeiten von ca. 20 Prozentpunkten (AJ 2024:

40,54 %). Die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse können den Auffälligkeitskriterien „Unterdokumentation“ sowie „Unterdokumentation von GKV-Patienten“ zugeschrieben werden. Häufige Ursachen waren hierbei Dokumentationsfehler oder -probleme. Allerdings konnten den Freitextantworten keine Hinweise auf eine mögliche Verbesserung der Spezifikation entnommen werden.

5 der 9 initiierten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 betrafen die Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls *HSM-IMPL*. Darüber hinaus ist in dem Auswertungsmodul auch eine Maßnahmenstufe 2 aus dem Auswertungsjahr 2024 zu verzeichnen. Hier wurde zurückgemeldet, dass zum Auswertungsjahr 2023 keine Stellungnahmen abgegeben, allerdings die Vereinbarung zur Maßnahmenstufe 1 in Form des Nachweises einer Standardvorgehensweise (SOP) durch die Fachkommission als erfüllt bewertet wurde. Dennoch wurden seitens des Leistungserbringers im Folgejahr (AJ 2024) erneut keine QS-Dokumentationsdaten übermittelt und nun die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Maßnahmenstufe 2a initiiert.

Ein Großteil der Leistungserbringer weist jeweils nur eine rechnerische bzw. eine rechnerische und qualitative Auffälligkeit auf. Vereinzelt kommt es dennoch zu mehrfachen Auffälligkeiten – so in *HSM-IMPL*, wo ein Leistungserbringer 3 oder mehr qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen. In den Auswertungsmodulen zu implantierbaren Defibrillatoren gab es in dieser Kategorie keinen Leistungserbringer.

Eine Übersicht über die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens im Vergleich zum Vorjahr (Anzahl bzw. Anteil an Auffälligkeiten, Bewertungen und initiierte Maßnahmen) kann je nach Auswertungsmodul der Tabelle 80, Tabelle 81, Tabelle 82 und Tabelle 83 entnommen werden.

4 Evaluation

Die Ziele des Verfahrens *QS HSMDEF* sind in § 1 Abs. 3 Satz 3 der Themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL folgendermaßen festgelegt:

1. Verbesserung der Indikationsstellung und Systemwahl
2. Verbesserung der Prozessqualität
3. Verringerung von Komplikationen während und nach den Eingriffen

Die Angemessenheit und Leitlinienkonformität der Indikationsstellung und Systemwahl wird anhand der entsprechenden Qualitätsindikatoren aus den Auswertungsmodulen *HSM-IMPL* und *DEFI-IMPL* gemessen. Diese Indikatoren wurden bzw. werden im Zuge der Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung umfassend überarbeitet (IQTIG 2023). So weist der Indikator aus *DEFI-IMPL* (ID 50055) erstmals seit dem Auswertungsjahr 2022 wieder einen Referenzbereich aus, wohingegen der Referenzbereich beim Indikator aus *HSM-IMPL* (ID 101803) erst zum kommenden Auswertungsjahr wieder eingeführt werden kann (siehe Abschnitt Leitlinienkonforme Indikation). Darüber hinaus hat sich die Überarbeitung für die Indikatoren zur Systemwahl (ID 54140 und ID 50005) als nicht zielführend herausgestellt, sodass diese zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft werden. Die ausführliche Begründung kann im Abschnitt Leitlinienkonforme Systemwahl nachvollzogen werden.

Des Weiteren wurde dem IQTIG zurückgemeldet, dass der Anteil an sondenlosen Schrittmachern bei spezieller Indikationsstellung steigt, aber eben diese Auswahl (sondenloser Schrittmacher) zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen in dem Indikator „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern“ (ID 54143) geführt hat. Das IQTIG hat zur Spezifikation zum Erfassungsjahr 2025 eine Änderung an dem Datenfeld „System“ vorgenommen, um die gesonderte Erfassung der *Leadless Pacemaker* mit VDD- und DDD-Modus zu ermöglichen. Somit sollten die vorher beschriebenen Fälle für diesen Indikator nicht mehr zu rechnerischen Auffälligkeiten führen (siehe auch Abschnitt Wahl eines Einkammersystems). Darüber hinaus wird das IQTIG prüfen, ob zukünftig noch weitere Anpassungen an der Spezifikation oder den Rechenregeln aufgrund neuartiger Systemarten notwendig sind. Obwohl die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2024 zu den Qualitätsindikatoren „Dosis-Flächen-Produkt“ (IDs 101800 und 131801) darauf hindeuten, dass noch von zu vielen Krankenhausstandorten nicht genügend Maßnahmen zum Strahlenschutz während Herzschrittmacher- oder Defibrillator-Implantationen ergriffen werden, wurde aufgrund der neuen gesetzlichen Bestimmungen im Abschlussbericht des IQTIG zur Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung empfohlen, diese Prozessindikatoren zum Auswertungsjahr 2026 (EJ 2025) auszusetzen. Seitens der LAG wurde diese Entscheidung sehr kritisch gesehen. Als objektives Maß sei das Dosis-Flächen-Produkt ideal geeignet für die Abbildung in einem Qualitätsindikator und sollte im Sinne der Patienten- wie der Mitarbeitersicherheit beibehalten werden. Auch die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene befürworteten die Abschaffungsempfehlungen nicht. Die beiden Indikatoren wiesen über die vergangenen Jahre viele rechnerisch und besonders qualitativ auffällige

Ergebnisse auf. Dementsprechend viele Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden in diesen Indikatoren veranlasst und häufig mit Erfolg abgeschlossen.

Das IQTIG wurde vom GBA beauftragt, nach Abschluss des Auswertungsjahres 2025 erneut eine Bewertung dieser Indikatoren vorzunehmen und die bisherigen Empfehlungen zu überprüfen. Erste Erkenntnisse zeigen, dass die gesetzlichen Vorgaben zum Strahlenschutz, die ursächlich für die Abschaffungsempfehlungen waren, nicht mit den zu überprüfenden Qualitätsaspekten vergleichbar sind. Die finalen Ergebnisse der Neubewertung der Indikatoren sowie das damit verbundene weitere Vorgehen wird das IQTIG dem GBA im Laufe des Jahres 2026 übermitteln.

Da auch die anderen Prozessindikatoren des QS-Verfahrens sowie die Auswertungsmodule *HSM-AGGW* und *DEFI-AGGW* zum Auswertungsjahr 2026 abgeschafft wurden, enthält das residuale Qualitätsindikatoren-Set keine Prozessindikatoren mehr. Trotzdem werden auch weiterhin Aspekte der Prozessqualität durch die verbleibenden Ergebnisindikatoren implizit gemessen und adressiert – beispielsweise, inwieweit sondenbedingte Komplikationen vermieden oder ausreichende Messwerte der Reizschwellen und Signalamplituden bei der Implantation der Sonden erreicht werden können. Um in diesen Bereichen (durch eine optimale Positionierung und Fixation der Sonde) eine gute Versorgungsqualität anzubieten, sind ein sorgfältiges chirurgisches Vorgehen sowie die Einhaltung hoher prozessualer Standards während der Eingriffe unerlässlich. Dies kann vom Leistungserbringer z. B. durch die Erstellung und Einführung einer SOP, die Durchführung interner Schulungen, eine angemessene Anleitung der Operateurinnen und Operateure oder eine gute Zusammenarbeit zwischen den am Eingriff beteiligten Personen gefördert werden.

In den vergangenen Jahren wurden vonseiten der Landesebene Anfragen gestellt, wie Herzschrittmacher oder teilweise nun auch implantierbare Defibrillatoren mit einer Sonde am Leitungssystem (sog. Conduction System Pacing) adäquat zu dokumentieren seien. In der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2025 wurden deshalb neue Datenfelder eingefügt, die es ermöglichen, neben Systemen mit einer Sonde am HIS-Bündel auch Systeme mit einer Sonde im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) gesondert zu erfassen. Des Weiteren wurden einige Plausibilitätsregeln in den Dokumentationsbögen geändert und Systeme mit Sonde am HIS-Bündel aus der Grundgesamtheit der Indikatoren zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden (IDs 52305 und 52316) ausgeschlossen. Hierbei kam es im besagten Erfassungsjahr zu einem Plausibilitätsfehler in der Spezifikation des Erfassungsmoduls 09/4. Dieser führte dazu, dass die Datenfelder im Abschnitt „Rechtsventrikuläre Sonde“ (Datenfelder „Reizschwelle“, „Reizschwelle nicht gemessen“, „R-Amplitude“ und „R-Amplitude nicht gemessen“) nicht mehr in allen Fällen ausgefüllt werden konnten. Das IQTIG hatte ein Informationsschreiben an die Leistungserbringer versandt und über den Plausibilitätsfehler informiert, ebenso über dessen Behebung in der Spezifikation im Erfassungsjahr 2026. Trotz des Informationsschreibens wurde von der Landesebene darauf hingewiesen, dass es bei einigen Leistungserbringern zu Dokumentationsproblemen kam.

Das Ziel, das Auftreten von Komplikationen zu verringern, wird weiterhin über die Indikatoren zu den peri- bzw. postoperativen Komplikationen während des stationären Krankenhausaufenthalts sowie während eines einjährigen Follow-up-Zeitraums verfolgt. Diesbezüglich wurde seitens der

LAG kritisiert, dass für die Listen auffälliger Fälle in Follow-up-Indikatoren (AV-FU-Listen), im Rahmen der Jahresauswertung, keine Leseanleitungen zur Verfügung gestellt werden. Hierbei handelt es sich um spezielle Listen zu den Follow-up-Indikatoren mit Informationen zu den in diesen Indikatoren auffälligen Fällen. Diese Informationen sind v. a. für das implantierende Krankenhaus, das eine Stellungnahme abgeben muss, wichtig, wenn der Folgeeingriff in einem anderen Krankenhaus durchgeführt wurde. Das Fehlen führe bei den Leistungserbringern zu Problemen in der Nutzung und Interpretation, da nicht erkennbar sei, was sich hinter der Spaltenbezeichnung verbirgt, und auch eine Aussage hinsichtlich der Schlüsselwerte nicht möglich sei. Für das aktuelle Auswertungsjahr hat das IQTIG die Leseanleitung für die AV-FU-Listen angepasst, sodass die Interpretation der Spalten gegeben ist und für die Leistungserbringer eine Hilfestellung darstellt.

Der Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion" (ID 52311) misst die Rate an Sondenkomplikationen nach einer Herzschrittmacher-Implantation, die noch während des stationären Aufenthalts auftreten, während der Follow-up-Indikator „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres" (ID 2194) u. a. Sondenkomplikationen erfasst, die innerhalb eines Jahres nach einer Herzschrittmacher-Implantation zu einem stationären Folgeeingriff führen. Die Ergebnisse beider Indikatoren deuten darauf hin, dass noch in zu vielen Krankenhäusern Prozessmängel während der Implantationen bestehen, die das Risiko für spätere Sondenprobleme erhöhen. Seitens der LAG wird kritisch gesehen, dass in diesen beiden Indikatoren teilweise ein und dieselben auffälligen Vorgänge in zwei aufeinanderfolgenden Jahren im Stellungnahmeverfahren bewertet werden müssen. Allerdings wird bei vereinzelten Fällen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nicht klar, welcher Leistungserbringer maßgeblich verantwortlich für das Ergebnis ist. Dies erschwere die qualitative Bewertung der Ergebnisse.

Aufgrund des seit 2023 geltenden Katalogs zu ambulant durchführbaren Operationen (AOP-Katalog) wurden eine Ambulantisierung und ein deutlicher Rückgang der stationären Fallzahlen im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung erwartet. Das spiegelt sich in der Datengrundlage nicht wider (siehe Abschnitt 2.1.2). Die Landesebene meldet dem IQTIG zurück, dass es in diesem Zuge zukünftig immer mehr zu Verzerrungen in den Ergebnissen des QS-Verfahrens kommen könnte. Die Vielzahl an ambulant erbrachten Leistungen im Krankenhaus geht nicht in die Grundgesamtheit des Verfahrens ein und führt somit zu Verzerrungen, insbesondere mit Blick auf die Komplikationsraten. In der Regel würden „einfachere" Eingriffe ambulant und komplexere Eingriffe stationär erfolgen. Auch das Expertengremium auf Bundesebene stimmt diesen Hinweisen zu und kritisierte die Verzerrungsgefahr in den Ergebnissen, vor allem in Hinblick darauf, dass ab 2026 Leistungen der Defibrillatorenversorgung im Hybrid-DRG-Katalog enthalten sind. Zwar wurde das IQTIG im Oktober 2024 vom GBA mit der Weiterentwicklung des Verfahrens *QS HSMDEF* beauftragt und die Expertinnen und Experten sehen die Berücksichtigung/Einbeziehung des ambulanten Sektors im QS-Verfahren auch als wichtig an, allerdings sehen sie hier auch strukturelle Umsetzungsschwierigkeiten. Es sollte zwingend der Fokus auf die Kooperation der unterschiedlichen Sektoren gelegt werden, um zu gewährleisten, dass die Informationen über die Arbeitsleistungen der Ärztinnen und Ärzte des ambulanten und des stationären Sektors, anders als bisher, sektorenübergreifend zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus besteht ebenso wie im QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie* (*QS PCI*) das Problem der Verbringungsleistungen, die vom verbringenden (da abrechnenden), nicht aber vom leistungserbringenden Standort zu dokumentieren sind. Dies ist aus LAG-Sicht nicht nur unwirtschaftlich, da teilweise Kliniken mit sehr wenigen Schrittmacher-Eingriffen pro Jahr die entsprechende Dokumentationssoftware anschaffen müssten. Es sei auch inhaltlich nicht sinnvoll, da die Prozess- und Ergebnisqualität nicht dem verbringenden, sondern dem leistungserbringenden Standort zuzurechnen sei.

5 Ausblick

Ab dem Auswertungsjahr 2026 sind im Verfahren *QS HSMDEF* die beiden Auswertungsmodule zu den Aggregatwechseln sowie einige weitere Qualitätsindikatoren infolge der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung entfallen. Bisher gibt es keine Hinweise darauf, dass dies die Wirksamkeit des Verfahrens beeinträchtigt hätte. Allerdings lassen sich im Modul der Herzschrittmacher-Implantationen anhand der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens einige Bereiche bzw. Standorte identifizieren, in denen noch keine ausreichende Versorgungsqualität besteht. Wie bereits in den vergangenen Jahren bestehen weiterhin Defizite hinsichtlich der Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung während der Herzschrittmacher- bzw. Defibrillator-Implantation. Zwar wurden die beiden Indikatoren zum Erfassungsjahr 2025 abgeschafft und es erfolgt keine Datenerhebung mehr, allerdings erfolgte letztmalig die Auswertung des Stellungnahmeverfahrens. Die Herausforderungen im Bereich des Strahlenschutzes betrafen sowohl Strukturprobleme (Verwendung veralteter technischer Anlagen) als auch Prozessmängel (fehlerhafte Anwendung der Durchleuchtungsgeräte). Außerdem kann nach Herzschrittmacher-Implantationen für einige Patientinnen und Patienten noch ein zu hohes Risiko für frühe Komplikationen an den Sonden festgestellt werden. Die zum Teil noch zu hohen Raten an Sondenkomplikationen waren vor allem auf Prozessmängel bei der Platzierung und Fixierung der Sonden, eine unzureichende Einarbeitung und Schulung von jüngeren Kolleginnen und Kollegen durch die Leistungserbringer oder ungenügende Sachkunde und Routine bei der Implantation von Herzschrittmachern zurückzuführen.

Abschließend wurde in den Tragenden Gründen des GBA-Beschlusses vom 18. Juli 2024 festgehalten, dass das IQTIG nach Abschluss des Erfassungsjahres 2024 erneut eine Bewertung der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt vorzunehmen hat. Die Ergebnisse sowie das damit verbundene weitere Vorgehen wird das IQTIG dem GBA im Laufe des Jahres 2026 übermitteln.

Die Empfehlungen des IQTIG infolge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung sind mit dem aktuellen Auswertungsjahr so gut wie vollständig umgesetzt. Für die finale Umsetzung im kommenden Auswertungsjahr wird die umfangreiche Überarbeitung des Indikationsindikators aus *HSM-IMPL* (ID 101803) abgeschlossen und ein Referenzbereich eingeführt. Darüber hinaus werden die Indikatoren zur „Leitlinienkonformen Systemwahl“ (IDs 54140 und 50005) abgeschafft, da bei *HSM-IMPL* eine Überschneidung zum Indikator „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern“ (ID 54143) festgestellt wurde und der Indikator aus dem Auswertungsmodul *DEFI-IMPL* weiterhin ein Defizit in der Datenqualität wie auch ein negatives Aufwand-Nutzen-Verhältnis aufweist.

Neben all diesen Aspekten gewinnt auch die fortschreitende Ambulantisierung in der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung immer mehr an Bedeutung. So ermöglicht der AOP-Katalog seit 2023 ambulante Eingriffe im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung und ab 2026 gehen operative Maßnahmen mit Defibrillatoren als Leistungsbereichserweiterung in den Hybrid-DRG-Katalog ein. Vor diesem Hintergrund wurde das IQTIG am 9. Oktober 2024 vom GBA beauftragt, die Weiterentwicklung des Verfahrens *QS HSMDEF* zu einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren zu prüfen. Als Grundlage diente der o. g. Abschlussbericht des IQTIG infolge der

Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung sowie die am 31. März 2023 an den GBA übermittelte Weiterentwicklungsstudie *QS HSMDEF*. Die Beauftragung besteht dabei aus zwei Teilen – Teil A: Weiterentwicklung des Verfahrens *QS HSMDEF* zu einem sektorenübergreifenden Verfahren und Teil B: Machbarkeitsprüfung. Der Abschlussbericht zu Teil A wurde dem GBA am 28. Mai 2025 übergeben; der Abschlussbericht zu Teil B am 13. Mai 2026.

Angesichts der strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen ist die Einführung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens sinnvoll, um die Auswirkungen dieser Veränderungen systematisch erfassen und bewerten zu können.

Literatur

Al-Khatib, SM; Stevenson, WG; Ackerman, MJ; Bryant, WJ; Callans, DJ; Curtis, AB; et al. (2018): 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death. *Journal of the American College of Cardiology* 72(14): e91-e220. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.10.054. [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert].

BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] (2023): AWMF-Registernummer nvl-006. Nationale VersorgungsLeitlinie: Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung. Version 4.0. Erstveröffentlichung: Dezember 2009, Überarbeitung von: Dezember 2023. Berlin: NVL-Programm von BÄK, KBV, AWMF. DOI: 10.6101/AZQ/000510. [Leitlinie ist derzeit in Überarbeitung].

BfS [Bundesamt für Strahlenschutz] (2022): Leitfaden zur Handhabung der diagnostischen Referenzwerte inder Nuklearmedizin. [Stand:] 23.06.2022. [Salzgitter]: BfS. URL: https://www.bfs.de/SharedDocs/Downloads/BfS/DE/fachinfo/ion/leitfaden-drw-nuk.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 29.06.2026).

Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal* 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.

Heidenreich, PA; Bozkurt, B; Aguilar, D; Allen, LA; Byun, JJ; Colvin, MM; et al. (2022): 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology* 79(17): e263-e421. DOI: 10.1016/j.jacc.2021.12.012.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Bericht zur Datenvalidierung 2021 (gemäß QSKH-RL). Erfassungsjahr 2020. Stand: 27.07.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Bericht-zur-Datenvalidierung-2021_EJ-2020_2022-07-27-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 29.06.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS PCI*, *QS HSMDEF* und *QS KEP*. Abschlussbericht. [Stand:] 19.07.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS_Verfahren-PCI-HSMDEF-KEP_2023-07-19-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 31.08.2026).

Kusumoto, FM; Schoenfeld, MH; Barrett, C; Edgerton, JR; Ellenbogen, KA; Gold, M, R.; et al. (2019): 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay. *Journal of the American College of Cardiology* 74(7): e51-e156. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.10.044. [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert].

Shen, W-K; Sheldon, RS; Benditt, DG; Cohen, MI; Forman, DE; Goldberger, ZD; et al. (2017): 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope.

Journal of the American College of Cardiology 70(5): e39-e110. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.03.003. [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert].

Zeppenfeld, K; Tfelt-Hansen, J; de Riva, M; Gregers Winkel, B; Behr, ER; Blom, NA; et al. (2022): 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *European Heart Journal* 43(40): 3997-4126. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac262.

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HSMDEF-HSM-IMPL: Herzschrittmacher-Implantation

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2024 und 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Herzschrittmacher-Implantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 6

Datengrundlagen 7

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 7

Übersicht über weitere Datengrundlagen 9

Ergebnisübersicht 12

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 15

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 18

101803: Leitlinienkonforme Indikation 18

Details zu den Ergebnissen 21

Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen 22

54140: Leitlinienkonforme Systemwahl 22

54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern 25

Details zu den Ergebnissen 28

52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen 29

Details zu den Ergebnissen 32

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts 33

101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 33

52311: Sondendislokation oder -dysfunktion 36

101802: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden 40

Details zu den Ergebnissen 43

51191: Sterblichkeit im Krankenhaus 45

Details zu den Ergebnissen 49

2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 50

Details zu den Ergebnissen 54

2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres ... 56
Details zu den Ergebnissen ... 60
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 61
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 61
813070: Führendes Symptom 'sonstiges' ... 61
813071: Führende Indikation 'sonstiges' ... 63
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 65
813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten ... 65
850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 67
850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 69
850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 71
Basisauswertung ... 73
Basisdokumentation ... 73
Patientin und Patient ... 74
Body Mass Index (BMI) ... 75
Präoperative Anamnese/Klinik ... 76
Präoperative Diagnostik ... 81
Indikationsbegründende EKG-Befunde ... 81
Linksventrikuläre Funktion ... 83
Zusätzliche Kriterien ... 84
Operation ... 85
Zugang des implantierten Systems ... 86
Implantiertes System ... 87
Schrittmachersystem ... 87
Schrittmachersonden ... 87
Vorhofsonde ... 88
Rechtsventrikuläre Sonde ... 89
Sonde am Leitungssystem (Left Bundle Branch Area Pacing) ... 90
Komplikationen ... 92
Sondendislokation ... 92

Sondendysfunktion 93
Entlassung 94
Behandlungszeiten 94

Einleitung

Ein zu langsamer Herzschlag (bradykarde Herzrhythmusstörung) kann nach sorgfältiger Diagnostik und Ausschluss reversibler Ursachen den Einsatz (Implantation) eines Herzschrittmachers erfordern. Mit dem Einsatz dieses elektrischen „Taktgebers“ wird das Ziel verfolgt, krankheitstypische Beschwerden der Patientinnen und Patienten, die bis zu Bewusstlosigkeitsanfällen reichen können, zu mindern. Bei bestimmten Formen der bradykarden Herzrhythmusstörung erhöhen Herzschrittmacher die Lebenserwartung („prognostische Indikation“). Ein weiteres Anwendungsgebiet für Herzschrittmacher ist die fortgeschrittene Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz), bei der beide Hauptkammern und/oder verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten. Diese Form der Herzschwäche kann mittels elektrischer Stimulation behandelt werden (kardiale Resynchronisationstherapie).

Im Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation fokussieren die Qualitätsindikatoren u. a. auf die Beachtung von Leitlinienempfehlungen sowie die Erreichung akzeptabler Werte bei notwendigen intraoperativen Messungen (Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung). Darüber hinaus erfassen sie Komplikationen im zeitlichen Umfeld des Eingriffs und die risikoadjustierte Sterblichkeitsrate.

Seit dem Erfassungsjahr 2015 werden Daten zu Herzschrittmachereingriffen erhoben, die eine Verknüpfung der QS-Daten wiederholter stationärer Aufenthalte von Patientinnen bzw. Patienten ermöglichen. Durch dieses Follow-up können z. B. auch Komplikationen erfasst werden, die erst nach Verlassen des Krankenhauses auftreten. Die Follow-up-Indikatoren zur Herzschrittmacherversorgung, für die Daten verschiedener Eingriffsarten ausgewertet werden, sind ebenfalls dem Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation zugeordnet. Die externe Qualitätssicherung für die Herzschrittmachertherapie umfasst weiterhin nur den stationären Bereich.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen :
• QS-Dokumentationsdaten
• Standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird zusätzlich auf IKNR- sowie auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	80.250 80.106 144	80.085	100,21
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	841		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	928	927	100,11
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	766	765	100,13

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	77.350 77.222 128	76.856	100,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	881		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	960	957	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	794	790	100,51

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	68.150 68.023 127	67.993	100,23
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	829		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	916	915	100,11
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	758	758	100,00

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	68.023 68.023 -	68.023	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	829		

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	913	913	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	756	756	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	11.315 11.315 -	12.046	93,93
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	743		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	763	759	100,53
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	689	689	100,00

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	66.187 66.081 106	65.976	100,32
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	873		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	953	951	100,21
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	787	784	100,38

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	66.080 66.080 -	66.081	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	873		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	951	951	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	785	785	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.484 10.484 -	10.841	96,71
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	759		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	776	774	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	704	699	100,72

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2025.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
101803	Leitlinienkonforme Indikation	Nicht definiert	95,42 % O = 75.800 N = 79.440
Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen			
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	Nicht definiert	99,35 % O = 71.505 N = 71.972
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	≤ 10,00 %	2,91 % O = 1.772 N = 60.969
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	≥ 90,00 %	95,91 % O = 278.278 N = 290.146

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,60 %	0,82 % O = 658 N = 80.106
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 3,92 (95. Perzentil)	0,96 O/E = 989 / 1.035,01 1,23 % O/N = 989 / 80.106
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	Transparenzkennzahl	40,97 % O = 31.874 N = 77.798
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,29 (95. Perzentil)	0,97 O/E = 1.018 / 1.048,91 1,27 % O/N = 1.018 / 80.106

© IQTIG 2026

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

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 2,41 (95. Perzentil)	0,99 O/E = 2.718 / 2.755,42 4,34 % O/N = 2.718 / 62.652
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 5,47 (95. Perzentil)	1,09 O/E = 268 / 246,92 0,43 % O/N = 268 / 62.230

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
813070	Führendes Symptom 'sonstiges'	Nicht definiert	0,94 % 227 / 24.158	0,00 % 0 / 794
813071	Führende Indikation 'sonstiges'	≤ 3,36 % (95. Perzentil)	0,83 % 666 / 80.106	3,21 % 27 / 841

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	100,23 % 68.150 / 67.993	1,42 % 13 / 915
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,21 % 80.250 / 80.085	1,19 % 11 / 927
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,21 % 80.250 / 80.085	0,22 % 2 / 927
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,18 % 144 / 80.085	0,76 % 7 / 927

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

101803: Leitlinienkonforme Indikation

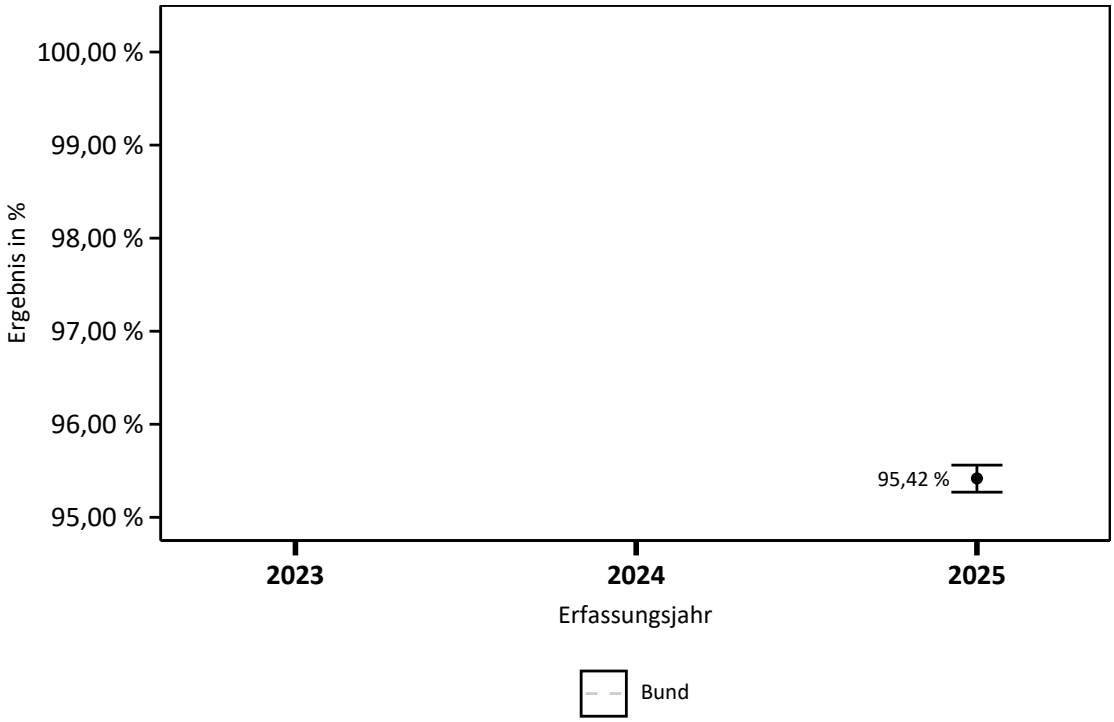
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "sonstiges"
Zähler	Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantation
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

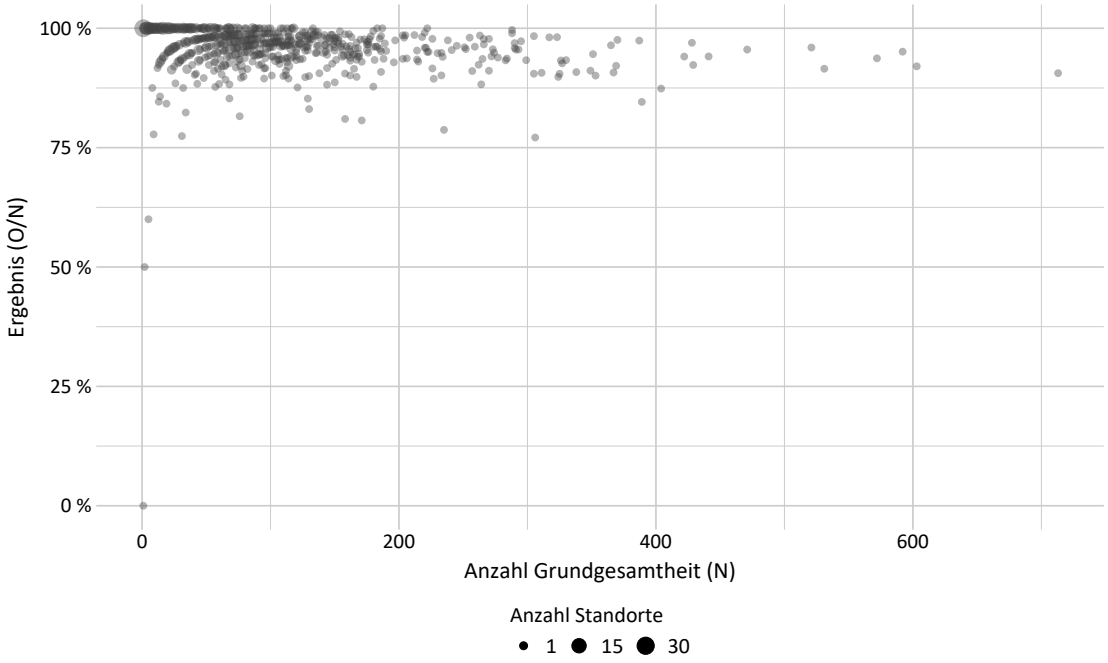
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	71.994 / 74.726	96,34	96,21 - 96,48
	2024	73.620 / 76.571	96,15	96,01 - 96,28
	2025	75.800 / 79.440	95,42	95,27 - 95,56

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	838	0	0,00	100,00	97,44

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 101803** **Alle Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation**	95,42 % 75.800/79.440

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei führender Indikation:	
1.2.1	ID: 10_22000 AV-Block I. Grades	49,70 % 735/1.479
1.2.2	ID: 10_22001 AV-Block II. Grades Typ Wenckebach (Mobitz Typ 1)	99,74 % 1.137/1.140
1.2.3	ID: 10_22002 AV-Block II. Grades Typ Mobitz (Mobitz Typ 2)	99,85 % 10.969/10.986
1.2.4	ID: 10_22003 AV-Block III. Grades	98,30 % 28.299/28.788
1.2.5	ID: 10_22004 Schenkelblock	71,69 % 942/1.314
1.2.6	ID: 10_22005 Sinusknotensyndrom (SSS)	96,04 % 21.733/22.629
1.2.7	ID: 10_22006 Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern	100,00 % 9.466/9.466
1.2.8	ID: 10_22007 Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)	68,79 % 108/157
1.2.9	ID: 10_22008 Vasovagales Syndrom (VVS)	74,14 % 43/58
1.2.10	ID: 10_22010 Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)	69,18 % 2.368/3.423

Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

54140: Leitlinienkonforme Systemwahl

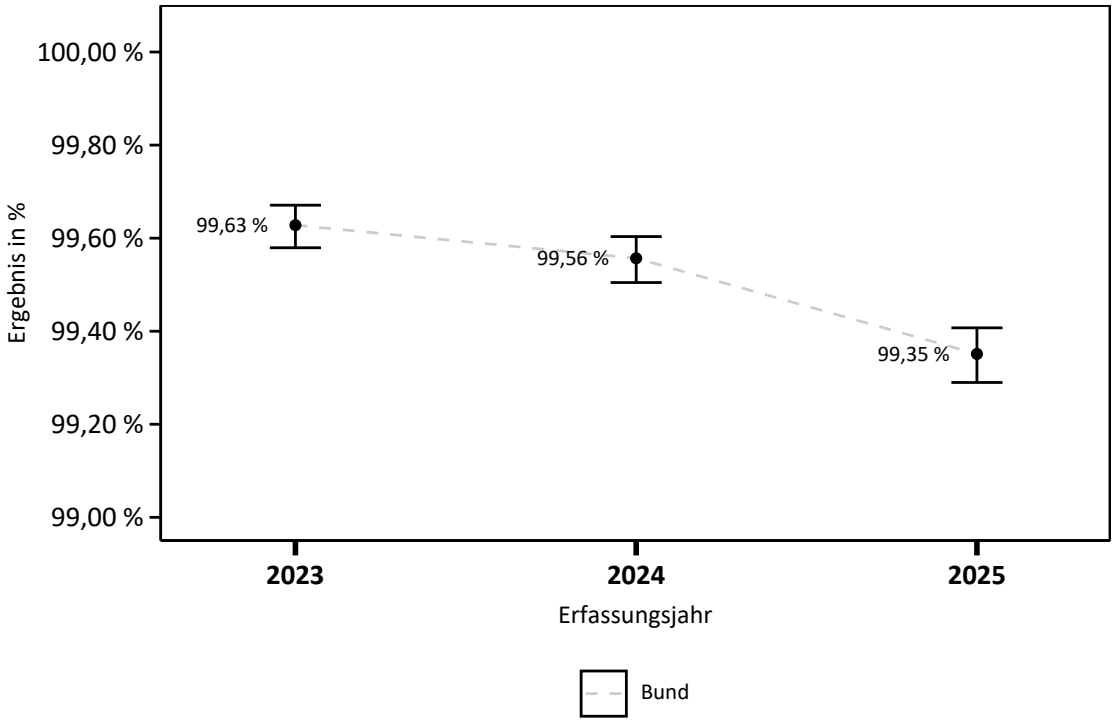
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "kardiale Resynchronisationstherapie" oder "sonstiges", mit implantiertem Ein- oder Zweikammersystem
Zähler	Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

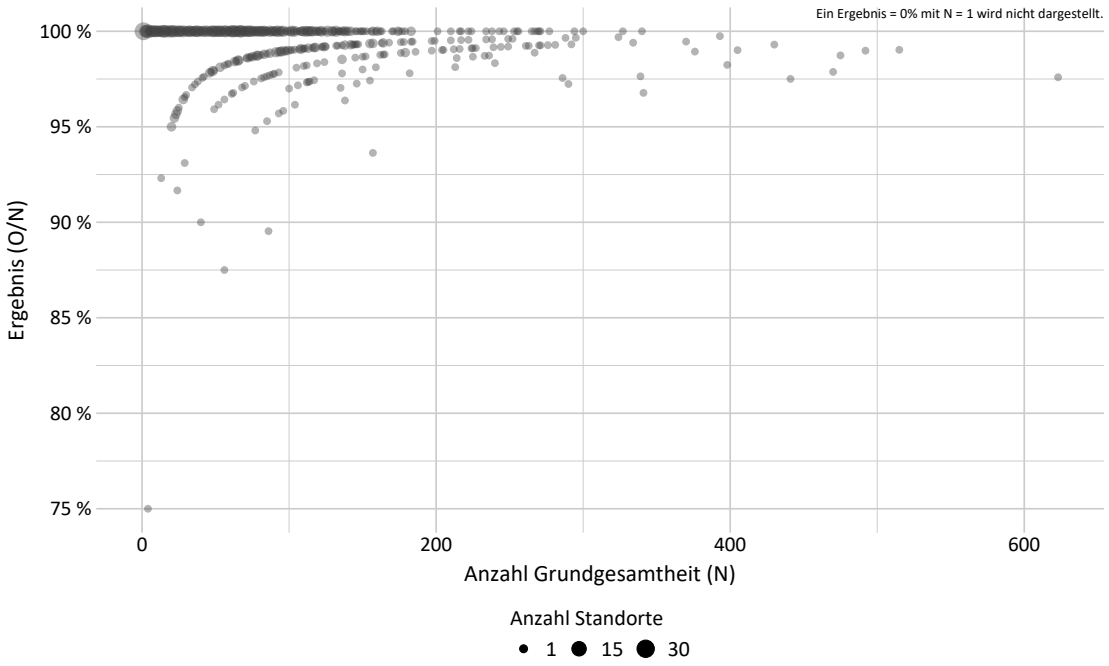
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	68.010 / 68.264	99,63	99,58 - 99,67
	2024	69.394 / 69.703	99,56	99,50 - 99,60
	2025	71.505 / 71.972	99,35	99,29 - 99,41

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	836	0	0,00	100,00	100,00

54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern

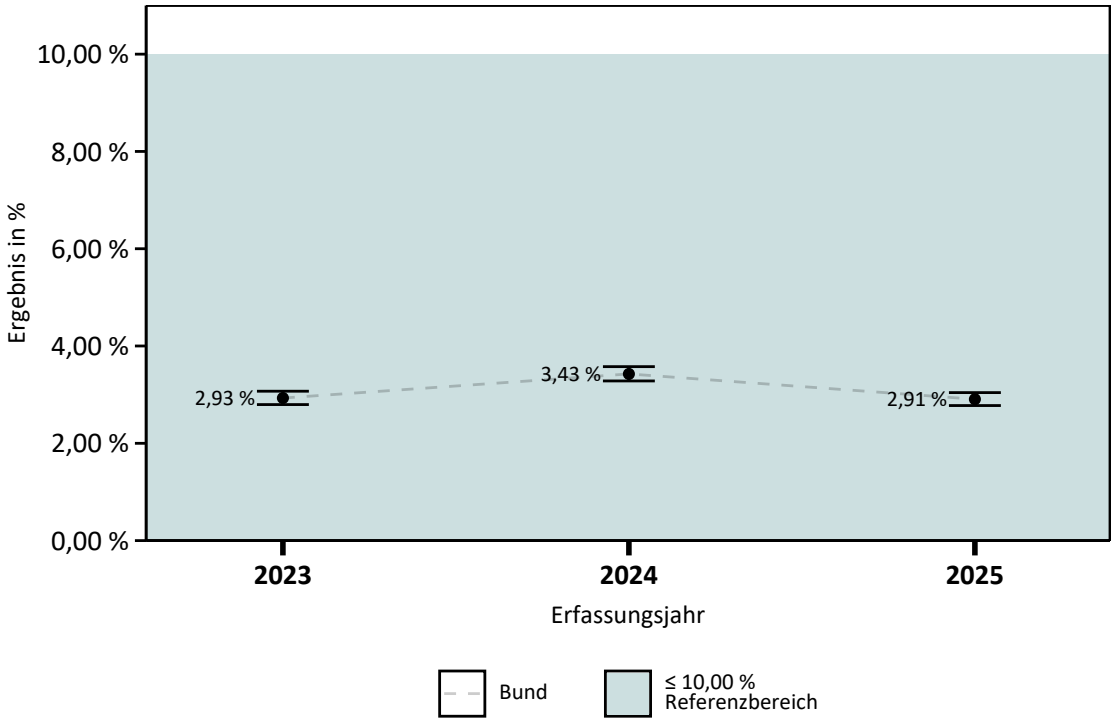
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit führender Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "AV-Block I, II oder III", „Schenkelblock“ oder „Sinusknotensyndrom (SSS)“, mit implantiertem Ein- oder Zweikammersystem, bei denen kein permanentes Vorhofflimmern vorliegt
Zähler	Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem VVI-System (transvenöses System oder Leadless Pacemaker)
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

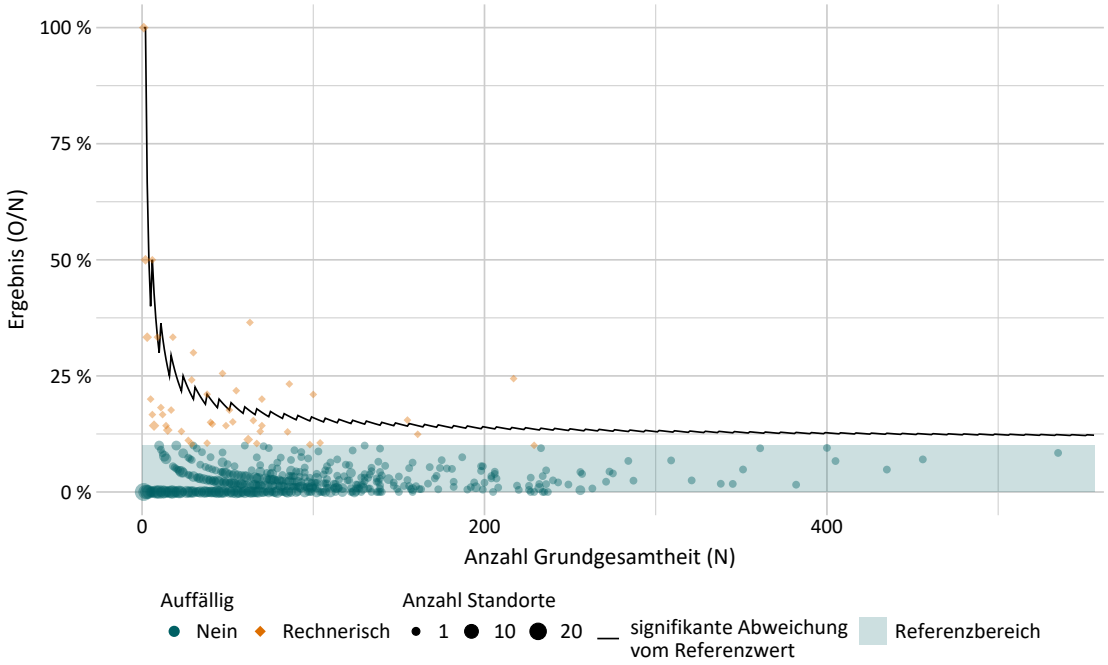
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.693 / 57.772	2,93	2,80 - 3,07
	2024	2.024 / 59.081	3,43	3,28 - 3,58
	2025	1.772 / 60.969	2,91	2,78 - 3,04

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	827	51	0,00	100,00	0,88

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 54140** **Alle Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl und implantiertem Ein- oder Zweikammersystem**	99,35 % 71.505/71.972
2.1.1	**ID: 54143** **Alle Patientinnen und Patienten mit Wahl eines Einkammersystems ohne permanentes Vorhofflimmern**	2,91 % 1.772/60.969

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Leitlinienkonforme Systemwahl bei führender Indikation:	
2.2.1	ID: 10_22011 AV-Block oder Schenkelblock	99,63 % 40.441/40.591
2.2.2	ID: 10_22012 Sinusknotensyndrom	99,70 % 22.013/22.079
2.2.3	ID: 10_22013 Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern	97,40 % 8.853/9.089
2.2.4	ID: 10_22014 Karotis-Sinus-Syndrom	94,19 % 146/155
2.2.5	ID: 10_22015 Vasovagales Syndrom	89,66 % 52/58

52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

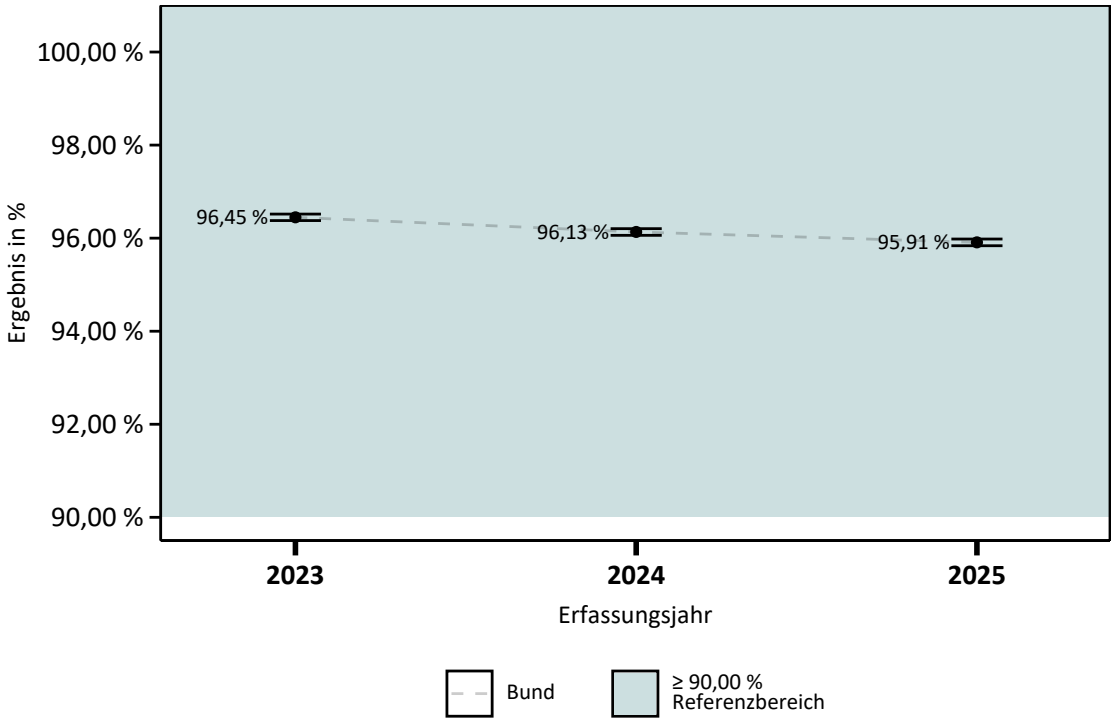
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Modul Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Modul Herzschrittmacher- Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss: - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus
Zähler	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: - Reizschwelle bei Vorhofsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - Reizschwelle bei Ventrikelsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden: ≥ 1,5 mV - R-Amplitude bei Ventrikelsonden: ≥ 4,0 mV
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

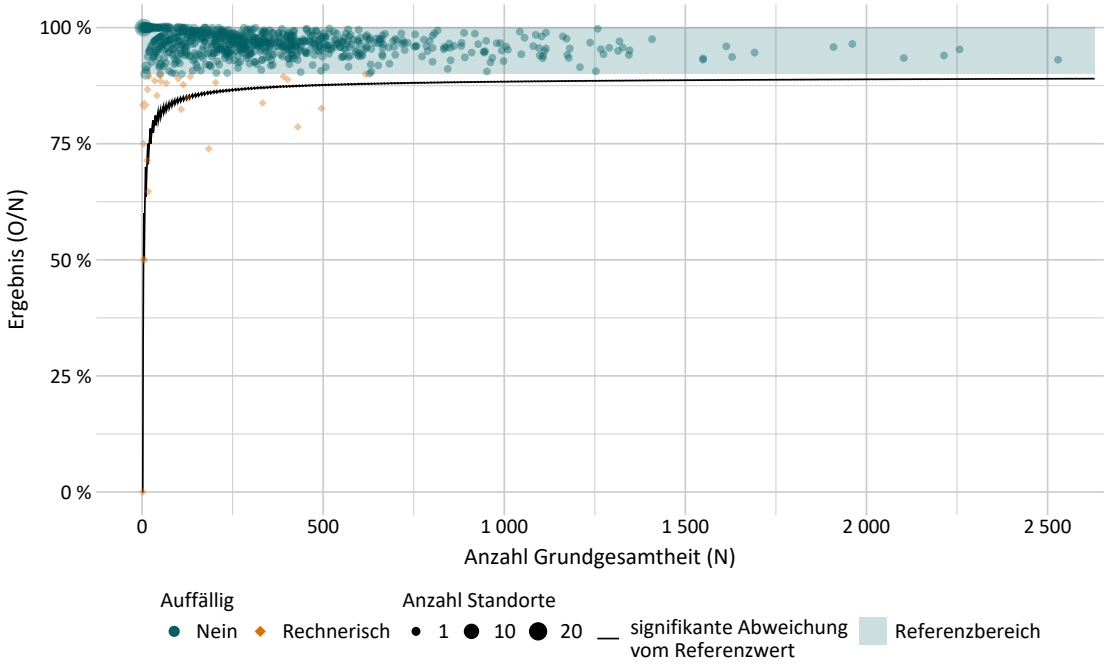
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	262.650 / 272.323	96,45	96,38 - 96,52
	2024	266.071 / 276.773	96,13	96,06 - 96,20
	2025	278.278 / 290.146	95,91	95,84 - 95,98

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	840	29	0,00	100,00	96,73

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 52305** **Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**	95,91 % 278.278/290.146
3.1.1	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden (ohne Sonden am Leitungssystem)	
3.1.1.1	ID: 10_22186 Implantation	95,87 % 254.933/265.916
3.1.1.2	ID: 10_22185 Revision/Systemumstellung	95,50 % 12.016/12.582
3.1.1.3	ID: 10_22071 Alle Eingriffe	95,85 % 266.949/278.498

3.1.2 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhofsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Implantation	ID: 10_22190 96,70 % 56.246/58.163	ID: 10_22184 89,94 % 57.936/64.413
Revision/Systemumstellung	ID: 10_22189 96,03 % 2.420/2.520	ID: 10_22183 89,69 % 2.435/2.715
Alle Eingriffe	ID: 10_22072 96,68 % 58.666/60.683	ID: 10_22073 89,93 % 60.371/67.128

3.1.3 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Ventrikelsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Implantation	ID: 10_22182 98,53 % 72.409/73.489	ID: 10_22188 97,84 % 68.342/69.851
Revision/Systemumstellung	ID: 10_22181 97,71 % 3.804/3.893	ID: 10_22187 97,19 % 3.357/3.454
Alle Eingriffe	ID: 10_22074 98,49 % 76.213/77.382	ID: 10_22075 97,81 % 71.699/73.305

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

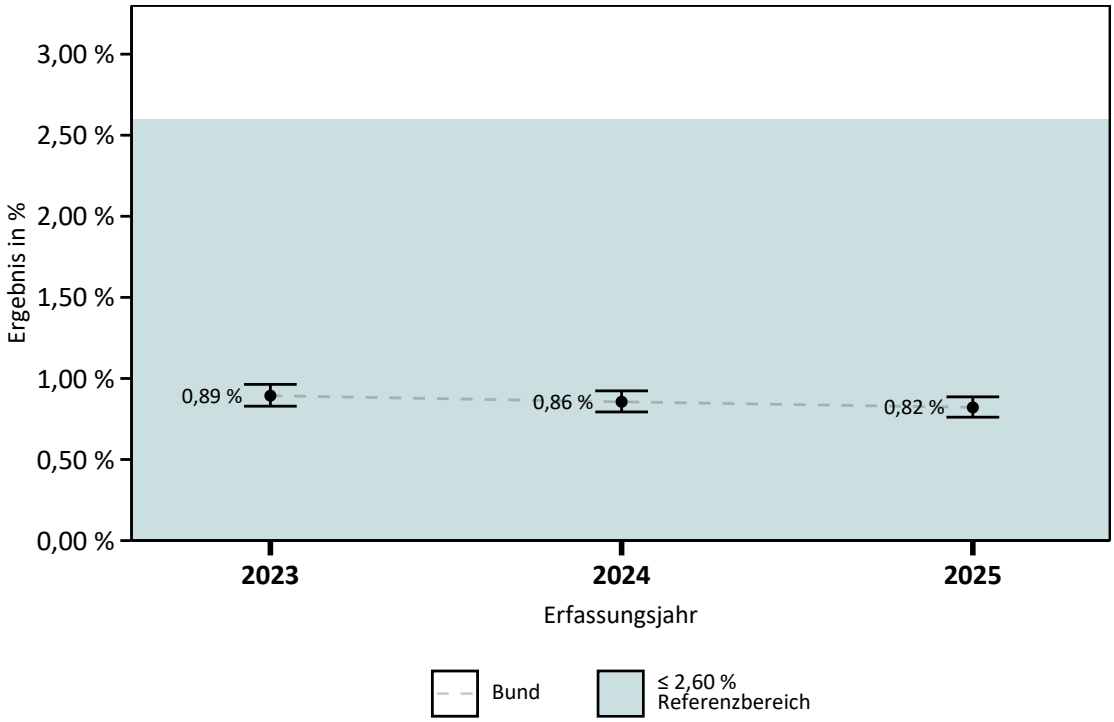
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion, interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	≤ 2,60 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

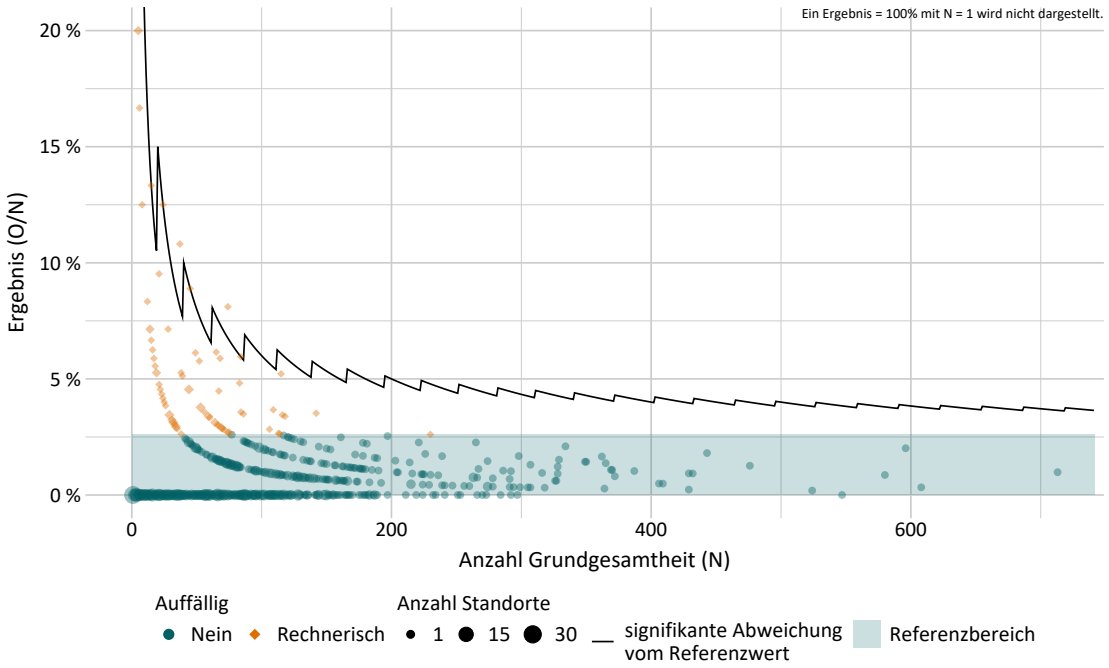
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	673 / 75.305	0,89	0,83 - 0,96
	2024	661 / 77.222	0,86	0,79 - 0,92
	2025	658 / 80.106	0,82	0,76 - 0,89

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	841	82	0,00	100,00	0,00

52311: Sondendislokation oder -dysfunktion

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 52311
Referenzbereich	≤ 3,92 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht männlich BMI linear ASA-Klassifikation 3, 4 oder 5 Herzinsuffizienz NYHA III oder IV Vorhofflimmern Systemart Zweikammersystem Systemart CRT
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

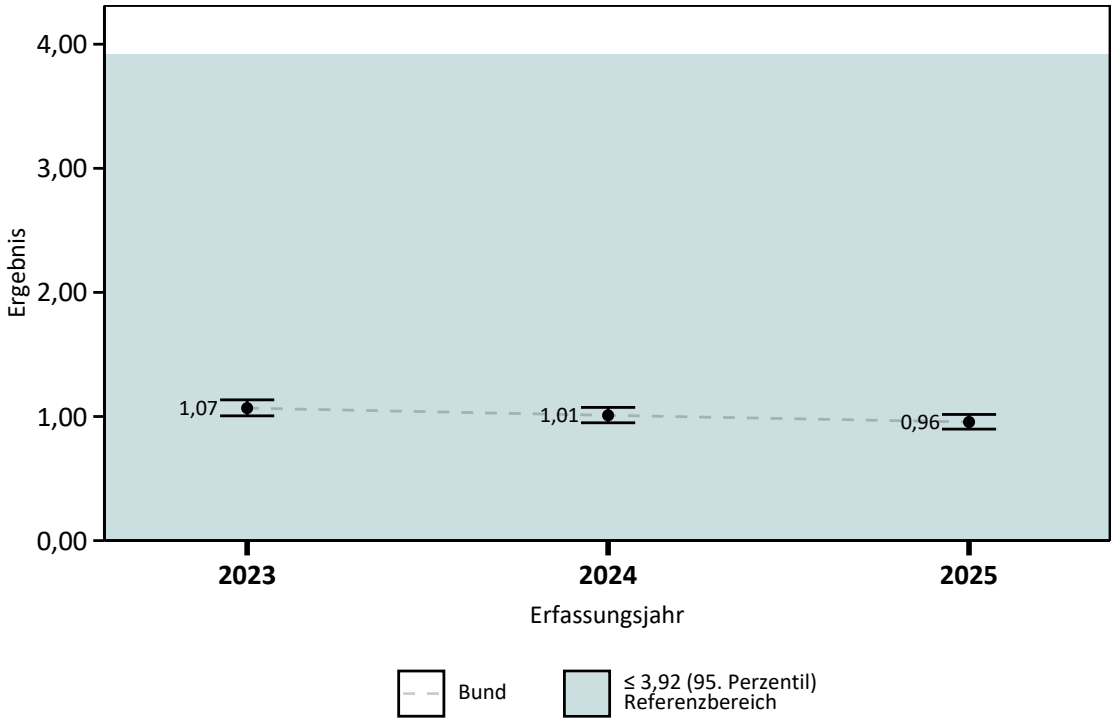
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	75.305	1.041 / 975,00	1,07	1,01 - 1,13
	2024	77.222	1.007 / 997,65	1,01	0,95 - 1,07
	2025	80.106	989 / 1.035,01	0,96	0,90 - 1,02

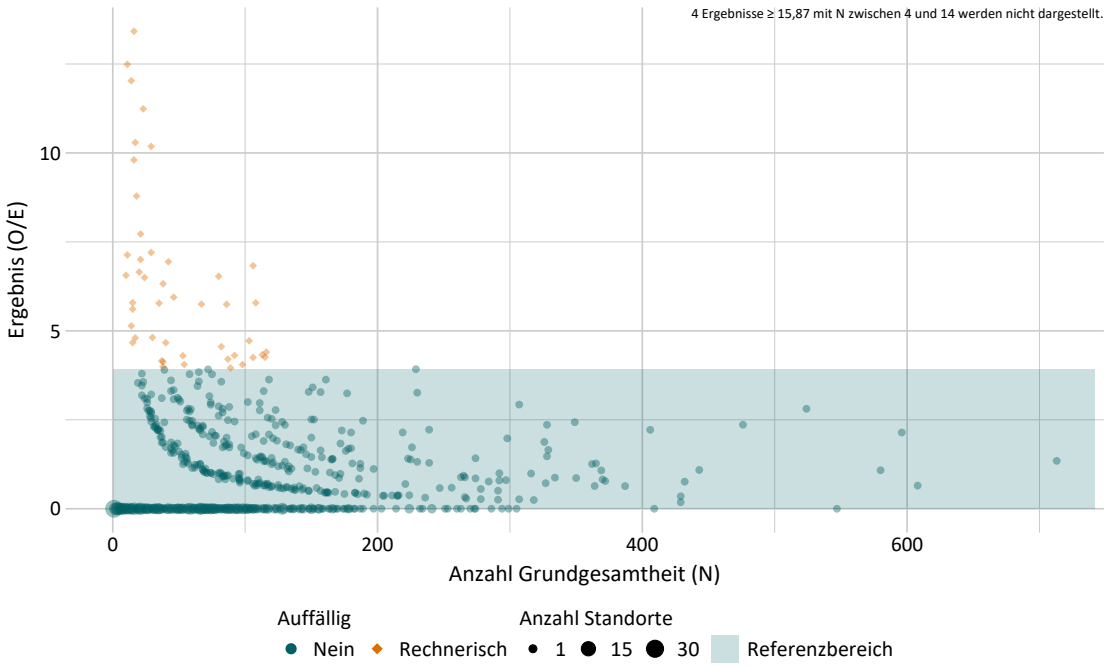
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

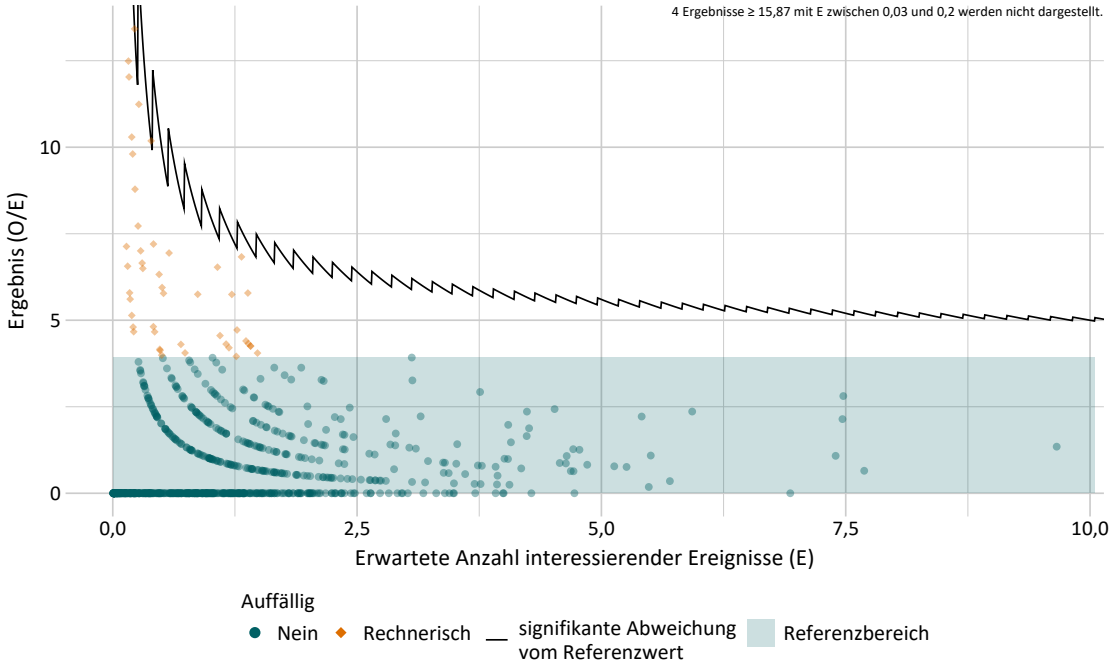
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



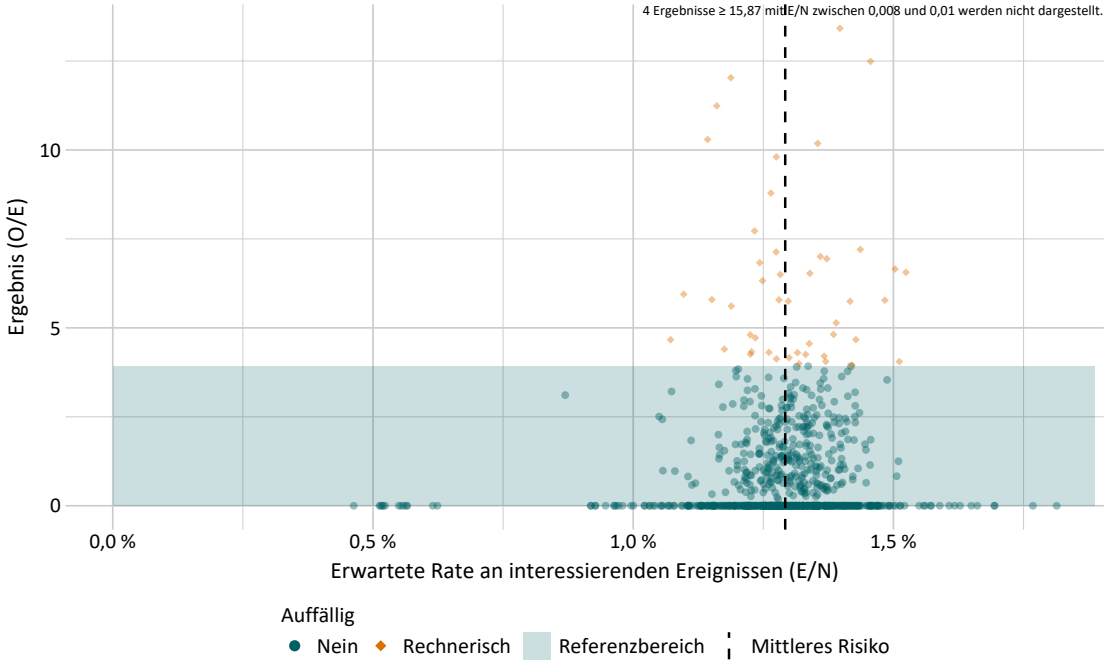
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	841	50	0,00	32,93	0,00

101802: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden

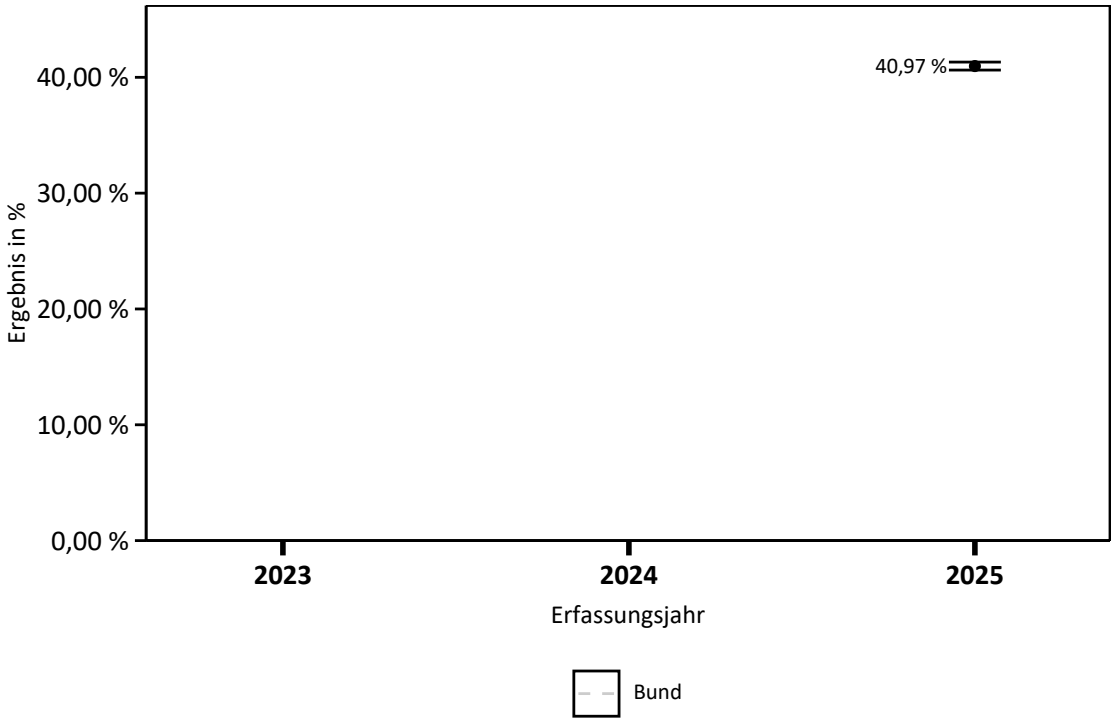
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten (außer Patientinnen und Patienten mit implantiertem Leadless Pacemaker)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

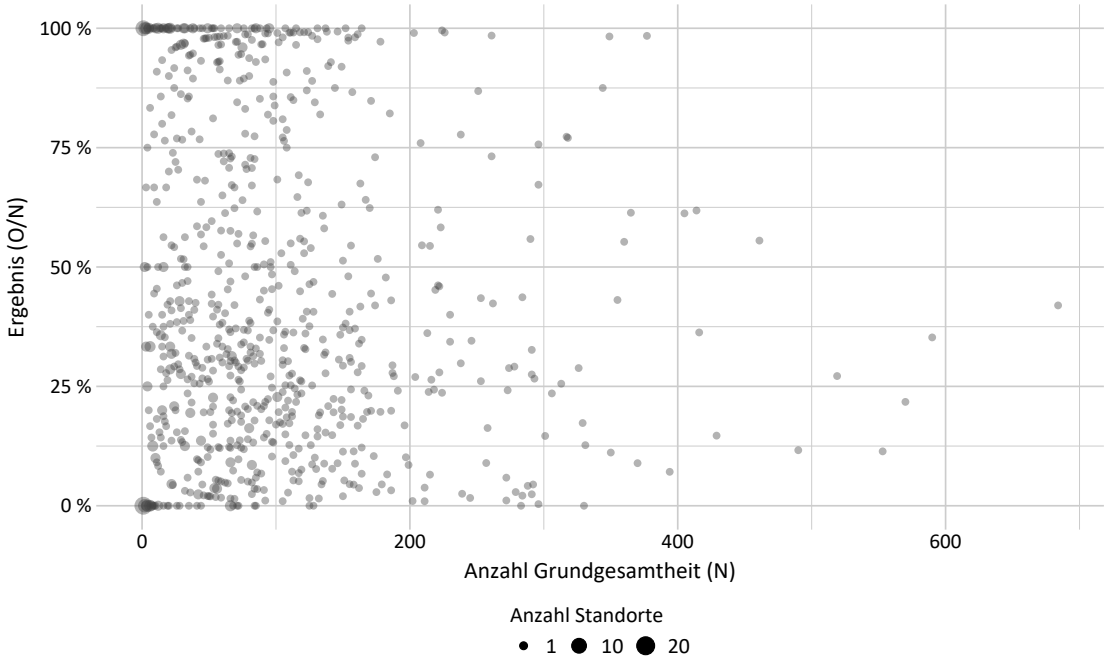
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	- / -	-	-
	2025	31.874 / 77.798	40,97	40,63 - 41,32

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	838	0	0,00	100,00	33,94

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 10_22076 Patientinnen und Patienten mit mind. einer peri- oder postoperativen Komplikation (bis zur Entlassung)	2,02 % 1.617/80.106

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	**ID: 101801** **Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)**	0,82 % 658/80.106
4.2.1	ID: 10_22080 Kardiopulmonale Reanimation	0,09 % 75/80.106
4.2.2	ID: 10_22081 Interventionspflichtiger Pneumothorax	0,38 % 304/80.106
4.2.2.1	ID: 10_22082 davon Zugang beim Vorschieben der Sonden ausschließlich über Vena subclavia	65,46 % 199/304
4.2.3	ID: 10_22083 Interventionspflichtiger Hämatothorax	0,02 % 19/80.106
4.2.3.1	ID: 10_22084 davon Zugang beim Vorschieben der Sonden ausschließlich über Vena subclavia	68,42 % 13/19
4.2.4	ID: 10_22085 Interventionspflichtiger Perikarderguss	0,21 % 172/80.106
4.2.5	ID: 10_22086 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,05 % 38/80.106
4.2.6	ID: 10_22087 Postoperative Wundinfektion	0,01 % 10/80.106
4.2.7	ID: 10_22091 Interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	0,01 % 7/80.106
4.2.8	ID: 10_22092 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,08 % 67/80.106

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Sondendislokation oder -dysfunktion	
4.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3.1.1	ID: O_52311 O/N (observed, beobachtet)	1,23 % 989/80.106
4.3.1.2	ID: E_52311 E/N (expected, erwartet)	1,29 % 1.035,01/80.106
4.3.1.3	**ID: 52311** **O/E**	0,96
4.3.1.3.1	ID: 10_22093 Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	1,03 % 828/80.106
4.3.1.3.1.1	ID: 10_22094 Dislokation der Vorhofsonde	0,70 % 562/80.106
4.3.1.3.1.2	ID: 10_22095 Dislokation der Ventrikelsonde(n)[1]	0,37 % 295/80.106
4.3.1.3.2	ID: 10_22096 Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	0,22 % 176/80.106
4.3.1.3.2.1	ID: 10_22097 Dysfunktion der Vorhofsonde	0,06 % 52/80.106
4.3.1.3.2.2	ID: 10_22098 Dysfunktion der Ventrikelsonde(n)[2]	0,17 % 134/80.106

[1] inklusive HIS-Bündel-Sonde

[2] inklusive HIS-Bündel-Sonde

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	**ID: 101802** **Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden**	40,97 % 31.874/77.798
4.4.1	ID: 10_22099 davon Patientinnen und Patienten mit interventionspflichtigem Pneumothorax	0,61 % 193/31.874
4.4.2	ID: 10_22100 davon Patientinnen und Patienten mit interventionspflichtigem Hämatothorax	0,04 % 13/31.874

51191: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 51191
Referenzbereich	≤ 4,29 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter linear zwischen 75 und 95 Jahren ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 ASA-Klassifikation 5 Ätiologie: infarktbedingt AV-Block I. oder II. Grades AV-Block III. Grades Nierenfunktion: Kreatinin > 1,5 mg/dl bis ≤ 2,5 mg/dl Nierenfunktion: Kreatinin > 2,5 mg/dl, nicht dialysepflichtig Nierenfunktion: Kreatinin > 2,5 mg/dl, dialysepflichtig
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

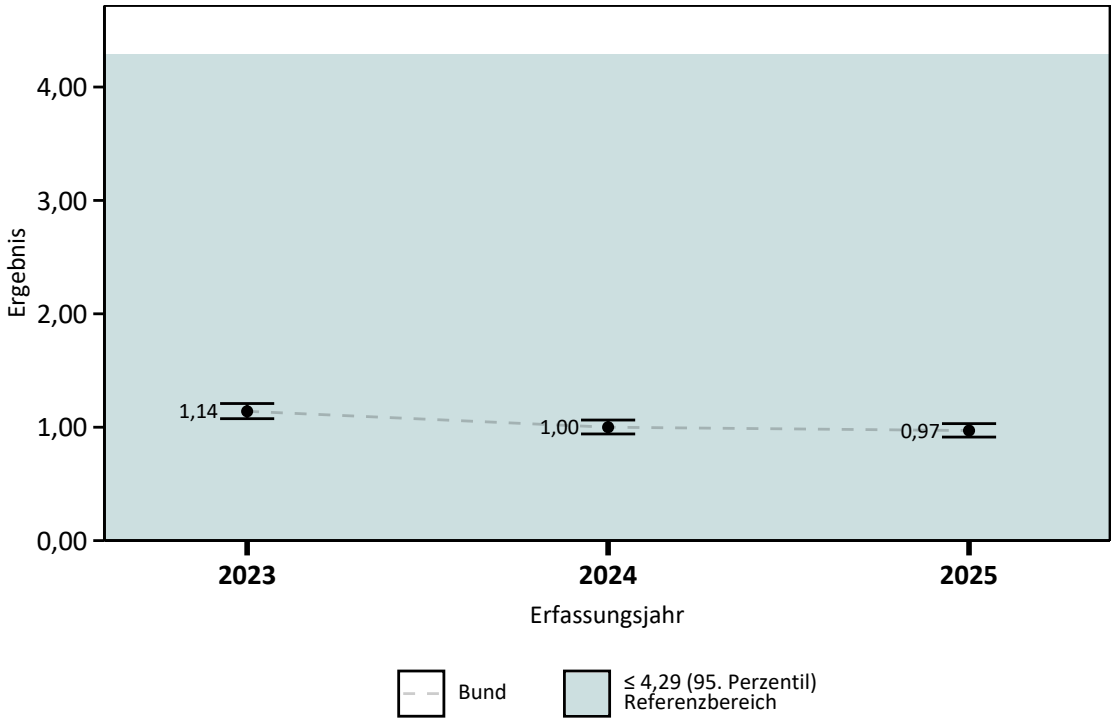
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	75.305	1.101 / 965,74	1,14	1,08 - 1,21
	2024	77.222	1.009 / 1.009,00	1,00	0,94 - 1,06
	2025	80.106	1.018 / 1.048,91	0,97	0,91 - 1,03

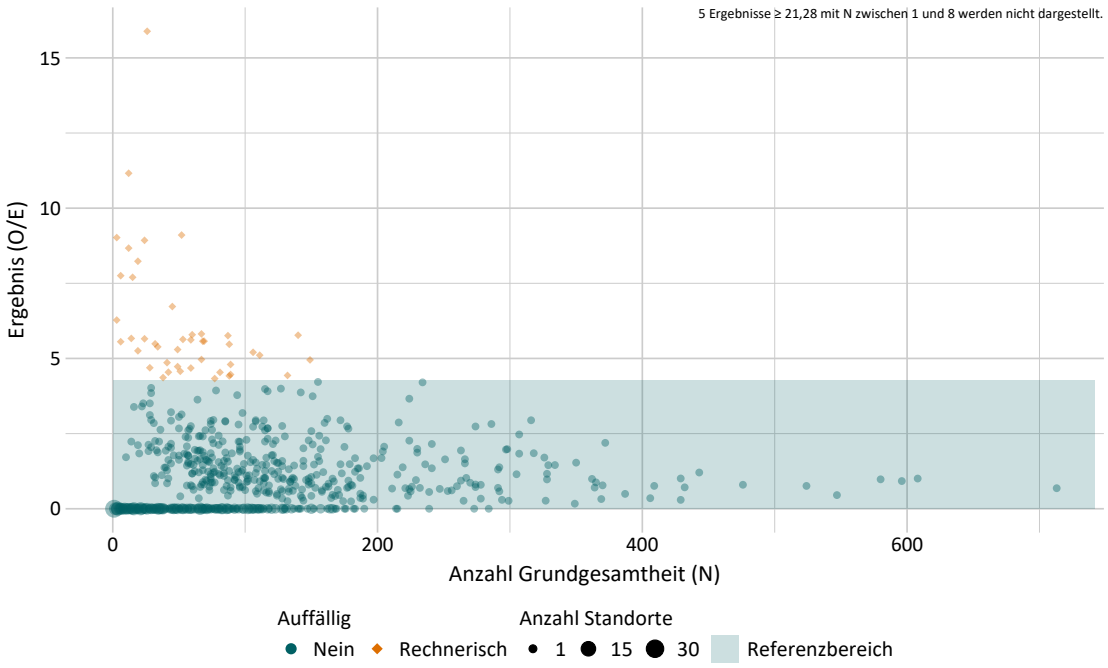
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

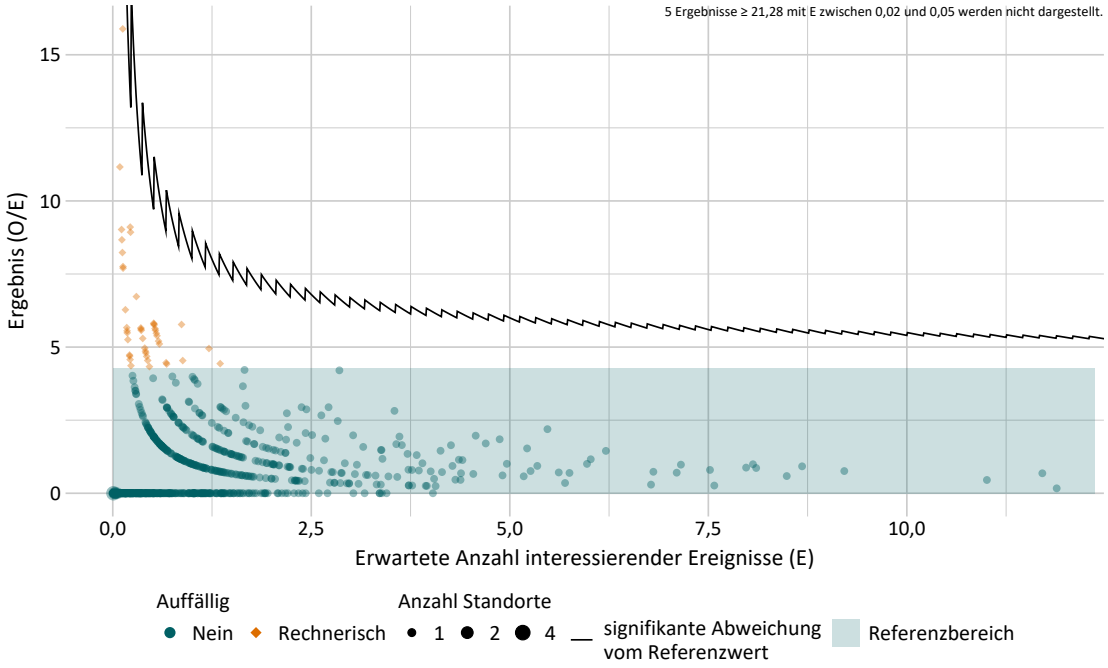
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



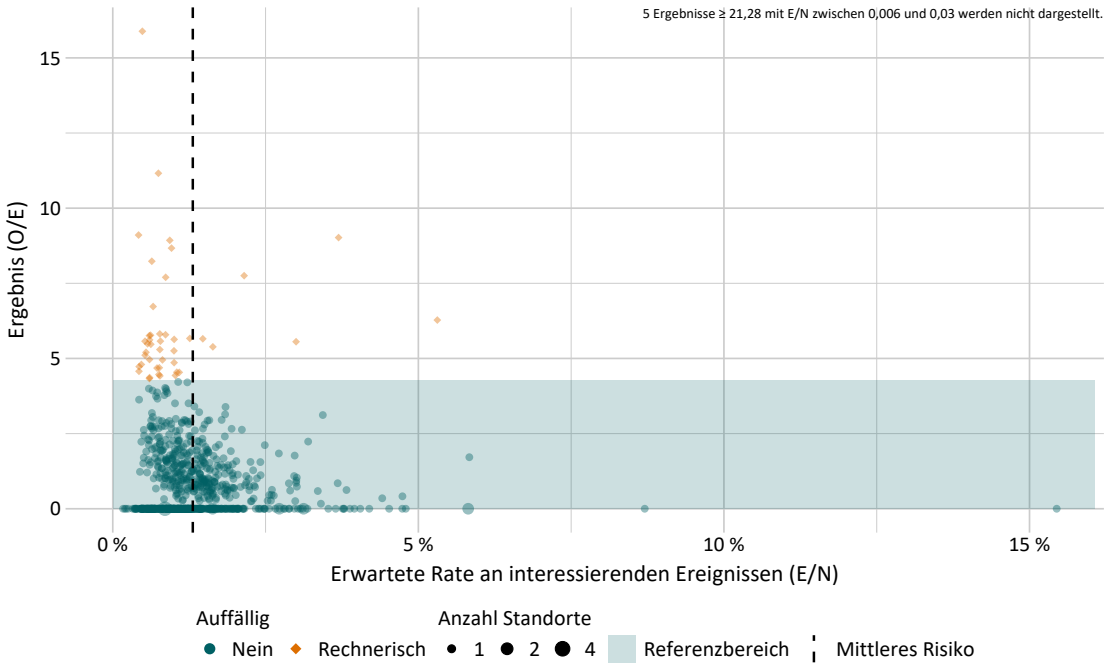
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	841	49	0,00	52,72	0,36

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 10_22102 Sterblichkeit im Krankenhaus	1,27 % 1.018/80.106
5.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
5.1.1.1	ID: O_51191 O/N (observed, beobachtet)	1,27 % 1.018/80.106
5.1.1.2	ID: E_51191 E/N (expected, erwartet)	1,31 % 1.048,91/80.106
5.1.1.3	**ID: 51191** **O/E**	0,97

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

2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2024), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind.
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 2194
Referenzbereich	≤ 2,41 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung der Art des Systems (Anzahl der Sonden) und des Geschlechts des Patienten
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

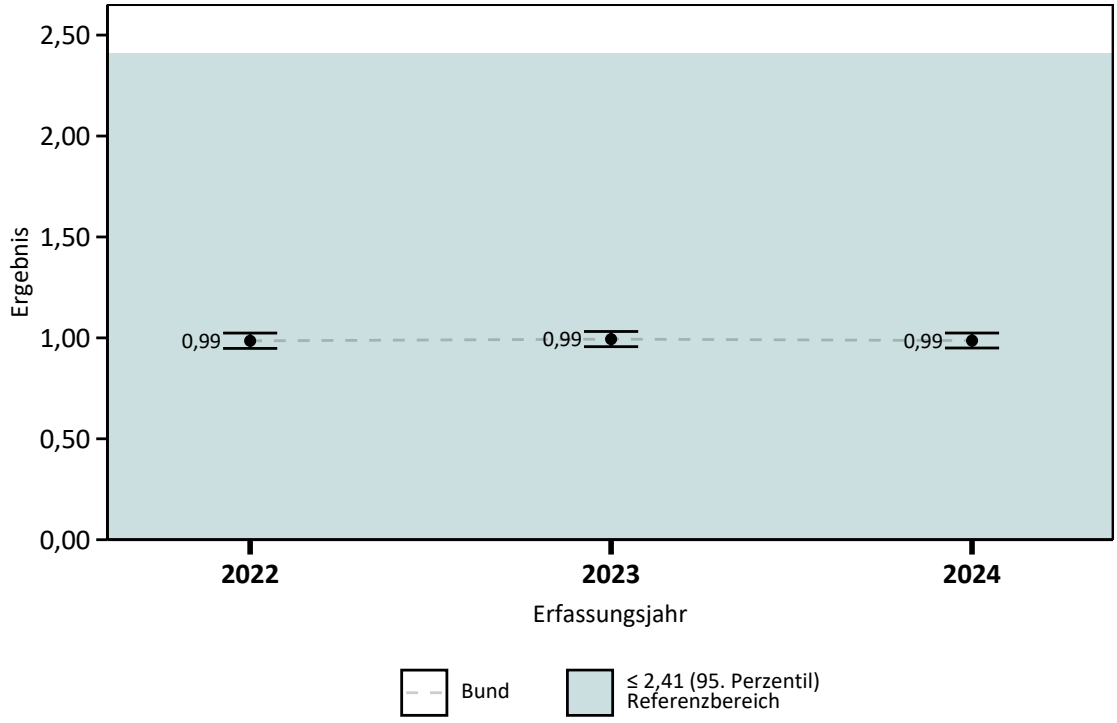
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	59.484	2.574 / 2.612,33	0,99	0,95 - 1,02
	2023	61.342	2.685 / 2.702,42	0,99	0,96 - 1,03
	2024	62.652	2.718 / 2.755,42	0,99	0,95 - 1,02

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist

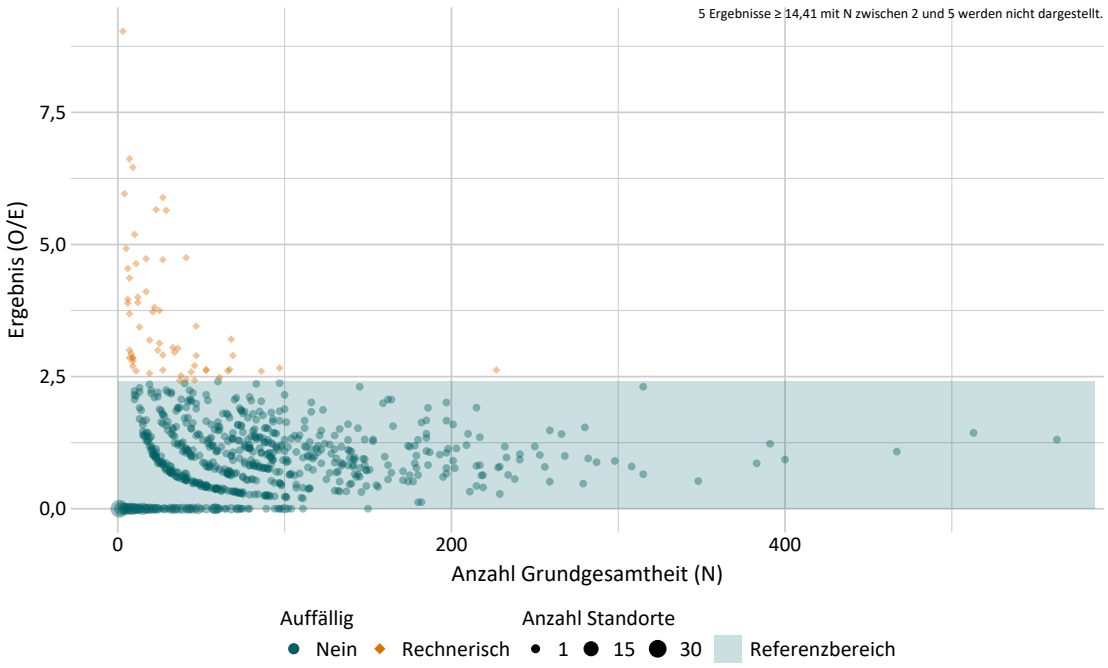
als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

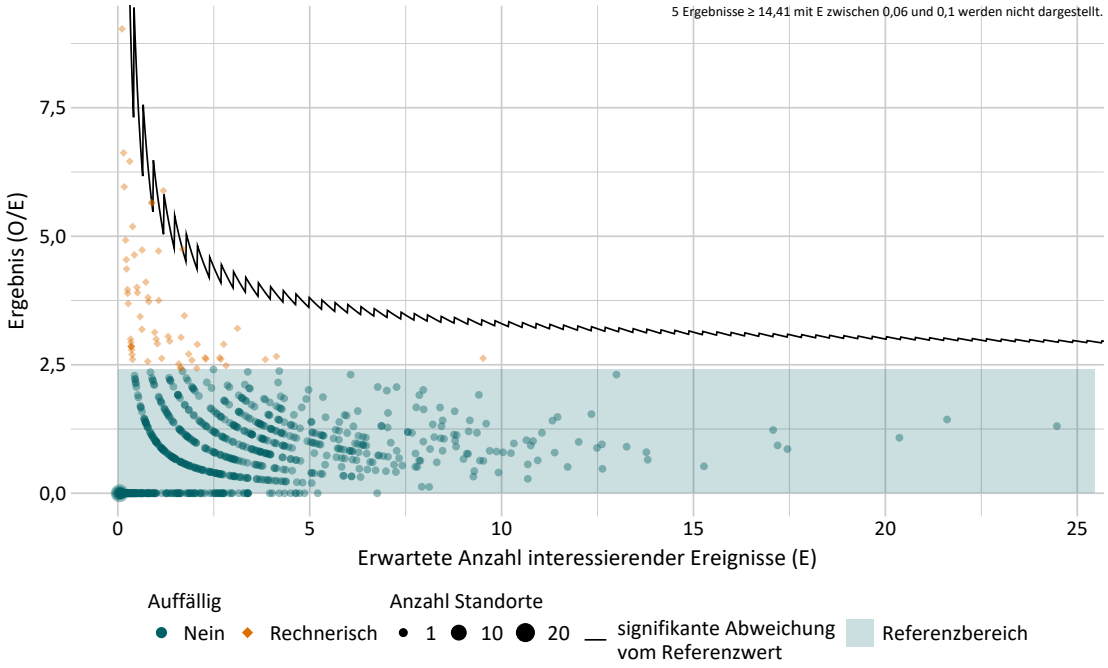
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



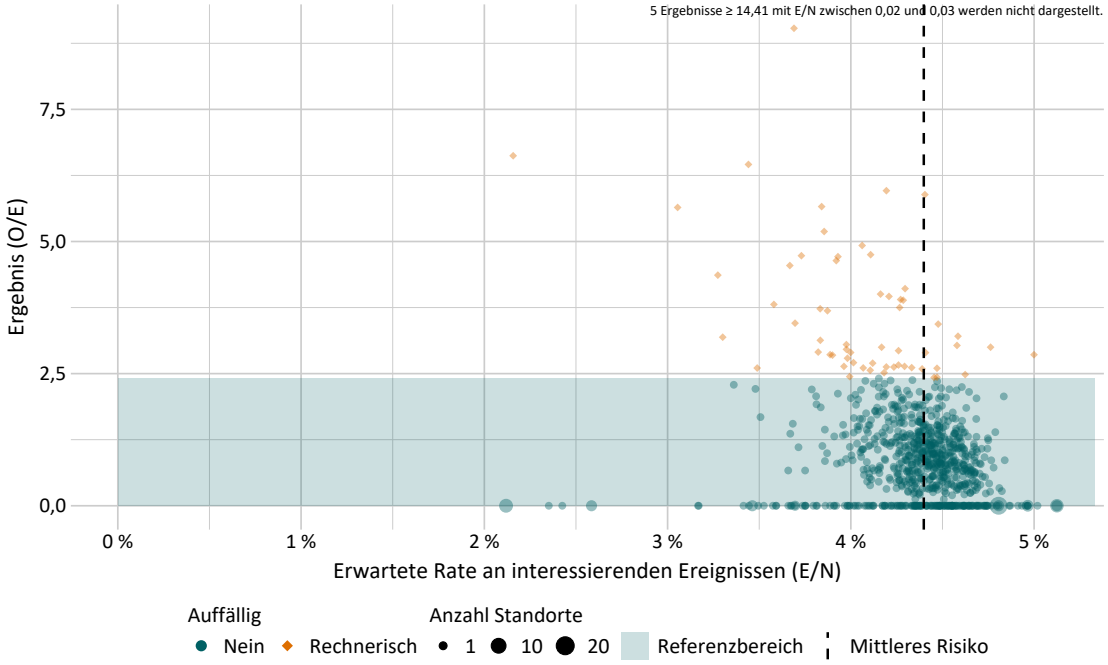
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	871	65	0,00	21,32	0,83

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell[4]	
6.1.1	ID: O_2194 O/N (observed, beobachtet)	4,34 % 2.718/62.652
6.1.2	ID: E_2194 E/N (expected, erwartet)	4,40 % 2.755,42/62.652
6.1.3	**ID: 2194** **O/E**	0,99

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	Patientinnen und Patienten mit prozedurassoziiertem Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	
6.3.1	Prozedurassoziierte Probleme an der Aggregattasche	
6.3.1.1	ID: 10_22159 Taschenhämatom	0,06 % 35/62.652
6.3.1.2	ID: 10_22160 sonstiges Taschenproblem	0,10 % 63/62.652
6.3.2	Prozedurassoziierte Probleme bei Vorhofsonde, rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonde[5]	
6.3.2.1	ID: 10_22161 Dislokation	2,64 % 1.641/62.652
6.3.2.2	ID: 10_22162 Sondenbruch/Isolationsdefekt	0,18 % 110/62.652
6.3.2.3	ID: 10_22163 fehlerhafte Konnektion	0,08 % 52/62.652
6.3.2.4	ID: 10_22164 Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	0,06 % 38/62.652
6.3.2.5	ID: 10_22165 Oversensing	0,03 % 17/62.652
6.3.2.6	ID: 10_22166 Undersensing	0,15 % 90/62.652
6.3.2.7	ID: 10_22167 Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg	0,91 % 559/62.652
6.3.2.8	ID: 10_22168 Myokardperforation	0,27 % 166/62.652

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3.2.9	ID: 10_22170 sonstiges Sondenproblem	0,17 % 101/62.652

[5] inklusive HIS-Bündel-Sonde

2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2024), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind.
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von Infektion oder Aggregatperforation durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 2195
Referenzbereich	≤ 5,47 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung des Status zu Diabetes mellitus und des Geschlechts des Patienten
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

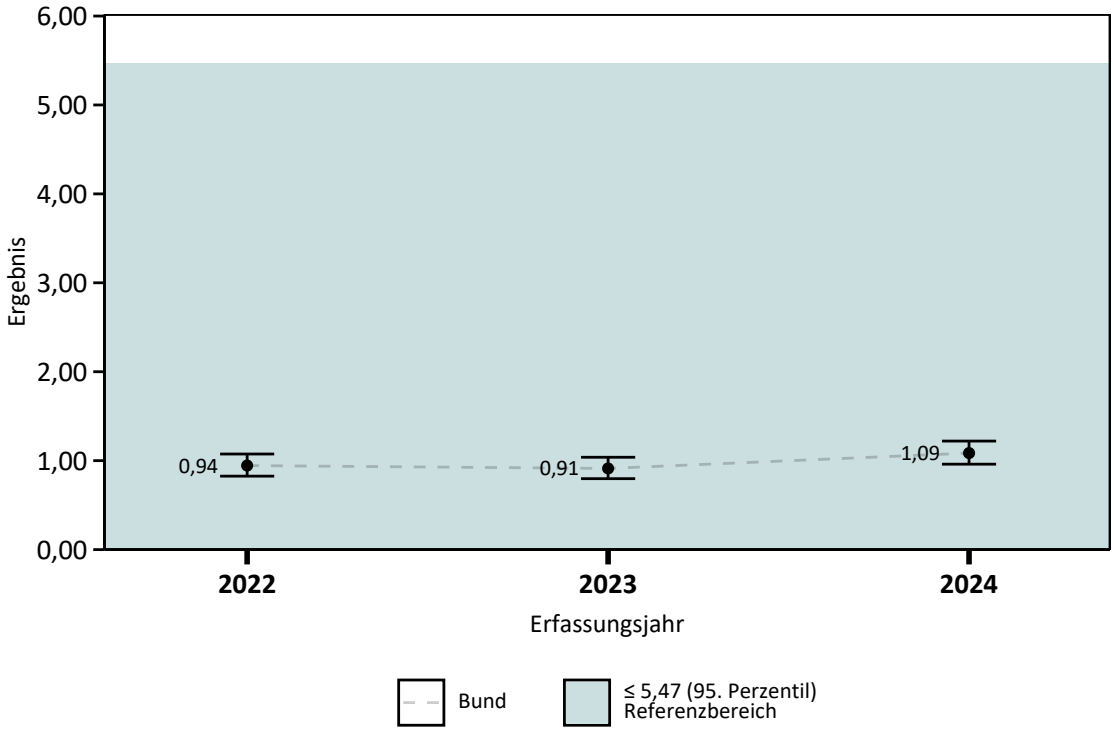
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	59.093	222 / 234,93	0,94	0,83 - 1,07
	2023	60.951	221 / 242,19	0,91	0,80 - 1,04
	2024	62.230	268 / 246,92	1,09	0,96 - 1,22

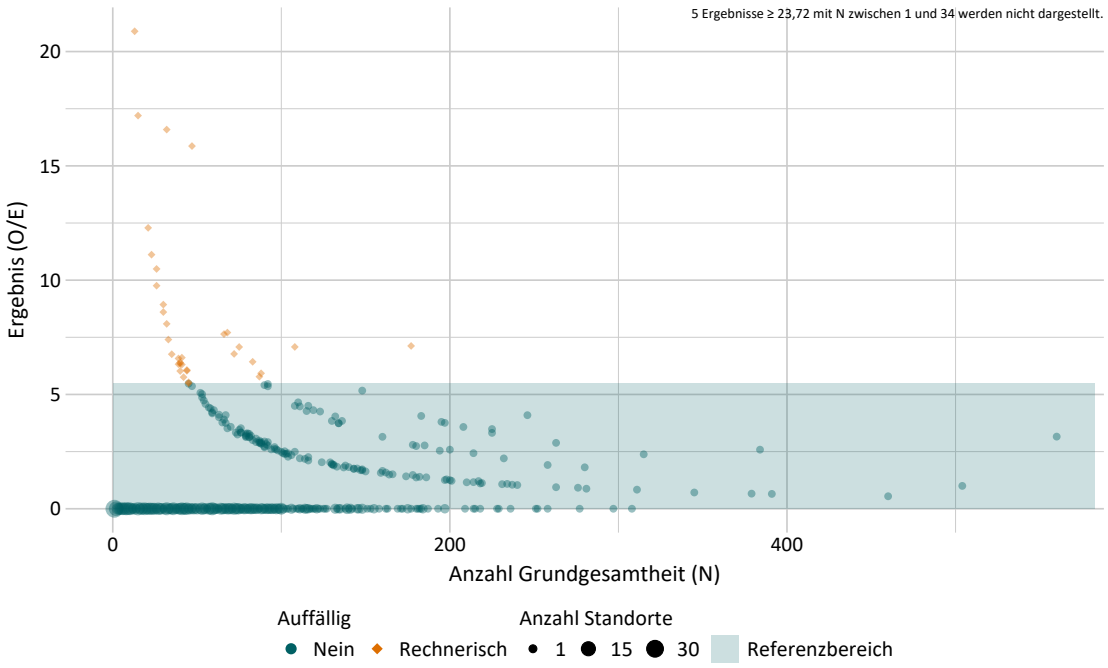
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

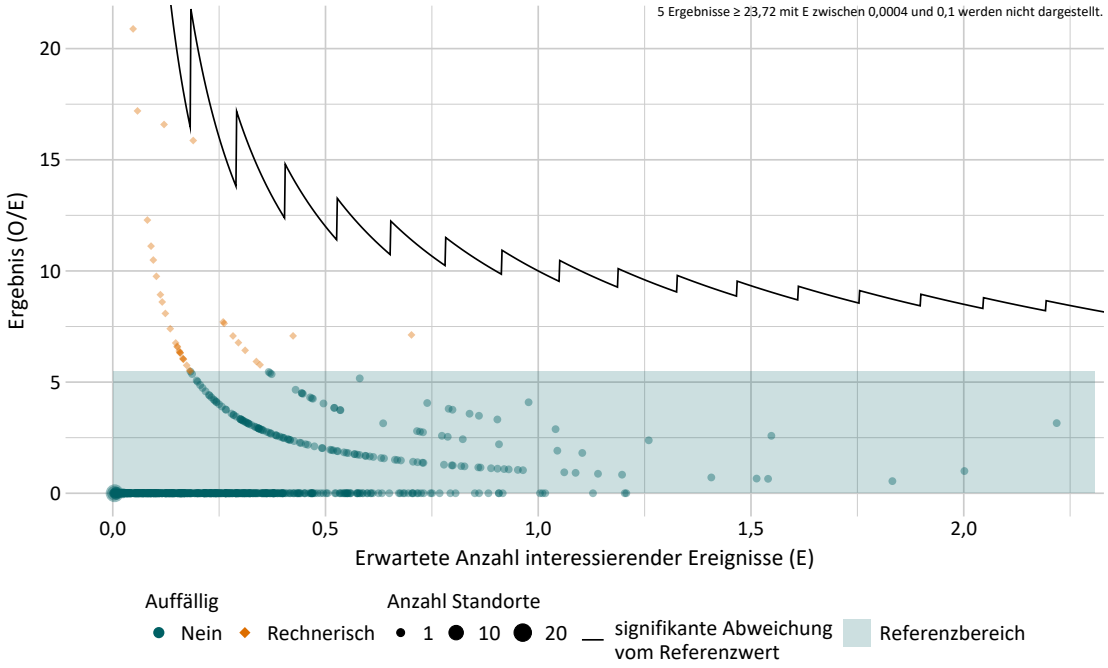
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



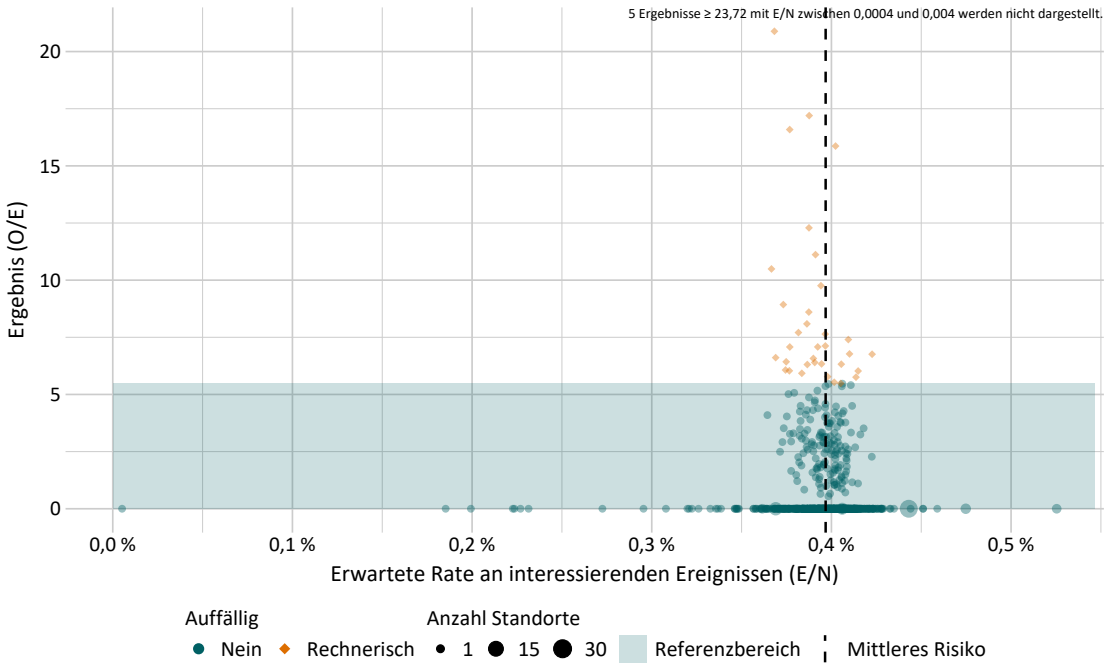
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	871	39	0,00	2.378,68	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell[6]	
7.1.1	ID: O_2195 O/N (observed, beobachtet)	0,43 % 268/62.230
7.1.2	ID: E_2195 E/N (expected, erwartet)	0,40 % 246,92/62.230
7.1.3	**ID: 2195** **O/E**	1,09

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.3	Patientinnen und Patienten mit Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff	
7.3.1	Infektion oder Aggregatperforation an der Aggregattasche	
7.3.1.1	ID: 10_22178 Infektion an Aggregattasche	0,28 % 171/62.230
7.3.1.2	ID: 10_22179 Aggregatperforation	0,06 % 35/62.230
7.3.2	ID: 10_22180 Sondeninfektion	0,24 % 145/62.230

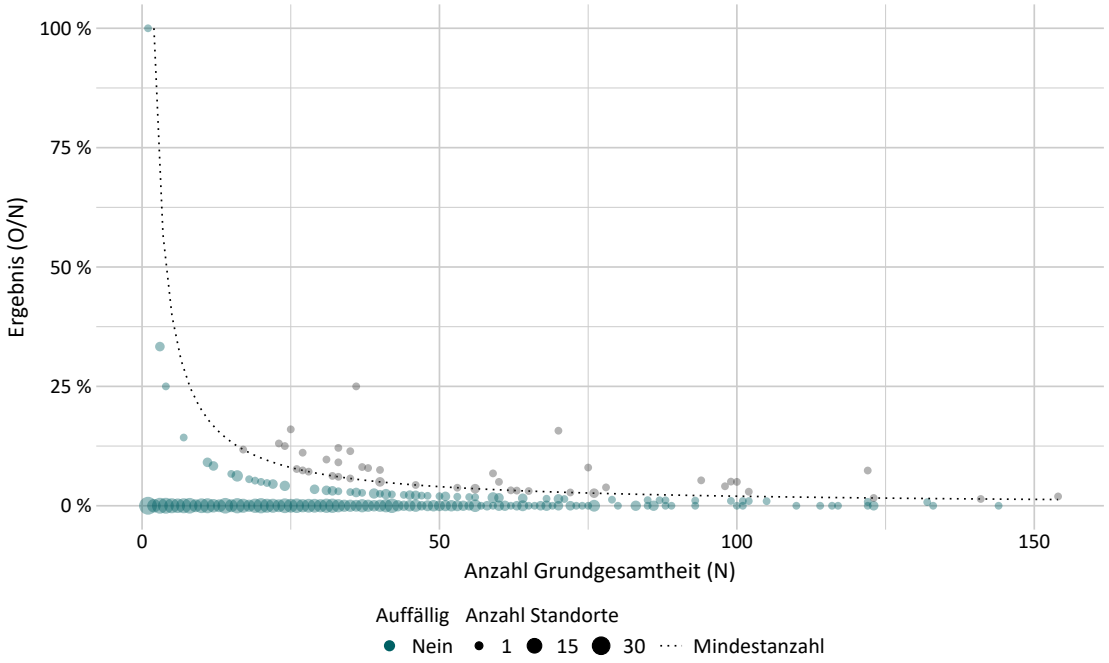
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

813070: Führendes Symptom 'sonstiges'

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das führende Symptom ist ein Datenfeld, das zur Berechnung des Qualitätsindikators der leitlinienkonformen Indikationsstellung von zentraler Bedeutung ist. Wird in vielen Fällen ein sonstiges Symptom dokumentiert, ist eine korrekte Berechnung dieses Indikators deshalb nicht mehr möglich. **Hypothese** Fehldokumentation. Der Schlüsseleintrag „sonstige“ wird zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	101803: Leitlinienkonforme Indikation 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl
Grundgesamtheit	Fälle mit Schenkelblock, Sinusknotensyndrom, Karotis-Sinus-Syndrom oder vasovagalem Syndrom als führende Indikation zur Schrittmacherimplantation
Zähler	Fälle mit führendem Symptom 'sonstiges'
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	794	0	0,00	100,00	0,00

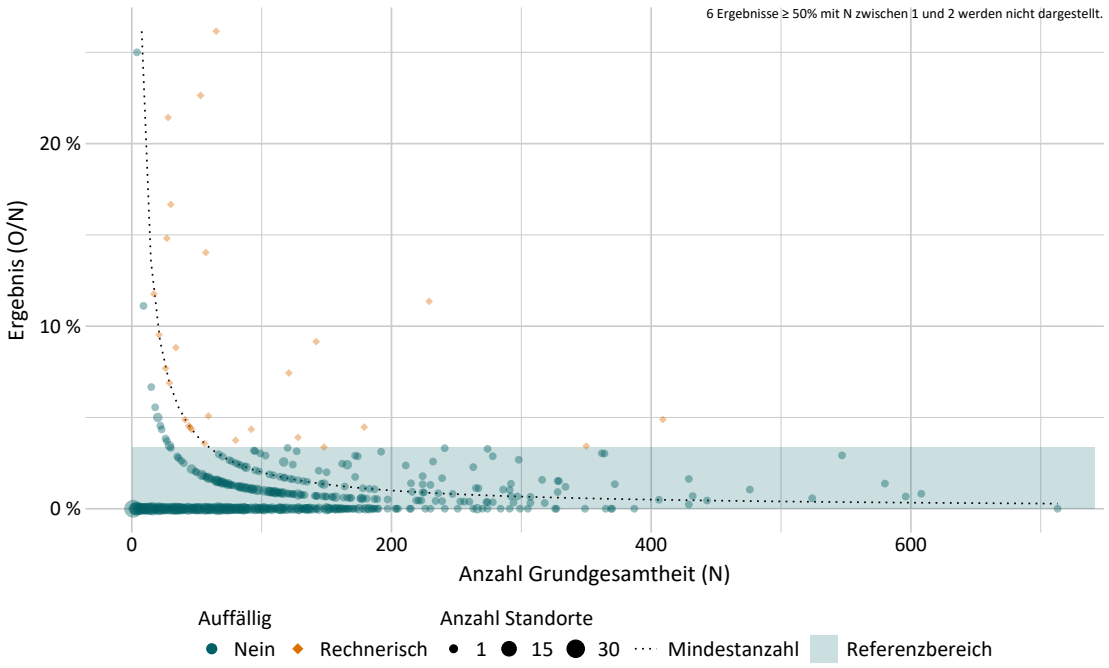
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	227 / 24.158	0,94	0,00 % 0 / 794

813071: Führende Indikation 'sonstiges'

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die führende Indikation ist ein Datenfeld, das zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der leitlinienkonformen Indikationsstellung und der leitlinienkonformen Systemwahl von zentraler Bedeutung ist. Da die Leitlinienalgorithmen nur für eine der anderen im Schlüssel enthalten Indikationen berechnet werden können, fallen Fälle mit der Grundgesamtheit „sonstige Indikation“ aus diesen Indikatoren heraus. **Hypothese** Fehldokumentation. Der Schlüsseleintrag „sonstige“ wird zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt. Tatsächlich liegt eine der genannten führenden Indikationen zur Schrittmacherimplantation vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	101803: Leitlinienkonforme Indikation 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl 54143: Systeme 3.Wahl
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Fälle mit führender Indikation 'sonstiges' zur Schrittmacherimplantation
Referenzbereich	≤ 3,36 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	841	27	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

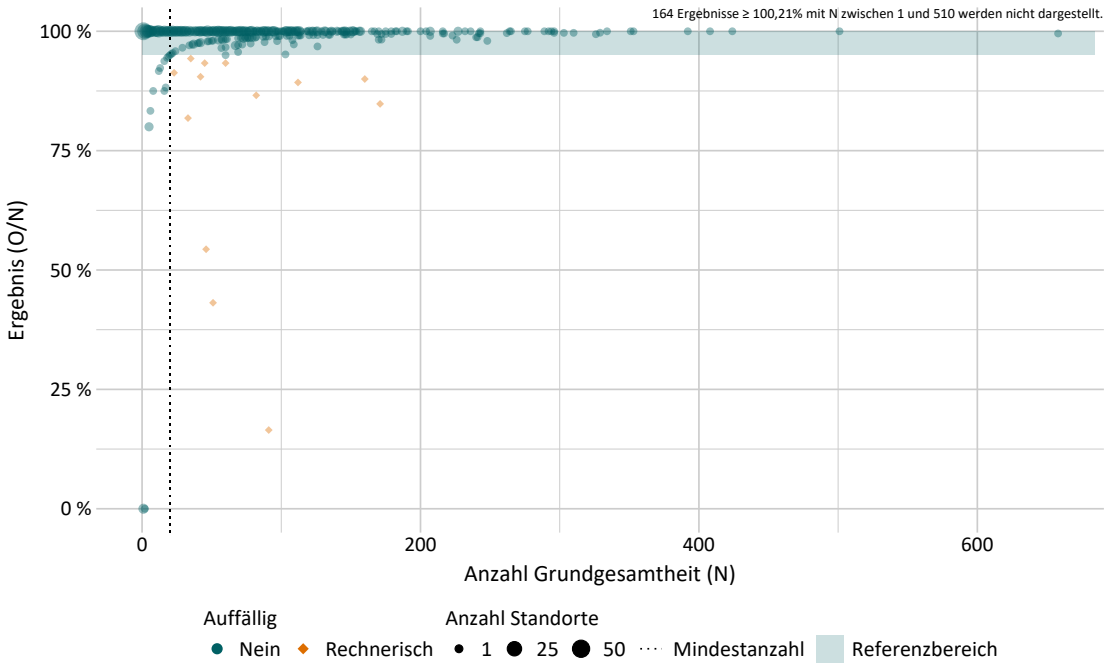
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	666 / 80.106	0,83	3,21 % 27 / 841

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. **Hypothese** Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichtertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichtertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	915	13	0,00	300,00	100,00

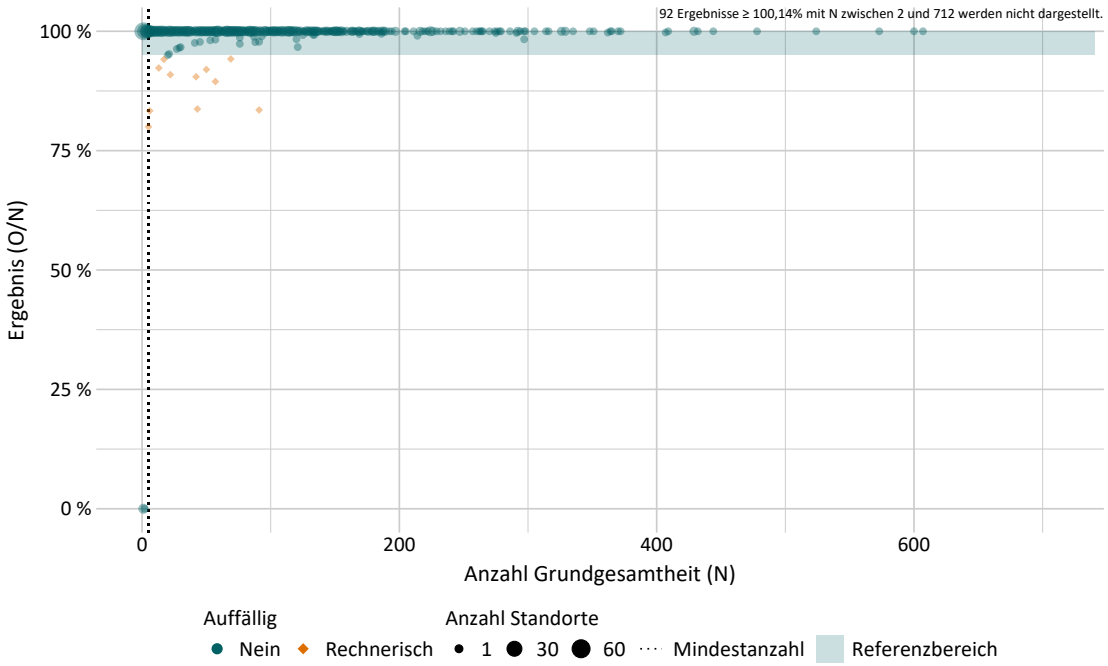
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	68.150 / 67.993	100,23	1,42 % 13 / 915

850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	927	11	0,00	186,36	100,00

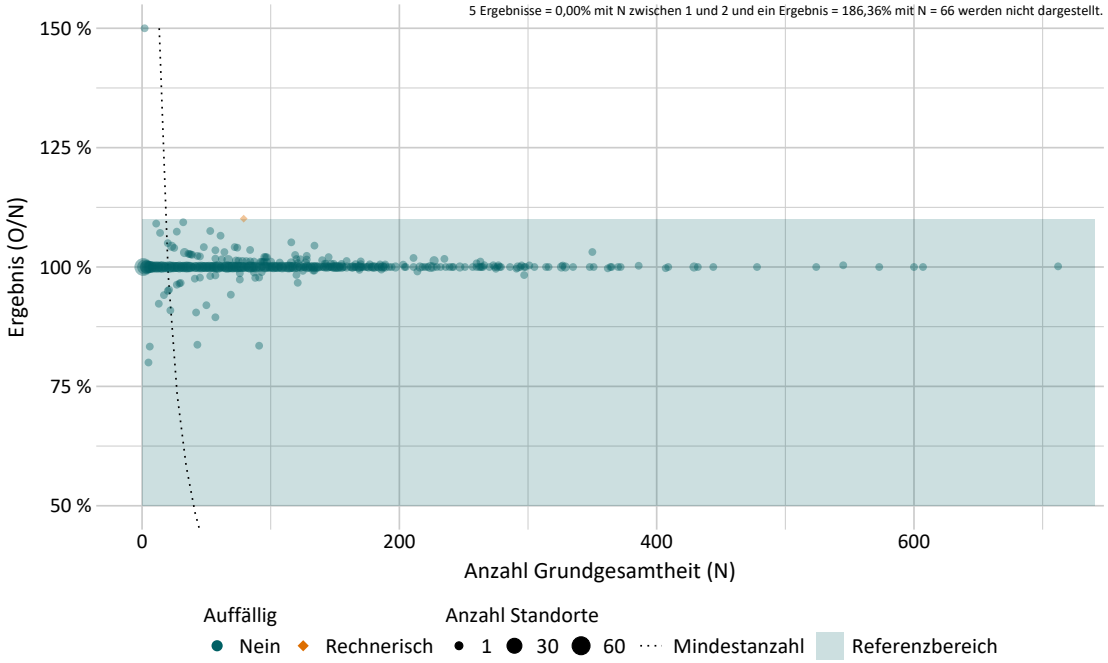
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	80.250 / 80.085	100,21	1,19 % 11 / 927

850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	927	2	0,00	186,36	100,00

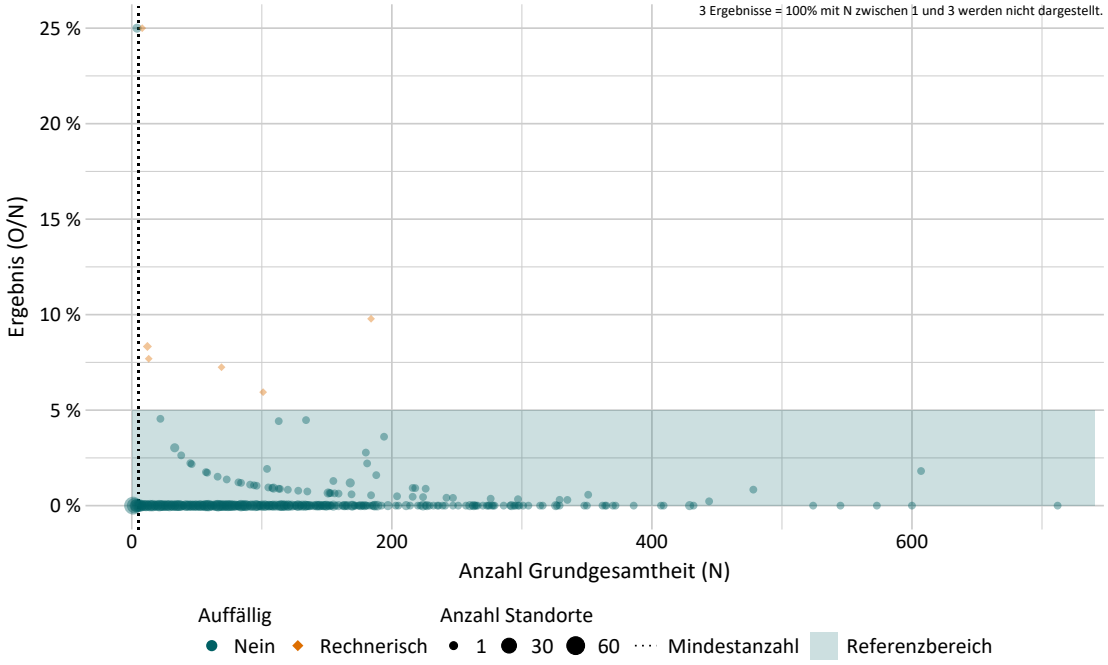
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	80.250 / 80.085	100,21	0,22 % 2 / 927

850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	927	7	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	144 / 80.085	0,18	0,76 % 7 / 927

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	1.207	1,51
1. Quartal	19.841	24,77
2. Quartal	20.018	24,99
3. Quartal	21.068	26,30
4. Quartal	17.972	22,44

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	1.136	1,42
50 - 59 Jahre	2.521	3,15
60 - 69 Jahre	9.106	11,37
70 - 79 Jahre	23.562	29,41
80 - 89 Jahre	38.241	47,74
≥ 90 Jahre	5.540	6,92
Geschlecht		
(1) männlich	47.294	59,04
(2) weiblich	32.811	40,96
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	2.980	3,72
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	30.113	37,59
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	41.027	51,22
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	5.841	7,29
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	145	0,18

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 77.125**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	1.080	1,40
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	27.344	35,45
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	30.134	39,07
Adipositas (≥ 30)	18.567	24,07

Präoperative Anamnese/Klinik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Herzinsuffizienz		
(0) keine Herzinsuffizienz	25.194	31,45
(1) NYHA I (Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit)	11.999	14,98
(2) NYHA II (Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung)	32.168	40,16
(3) NYHA III (Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung)	9.921	12,38
(4) NYHA IV (Beschwerden im Ruhezustand)	824	1,03
Führende Indikation zur Schrittmacherimplantation		
(1) AV-Block I, II, III (inkl. HSM-Implantation aufgrund von Ablation oder TAVI)	42.393	52,92
(5) Schenkelblock (mit Zusammenhang zur Bradykardie)	1.314	1,64
(6) Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern)	22.629	28,25
(7) Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern	9.466	11,82
(8) Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)	157	0,20
(9) Vasovagales Syndrom (VVS)	58	0,07
(10) Kardiale Resynchronisationstherapie (bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P)	3.423	4,27
(99) sonstiges	666	0,83

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation zur Schrittmacherimplantation: Schenkelblock (mit Zusammenhang zur Bradykardie) oder Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern) oder Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) oder Vasovagales Syndrom (VVS)	**N = 24.158**	
Führendes Symptom		
(0) keines (asymptomatisch)	314	1,30
(1) Präsynkope/Schwindel	11.748	48,63
(2) Synkope einmalig	2.303	9,53
(3) Synkope rezidivierend	7.039	29,14
(4) synkopenbedingte Verletzung	699	2,89
(5) Herzinsuffizienz	1.514	6,27
(8) Symptome einer Vorhofpfropfung: spontan oder infolge Schrittmachersyndrom	13	0,05
(9) asymptomatisch unter externer Stimulation	301	1,25
(99) Sonstiges	227	0,94

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Ätiologie		
(1) angeboren	2.038	2,54
(2) neuromuskulär	5.324	6,65
(3) Infarktbedingt	882	1,10
(4) AV-Knoten-Ablation durchgeführt/geplant	1.781	2,22
(5) sonstige Ablationsbehandlung	557	0,70
(6) herzchirurgischer Eingriff	2.858	3,57
(7) Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)	5.201	6,49
(9) sonstige / unbekannt	61.465	76,73

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation AV-Block I, II oder III (inkl. HSM-Implantation aufgrund von Ablation oder TAVI), infarktbedingt	**N = 445**	
Zeit zwischen Auftreten des Infarkts und der Schrittmacherimplantation		
(1) unter 3 Tage	46	10,34
(2) 3 bis unter 5 Tage	44	9,89
(3) 5 Tage oder länger	336	75,51
(9) unbekannt	19	4,27

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation AV-Block I, II oder III (inkl. HSM-Implantation aufgrund von Ablation oder TAVI), Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) und Datum der TAVI bekannt	**N = 4.243**	
Abstand zwischen TAVI und Schrittmacherimplantation		
weniger als 24 Stunden (oder Schrittmacherimplantation vor TAVI)	472	11,12
mehr als 24 Stunden	3.771	88,88

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation AV-Block I, II oder III (inkl. HSM-Implantation aufgrund von Ablation oder TAVI) und Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)	**N = 4.370**	
Datum der TAVI nicht bekannt		
(1) ja	127	2,91

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation kardiale Resynchronisationstherapie	**N = 3.423**	
erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation		
(0) keine erwartete ventrikuläre Stimulation	69	2,02
(1) < 20 %	73	2,13
(2) ≥ 20 %	3.281	95,85

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Diabetes mellitus		
(0) nein	63.756	79,59
(1) ja, nicht insulinpflichtig	11.544	14,41
(2) ja, insulinpflichtig	4.806	6,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Nierenfunktion/Serum Kreatinin		
(1) ≤ 1,5 mg/dl (≤ 133 µmol/l)	65.632	81,93
(2) > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) bis ≤ 2,5 mg/dl (≤221 µmol/l)	11.000	13,73
(3) > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig	1.862	2,32
(4) = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig	1.241	1,55
(8) unbekannt	371	0,46

Präoperative Diagnostik

Indikationsbegründende EKG-Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Vorhofrhythmus		
(1) Normofrequenter Sinusrhythmus (permanent)	32.315	40,34
(2) Sinusbradykardie/SA-Blockierungen (persistierend oder intermittierend)	16.442	20,53
(3) Paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern	12.457	15,55
(4) Permanentes Vorhofflimmern (d.h., die Wiederherstellung des Sinusrhythmus ist nicht mehr möglich oder nicht geplant)	12.188	15,21
(5) Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS)	6.217	7,76
(9) sonstige	487	0,61
AV-Block		
(0) Keiner	23.054	28,78
(1) AV-Block I. Grades, Überleitung ≤ 300 ms	4.702	5,87
(2) AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms	1.717	2,14
(3) AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach	1.585	1,98
(4) AV-Block II. Grades, Typ Mobitz (oder infranodal 2:1)	11.268	14,07
(5) AV-Block III. Grades (oder hochgradiger AV-Block)	28.773	35,92
(7) AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	1.287	1,61
(6) Nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns	7.720	9,64

Indikationsbegründende EKG-Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
intraventrikuläre Leitungsstörungen		
(0) Keine	54.141	67,59
(1) Rechtsschenkelblock (RSB)	6.090	7,60
(2) Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB	4.263	5,32
(3) Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB	269	0,34
(4) Linksschenkelblock	8.990	11,22
(5) Alternierender Schenkelblock	853	1,06
(6) kein Eigenrhythmus	3.925	4,90
(9) sonstige	1.575	1,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Eigenrhythmus	**N = 76.181**	
QRS-Komplex		
(1) < 120 ms	56.525	74,20
(2) 120 bis < 130 ms	4.263	5,60
(3) 130 bis < 140 ms	4.313	5,66
(4) 140 bis < 150 ms	3.911	5,13
(5) ≥ 150 ms	7.169	9,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation Sinusknotensyndrom (SSS) inkl. BTS oder Vasovagales Syndrom (VVS)	**N = 22.687**	
Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen		
(0) kein Zusammenhang	460	2,03
(1) wahrscheinlicher Zusammenhang	4.072	17,95
(2) EKG-dokumentierter Zusammenhang	18.104	79,80
(3) keine Bradykardie / keine Pausen	51	0,22

Linksventrikuläre Funktion

	Bund (gesamt)
linksventrikuläre Ejektionsfraktion (%)[7]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	77.661
5. Perzentil	35,00
25. Perzentil	50,00
Median	55,00
Mittelwert	53,76
75. Perzentil	60,00
95. Perzentil	65,00

[7] indikationsbegründender Befund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
linksventrikuläre Ejektionsfraktion nicht bekannt		
(1) ja	2.445	3,05

Zusätzliche Kriterien

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit führender Indikation kardiale Resynchronisationstherapie (bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P)	**N = 3.423**	
medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der CRT-Indikationsstellung)		
(0) nein	113	3,30
(1) ja	3.310	96,70

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Eingriffe (nach OPS)[8]		
(5-377.0) Implantation - Schrittmacher, nicht näher bezeichnet	0	0,00
(5-377.1) Implantation - Schrittmacher, Einkammersystem	10.754	13,42
(5-377.2) Implantation - Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde	403	0,50
(5-377.30) Implantation - Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden - ohne antitachykarde Stimulation	52.463	65,49
(5-377.31) Implantation - Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden - mit antitachykarder Stimulation	5.227	6,53
(5-377.4*) Implantation - Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]	4.356	5,44
(5-377.k) Implantation – Intrakardialer Impulsgenerator (Leadless Pacemaker)	1.964	2,45
(5-378.b1, 5-378.b2) Systemumstellung - Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]	263	0,33
(5-378.b4, 5-378.b5) Systemumstellung - Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]	1.964	2,45
(5-378.ca) Systemumstellung - Defibrillator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem	31	0,04
(5-378.cb) Systemumstellung - Defibrillator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem	31	0,04
(5-378.cc, 5-378.cd) Systemumstellung - Defibrillator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]	≤3	x
(5-378.cm) Systemumstellung – Defibrillator auf intrakardialen Impulsgenerator (Leadless Pacemaker)	10	0,01

[8] Mehrfachnennung möglich

Zugang des implantierten Systems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten ohne Prozeduren Downgrade/Leadless-Pacemaker	**N = 78.070**	
Zugang[9]		
Vena cephalica	31.615	40,50
Vena subclavia	35.266	45,17
Vena axillaris	13.960	17,88
andere	1.145	1,47

[9] Mehrfachnennung möglich

Implantiertes System

Schrittmachersystem

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
System		
(1) VVI (konventionell, mit intrakardialer Sonde)	10.845	13,54
(7) VVI (Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator)	1.479	1,85
(2) AAI	84	0,10
(3) DDD (konventionell, mit intrakardialer Sonde)	59.383	74,13
(8) DDD (Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator)	372	0,46
(4) VDD (konventionell, mit intrakardialer Sonde)	50	0,06
(10) VDD (Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator)	457	0,57
(5) CRT-System mit einer Vorhofsonde	6.258	7,81
(6) CRT-System ohne Vorhofsonde	929	1,16
(9) sonstiges	249	0,31
Sonde am Leitungssystem implantiert (Conduction System Pacing)		
(0) nein	73.683	91,98
(1) am HIS-Bündel (His Bundle Pacing)	640	0,80
(2) im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing)	5.783	7,22

Schrittmachersonden

Vorhofsonde

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System, VVI-System) und Angabe von Werten	57.824
Median	0,80
Mittelwert	0,83

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System, VVI-System)	**N = 66.346**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	8.062	12,15
(9) aus anderen Gründen	339	0,51

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System (konventionell, mit intrakardialer Sonde), ohne VVI-System) und Angabe von Werten	64.193
Median	2,70
Mittelwert	3,01

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System (konventionell, mit intrakardialer Sonde), ohne VVI-System)	**N = 66.396**	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	1.536	2,31
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	328	0,49
(9) aus anderen Gründen	217	0,33

Rechtsventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer, nicht am Leitungssystem implantierter Sonde (ohne AAI-System) und Angabe von Werten	73.295
Median	0,60
Mittelwert	0,72

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer, nicht am Leitungssystem implantierter Sonde (ohne AAI-System)	**N = 73.601**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	194	0,26

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer, nicht am Leitungssystem implantierter Sonde (ohne AAI-System) und Angabe von Werten	69.643
Median	10,80
Mittelwert	11,55

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer, nicht am Leitungssystem implantierter Sonde (ohne AAI-System)	**N = 73.601**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	3.643	4,95
(9) aus anderen Gründen	208	0,28

Sonde am Leitungssystem (Left Bundle Branch Area Pacing)

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde und Angabe von Werten	5.761
Median	0,70
Mittelwert	0,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde	**N = 5.783**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	22	0,38

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde und Angabe von Werten	5.259
Median	10,00
Mittelwert	10,76

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde	**N = 5.783**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	496	8,58
(9) aus anderen Gründen	28	0,48

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen[10]		
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation[11]	1.617	2,02
kardiopulmonale Reanimation	75	0,09
interventionspflichtiger Pneumothorax	304	0,38
interventionspflichtiger Hämatothorax	19	0,02
interventionspflichtiger Perikarderguss	172	0,21
interventionspflichtiges Taschenhämatom	38	0,05
Sonden- bzw. Systemdislokation	828	1,03
Sonden- bzw. Systemdysfunktion	176	0,22
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	10	0,01
interventionspflichtige Komplikation/en an der Punktionsstelle	7	0,01
sonstige interventionspflichtige Komplikation	67	0,08

[10] Mehrfachnennung möglich
[11] bis zur Entlassung

Sondendislokation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	**N = 828**	
Ort der Sondendislokation[12]		
Vorhofsonde	562	67,87
rechter Ventrikel[13]	273	32,97
linker Ventrikel	18	2,17
beide Ventrikel	4	0,48

[12] Mehrfachnennung möglich
[13] inklusive HIS-Bündel

Sondendysfunktion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	**N = 176**	
Ort der Sondendysfunktion[14]		
Vorhofsonde	52	29,55
rechter Ventrikel[15]	128	72,73
linker Ventrikel	4	2,27
beide Ventrikel	≤3	x

[14] Mehrfachnennung möglich

[15] inklusive HIS-Bündel

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	80.106
Median	3,00
Mittelwert	4,93
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	80.106
Median	2,00
Mittelwert	3,81
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	80.106
Median	6,00
Mittelwert	8,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Entlassungsdiagnosen (nach ICD)[16]		
(G90.-) Krankheiten des autonomen Nervensystems	126	0,16
(I21.-) Akuter Myokardinfarkt	2.402	3,00
(I25.-) Chronische ischämische Herzkrankheit	24.573	30,68
(I44.-) Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	43.858	54,75
(I45.-) Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	6.103	7,62
(I48.-) Vorhofflattern oder Vorhofflimmern	33.263	41,52
(I49.-) Sonstige kardiale Arrhythmien	25.538	31,88
(I50.-) Herzinsuffizienz	25.739	32,13
(R00.-) Störungen des Herzschlags	7.713	9,63
(Z45.-) Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	6.988	8,72

[16] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 80.106**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	68.105	85,02
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	3.571	4,46
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	92	0,11
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	288	0,36
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	3.893	4,86
(07) Tod	1.018	1,27
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[17]	51	0,06
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	1.312	1,64
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	1.609	2,01
(11) Entlassung in ein Hospiz	7	0,01
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	13	0,02
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	23	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[18]	44	0,05
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	7	0,01
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[19]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	60	0,07
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[20]		
(1) ja	6	0,01

[17] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[18] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[19] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[20] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HSMDEF-HSM-REV: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Übersicht über weitere Datengrundlagen 8

Ergebnisübersicht 11

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 12

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 13

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 15

51404: Sterblichkeit im Krankenhaus 15

Details zu den Ergebnissen 19

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 20

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 20

850339: Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen 20

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 22

813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten 22

850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 24

850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 26

850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 28

Basisauswertung 30

Basisdokumentation 30

Patientin und Patient 31

Indikation zur Revision/Explantation 32

Spezielle Indikation zur Revision / Explantation von Sonden 33

Operation 37

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems 38

Schrittmachersystem 38

Schrittmachersonden 39

Vorhofsonde 39

Rechtsventrikuläre Sonde 40
Sonde am Leitungssystem (Left Bundle Branch Area Pacing) 42
Entlassung 44
Behandlungszeiten 44

Einleitung

Der hier dargestellte Teilbereich umfasst die Qualitätssicherung bei erneuten Eingriffen (Revisionen) an Herzschrittmachern, bei ihrer Entfernung (Explantation) oder bei Systemwechsel.

Seit dem Erfassungsjahr 2015 werden Daten erhoben, durch die die Daten dieses Teilbereichs mit den vorausgegangenen Schrittmachereingriffen der Patientinnen und Patienten verknüpft werden können. Die Indikatoren, die sich auf die Ursachen für die Reparatur, den Wechsel oder das Entfernen des Herzschrittmachers beziehen, können nun als (längsschnittliche) Follow-up-Indikatoren ausgewertet werden und sind dem Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation zugeordnet.

Die Qualitätsindikatoren des Teilbereichs Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation beziehen sich auf die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus. Die Ergebnisse der Reizschwellen- und Amplitudenmessungen der Sonden werden zusammen mit den Daten zu Erstimplantationen ausgewertet; der entsprechende Indikator ist dem Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation zugeordnet.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen :
• QS-Dokumentationsdaten
• Standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird zusätzlich auf IKNR- sowie auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.757 8.715 42	8.742	100,17
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	720		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	735	738	99,59
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	673	675	99,70

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.740 8.688 52	8.675	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	743		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	765	762	100,39
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	690	685	100,73

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.524 7.492 32	7.508	100,21
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	708		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	721	726	99,31
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	662	666	99,40

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.492 7.492 -	7.492	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	708		

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	720	720	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	662	662	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.146 1.146 -	1.208	94,87
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	383		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	385	381	101,05
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	366	365	100,27

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.576 7.533 43	7.540	100,48
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	731		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	750	746	100,54
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	681	675	100,89

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.525 7.525 -	7.533	99,89
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	731		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	750	750	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	681	681	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.092 1.092 -	1.109	98,47
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	385		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	387	383	101,04
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	363	365	99,45

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet das Ergebnis des Qualitätsindikators mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2025.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,99 (95. Perzentil)	0,90 O/E = 176 / 195,82 2,02 % O/N = 176 / 8.715

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	≤ 7,83 % (95. Perzentil)	2,45 % 134 / 5.472	2,35 % 16 / 681

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	100,21 % 7.524 / 7.508	0,28 % 2 / 726
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,17 % 8.757 / 8.742	1,63 % 12 / 738
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,17 % 8.757 / 8.742	0,00 % 0 / 738
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,48 % 42 / 8.742	2,17 % 16 / 738

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51404: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für ID 51404
Referenzbereich	≤ 4,99 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter, linear bis 60 Jahre ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 ASA-Klassifikation 5
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

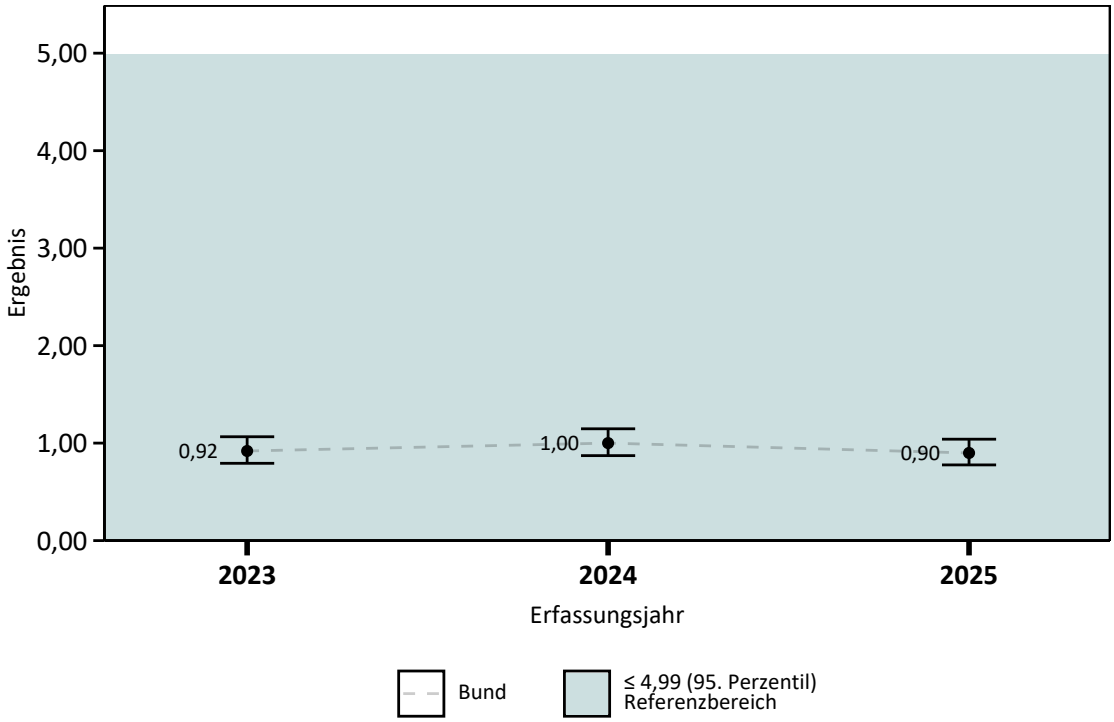
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	8.769	172 / 187,12	0,92	0,79 - 1,07
	2024	8.688	199 / 199,00	1,00	0,87 - 1,15
	2025	8.715	176 / 195,82	0,90	0,78 - 1,04

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

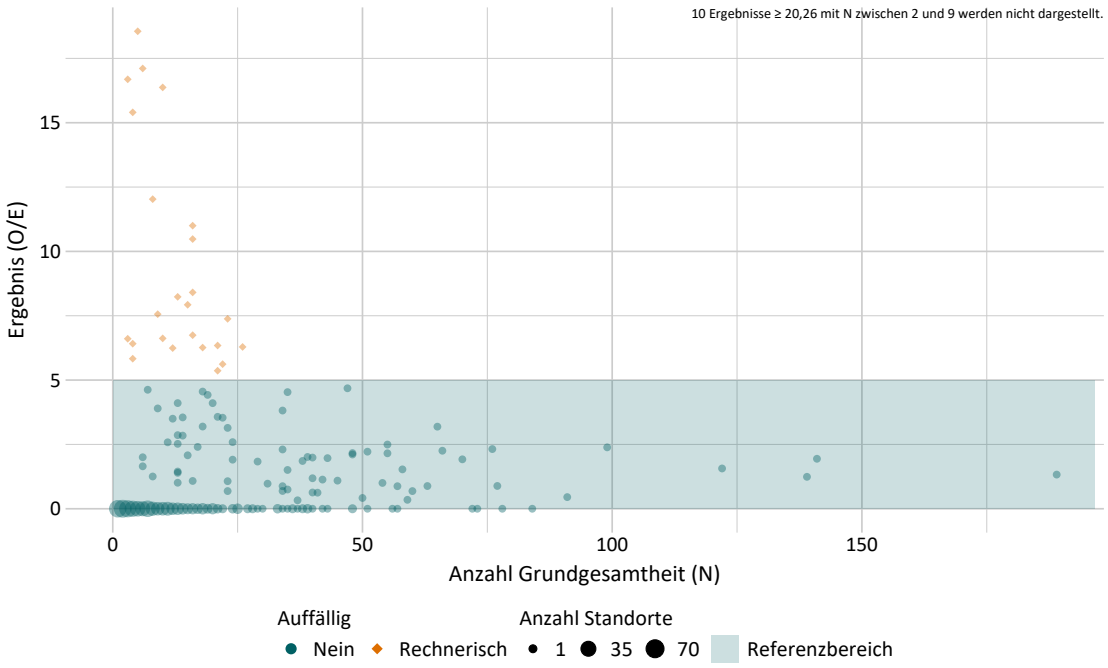
© IQTIG 2026

Ergebnisse im Zeitverlauf

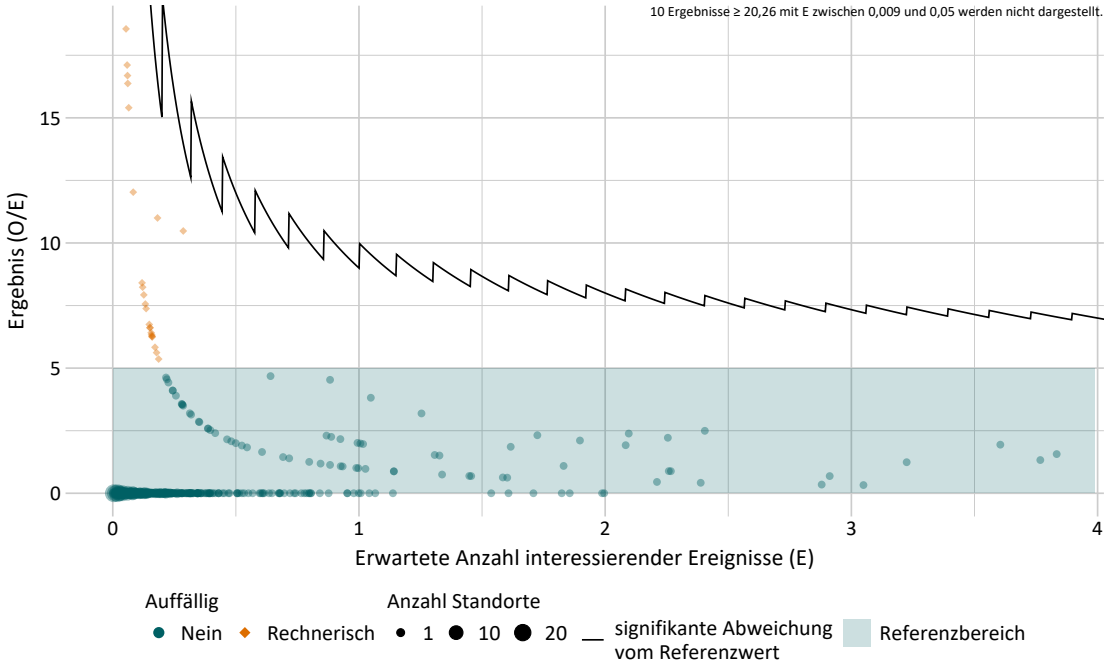
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



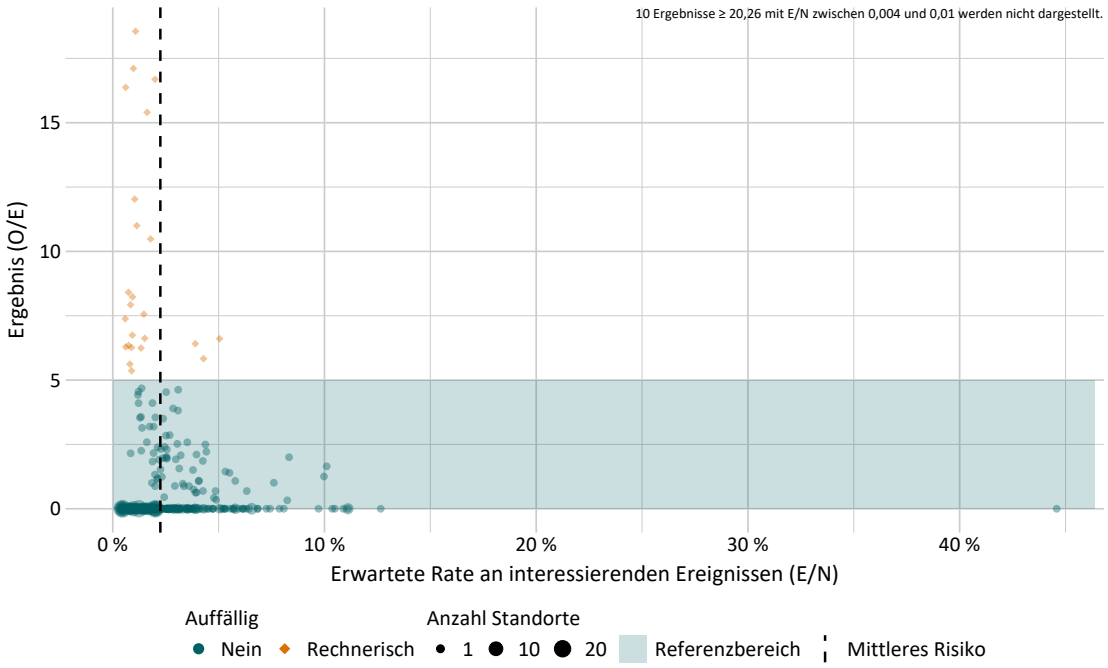
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	720	34	0,00	146,50	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 12_22040 Sterblichkeit im Krankenhaus	2,02 % 176/8.715
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.1.1.1	ID: O_51404 O/N (observed, beobachtet)	2,02 % 176/8.715
1.1.1.2	ID: E_51404 E/N (expected, erwartet)	2,25 % 195,82/8.715
1.1.1.3	**ID: 51404** **O/E**	0,90

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

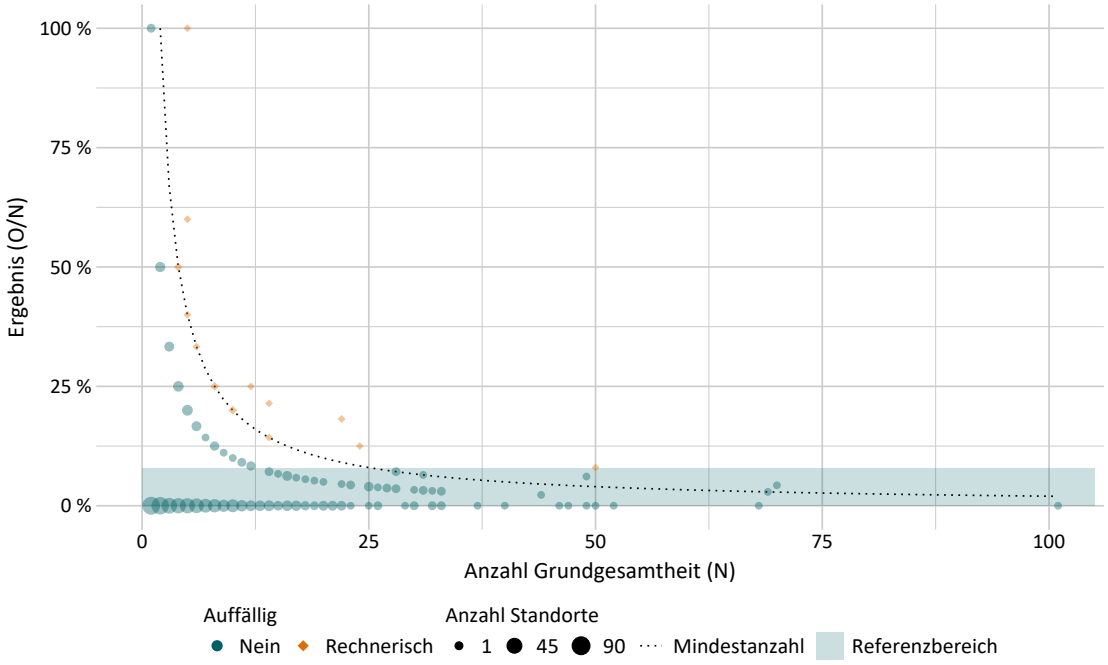
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850339: Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle für die „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde, werden aus dem Nenner des QI 52305 ausgeschlossen, weshalb bei einem hohen Anteil an bestätigten Dokumentationsfehlern eine korrekte Berechnung des QI nicht möglich ist. **Hypothese** Fehl- bzw. Unterdokumentation. Tatsächlich liegen Angaben zur Art des Vorgehens vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit Sondenproblemen, bei denen die betroffene Sonde nicht explantiert oder stillgelegt wurde
Zähler	Fälle, bei denen 'kein Eingriff an der Sonde' dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 7,83 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	681	16	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

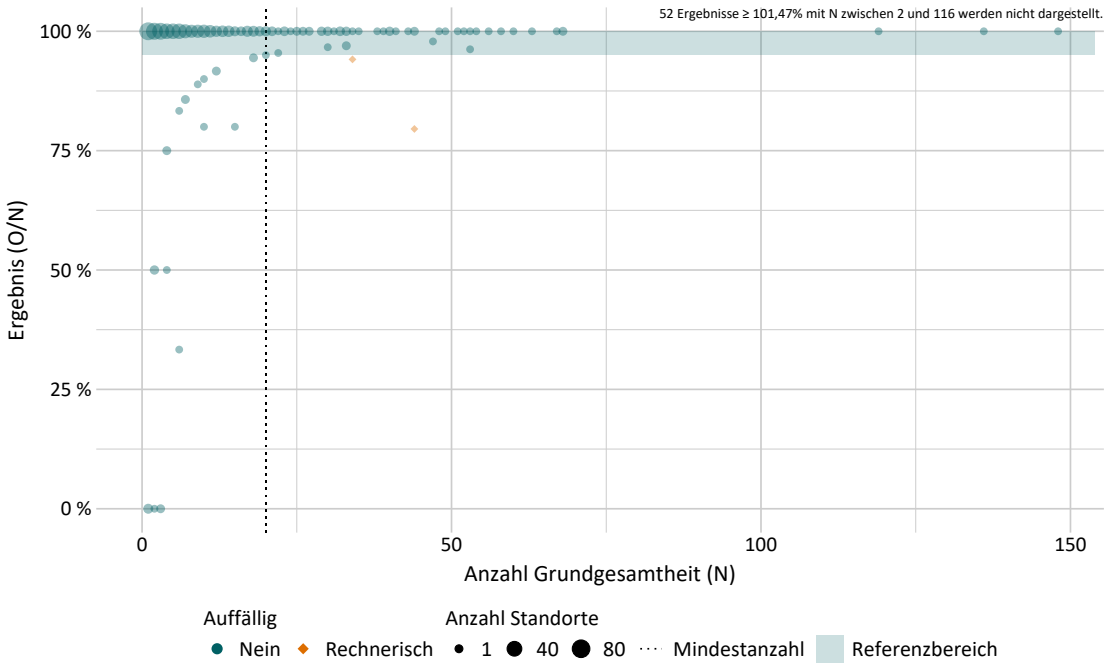
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	134 / 5.472	2,45	2,35 % 16 / 681

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. **Hypothese** Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichtertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichtertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	726	2	0,00	150,00	100,00

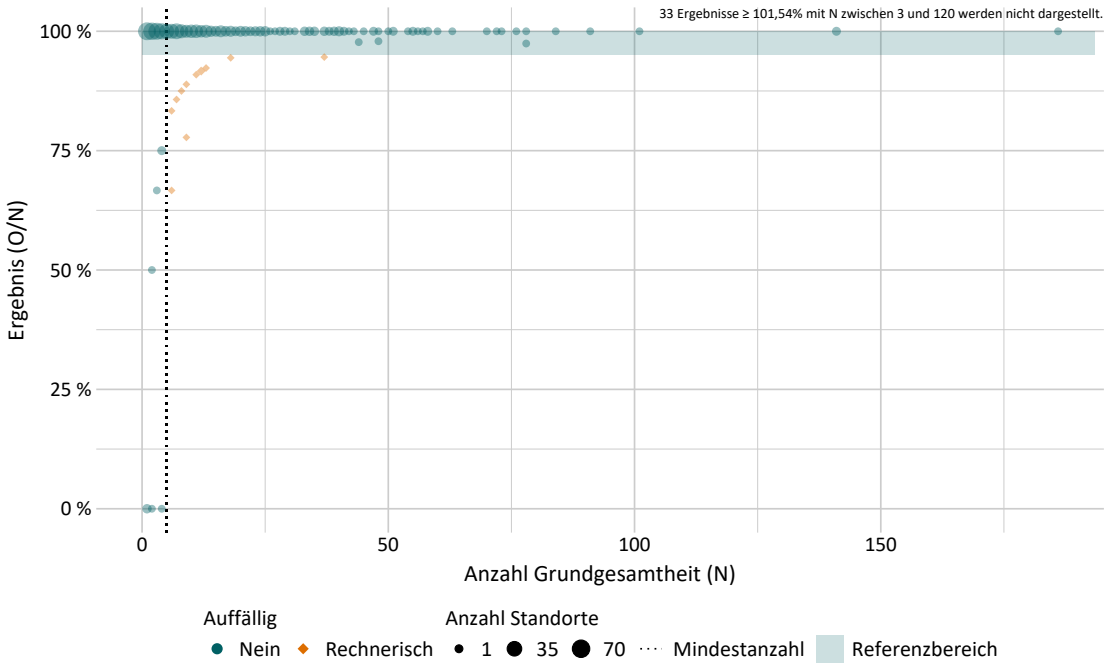
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	7.524 / 7.508	100,21	0,28 % 2 / 726

850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	738	12	0,00	150,00	100,00

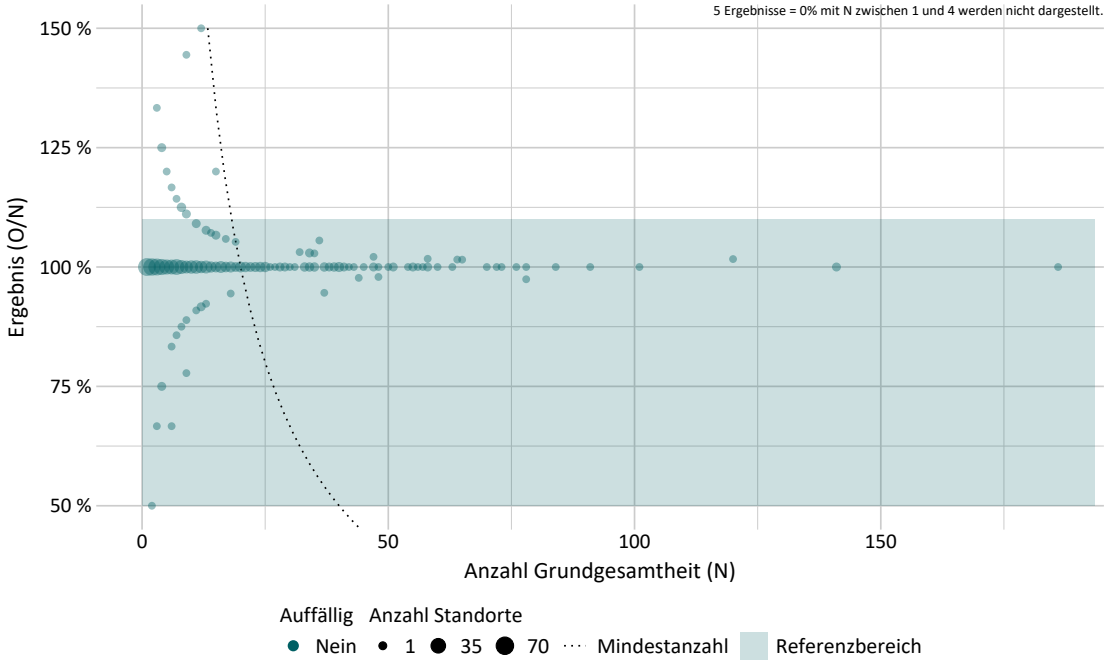
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	8.757 / 8.742	100,17	1,63 % 12 / 738

850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	738	0	0,00	150,00	100,00

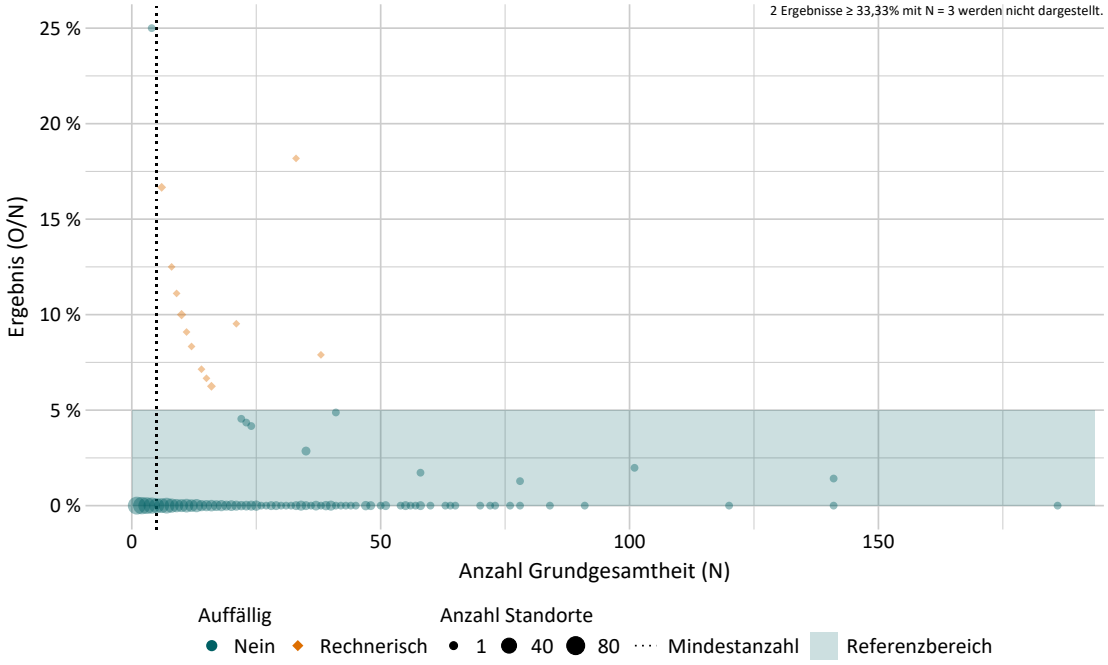
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	8.757 / 8.742	100,17	0,00 % 0 / 738

850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	738	16	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	42 / 8.742	0,48	2,17 % 16 / 738

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.715**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	145	1,66
1. Quartal	2.233	25,62
2. Quartal	2.115	24,27
3. Quartal	2.214	25,40
4. Quartal	2.008	23,04

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.715**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	315	3,61
50 - 59 Jahre	455	5,22
60 - 69 Jahre	1.163	13,34
70 - 79 Jahre	2.600	29,83
80 - 89 Jahre	3.604	41,35
≥ 90 Jahre	578	6,63
Geschlecht		
(1) männlich	4.945	56,74
(2) weiblich	3.770	43,26
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	319	3,66
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	2.999	34,41
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4.681	53,71
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	686	7,87
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	30	0,34

© IQTIG 2026

Indikation zur Revision/Explantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.715**	
Taschenproblem		
(0) kein Taschenproblem	7.316	83,95
(1) Taschenhämatom	107	1,23
(2) Aggregatperforation	254	2,91
(3) Infektion	683	7,84
(9) sonstiges Taschenproblem	355	4,07
Sondenproblem[2]		
(0) nein	2.042	23,43
(1) ja	6.673	76,57

[2] inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Taschenproblem oder Sondenproblem	**N = 7.524**	
Letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		
(1) stationär	7.099	94,35
(2) stationsersetzend/ambulant	425	5,65

Spezielle Indikation zur Revision / Explantation von Sonden

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondenproblem	**N = 6.673**	
Vorhofsonde		
(1) Dislokation	1.682	25,21
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	328	4,92
(3) fehlerhafte Konnektion	46	0,69
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	12	0,18
(5) Oversensing	76	1,14
(6) Undersensing	82	1,23
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	285	4,27
(8) Infektion	709	10,62
(9) Myokardperforation	85	1,27
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	162	2,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondenproblem	**N = 6.673**	
rechtsventrikuläre Sonde[3]		
(1) Dislokation	829	12,42
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	637	9,55
(3) fehlerhafte Konnektion	44	0,66
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	48	0,72
(5) Oversensing	149	2,23
(6) Undersensing	125	1,87
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	1.418	21,25
(8) Infektion	732	10,97
(9) Myokardperforation	223	3,34
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	≤3	x
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(99) sonstige	199	2,98

[3] inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker bzw. an der HIS-Bündel-Sonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondenproblem	**N = 6.673**	
linksventrikuläre Sonde		
(1) Dislokation	107	1,60
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	40	0,60
(3) fehlerhafte Konnektion	7	0,10
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	21	0,31
(5) Oversensing	4	0,06
(6) Undersensing	7	0,10
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	86	1,29
(8) Infektion	126	1,89
(9) Myokardperforation	5	0,07
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(99) sonstige	56	0,84

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondenproblem	**N = 6.673**	
Sonde am Leitungssystem (Conduction System Pacing)		
(1) Dislokation	64	0,96
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	8	0,12
(3) fehlerhafte Konnektion	≤3	x
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	≤3	x
(5) Oversensing	0	0,00
(6) Undersensing	0	0,00
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	22	0,33
(8) Infektion	27	0,40
(9) Myokardperforation	≤3	x
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(99) sonstige	39	0,58

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.715**	
Eingriffe (nach OPS)[4]		
(5-378.0*) Aggregatentfernung	458	5,26
(5-378.1*) Sondenentfernung	510	5,85
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung	1.179	13,53
(5-378.3*) Sondenkorrektur	2.314	26,55
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats	570	6,54
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel	1.594	18,29
(5-378.7*) Sondenwechsel	1.832	21,02
(5-378.8*) Kupplungskorrektur	46	0,53
(5-378.b*) Systemumstellung	661	7,58

[4] Mehrfachnennung möglich

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.715**	
Postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden		
(0) nein, da Explantation	1.237	14,19
(1) ja	7.478	85,81

Schrittmachersystem

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System	**N = 7.478**	
aktives System (nach dem Eingriff)		
(1) VVI (konventionell, mit intrakardialer Sonde)	984	13,16
(7) VVI (Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator)	129	1,73
(2) AAI	28	0,37
(3) DDD (konventionell, mit intrakardialer Sonde)	5.307	70,97
(8) DDD (Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator)	37	0,49
(4) VDD (konventionell, mit intrakardialer Sonde)	16	0,21
(10) VDD (Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator)	26	0,35
(5) CRT-System mit einer Vorhofsonde	760	10,16
(6) CRT-System ohne Vorhofsonde	102	1,36
(9) sonstiges	89	1,19
Sonde am Leitungssystem implantiert (Conduction System Pacing)		
(0) nein	6.973	93,25
(1) am HIS-Bündel (His Bundle Pacing)	82	1,10
(2) im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing)	423	5,66

Schrittmachersonden

Vorhofsonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (mit VDD-System (konventionell, mit intrakardialer Sonde), ohne VVI-System)	**N = 6.237**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	3.231	51,80
(1) Neuimplantation	1.616	25,91
(2) Neuplatzierung	1.193	19,13
(4) Reparatur	33	0,53
(9) sonstiges	126	2,02

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer Vorhofsonde (ohne VDD-System, VVI-System) und Angabe von Werten	2.498
Median	0,80
Mittelwert	0,82

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer Vorhofsonde (ohne VDD-System, VVI-System)	**N = 2.804**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	270	9,63
(9) aus anderen Gründen	22	0,78

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer Vorhofsonde (mit VDD-System (konventionell, mit intrakardialer Sonde), ohne VVI-System) und Angabe von Werten	2.697
Median	2,70
Mittelwert	2,98

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer Vorhofsonde (mit VDD-System (konventionell, mit intrakardialer Sonde), ohne VVI-System)	**N = 2.809**	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	48	1,71
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	35	1,25
(9) aus anderen Gründen	18	0,64

Rechtsventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer, nicht am Leitungssystem implantierter Sonde (ohne AAI-System)	**N = 6.945**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	2.793	40,22
(1) Neuimplantation	2.987	43,01
(2) Neuplatzierung	922	13,28
(4) Reparatur	40	0,58
(9) sonstiges	175	2,52

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer rechtsventrikulären, nicht am Leitungssystem implantierten Sonde (ohne AAI-System) und Angabe von Werten	3.873
Median	0,60
Mittelwert	0,72

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer rechtsventrikulären, nicht am Leitungssystem implantierten Sonde (ohne AAI-System)	**N = 3.909**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	20	0,51

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer rechtsventrikulären, nicht am Leitungssystem implantierten Sonde (ohne AAI-System) und Angabe von Werten	3.430
Median	10,50
Mittelwert	11,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer rechtsventrikulären, nicht am Leitungssystem implantierten Sonde (ohne AAI-System)	**N = 3.909**	
R-Amplitude nicht bestimmt		
(1) kein Eigenrhythmus	439	11,23
(9) aus anderen Gründen	24	0,61

Sonde am Leitungssystem (Left Bundle Branch Area Pacing)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde	**N = 423**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	98	23,17
(1) Neuimplantation	289	68,32
(2) Neuplatzierung	31	7,33
(4) Reparatur	≤3	x
(9) sonstiges	4	0,95

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde und Angabe von Werten	319
Median	0,70
Mittelwert	0,75

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde	**N = 320**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	≤3	x

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde und Angabe von Werten	256
Median	9,80
Mittelwert	10,61

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System und Neuimplantation oder Neuplatzierung einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde	**N = 320**	
R-Amplitude nicht bestimmt		
(1) kein Eigenrhythmus	62	19,38
(9) aus anderen Gründen	≤3	x

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	8.715
Median	2,00
Mittelwert	4,19
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	8.715
Median	2,00
Mittelwert	5,08
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	8.715
Median	5,00
Mittelwert	9,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.715**	
Entlassungsdiagnosen (nach ICD)[5]		
(I11.-) Hypertensive Herzkrankheit	763	8,76
(I25.-) Chronische ischämische Herzkrankheit	2.342	26,87
(I44.-) Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	3.068	35,20
(I48.-) Vorhofflattern oder Vorhofflimmern	3.423	39,28
(I49.-) Sonstige kardiale Arrhythmien	1.677	19,24
(T82.-) Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5.841	67,02
(Z45.-) Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	3.128	35,89
(Z95.-) Vorhandensein von kardialen oder vasuklären Implantaten oder Transplantaten	4.311	49,47

[5] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 8.715**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	7.245	83,13
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	391	4,49
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	10	0,11
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	37	0,42
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	590	6,77
(07) Tod	176	2,02
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[6]	13	0,15
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	108	1,24
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	129	1,48
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[7]	4	0,05
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[8]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	6	0,07
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[9]		
(1) ja	≤3	x

[6] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[7] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[8] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[9] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HSMDEF-DEFI-IMPL: Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahre 2024 und 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 6

Datengrundlagen 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 8

Übersicht über weitere Datengrundlagen 10

Ergebnisübersicht 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 14

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024 16

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 17

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 19

50055: Leitlinienkonforme Indikation 19

Details zu den Ergebnissen 22

50005: Leitlinienkonforme Systemwahl 23

Details zu den Ergebnissen 26

52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen 27

Details zu den Ergebnissen 30

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts 31

131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 31

52325: Sondendislokation oder -dysfunktion 34

131803: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden 38

Details zu den Ergebnissen 41

132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 43

Details zu den Ergebnissen 47

132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 49

Details zu den Ergebnissen 53

132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation 54

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 57

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit' ... 57
850313: Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige' ... 57
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 59
851801: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten ... 59
850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 61
850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 63
850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 65
Basisauswertung ... 67
Basisdokumentation ... 67
Patientin und Patient ... 68
Body Mass Index (BMI) ... 69
Präoperative Anamnese/Klinik ... 70
ICD-Anteil ... 72
Indikation ... 72
Grunderkrankungen ... 73
Weitere Merkmale ... 74
Schrittmacheranteil ... 76
Stimulationsbedürftigkeit ... 76
EKG-Befunde ... 76
Operation ... 79
Zugang des implantierten Systems ... 80
ICD ... 81
ICD-System ... 81
ICD-Aggregat ... 82
Sonden ... 82
Vorhofsonde ... 82
Rechtsventrikuläre Sonde ... 83
Linksventrikuläre Sonde ... 85
Sonde am Leitungssystem (Left Bundle Branch Area Pacing) ... 85
Komplikationen ... 87
Sondendislokation ... 87

Sondendysfunktion 88
Entlassung 89
Behandlungszeiten 89

Einleitung

Der plötzliche Herztod gehört zu den häufigsten Todesursachen in den westlichen Industrienationen. Bei den meisten Betroffenen sind dafür Erkrankungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit, KHK) oder des Herzmuskels (Kardiomyopathie) ursächlich. Diese können lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen (Arrhythmien) zur Folge haben. Bei einem zu langsamen Herzschlag aufgrund von Störungen der Reizbildung oder Reizleitung werden Herzschrittmacher implantiert. Hochfrequente und lebensbedrohliche Rhythmusstörungen der Herzkammern (Kammertachykardien, Kammerflattern, Kammerflimmern) können nicht mit einem Herzschrittmacher behandelt werden. In solchen Fällen kommt ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (implantable cardioverter-defibrillator, ICD) zum Einsatz, der i. d. R. zusätzlich auch alle Funktionen eines Herzschrittmachers bereitstellt.

Die Implantation eines Defibrillators ist dann angemessen, wenn durch spezielle kardiologische Untersuchungen ein hohes Risiko für gefährliche Rhythmusstörungen gesichert festgestellt wurde (Primärprävention). Wenn diese lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen bereits einmal aufgetreten sind und ihnen keine behandelbare (reversible) Ursache zugrunde liegt, erfolgt die ICD-Implantation zur Sekundärprävention. Das Aggregat kann diese lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen durch eine Schockabgabe oder eine schnelle Impulsabgabe (antitachykarde Stimulation) beenden und damit den plötzlichen Herztod verhindern.

Ein weiteres Anwendungsgebiet der ICD-Therapie ist die fortgeschrittene Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz), bei der beide Hauptkammern und/oder verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten. Diese Form der Herzschwäche kann mittels elektrischer Stimulation behandelt werden (kardiale Resynchronisationstherapie, CRT). Da die betroffenen Patientinnen und Patienten auch einem erhöhten Risiko für den plötzlichen Herztod ausgesetzt sind, werden meist Kombinationsgeräte implantiert, die eine Herzinsuffizienzbehandlung mittels Resynchronisationstherapie und die Prävention des plötzlichen Herztods durch lebensbedrohliche Rhythmusstörungen der Herzkammern verbinden (CRT-D-Aggregate).

Ein ICD wird i. d. R. unter die Haut bzw. unter den Brustmuskel im Bereich des linken Schlüsselbeins implantiert. Wie die Herzschrittmacher-Implantation ist die ICD-Implantation heutzutage ein Routineeingriff mit niedriger Komplikationsrate.

Qualitätsmerkmale einer ICD-Implantation, die in diesem Teilbereich mittels Indikatoren erfasst werden, sind:
- leitlinienkonforme Indikationsstellung
- leitlinienkonforme Auswahl des geeigneten Systems
- Erreichung akzeptabler Werte bei notwendigen intraoperativen Messungen (Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung)
- möglichst seltenes Auftreten von Komplikationen im Umfeld des Eingriffs

Seit dem Erfassungsjahr 2018 werden Daten zu Defibrillatoreneingriffen erhoben, die eine Verknüpfung der QS-Daten wiederholter stationärer Aufenthalte von Patientinnen bzw. Patienten ermöglichen. Durch dieses Follow-up können z. B. auch Komplikationen erfasst werden, die erst nach Verlassen des Krankenhauses auftreten. Die Follow-up-Indikatoren zur

Defibrillatorenversorgung, für die Daten verschiedener Eingriffsarten ausgewertet werden, sind ebenfalls dem Teilbereich Implantierbare Defibrillatoren – Implantation zugeordnet. Die externe Qualitätssicherung für die Defibrillatortherapie umfasst weiterhin nur den stationären Bereich.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen :
• QS-Dokumentationsdaten
• Standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird zusätzlich auf IKNR- sowie auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.864 20.836 28	20.874	99,95
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	669		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	688	691	99,57
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	626	628	99,68

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.964 20.931 33	20.867	100,46
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	689		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	710	707	100,42
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	644	640	100,63

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.170 18.142 28	18.156	100,08
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	665		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	681	684	99,56
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	623	625	99,68

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.142 18.142 -	18.142	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	665		

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	681	681	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	623	623	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	2.459 2.459 -	2.686	91,55
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	503		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	509	519	98,07
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	482	495	97,37

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.247 18.219 28	18.191	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	683		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	703	699	100,57
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	641	637	100,63

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.219 18.219 -	18.219	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	683		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	703	703	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	641	641	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	2.472 2.472 -	2.646	93,42
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	520		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	523	534	97,94
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	489	504	97,02

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2025.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
50055	Leitlinienkonforme Indikation	≥ 90,00 %	92,68 % O = 18.106 N = 19.537
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	Nicht definiert	94,97 % O = 19.706 N = 20.750
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	Nicht definiert	95,34 % O = 42.916 N = 45.013
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,50 %	0,80 % O = 166 N = 20.836
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	≤ 5,17 (95. Perzentil)	1,07 O/E = 148 / 138,36 0,77 % O/N = 148 / 19.232
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	Transparenzkennzahl	39,53 % O = 7.602 N = 19.232

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	≥ 83,33 % (5. Perzentil)	94,33 % O = 6.307 N = 6.686

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

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 2,81 (95. Perzentil)	1,05 O/E = 720 / 686,13 4,32 % O/N = 720 / 16.674
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	≤ 5,27 (95. Perzentil)	1,06 O/E = 137 / 129,29 0,83 % O/N = 137 / 16.557

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit'				
850313	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	≤ 8,53 % (95. Perzentil)	1,59 % 331 / 20.836	2,99 % 20 / 669

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	100,08 % 18.170 / 18.156	1,02 % 7 / 684
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	99,95 % 20.864 / 20.874	1,45 % 10 / 691
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	99,95 % 20.864 / 20.874	0,00 % 0 / 691
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,13 % 28 / 20.874	0,58 % 4 / 691

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

50055: Leitlinienkonforme Indikation

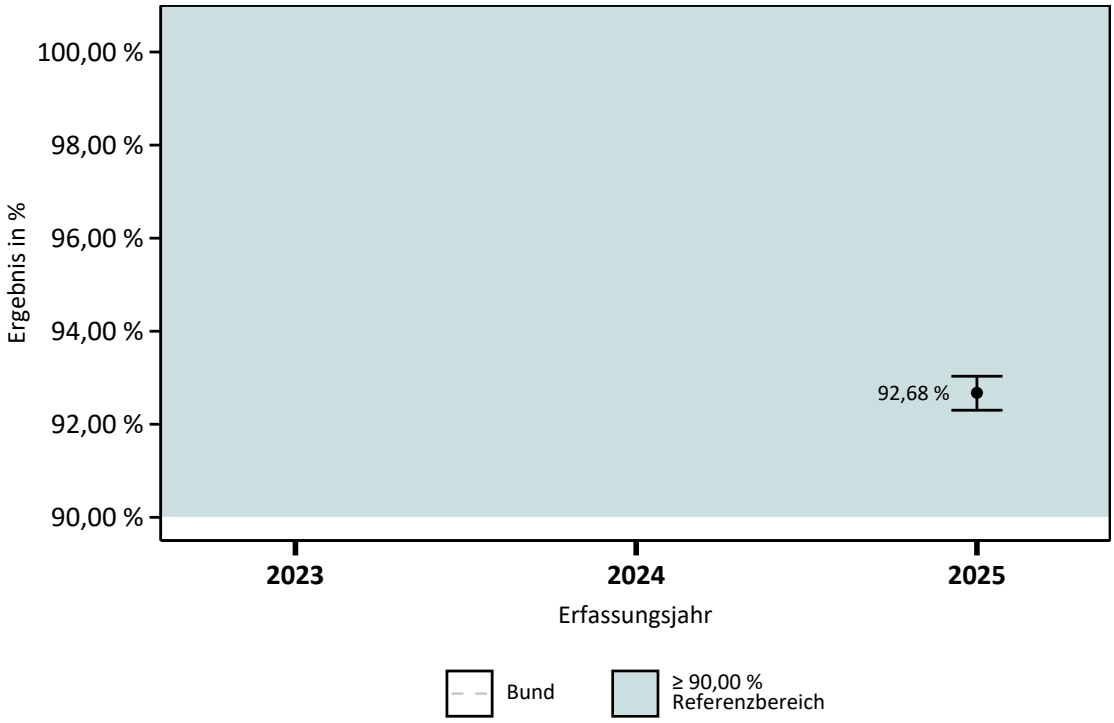
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit primärpräventiver oder sekundärpräventiver Indikation zur Defibrillator-Implantation: - Primärpräventive Indikation: wenn kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis sowie weder eine elektrophysiologische Herzerkrankung noch hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) vorliegt - Sekundärpräventive Indikation: bei Kammerflimmern oder Kammertachykardie (anhaltend oder nicht anhaltend) als indikationsbegründendes klinisches Ereignis
Zähler	Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation: Eine leitlinienkonforme Defibrillator-Indikation liegt vor, wenn (nach Defibrillator-Implantation) von einer Lebenserwartung der Patientin oder des Patienten von mindestens einem Jahr auszugehen ist, und abhängig von der spezifischen Indikation in den folgenden Fällen: - Primärpräventive leitlinienkonforme Indikation: Patientinnen und Patienten mit NYHA I, II, III oder IV (bei NYHA IV nur wenn eine CRT-Indikation vorliegt), LVEF ≤ 35% (und LVEF bekannt) sowie mit optimierter medikamentöser Herzinsuffizienztherapie seit mind. 3 Monaten (oder mit Schrittmacherindikation wegen AV-Block) - Sekundärpräventive leitlinienkonforme Indikation: Patientinnen und Patienten ohne reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie sowie ohne behandelbare idiopathische Kammertachykardie; bei nicht anhaltender Kammertachykardie nur Patientinnen und Patienten mit klinischer Symptomatik
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

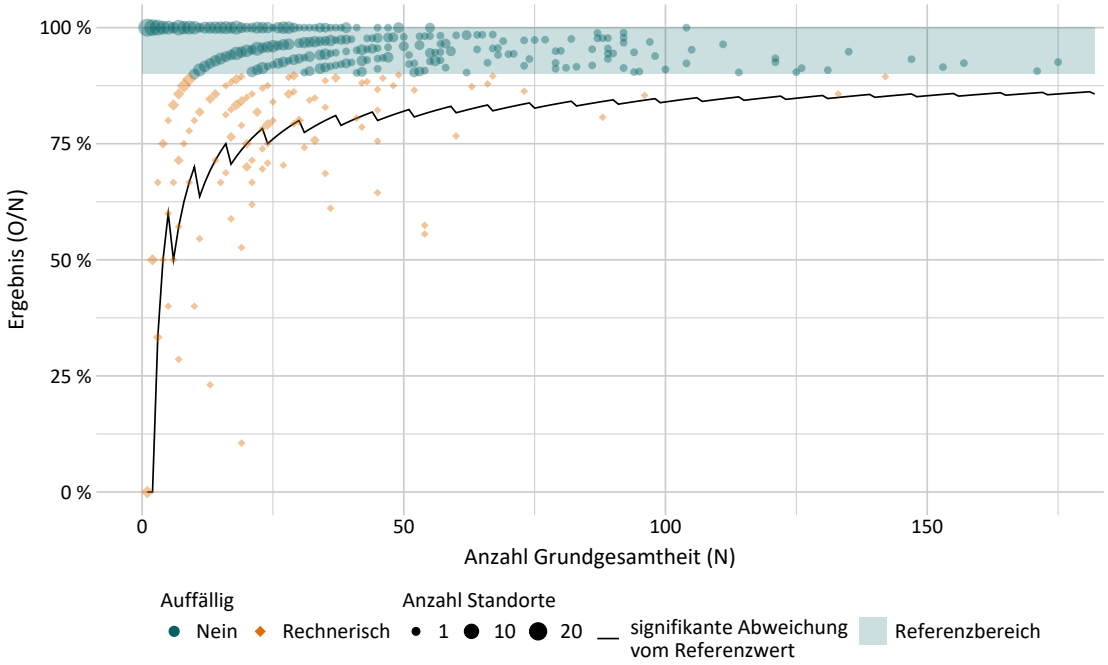
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	18.341 / 19.800	92,63	92,26 - 92,99
	2024	18.210 / 19.850	91,74	91,35 - 92,11
	2025	18.106 / 19.537	92,68	92,30 - 93,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	666	154	0,00	100,00	95,28

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 50055** **Alle Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation**	92,68 % 18.106/19.537

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 13_22061 Alle Patientinnen und Patienten ohne leitlinienkonforme Indikation zur ICD-Implantation	7,32 % 1.431/19.537
1.2.1	ID: 13_22063 Keine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr	23,62 % 338/1.431
1.2.2	ID: 13_22064 Lebenserwartung von mehr als einem Jahr	76,38 % 1.093/1.431
1.2.2.1	ID: 13_22065 Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammertachykardie	20,13 % 220/1.093
1.2.2.1.1	ID: 13_26001 keine klinische Symptomatik bei nicht anhaltender Kammertachykardie	33,64 % 74/220
1.2.2.1.2	ID: 13_26002 reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie: ja oder unbekannt	54,09 % 119/220
1.2.2.1.3	ID: 13_26003 keine behandelbare idiopathische Kammertachykardie: ja	19,09 % 42/220
1.2.2.2	ID: 13_22068 Primärprävention	79,87 % 873/1.093
1.2.2.2.1	ID: 13_22069 Keine Herzinsuffizienz (oder NYHA IV ohne CRT-Indikation)	20,85 % 182/873
1.2.2.2.2	ID: 13_22070 Keine LVEF ≤ 35 % (oder LVEF unbekannt)	30,36 % 265/873
1.2.2.2.3	ID: 13_22071 Keine optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie seit mind. 3 Monaten (und keine Schrittmacherindikation wegen AV-Block)	61,97 % 541/873

50005: Leitlinienkonforme Systemwahl

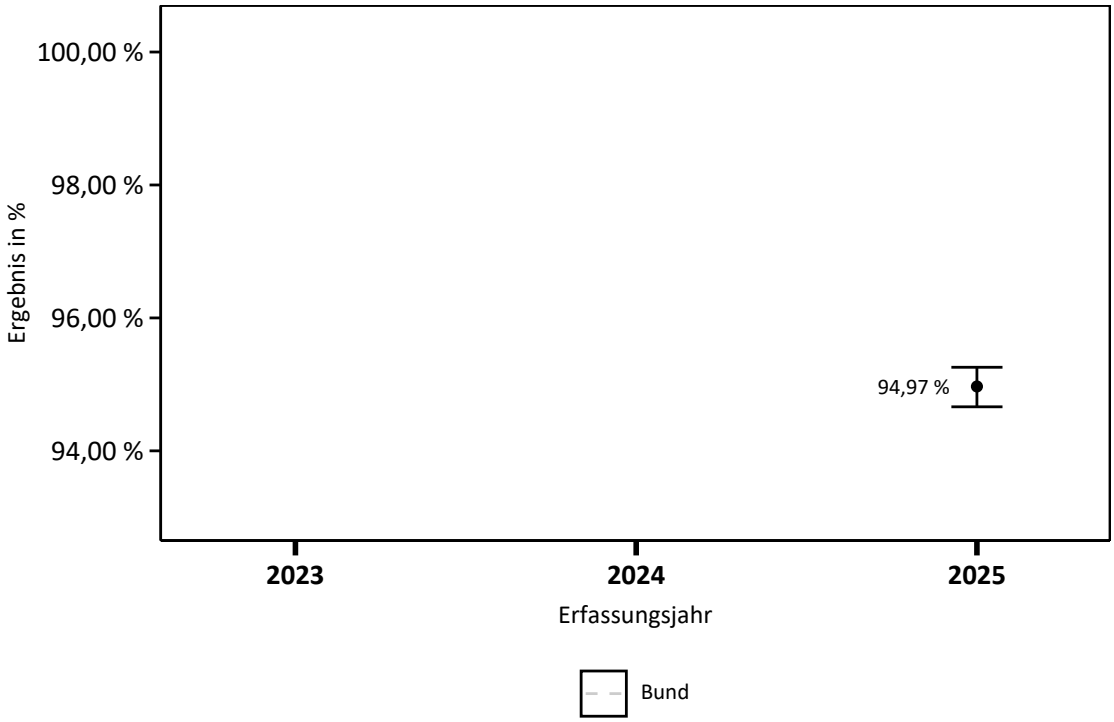
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD,DDD), CRT-System oder subkutanem ICD
Zähler	Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

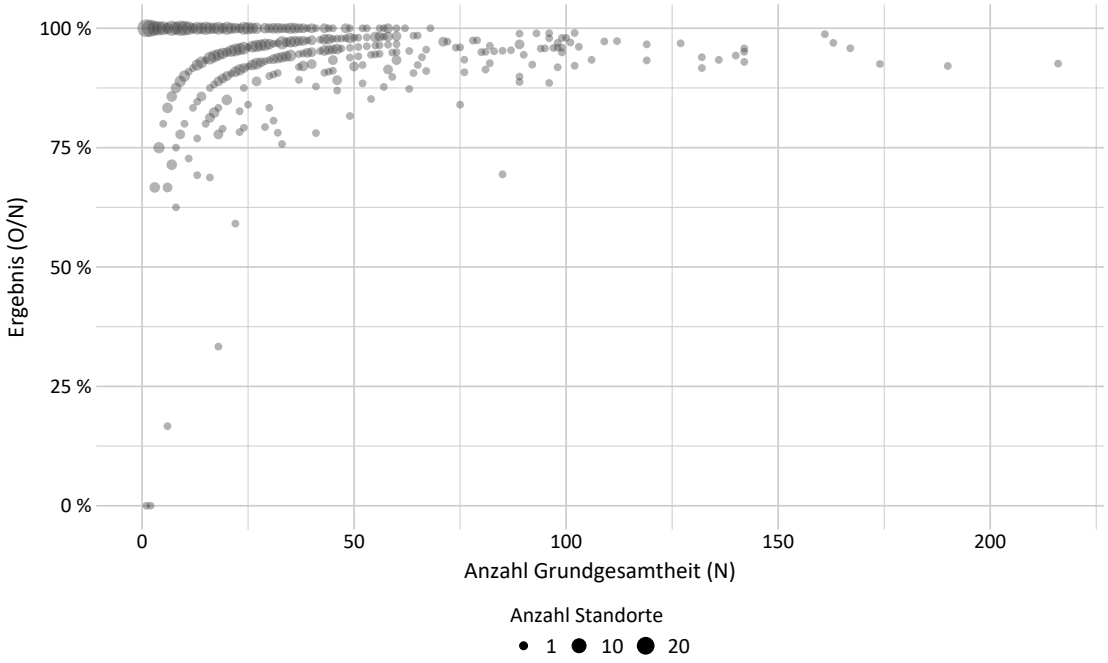
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	19.513 / 20.744	94,07	93,74 - 94,38
	2024	19.708 / 20.863	94,46	94,15 - 94,77
	2025	19.706 / 20.750	94,97	94,66 - 95,26

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	669	0	0,00	100,00	96,97

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 50005** **Alle Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl bei implantiertem Einkammer-, Zweikammer-, CRT-System oder subkutanem ICD**	94,97 % 19.706/20.750
2.1.1	ID: 13_22074 Patientinnen und Patienten mit implantiertem VVI-System	32,92 % 6.830/20.750
2.1.1.1	ID: 13_22075 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	96,78 % 6.610/6.830
2.1.2	ID: 13_22076 Patientinnen und Patienten mit implantiertem DDD-System	21,03 % 4.363/20.750
2.1.2.1	ID: 13_22077 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	89,39 % 3.900/4.363
2.1.3	ID: 13_22078 Patientinnen und Patienten mit implantiertem VDD-System	2,38 % 493/20.750
2.1.3.1	ID: 13_22079 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	95,33 % 470/493
2.1.4	ID: 13_22080 Patientinnen und Patienten mit implantiertem CRT-System mit einer Vorhofsonde	33,46 % 6.942/20.750
2.1.4.1	ID: 13_22081 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	97,34 % 6.757/6.942
2.1.5	ID: 13_22082 Patientinnen und Patienten mit implantiertem CRT-System ohne Vorhofsonde	2,50 % 518/20.750
2.1.5.1	ID: 13_22083 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	81,27 % 421/518
2.1.6	ID: 13_22084 Patientinnen und Patienten mit subkutanem ICD	7,73 % 1.604/20.750
2.1.6.1	ID: 13_22085 davon mit leitlinienkonformer Systemwahl	96,51 % 1.548/1.604

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	ID: 13_22086 Alle Patientinnen und Patienten ohne leitlinienkonforme Systemwahl bei implantiertem Einkammer-, Zweikammer-, CRT-System oder subkutanem ICD	5,03 % 1.044/20.750
2.2.1	ID: 13_22087 davon Patientinnen und Patienten mit unbekannter LVEF	7,76 % 81/1.044

52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

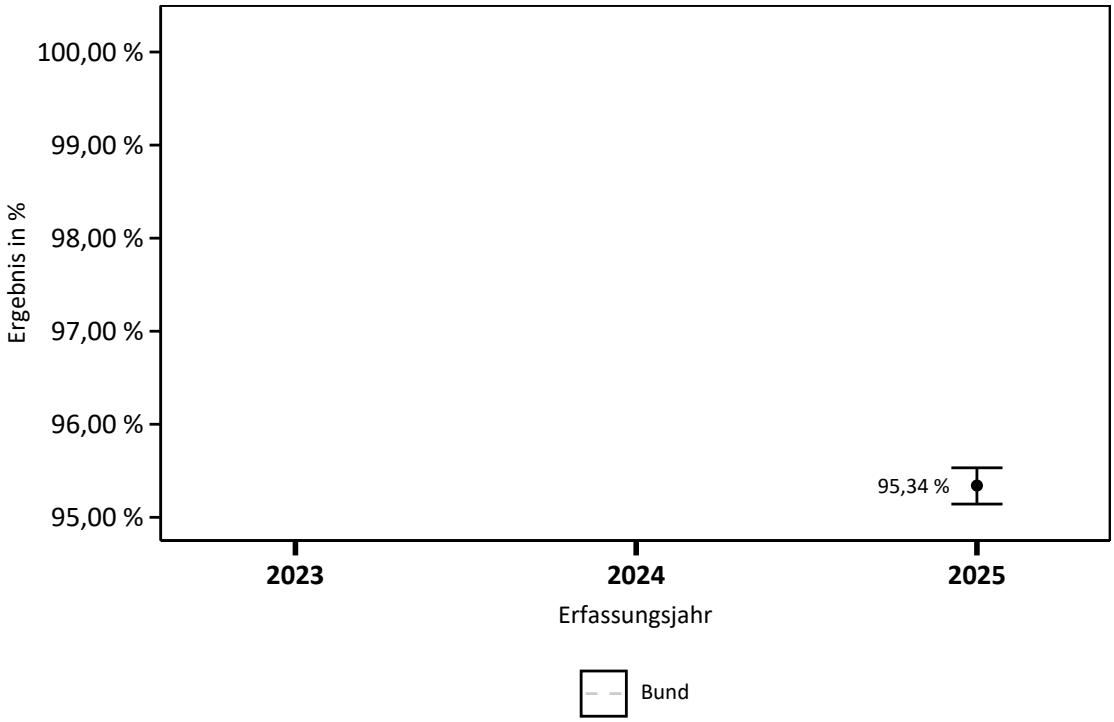
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss: - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus
Zähler	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: - Reizschwelle bei Vorhofsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - Reizschwelle bei Ventrikelsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden: ≥ 1,5 mV - R-Amplitude bei Ventrikelsonden: ≥ 4,0 mV
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

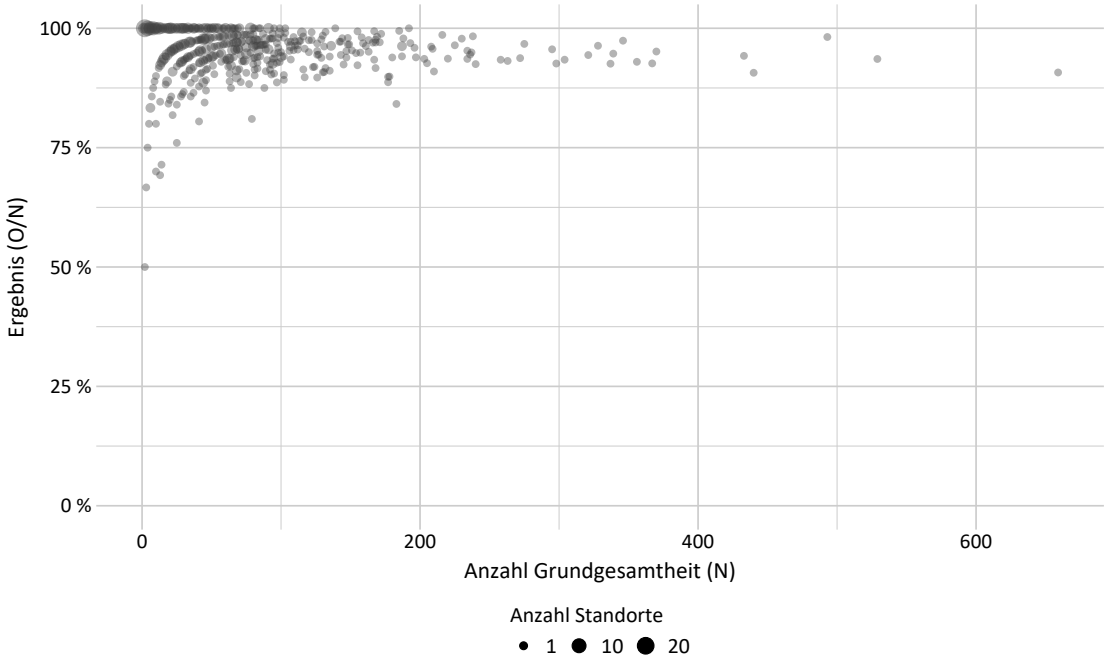
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	- / -	-	-
	2025	42.916 / 45.013	95,34	95,14 - 95,53

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	638	0	50,00	100,00	96,77

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 52316** **Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**	95,34 % 42.916/45.013
3.1.1	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden (ohne Sonden am Leitungssystem)	
3.1.1.1	ID: 13_22212 Implantation	95,34 % 33.706/35.353
3.1.1.2	ID: 13_22211 Revision/Systemumstellung	95,54 % 7.798/8.162
3.1.1.3	ID: 13_22130 Alle Eingriffe	95,38 % 41.504/43.515

3.1.2 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhofsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Implantation	ID: 13_22220 97,18 % 9.856/10.142	ID: 13_22218 89,92 % 10.379/11.543
Revision/Systemumstellung	ID: 13_22219 96,08 % 1.497/1.558	ID: 13_22217 88,20 % 1.487/1.686
Alle Eingriffe	ID: 13_22131 97,03 % 11.353/11.700	ID: 13_22132 89,70 % 11.866/13.229

3.1.3 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Ventrikelsonden Ergebnis Bund (gesamt)	**Reizschwelle**	**Amplitude**
Implantation	ID: 13_22216 98,86 % 6.921/7.001	ID: 13_22214 98,25 % 6.550/6.667
Revision/Systemumstellung	ID: 13_22215 98,46 % 2.489/2.528	ID: 13_22213 97,28 % 2.325/2.390
Alle Eingriffe	ID: 13_22133 98,75 % 9.410/9.529	ID: 13_22134 97,99 % 8.875/9.057

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

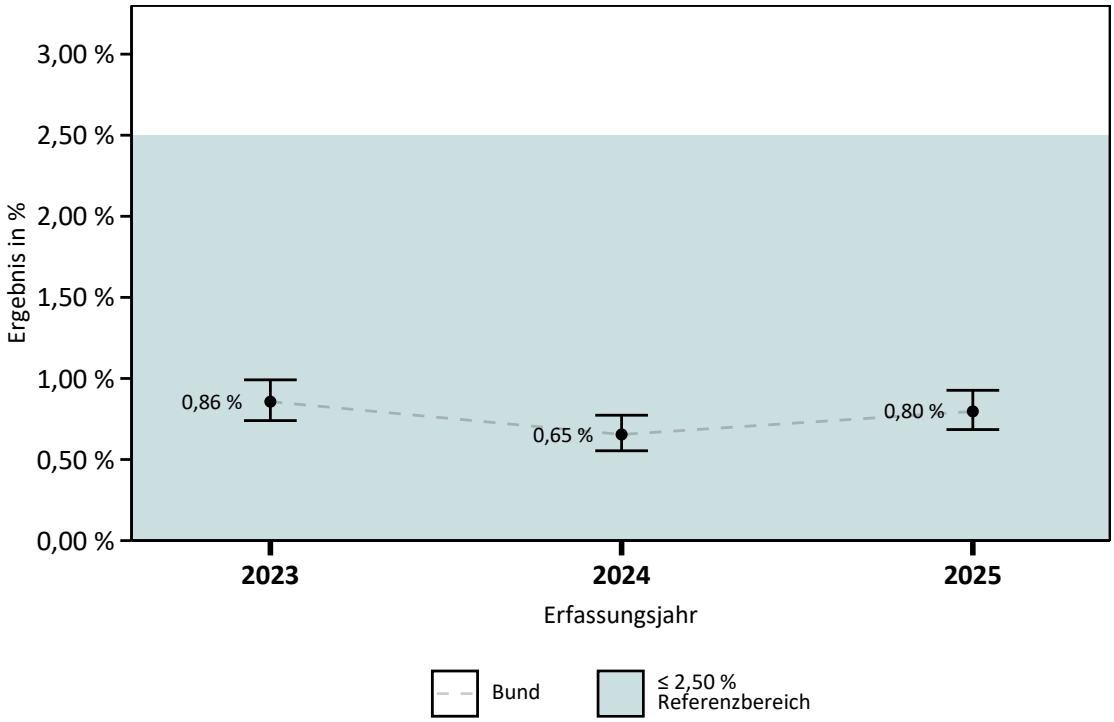
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	≤ 2,50 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

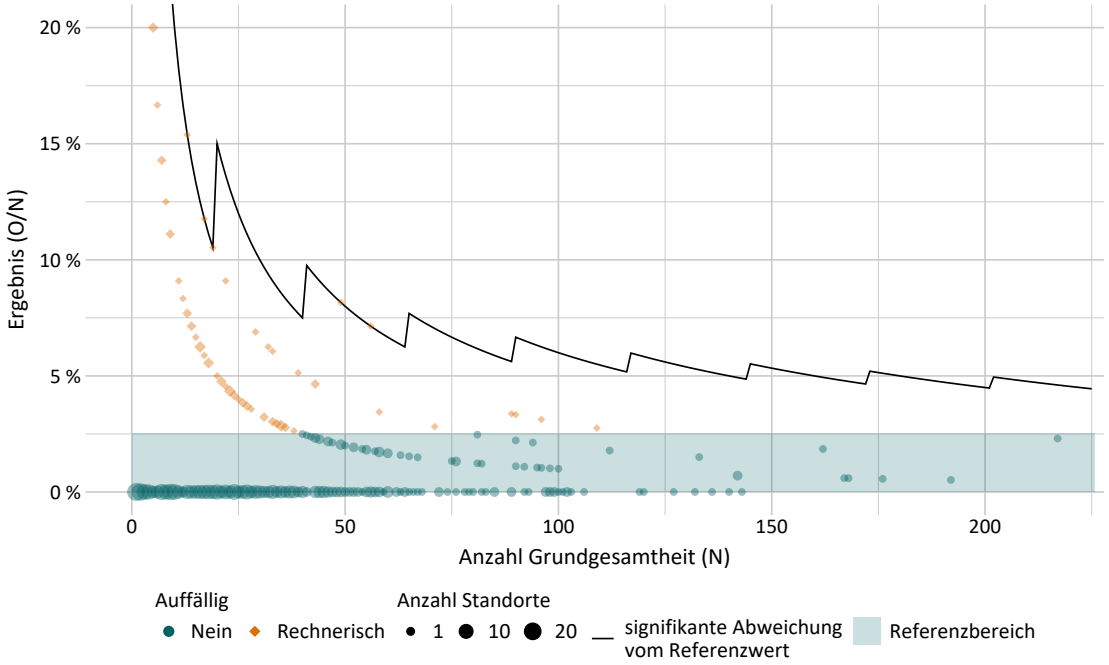
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	178 / 20.780	0,86	0,74 - 0,99
	2024	137 / 20.931	0,65	0,55 - 0,77
	2025	166 / 20.836	0,80	0,68 - 0,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	669	77	0,00	20,00	0,00

52325: Sondendislokation oder -dysfunktion

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ohne S-ICD-System
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für ID 52325
Referenzbereich	≤ 5,17 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter linear bis 65 Jahre BMI linear Diabetes mellitus Vorhofflimmern System: Einkammer- oder VDD-System
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

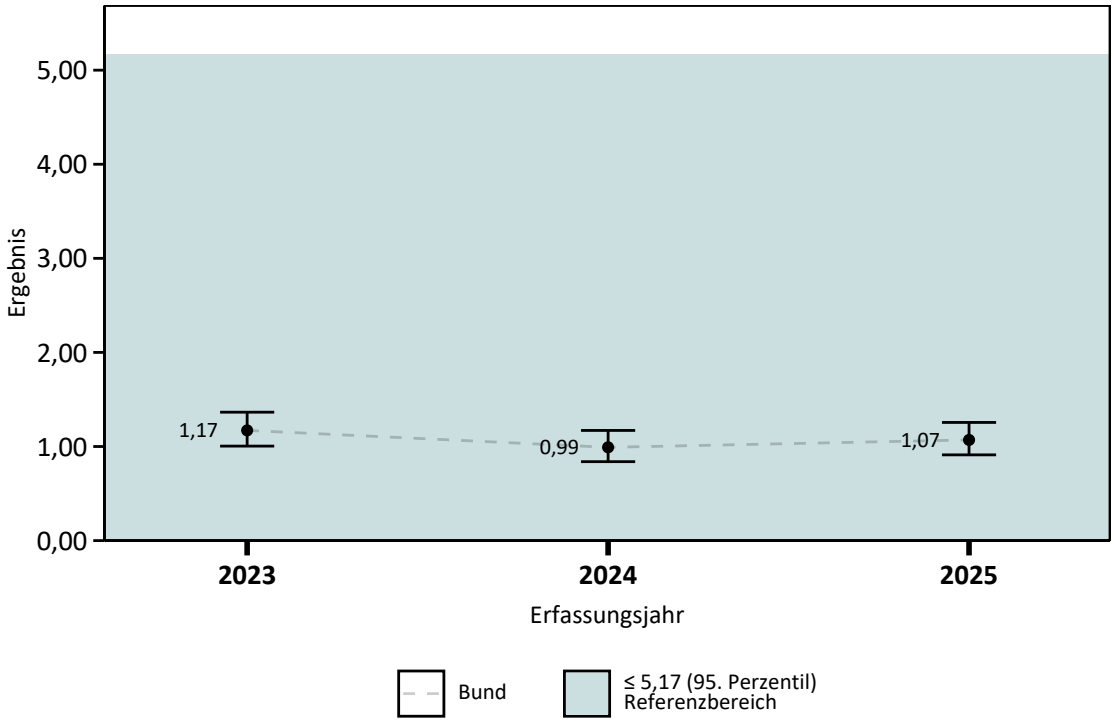
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	19.475	162 / 138,35	1,17	1,00 - 1,36
	2024	19.500	137 / 138,21	0,99	0,84 - 1,17
	2025	19.232	148 / 138,36	1,07	0,91 - 1,26

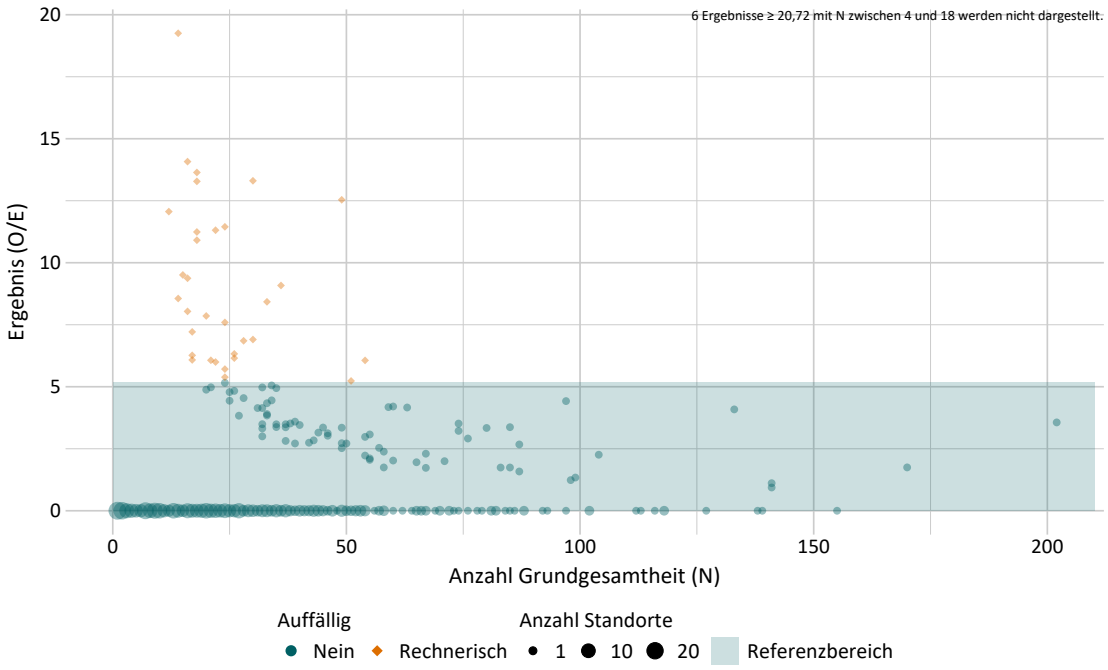
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

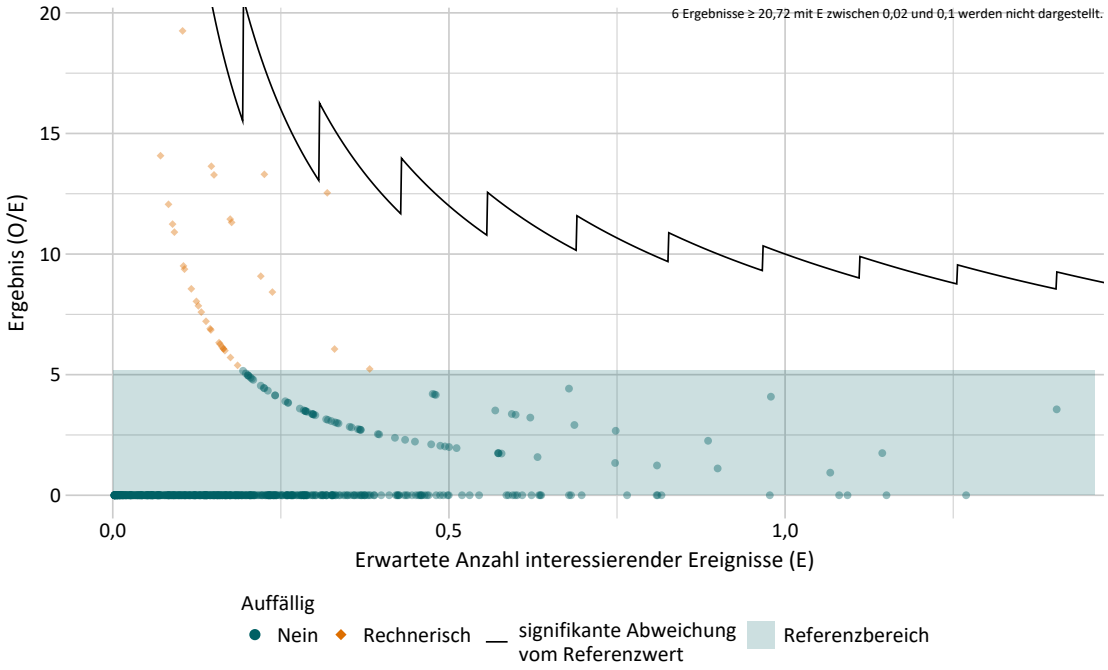
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



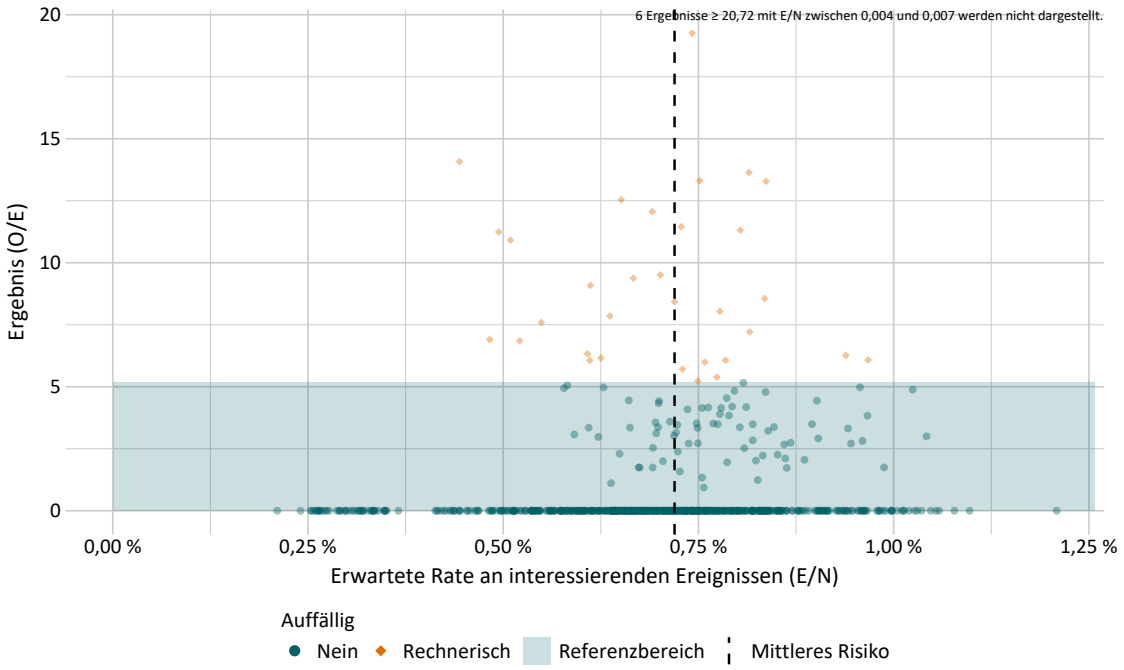
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	668	38	0,00	50,81	0,00

131803: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden

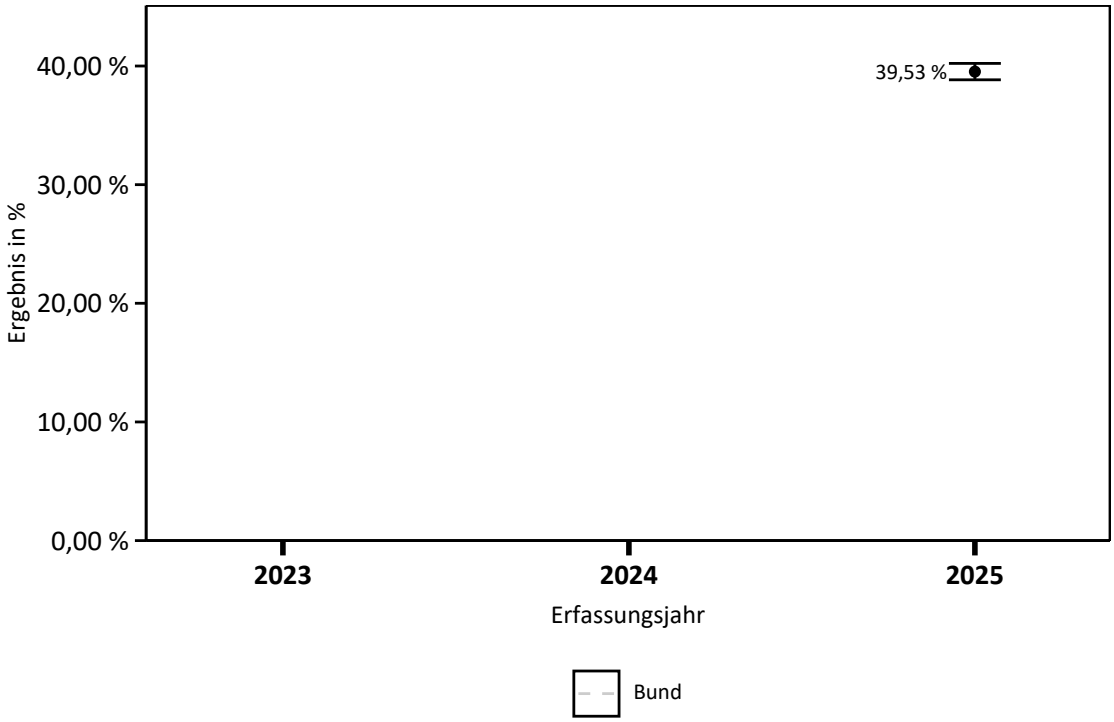
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten (außer Patientinnen und Patienten mit implantiertem S-ICD)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

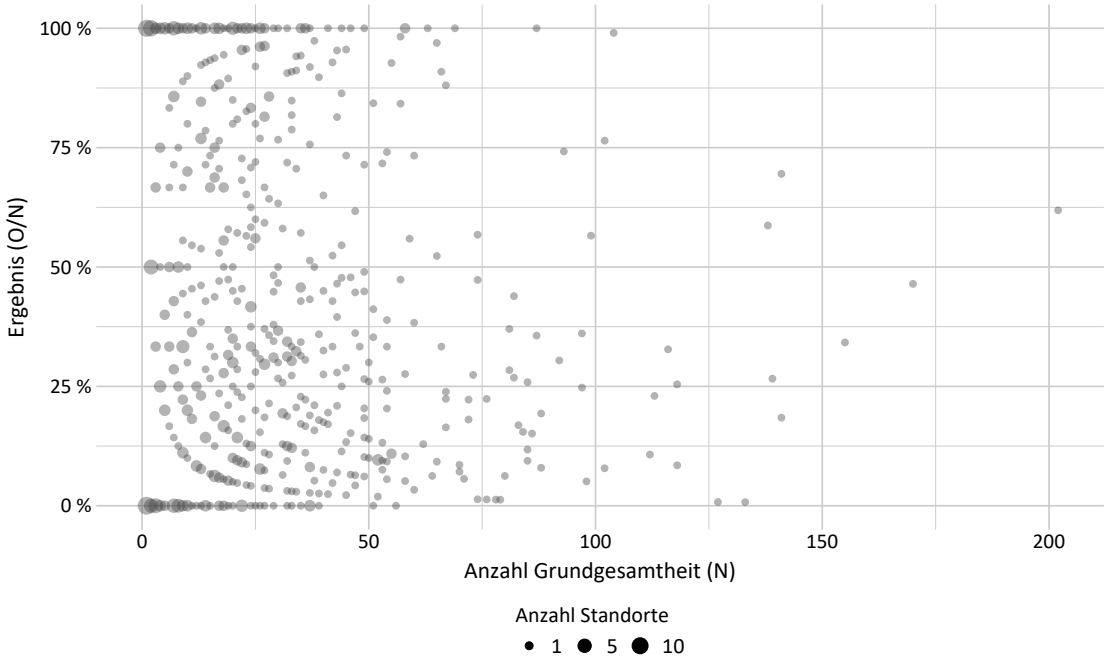
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	- / -	-	-
	2025	7.602 / 19.232	39,53	38,84 - 40,22

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	668	0	0,00	100,00	33,33

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 13_22135 Patientinnen und Patienten mit mind. einer peri- oder postoperativen Komplikation (bis zur Entlassung)	1,48 % 309/20.836

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	**ID: 131802** **Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)**	0,80 % 166/20.836
4.2.1	ID: 13_22136 Kardiopulmonale Reanimation	0,10 % 20/20.836
4.2.2	ID: 13_22137 Interventionspflichtiger Pneumothorax	0,32 % 67/20.836
4.2.2.1	ID: 13_22138 davon Zugang beim Vorschieben der Sonden ausschließlich über Vena subclavia	67,16 % 45/67
4.2.3	ID: 13_22139 Interventionspflichtiger Hämatothorax	x % ≤3/20.836
4.2.3.1	ID: 13_22140 davon Zugang beim Vorschieben der Sonden ausschließlich über Vena subclavia	x % ≤3
4.2.4	ID: 13_22141 Interventionspflichtiger Perikarderguss	0,12 % 26/20.836
4.2.5	ID: 13_22142 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,12 % 26/20.836
4.2.6	ID: 13_22143 Postoperative Wundinfektion	0,02 % 5/20.836
4.2.7	ID: 13_22148 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,13 % 27/20.836

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Sondendislokation oder -dysfunktion	
4.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.3.1.1	ID: O_52325 O/N (observed, beobachtet)	0,77 % 148/19.232

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3.1.2	ID: E_52325 E/N (expected, erwartet)	0,72 % 138,36/19.232
4.3.1.3	**ID: 52325** **O/E[1]**	1,07
4.3.1.3.1	ID: 13_22149 Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	0,62 % 119/19.232
4.3.1.3.1.1	ID: 13_22150 Dislokation der Vorhofsonde	0,34 % 65/19.232
4.3.1.3.1.2	ID: 13_22151 Dislokation der Ventrikelsonde(n)	0,30 % 57/19.232
4.3.1.3.2	ID: 13_22152 Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	0,15 % 29/19.232
4.3.1.3.2.1	ID: 13_22153 Dysfunktion der Vorhofsonde	0,03 % 6/19.232
4.3.1.3.2.2	ID: 13_22154 Dysfunktion der Ventrikelsonde(n)	0,14 % 26/19.232

[1] Ausschluss von Patienten mit S-ICD-System

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	**ID: 131803** **Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden**	39,53 % 7.602/19.232
4.4.1	ID: 13_22155 davon Patientinnen und Patienten mit interventionspflichtigem Pneumothorax	0,58 % 44/7.602
4.4.2	ID: 13_22156 davon Patientinnen und Patienten mit interventionspflichtigem Hämatothorax	x % ≤3/7.602

132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation dokumentierten) ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2024), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 132001
Referenzbereich	≤ 2,81 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung der Art des Systems (Anzahl der Sonden) und des Geschlechts des Patienten
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

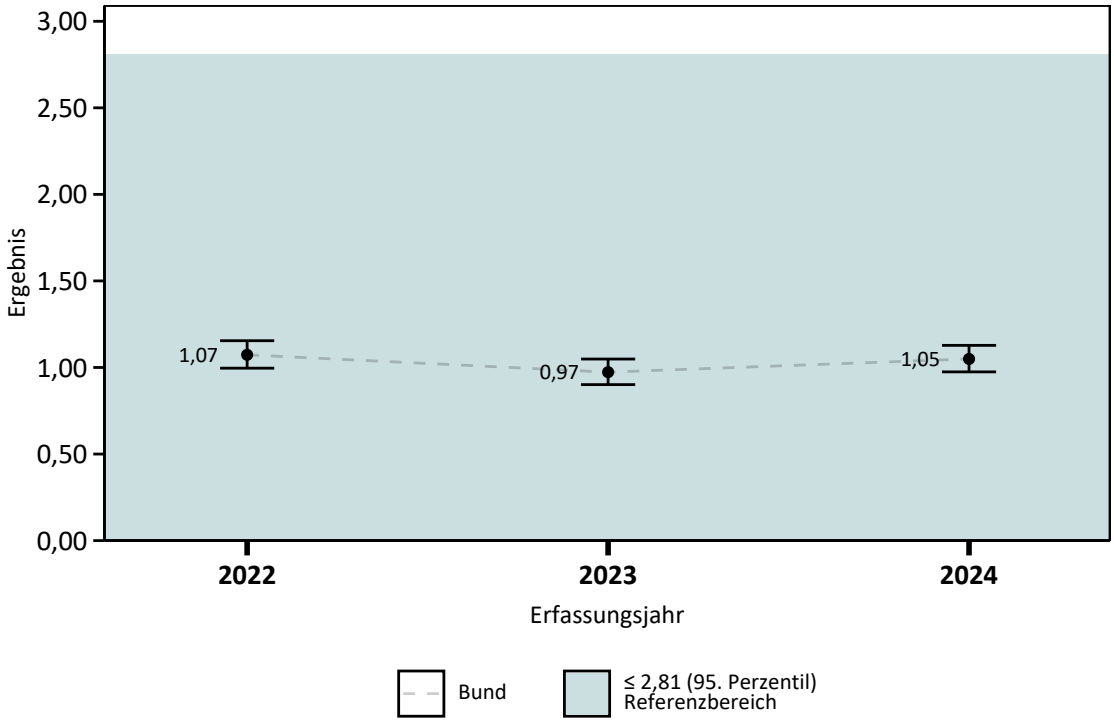
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	15.876	702 / 654,08	1,07	1,00 - 1,15
	2023	16.568	667 / 685,44	0,97	0,90 - 1,05
	2024	16.674	720 / 686,13	1,05	0,97 - 1,13

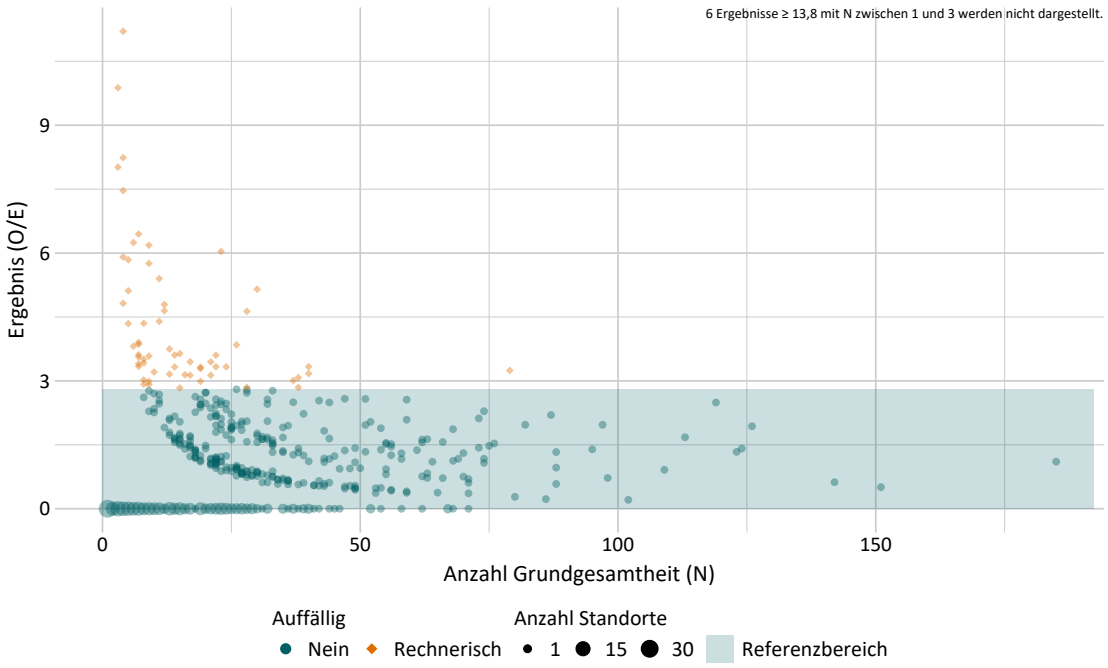
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

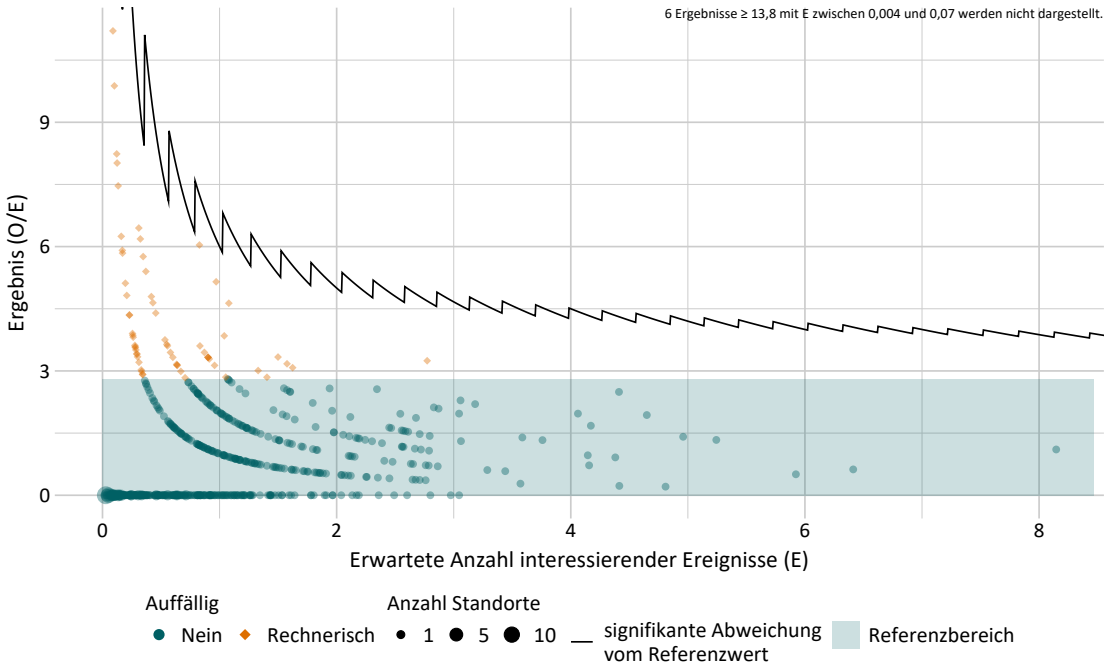
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



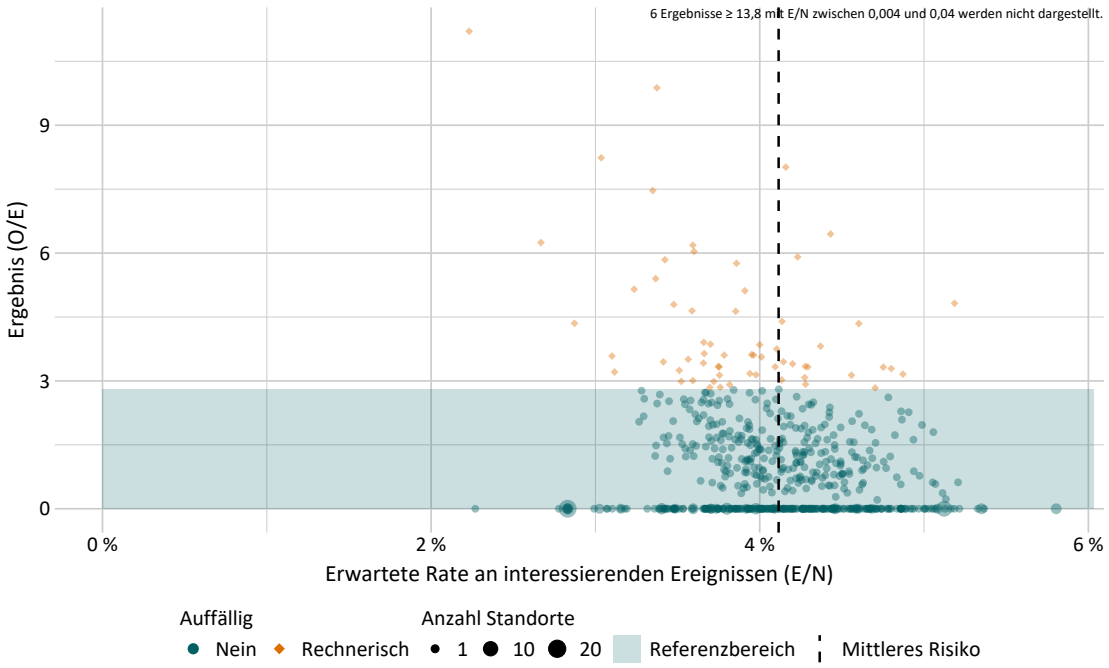
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	683	68	0,00	231,37	0,43

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell[2]	
5.1.1	ID: O_132001 O/N (observed, beobachtet)	4,32 % 720/16.674
5.1.2	ID: E_132001 E/N (expected, erwartet)	4,11 % 686,13/16.674
5.1.3	**ID: 132001** **O/E**	1,05

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	Patientinnen und Patienten mit prozedurassoziiertem Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	
5.3.1	Prozedurassoziierte Probleme an der Aggregattasche	
5.3.1.1	ID: 13_22185 Taschenhämatom	0,09 % 14/16.674
5.3.1.2	ID: 13_22186 sonstiges Taschenproblem	0,16 % 25/16.674
5.3.2	Prozedurassoziierte Sondenprobleme	
5.3.2.1	ID: 13_22187 Dislokation	2,11 % 347/16.674
5.3.2.2	ID: 13_22188 Sondenbruch/Isolationsdefekt	0,50 % 82/16.674
5.3.2.3	ID: 13_22189 fehlerhafte Konnektion	0,07 % 12/16.674
5.3.2.4	ID: 13_22190 Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	0,11 % 18/16.674
5.3.2.5	ID: 13_22191 Oversensing	0,13 % 21/16.674
5.3.2.6	ID: 13_22192 Undersensing	0,25 % 41/16.674
5.3.2.7	ID: 13_22193 Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg	0,79 % 128/16.674
5.3.2.8	ID: 13_22194 Myokardperforation	0,19 % 31/16.674
5.3.2.9	ID: 13_26000 ineffektive Defibrillation	0,03 % 5/16.674

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3.2.10	ID: 13_22196 sonstiges Sondenproblem	0,23 % 38/16.674

132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation dokumentierten) ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2024), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von Infektion oder Aggregatperforation durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 132002
Referenzbereich	≤ 5,27 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung des Status zu Diabetes mellitus und Geschlecht des Patienten
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2025

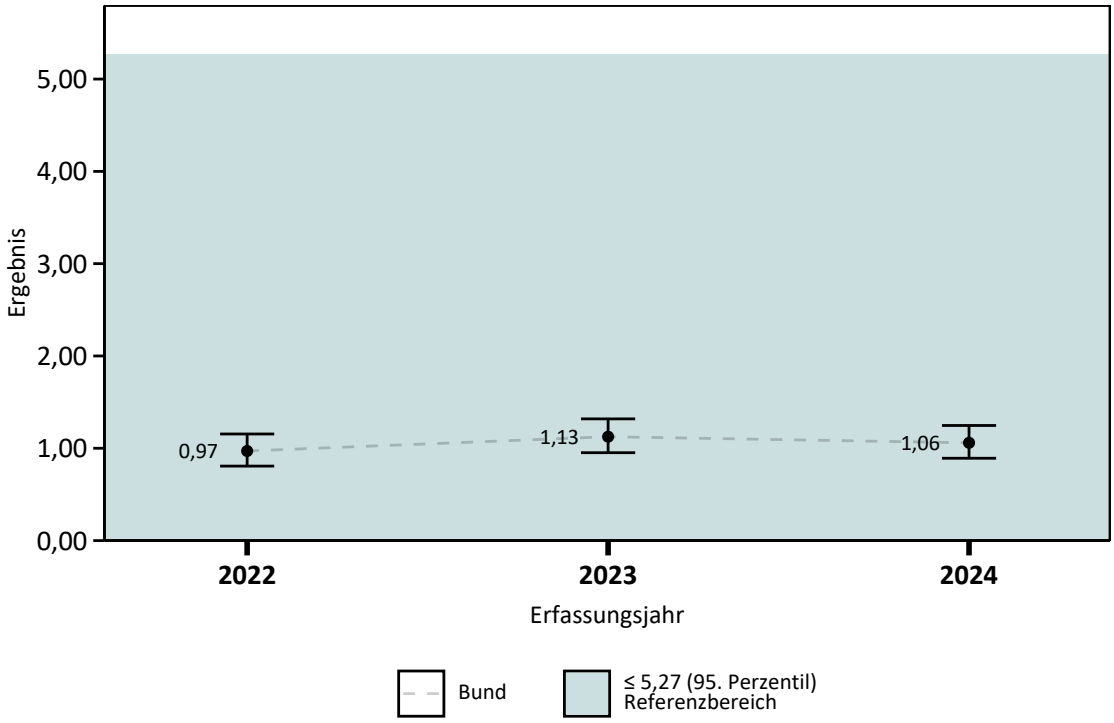
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2022**	15.765	120 / 123,61	0,97	0,81 - 1,15
	2023	16.466	145 / 128,85	1,13	0,95 - 1,32
	2024	16.557	137 / 129,29	1,06	0,89 - 1,25

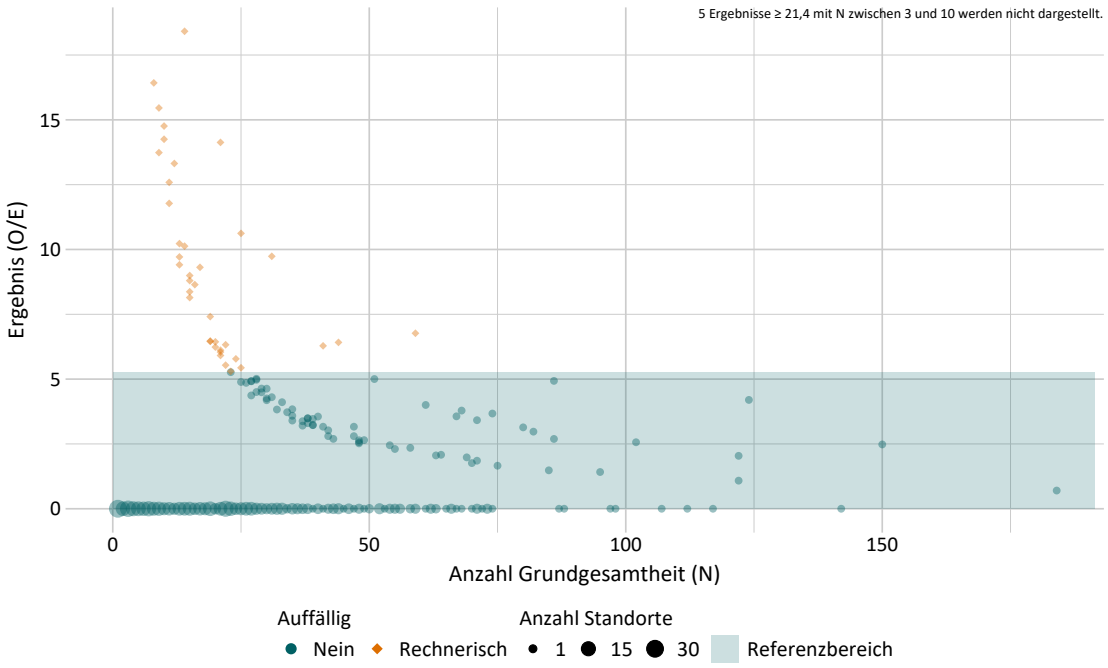
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

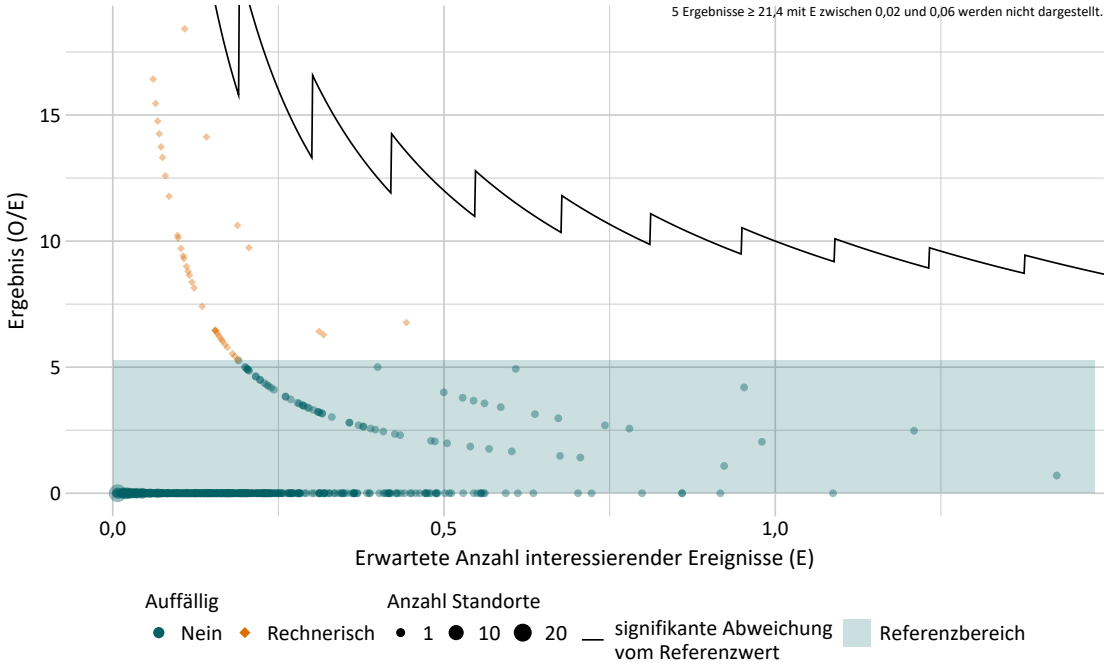
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



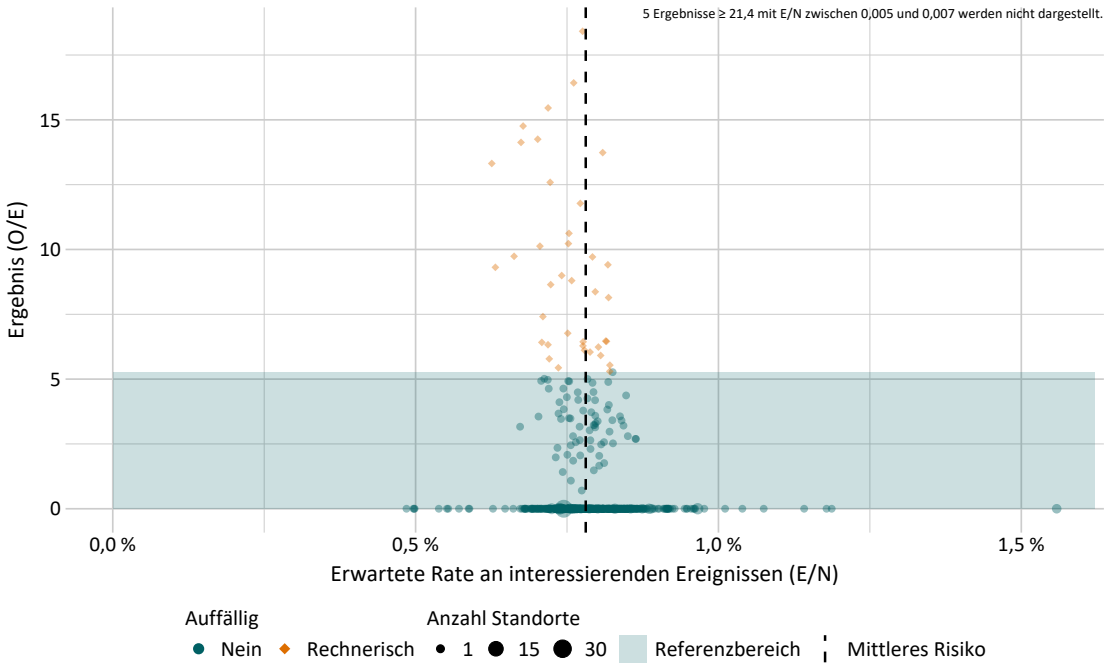
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	682	43	0,00	63,48	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell[3]	
6.1.1	ID: O_132002 O/N (observed, beobachtet)	0,83 % 137/16.557
6.1.2	ID: E_132002 E/N (expected, erwartet)	0,78 % 129,29/16.557
6.1.3	**ID: 132002** **O/E**	1,06

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.3	Patientinnen und Patienten mit Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff	
6.3.1	Infektion oder Aggregatperforation an der Aggregattasche	
6.3.1.1	ID: 13_22208 Infektion an Aggregattasche	0,62 % 99/16.557
6.3.1.2	ID: 13_22209 Aggregatperforation	0,08 % 12/16.557
6.3.2	ID: 13_22210 Sondeninfektion	0,70 % 112/16.557

132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

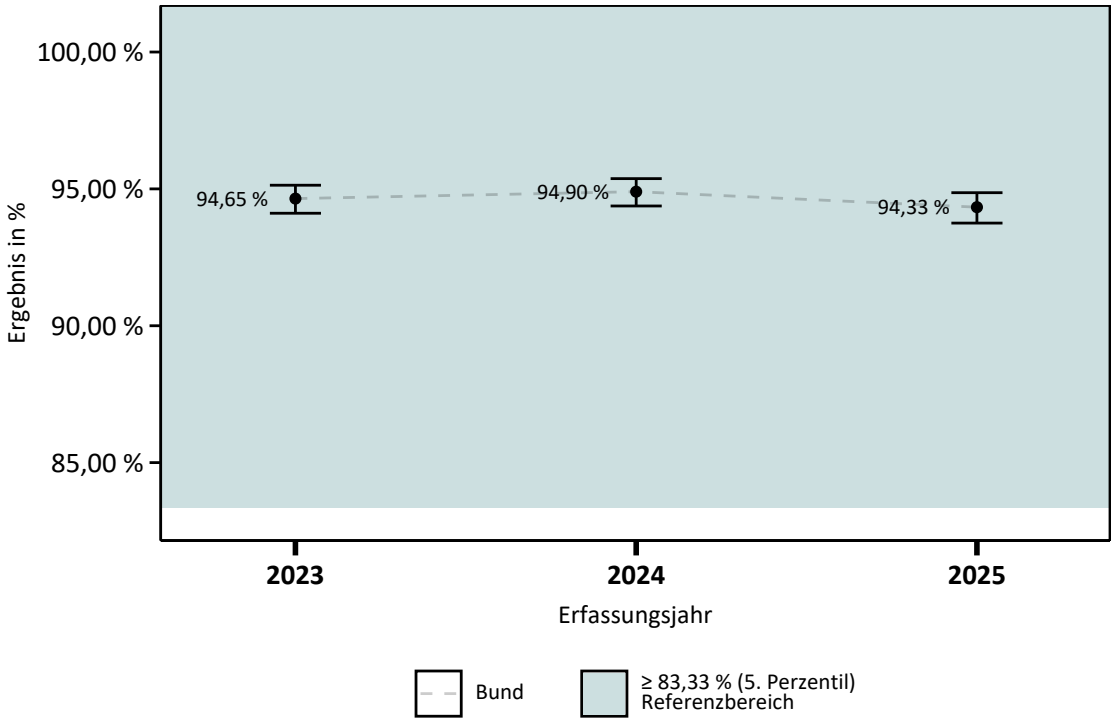
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem CRT-System (exklusive Patientinnen und Patienten mit Sonde am Leitungssystem, Conduction System Pacing)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit aktiver linksventrikulärer Sonde bei Entlassung
Referenzbereich	≥ 83,33 % (5. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

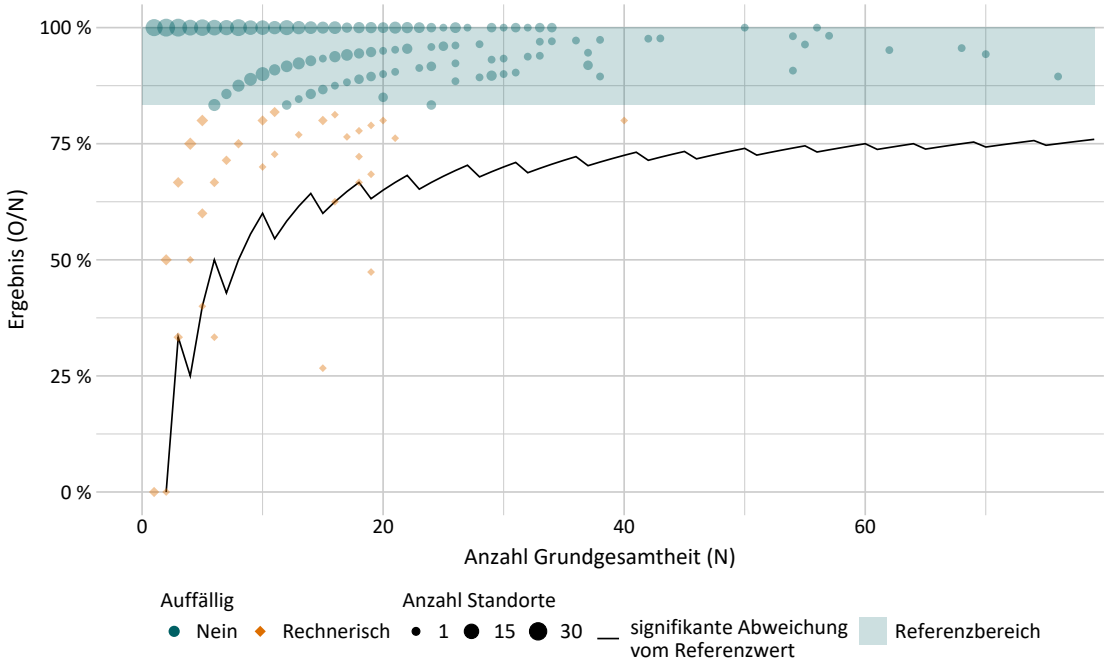
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	7.052 / 7.451	94,65	94,11 - 95,13
	2024	7.069 / 7.449	94,90	94,38 - 95,38
	2025	6.307 / 6.686	94,33	93,75 - 94,86

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	570	65	0,00	100,00	100,00

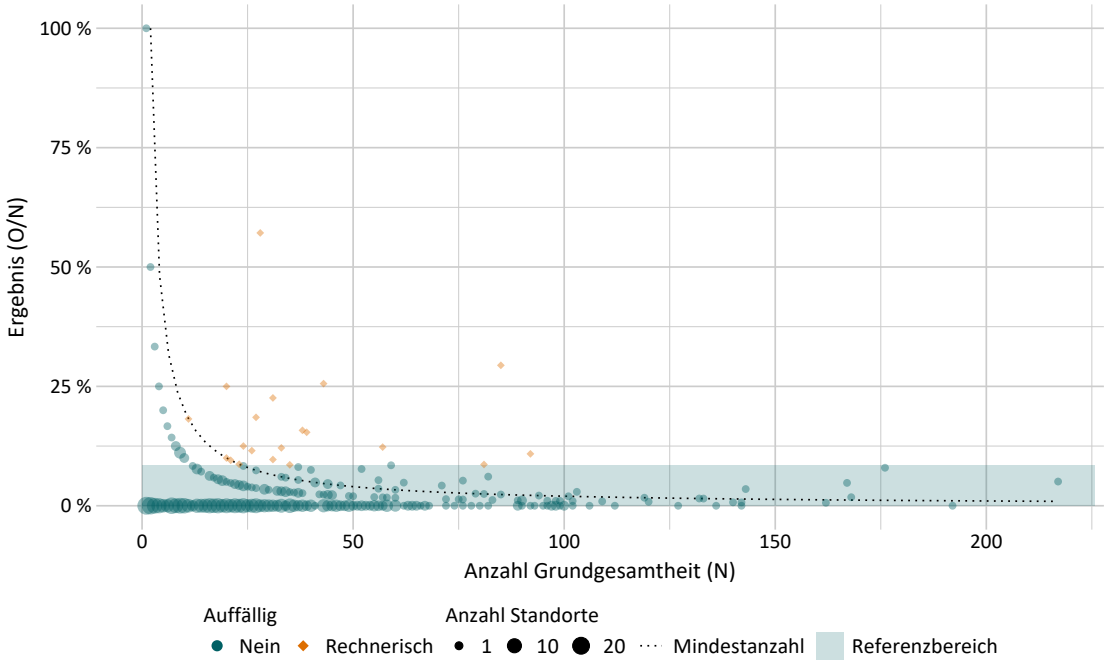
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit'

850313: Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das indikationsbegründende klinische Ereignis ist ein Datenfeld, das zur Berechnung des Qualitätsindikators der leitlinienkonformen Indikationsstellung von zentraler Bedeutung ist. Wird in vielen Fällen ein sonstiges indikationsbegründendes klinisches Ereignis dokumentiert, ist eine korrekte Berechnung dieses Indikators deshalb nicht mehr möglich. **Hypothese** Der Schlüsseleintrag „sonstige“ wird zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	50055: Leitlinienkonforme Indikation
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Fälle mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis 'sonstiges'
Referenzbereich	≤ 8,53 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	669	20	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

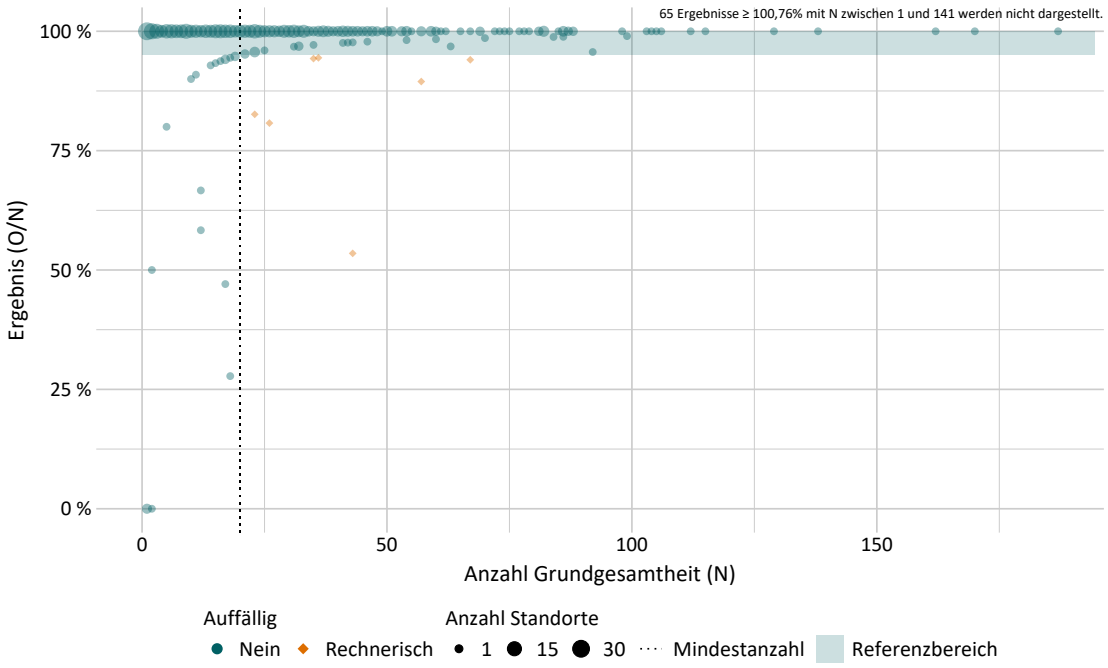
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	331 / 20.836	1,59	2,99 % 20 / 669

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

851801: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. **Hypothese** Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	684	7	0,00	200,00	100,00

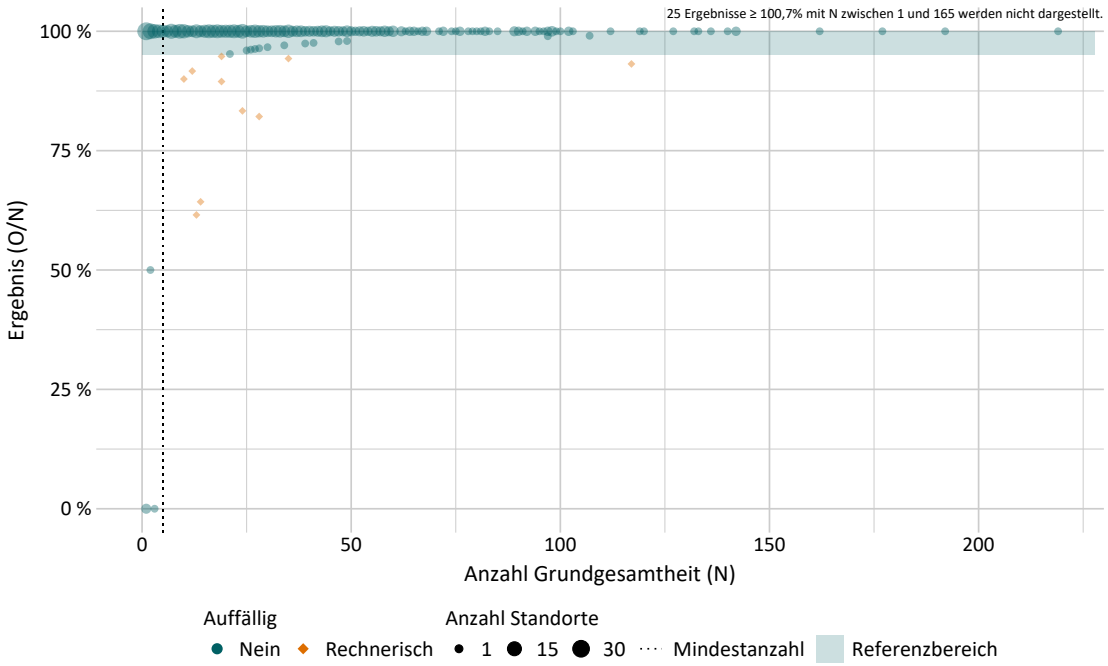
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	18.170 / 18.156	100,08	1,02 % 7 / 684

850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	691	10	0,00	200,00	100,00

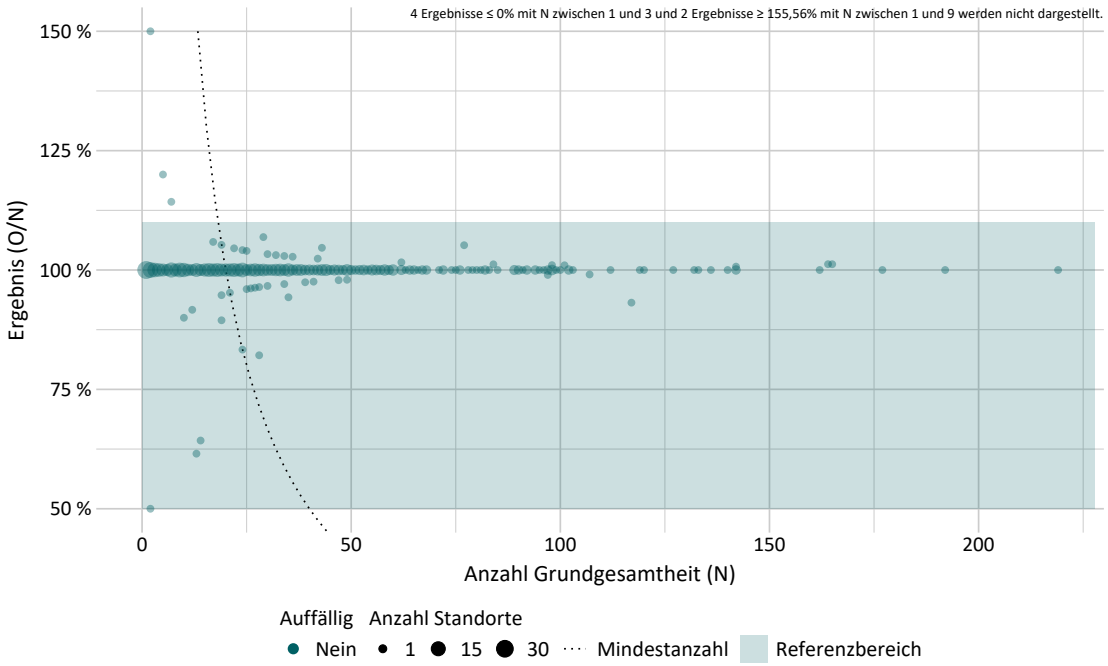
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	20.864 / 20.874	99,95	1,45 % 10 / 691

850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	691	0	0,00	200,00	100,00

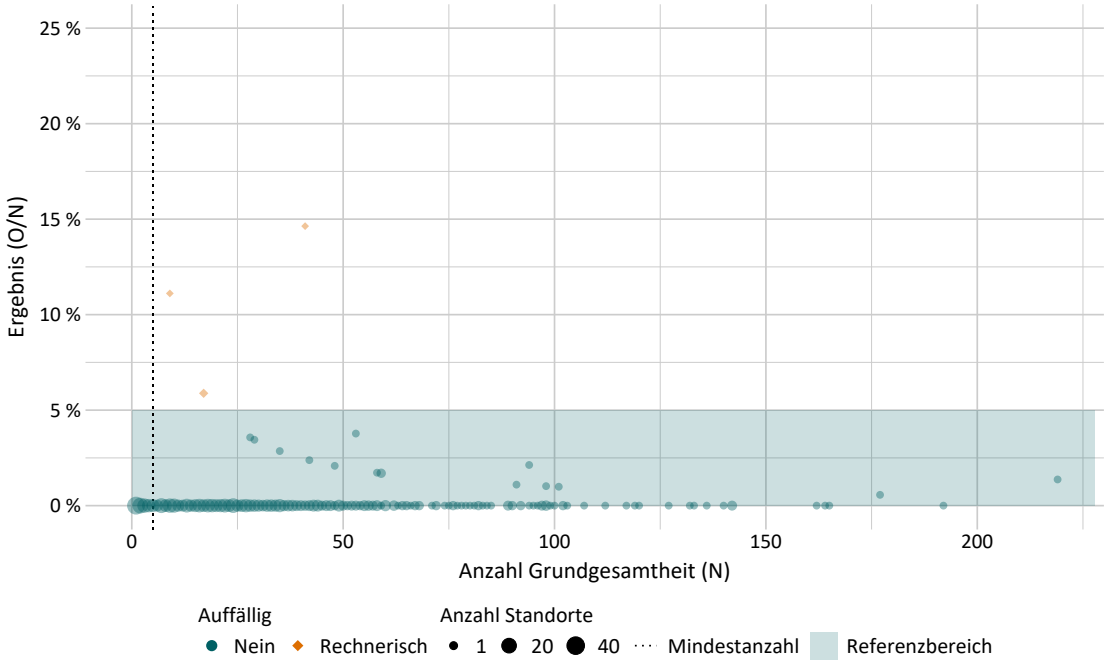
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	20.864 / 20.874	99,95	0,00 % 0 / 691

850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	691	4	0,00	14,63	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	28 / 20.874	0,13	0,58 % 4 / 691

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	336	1,61
1. Quartal	5.624	26,99
2. Quartal	5.227	25,09
3. Quartal	5.142	24,68
4. Quartal	4.507	21,63

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	1.961	9,41
50 - 59 Jahre	3.293	15,80
60 - 69 Jahre	6.471	31,06
70 - 79 Jahre	6.534	31,36
80 - 89 Jahre	2.533	12,16
≥ 90 Jahre	44	0,21
Geschlecht		
(1) männlich	16.336	78,40
(2) weiblich	4.498	21,59
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	253	1,21
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	5.257	25,23
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	12.225	58,67
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	3.087	14,82
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	14	0,07

Body Mass Index (BMI)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	**N = 20.129**	
BMI bei Aufnahme		
Untergewicht (< 18,5)	235	1,17
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	6.294	31,27
Übergewicht (≥ 25 - < 30)	7.777	38,64
Adipositas (≥ 30)	5.823	28,93

Präoperative Anamnese/Klinik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Herzinsuffizienz		
(0) keine Herzinsuffizienz	1.572	7,54
(1) NYHA I (Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit)	1.553	7,45
(2) NYHA II (Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung)	8.518	40,88
(3) NYHA III (Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung)	8.671	41,62
(4) NYHA IV (Beschwerden im Ruhezustand)	522	2,51

	Bund (gesamt)
linksventrikuläre Ejektionsfraktion (%)[4]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	20.753
5. Perzentil	20,00
25. Perzentil	25,00
Median	30,00
Mittelwert	33,39
75. Perzentil	37,00
95. Perzentil	60,00

[4] indikationsbegründender Befund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
linksventrikuläre Ejektionsfraktion nicht bekannt		
(1) ja	83	0,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Diabetes mellitus		
(0) nein	15.849	76,07
(1) ja, nicht insulinpflichtig	3.509	16,84
(2) ja, insulinpflichtig	1.478	7,09
Nierenfunktion/Serum Kreatinin		
(1) ≤ 1,5 mg/dl (≤ 133 µmol/l)	16.973	81,46
(2) > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) bis ≤ 2,5 mg/dl (≤221 µmol/l)	2.982	14,31
(3) > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig	454	2,18
(4) = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig	345	1,66
(8) unbekannt	82	0,39
Lebenserwartung > 1 Jahr		
(0) nein	384	1,84
(1) ja	20.452	98,16

ICD-Anteil

Indikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
indikationsbegründendes klinisches Ereignis		
(1) Kammerflimmern	3.141	15,07
(2) Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)	3.518	16,88
(3) Kammertachykardie, nicht anhaltend (≤ 30 sec, aber mind. 3 R-R-Zyklen und HF über 100)	974	4,67
davon: führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)		
(0) keine	143	14,68
(1) Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)	31	3,18
(2) Kardiogener Schock	22	2,26
(3) Lungenödem	22	2,26
(4) Synkope	243	24,95
(5) Präsynkope	388	39,84
(6) sehr niedriger Blutdruck (z.B. unter 80 mmHg systolisch)	70	7,19
(7) Angina pectoris	10	1,03
(9) sonstige	45	4,62
(4) Synkope ohne EKG-Dokumentation	553	2,65
(5) kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention)	12.319	59,12
(9) sonstige	331	1,59

Grunderkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Herzerkrankung		
(0) nein	619	2,97
(1) ischämische Kardiomyopathie	11.155	53,54
(2) Dilatative Kardiomyopathie DCM	6.525	31,32
(3) Hypertensive Herzerkrankung	240	1,15
(4) erworbener Klappenfehler	131	0,63
(5) angeborener Herzfehler	110	0,53
(6) Brugada-Syndrom	80	0,38
(7) Kurzes QT-Syndrom	5	0,02
(8) Langes QT-Syndrom	184	0,88
(9) Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)	617	2,96
(10) Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)	139	0,67
(11) Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)	13	0,06
(12) Torsade-de-pointes-Tachykardie („short-coupled“)	29	0,14
(99) sonstige Herzerkrankung	989	4,75

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Kammerflimmern oder anhaltender Kammertachykardie (> 30 sec) oder nicht anhaltender Kammertachykardie (≤ 30 sec, aber mind. 3 R-R-Zyklen und HF über 100)	**N = 7.633**	
reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie		
(0) nein	7.440	97,47
(1) ja	89	1,17
(9) unbekannt	104	1,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit anhaltender Kammertachykardie (> 30 sec) oder nicht anhaltender Kammertachykardie (≤ 30 sec, aber mind. 3 R-R-Zyklen und HF über 100)	**N = 4.492**	
behandelbare idiopathische Kammertachykardie		
(0) nein	4.325	96,28
(1) ja	76	1,69
(9) unbekannt	91	2,03

Weitere Merkmale

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)		
(0) nein	1.951	9,36
(1) ja, seit weniger als 3 Monaten	2.296	11,02
(2) ja, seit 3 Monaten oder länger	16.589	79,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit medikamentöser Herzinsuffizienztherapie	**N = 18.885**	
Art der medikamentösen Herzinsuffizienztherapie[5]		
Betablocker und/oder Ivabradin	17.810	94,31
AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer/Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitoren (ARNI)	17.579	93,08
Diuretika (außer Aldosteronantagonisten)	14.405	76,28
Aldosteronantagonisten	14.982	79,33
SGLT2-Inhibitoren	15.464	81,89

[5] Mehrfachnennung möglich

Schrittmacheranteil

Stimulationsbedürftigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation		
(0) keine erwartete ventrikuläre Stimulation	8.909	42,76
(1) < 20 %	4.461	21,41
(2) ≥ 20 %	7.466	35,83

EKG-Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Vorhofrhythmus		
(1) Normofrequenter Sinusrhythmus (permanent)	14.456	69,38
(2) Sinusbradykardie/SA-Blockierungen (persistierend oder intermittierend)	1.874	8,99
(3) Paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern	2.765	13,27
(4) Permanentes Vorhofflimmern (d.h., die Wiederherstellung des Sinusrhythmus ist nicht mehr möglich oder nicht geplant)	1.289	6,19
(5) Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS)	363	1,74
(9) sonstige	89	0,43

EKG-Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
AV-Block		
(0) Keiner	15.133	72,63
(1) AV-Block I. Grades, Überleitung ≤ 300 ms	2.107	10,11
(2) AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms	387	1,86
(3) AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach	125	0,60
(4) AV-Block II. Grades, Typ Mobitz (oder infranodal 2:1)	401	1,92
(5) AV-Block III. Grades (oder hochgradiger AV-Block)	1.613	7,74
(7) AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	136	0,65
(6) Nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns	934	4,48
intraventrikuläre Leitungsstörungen		
(0) keine	11.687	56,09
(1) Rechtsschenkelblock (RSB)	937	4,50
(2) Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB	581	2,79
(3) Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB	60	0,29
(4) Linksschenkelblock	6.557	31,47
(5) alternierender Schenkelblock	109	0,52
(6) kein Eigenrhythmus	540	2,59
(9) sonstige	365	1,75

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Eigenrhythmus	**N = 20.296**	
QRS-Komplex		
(1) < 120 ms	12.092	59,58
(2) 120 bis < 130 ms	843	4,15
(3) 130 bis < 140 ms	951	4,69
(4) 140 bis < 150 ms	1.341	6,61
(5) ≥ 150 ms	5.069	24,98

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Eingriffe (nach OPS)[6]		
(5-377.50) Implantation - Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion	6.616	31,75
(5-377.51) Implantation - Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Mit atrialer Detektion	833	4,00
(5-377.6) Implanatation - Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	4.223	20,27
(5-377.7*) Implantation - Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation	6.615	31,75
(5-377.j) Implantation - Defibrillator mit subkutaner Elektrode	1.562	7,50
(5-378.b8, 5-378.b9) Systemumstellung - Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation	29	0,14
(5-378.ba) Systemumstellung - Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	204	0,98
(5-378.bb, 5-378.bc) Systemumstellung - Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation	800	3,84
(5-378.bd) Systemumstellung - Herzschrittmacher auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode	≤3	x
(5-378.d4, 5-378.d5, 5-378.d6, 5-378.d7, 5-378.d8, 5-378.d9) Systemumstellung - Intrakardialer Impulsgenerator (Leadless Pacemaker) auf Defibrillator	24	0,12

[6] Mehrfachnennung möglich

Zugang des implantierten Systems

Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten ohne Prozeduren Implantation eines S-ICD	**N = 19.272**	
Zugang[7]		
Vena cephalica	7.922	41,11
Vena subclavia	9.263	48,06
Vena axillaris	3.940	20,44
andere	233	1,21

[7] Mehrfachnennung möglich

ICD

ICD-System

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
System		
(1) VVI	6.830	32,78
(2) DDD	4.363	20,94
(3) VDD	493	2,37
(4) CRT-System mit einer Vorhofsonde	6.942	33,32
(5) CRT-System ohne Vorhofsonde	518	2,49
(6) subkutaner ICD	1.604	7,70
(9) sonstiges	86	0,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit CRT-System, sonstigem System oder mit biventrikulärer Stimulation	**N = 7.610**	
Sonde am Leitungssystem implantiert (Conduction System Pacing)		
(0) nein	6.689	87,90
(1) am HIS-Bündel (His Bundle Pacing)	71	0,93
(2) im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing)	776	10,20

ICD-Aggregat

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Aggregatposition		
(1) infraclaviculär subcutan	4.540	21,79
(2) infraclaviculär subfaszial	10.247	49,18
(3) infraclaviculär submuskulär	4.731	22,71
(4) abdominal	72	0,35
(9) andere	1.246	5,98

Sonden

Vorhofsonde

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System, VVI-System, subkutanen ICD) und Angabe von Werten	10.104
Median	0,70
Mittelwert	0,80

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System, VVI-System, subkutanen ICD)	**N = 11.391**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	1.198	10,52
(9) aus anderen Gründen	38	0,33

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System, ohne VVI-System, subkutanen ICD) und Angabe von Werten	11.504
Median	2,80
Mittelwert	3,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System, ohne VVI-System, subkutanen ICD)	**N = 11.884**	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	247	2,08
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	43	0,36
(9) aus anderen Gründen	39	0,33

Rechtsventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer, nicht am Leitungssystem implantierter Sonde (mit CRT-System, sonstigem System oder mit biventrikulärer Stimulation) und Angabe von Werten	6.666
Median	0,60
Mittelwert	0,66

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer, nicht am Leitungssystem implantierter Sonde (mit CRT-System, sonstigem System oder mit biventrikulärer Stimulation)	**N = 6.689**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	20	0,30

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer, nicht am Leitungssystem implantierter Sonde (mit CRT-System, sonstigem System oder mit biventrikulärer Stimulation) und Angabe von Werten	6.332
Median	12,00
Mittelwert	12,99

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer, nicht am Leitungssystem implantierter Sonde (mit CRT-System, sonstigem System oder mit biventrikulärer Stimulation)	**N = 6.689**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	326	4,87
(9) aus anderen Gründen	28	0,42

Linksventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit linksventrikulärer, nicht am Leitungssystem implantierter Sonde (mit CRT-System, sonstigem System oder mit biventrikulärer Stimulation)	**N = 6.689**	
Aktivität der linksventrikulären Sonde[8]		
(0) nein	391	5,85
(1) ja	6.239	93,27

[8] bei Entlassung

Sonde am Leitungssystem (Left Bundle Branch Area Pacing)

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde (mit CRT-System, sonstigem System oder mit biventrikulärer Stimulation) und Angabe von Werten	775
Median	0,70
Mittelwert	0,79

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde (mit CRT-System, sonstigem System oder mit biventrikulärer Stimulation)	**N = 776**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	≤3	x

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde (mit CRT-System, sonstigem System oder mit biventrikulärer Stimulation) und Angabe von Werten	699
Median	10,00
Mittelwert	10,96

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit einer im Bereich des linken Tawara-Schenkels (Left Bundle Branch Area Pacing) am Leitungssystem implantierten Sonde (mit CRT-System, sonstigem System oder mit biventrikulärer Stimulation)	**N = 776**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	54	6,96
(9) aus anderen Gründen	23	2,96

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen[9]		
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation[10]	309	1,48
kardiopulmonale Reanimation	20	0,10
interventionspflichtiger Pneumothorax	67	0,32
interventionspflichtiger Hämatothorax	≤3	x
interventionspflichtiger Perikarderguss	26	0,12
interventionspflichtiges Taschenhämatom	26	0,12
revisionsbedürftige Sondendislokation	119	0,57
revisionsbedürftige Sondendysfunktion	29	0,14
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	5	0,02
sonstige interventionspflichtige Komplikation	27	0,13

[9] Mehrfachnennung möglich
[10] bis zur Entlassung

Sondendislokation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	**N = 119**	
Ort der Sondendislokation[11]		
Vorhofsonde	65	54,62
rechtsventrikuläre Sonde	38	31,93
linksventrikuläre Sonde	17	14,29
weitere Ventrikelsonde	≤3	x
andere Defibrillationssonde	≤3	x

[11] Mehrfachnennung möglich

Sondendysfunktion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	**N = 29**	
Ort der Sondendysfunktion[12]		
Vorhofsonde	6	20,69
rechtsventrikuläre Sonde	20	68,97
linksventrikuläre Sonde	5	17,24
weitere Ventrikelsonde	0	0,00
andere Defibrillationssonde	≤3	x

[12] Mehrfachnennung möglich

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	20.836
Median	2,00
Mittelwert	5,53
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	20.836
Median	1,00
Mittelwert	3,32
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	20.836
Median	4,00
Mittelwert	8,85

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Entlassungsdiagnosen (nach ICD)[13]		
(I42.-) Kardiomyopathie	6.730	32,30
(I44.-) Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	5.254	25,22
(I45.-) Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	767	3,68
(I46.-) Herzstillstand	2.243	10,77
(I47.-) Paroxysmale Tachykardie	4.871	23,38
(I48.-) Vorhofflattern oder Vorhofflimmern	5.876	28,20
(I49.-) Sonstige kardiale Arrhythmien	4.104	19,70
(I50.-) Herzinsuffizienz	13.476	64,68

[13] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 20.836**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	18.425	88,43
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.034	4,96
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	28	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	100	0,48
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	611	2,93
(07) Tod	133	0,64
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[14]	7	0,03
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	340	1,63
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	119	0,57
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	9	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[15]	8	0,04
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[16]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	16	0,08
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[17]		
(1) ja	≤3	x

[14] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[15] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[16] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[17] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HSMDEF-DEFI-REV: Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Übersicht über weitere Datengrundlagen 8

Ergebnisübersicht 11

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 12

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 13

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 15

151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) 15

Details zu den Ergebnissen 18

51196: Sterblichkeit im Krankenhaus 19

Details zu den Ergebnissen 23

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 24

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 24

851904: Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem 24

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 26

851803: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten 26

850197: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 28

850198: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 30

850222: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 32

Basisauswertung 34

Basisdokumentation 34

Patientin und Patient 35

Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation 36

Operation 37

ICD 38

ICD-System 38

ICD-Aggregat 39

Sonden 39

Vorhofsonde ... 40
Ventrikel ... 42
Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde ... 43
Zweite Ventrikelsonde ... 46
Dritte Ventrikelsonde ... 49
Andere Defibrillationssonde(n) ... 52
Vorangegangene Eingriffe ... 53
Komplikationen ... 54
Entlassung ... 55
Behandlungszeiten ... 55

Einleitung

Ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (implantable cardioverter-defibrillator, ICD) wird zur Behandlung von hochfrequenten, lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen der Herzkammern (Kammertachykardien, Kammerflattern, Kammerflimmern) eingesetzt. Er besteht ähnlich einem Herzschrittmacher aus einem Aggregat, das Elektronik (Mikrocomputer) und Batterie in einem Gehäuse vereint. Über Sonden ist das Aggregat mit dem Herzen verbunden.

Der vorliegende Teilbereich betrifft die Qualitätssicherung bei erneuten Eingriffen (Revisionen) an ICDs, bei ihrer Entfernung (Explantation) oder bei Systemwechseln.

Seit dem Erfassungsjahr 2018 werden Daten erhoben, durch die die Daten dieses Teilbereichs mit den vorausgegangenen Defibrillatoreingriffen der Patientinnen und Patienten verknüpft werden können. Die Indikatoren, die sich auf die Ursachen für die Reparatur, den Wechsel oder das Entfernen des implantierbaren Defibrillators beziehen, können nun als (längsschnittliche) Follow-up-Indikatoren ausgewertet werden und sind dem Teilbereich Implantierbare Defibrillatoren – Implantation zugeordnet.

Die Qualitätsindikatoren des Teilbereichs Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation beziehen sich auf Komplikationen im Umfeld der Operation und die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus. Die Ergebnisse der Reizschwellen- und Amplitudenmessungen der Sonden werden zusammen mit den Daten zu den Erstimplantationen ausgewertet; die entsprechenden Indikatoren sind dem Teilbereich Implantierbare Defibrillatoren – Implantation zugeordnet.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen :
• QS-Dokumentationsdaten
• Standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird zusätzlich auf IKNR- sowie auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.927 6.908 19	6.930	99,96
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	555		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	559	561	99,64
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	530	532	99,62

Erfassungsjahr 2024		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.089 7.058 31	7.053	100,51
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	567		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	572	571	100,18
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	542	539	100,56

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.032 6.015 17	6.060	99,54
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	548		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	551	554	99,46
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	525	528	99,43

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.015 6.015 -	6.015	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	548		

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	549	549	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	523	523	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	846 846 -	-	-
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	274		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	274	-	-
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	265	-	-

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.259 6.234 25	6.260	99,98
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	554		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	558	558	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	530	528	100,38

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	6.234 6.234 -	6.234	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	554		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	558	558	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	530	530	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	774 774 -	-	-
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	271		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	272	-	-
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	263	-	-

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2025.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	≤ 2,90 %	1,55 % O = 107 N = 6.908
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,98 (95. Perzentil)	1,12 O/E = 139 / 124,55 2,01 % O/N = 139 / 6.908

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
851904	Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	≤ 21,85 % (95. Perzentil)	7,31 % 505 / 6.908	2,70 % 15 / 555

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	99,54 % 6.032 / 6.060	0,54 % 3 / 554
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	99,96 % 6.927 / 6.930	1,07 % 6 / 561
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	99,96 % 6.927 / 6.930	0,00 % 0 / 561
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,27 % 19 / 6.930	1,07 % 6 / 561

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

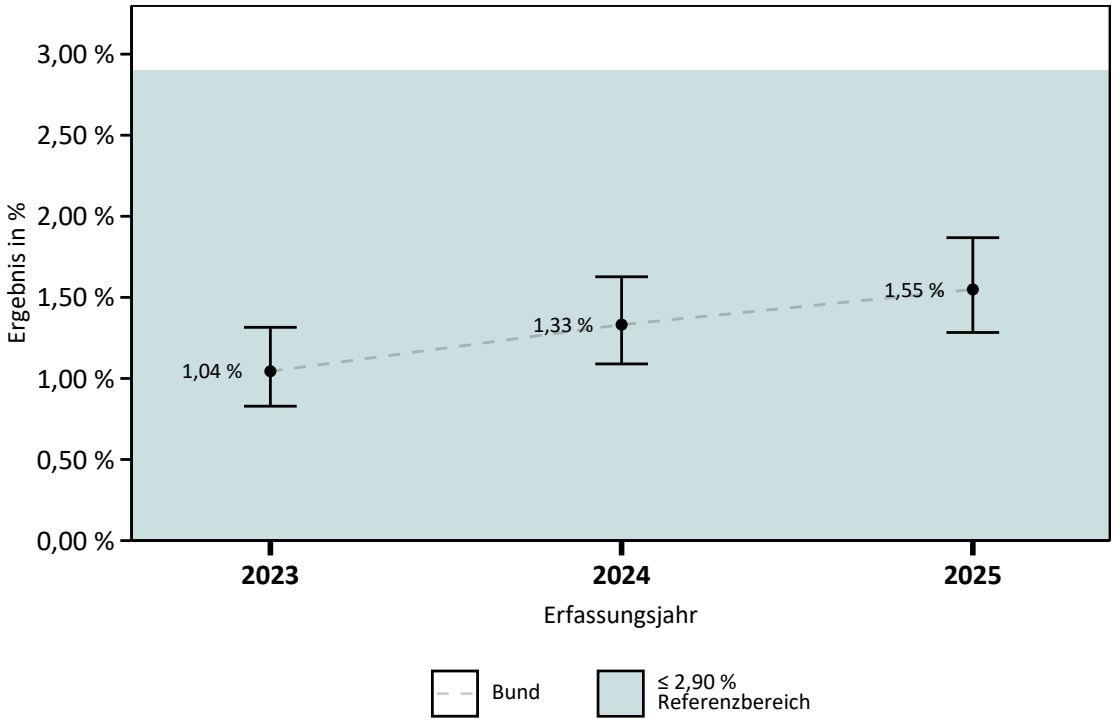
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	≤ 2,90 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

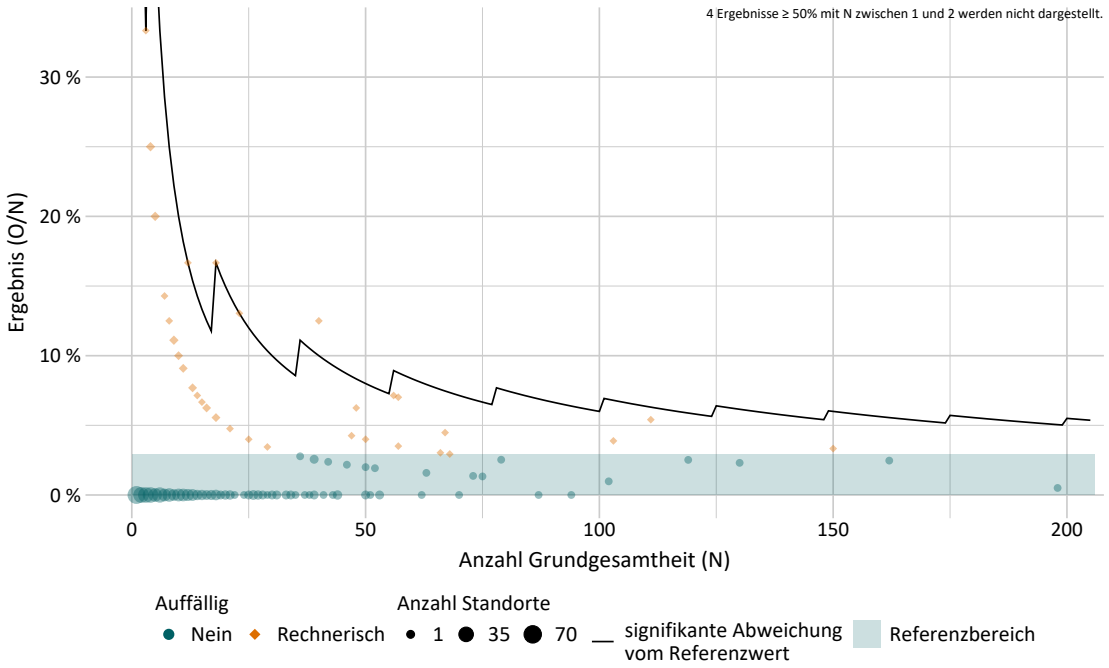
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	71 / 6.798	1,04	0,83 - 1,32
	2024	94 / 7.058	1,33	1,09 - 1,63
	2025	107 / 6.908	1,55	1,28 - 1,87

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	555	47	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 15_22020 Patientinnen und Patienten mit mind. einer peri- oder postoperativen Komplikation (bis zur Entlassung)	1,55 % 107/6.908

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 151800** **Patientinnen und Patienten mit nichtsondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)**	1,55 % 107/6.908
1.2.1	ID: 15_22021 Kardiopulmonale Reanimation	0,26 % 18/6.908
1.2.2	ID: 15_22022 Interventionspflichtiger Pneumothorax	0,41 % 28/6.908
1.2.3	ID: 15_22023 Interventionspflichtiger Hämatothorax	0,07 % 5/6.908
1.2.4	ID: 15_22024 Interventionspflichtiger Perikarderguss	0,23 % 16/6.908
1.2.5	ID: 15_22025 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,32 % 22/6.908
1.2.6	ID: 15_22026 Postoperative Wundinfektion	0,09 % 6/6.908
1.2.7	ID: 15_22030 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,46 % 32/6.908

51196: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-REV-Score für ID 51196
Referenzbereich	≤ 4,98 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter linear bis 70 ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 ASA-Klassifikation 5
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

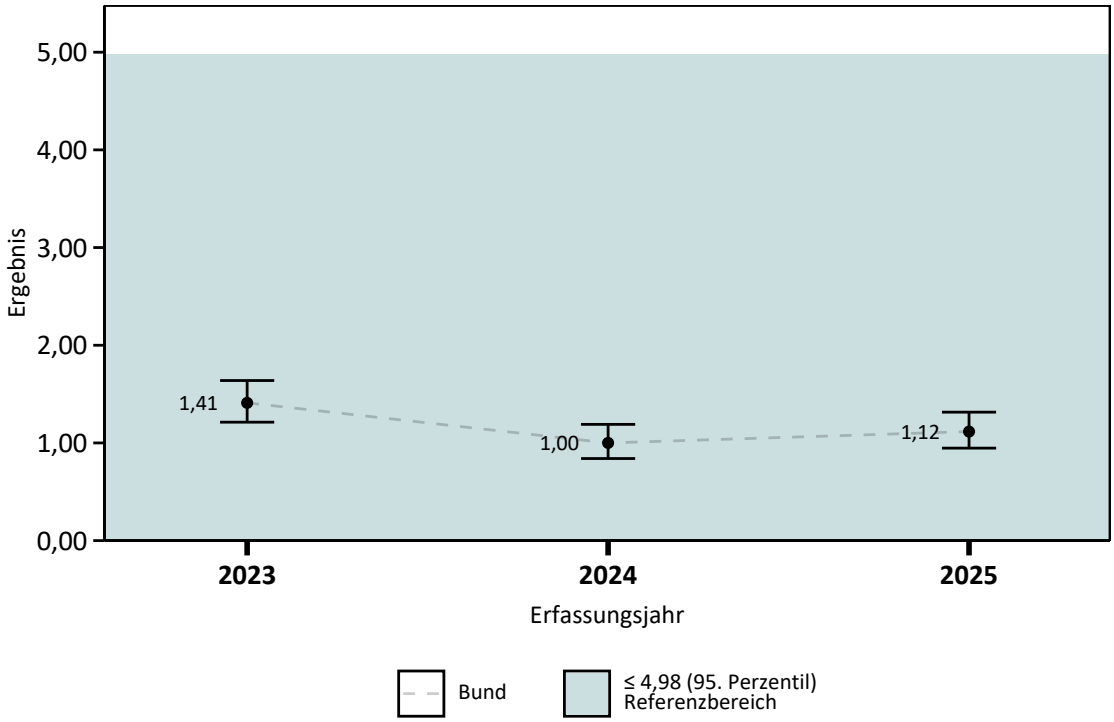
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	6.798	165 / 117,04	1,41	1,21 - 1,64
	2024	7.058	124 / 124,00	1,00	0,84 - 1,19
	2025	6.908	139 / 124,55	1,12	0,95 - 1,31

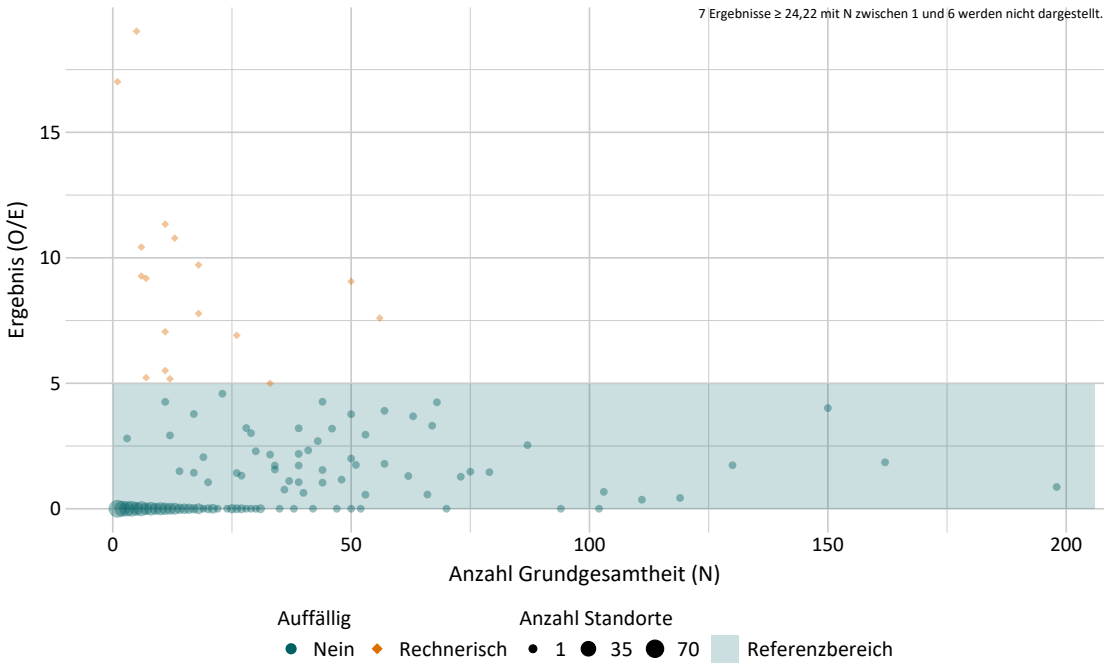
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

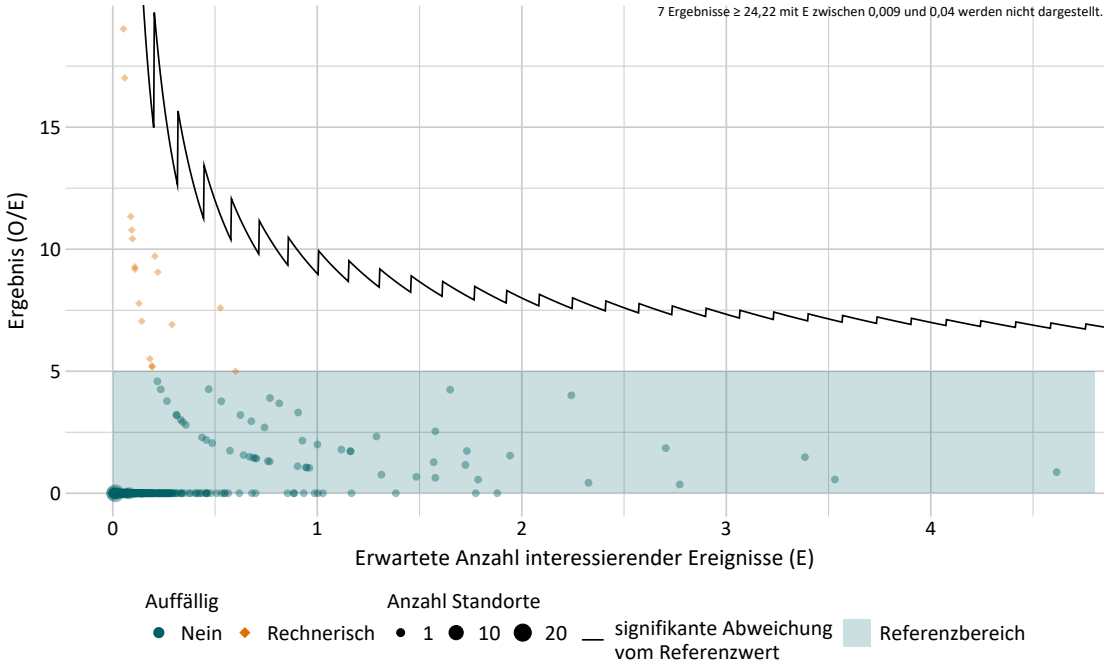
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



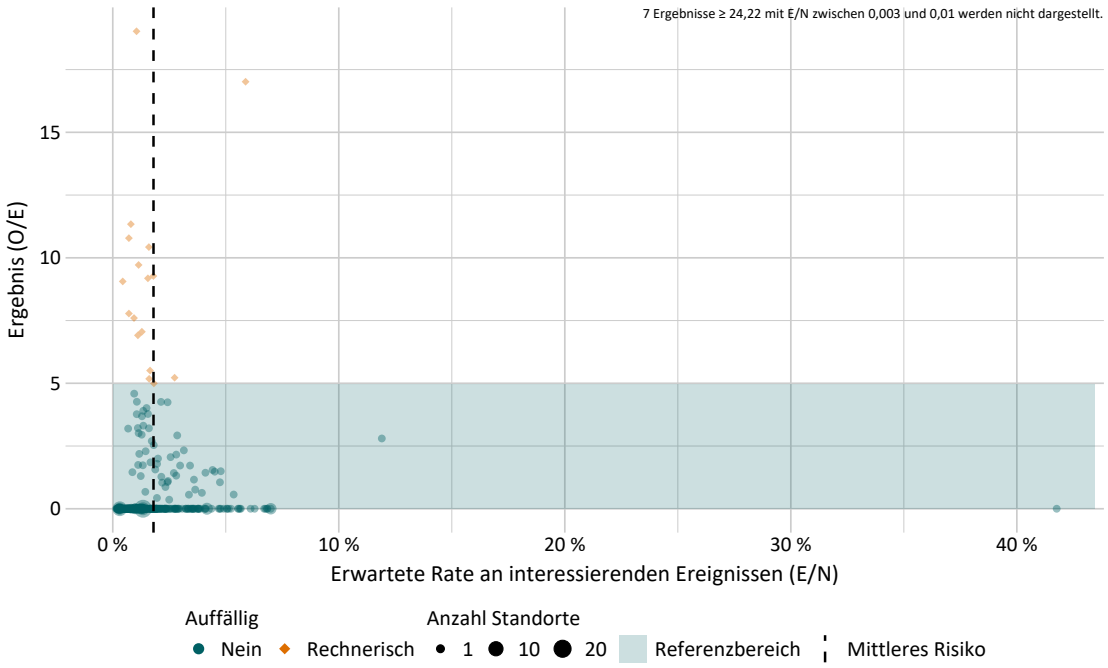
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	555	24	0,00	107,03	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 15_22035 Sterblichkeit im Krankenhaus	2,01 % 139/6.908
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
2.1.1.1	ID: O_51196 O/N (observed, beobachtet)	2,01 % 139/6.908
2.1.1.2	ID: E_51196 E/N (expected, erwartet)	1,80 % 124,55/6.908
2.1.1.3	**ID: 51196** **O/E**	1,12

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

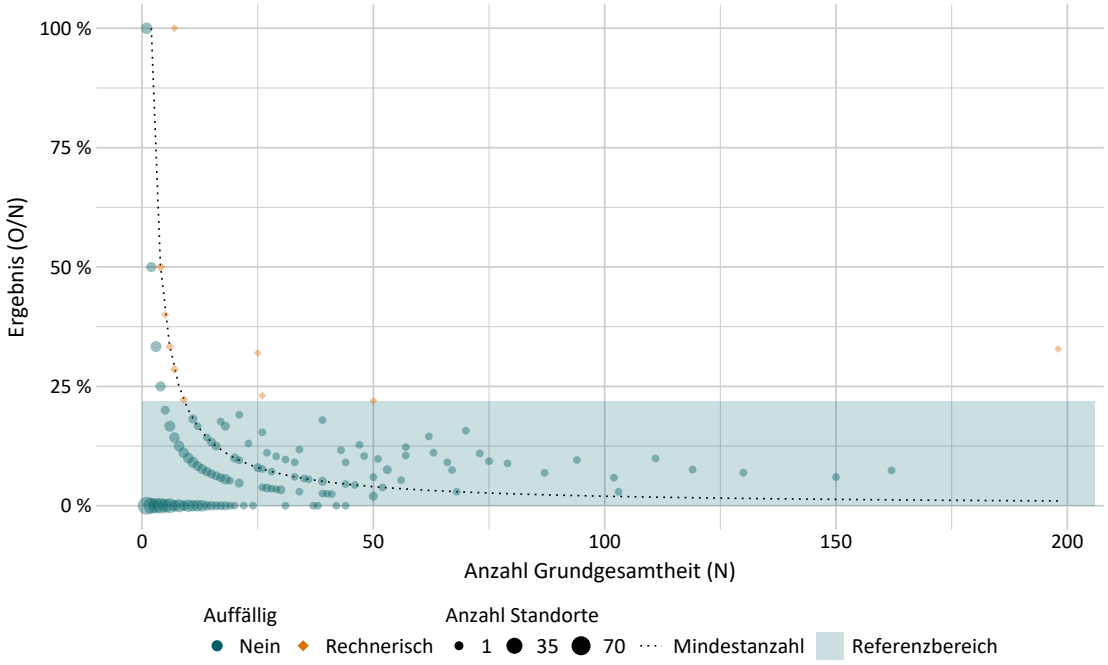
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

851904: Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angaben zur Indikation des Folgeeingriffs sind von zentraler Bedeutung zur Berechnung der Follow-up-Indikatoren. Wird in zu vielen Fällen ein sonstiges Problem dokumentiert, kann dies ggf. zu einer verfälschten Berechnung der Follow-up-Indikatoren führen. Auch sollte geprüft werden, ob die entsprechenden Schlüssel genügend Antwortoptionen enthalten. **Hypothese** Ein sonstiges Problem wird zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Alle Fälle mit sonstigem Taschenproblem oder sonstigem Sondenproblem
Referenzbereich	≤ 21,85 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	555	15	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

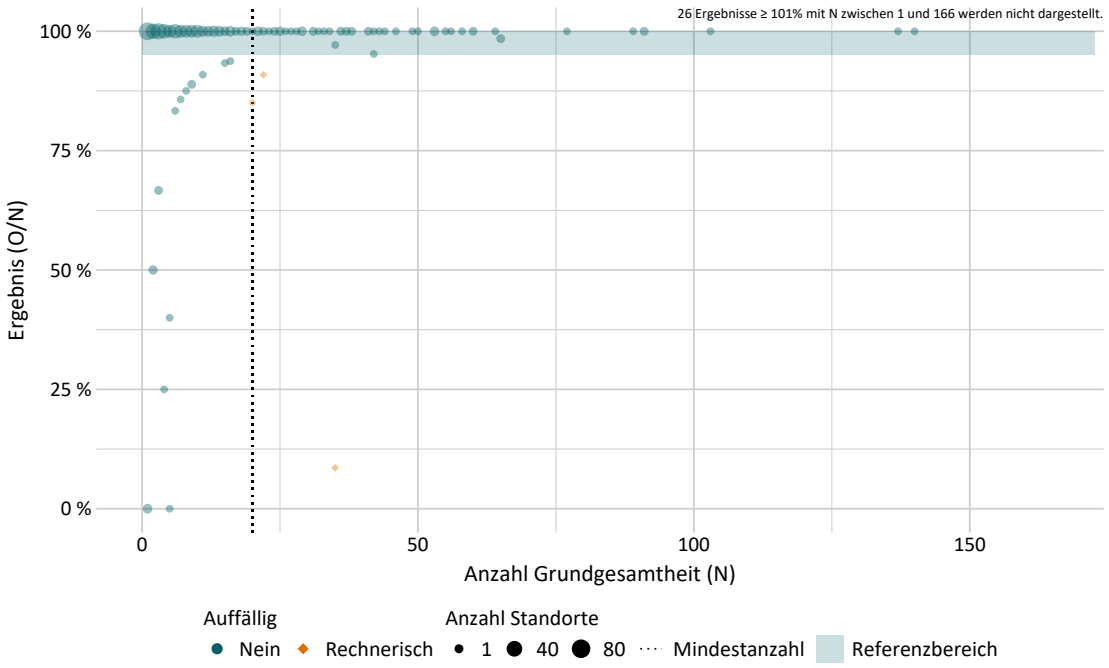
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	505 / 6.908	7,31	2,70 % 15 / 555

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

851803: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. **Hypothese** Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	554	3	0,00	200,00	100,00

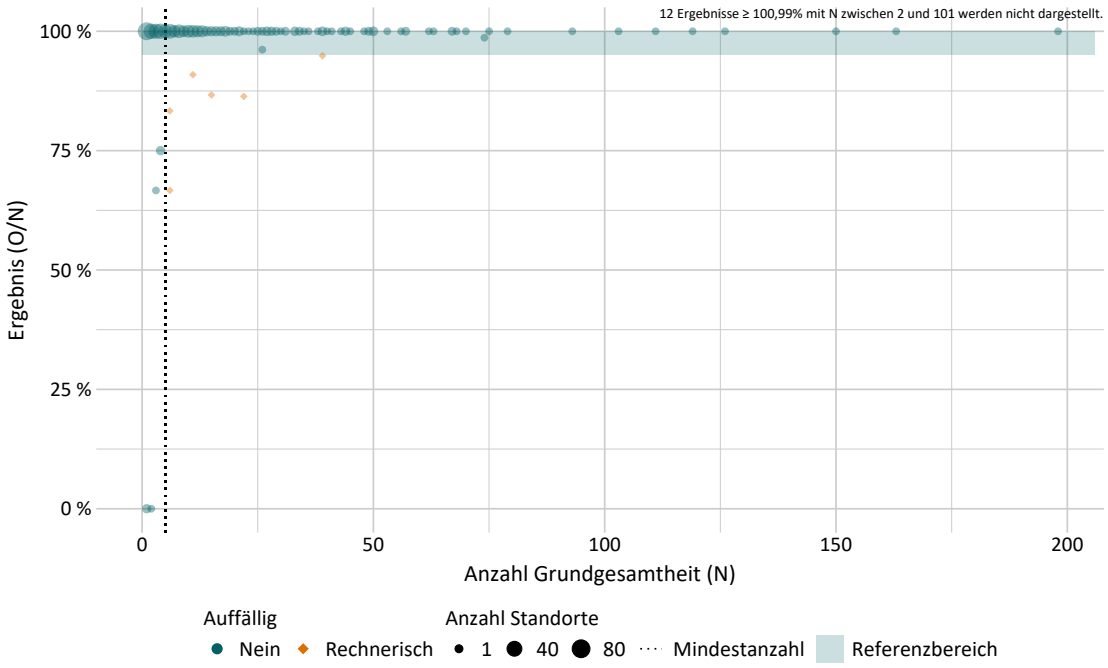
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	6.032 / 6.060	99,54	0,54 % 3 / 554

850197: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	561	6	0,00	180,00	100,00

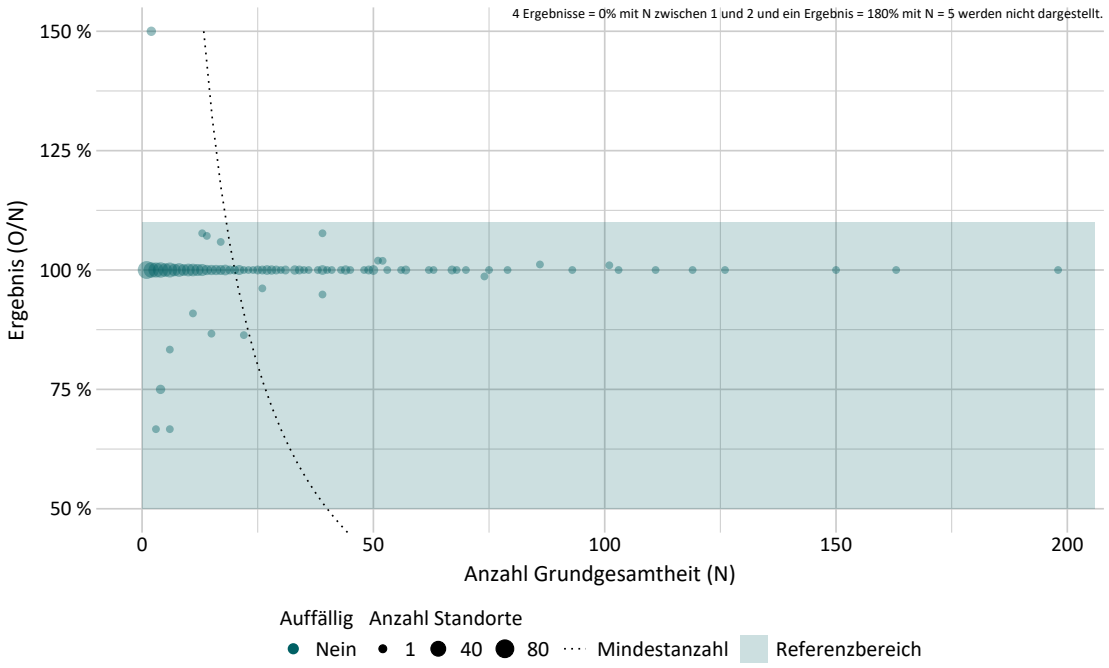
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	6.927 / 6.930	99,96	1,07 % 6 / 561

850198: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	561	0	0,00	180,00	100,00

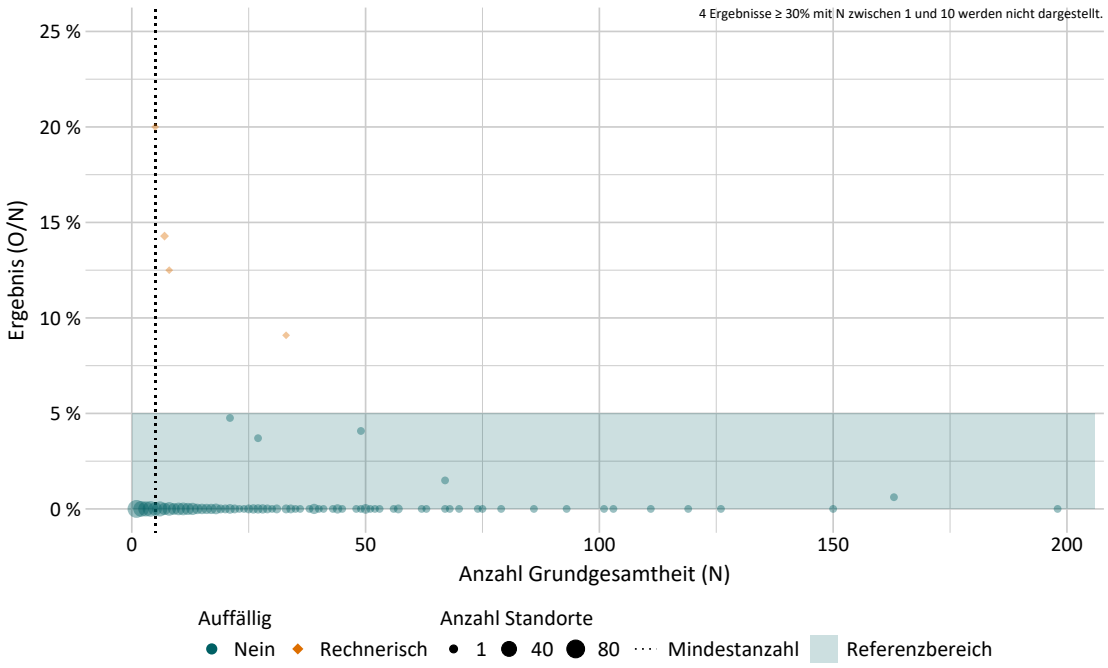
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	6.927 / 6.930	99,96	0,00 % 0 / 561

850222: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze unter Ausschluss der Datensätze mit einer dokumentierten Herztransplantation (OPS-Kodes 5-375.*)
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	561	6	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	19 / 6.930	0,27	1,07 % 6 / 561

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	99	1,43
1. Quartal	1.859	26,91
2. Quartal	1.746	25,28
3. Quartal	1.726	24,99
4. Quartal	1.478	21,40

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	570	8,25
50 - 59 Jahre	834	12,07
60 - 69 Jahre	2.164	31,33
70 - 79 Jahre	2.239	32,41
80 - 89 Jahre	1.066	15,43
≥ 90 Jahre	35	0,51
Geschlecht		
(1) männlich	5.344	77,36
(2) weiblich	1.564	22,64
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	100	1,45
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	1.442	20,87
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4.431	64,14
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	907	13,13
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	28	0,41

Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Taschenproblem		
(0) kein Taschenproblem	5.993	86,75
(1) Taschenhämatom	56	0,81
(2) Aggregatperforation	132	1,91
(3) Infektion	482	6,98
(9) sonstiges Taschenproblem	245	3,55
Sondenproblem		
(0) nein	2.624	37,98
(1) ja	4.284	62,02

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Eingriffe nach OPS[2]		
(5-378.0*) Aggregatentfernung	277	4,01
(5-378.19) Sondenentfernung	221	3,20
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung	1.006	14,56
(5-378.3*) Sondenkorrektur	600	8,69
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats	400	5,79
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel	1.443	20,89
(5-378.7*) Sondenwechsel	1.065	15,42
(5-378.8*) Kupplungskorrektur	31	0,45
(5-378.c*) Systemumstellung	2.244	32,48

[2] Mehrfachnennung möglich

ICD

ICD-System

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
aktives System (nach dem Eingriff)		
(0) keines (Explantation oder Stilllegung)	1.047	15,16
(1) VVI	1.090	15,78
(2) DDD	1.078	15,61
(3) VDD	64	0,93
(4) CRT-System mit einer Vorhofsonde	3.097	44,83
(5) CRT-System ohne Vorhofsonde	296	4,28
(6) subkutaner ICD	191	2,76
(9) sonstiges	45	0,65

ICD-Aggregat

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Art des Vorgehens		
(0) Aggregat nicht vorhanden	65	0,94
(1) kein Eingriff am Aggregat	1.668	24,15
(2) Wechsel	3.261	47,21
(3) Aggregat-Explantation und Implantation eines neuen Aggregats kontralateral	233	3,37
(4) Aggregatverlagerung	298	4,31
(5) Explantation	1.173	16,98
(9) sonstiges	210	3,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel oder Explantation des Aggregats	**N = 4.667**	
Explantiertes System		
(1) VVI	1.854	39,73
(2) DDD	1.297	27,79
(3) VDD	89	1,91
(4) CRT-System mit einer Vorhofsonde	1.074	23,01
(6) subkutaner ICD	230	4,93
(5) CRT-System ohne Vorhofsonde	81	1,74
(9) sonstiges	42	0,90

Sonden

Vorhofsonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	2.656	38,45
(1) Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	188	2,72
(2) Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	342	4,95
(3) Neuimplantation zusätzlich	1.019	14,75
(4) Neuplatzierung	174	2,52
(5) Reparatur	18	0,26
(6) Explantation	641	9,28
(7) Stilllegung	88	1,27
(99) sonstiges	34	0,49

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff an der Sonde	**N = 2.504**	
Problem		
(0) Systemumstellung	1.152	46,01
(1) Dislokation	314	12,54
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	210	8,39
(3) fehlerhafte Konnektion	11	0,44
(4) Zwerchfellzucken	5	0,20
(5) Oversensing	52	2,08
(6) Undersensing	29	1,16
(7) Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg	88	3,51
(8) Infektion	538	21,49
(9) Myokardperforation	10	0,40
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	93	3,71

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung einer Vorhofsonde (ohne VDD-System) und Angabe von Werten	1.546
Median	0,80
Mittelwert	0,83

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung einer Vorhofsonde (ohne VDD-System)	**N = 1.699**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	141	8,30
(9) aus anderen Gründen	12	0,71

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung einer Vorhofsonde (mit VDD-System) und Angabe von Werten	1.675
Median	2,70
Mittelwert	3,02

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung einer Vorhofsonde (mit VDD-System)	**N = 1.723**	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	23	1,33
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	14	0,81
(9) aus anderen Gründen	11	0,64

Ventrikel

Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	3.160	45,74
(1) Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	1.085	15,71
(2) Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	916	13,26
(3) Neuimplantation zusätzlich	135	1,95
(4) Neuplatzierung	224	3,24
(5) Reparatur	19	0,28
(6) Explantation	959	13,88
(7) Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde	56	0,81
(8) Stilllegung des Defibrillationsanteils der Sonde	5	0,07
(9) Stilllegung der gesamten Sonde	115	1,66
(99) sonstiges	37	0,54

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff an der Sonde	**N = 3.551**	
Problem		
(0) Systemumstellung	237	6,67
(1) Dislokation	273	7,69
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	1.091	30,72
(3) fehlerhafte Konnektion	19	0,54
(4) Zwerchfellzucken	13	0,37
(5) Oversensing	328	9,24
(6) Undersensing	130	3,66
(7) Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg	428	12,05
(8) Infektion	784	22,08
(9) Myokardperforation	43	1,21
(10) ineffektive Defibrillation	47	1,32
(11) Rückruf/Sicherheitswarnung	5	0,14
(12) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	150	4,22

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde	**N = 2.360**	
Position		
(1) rechtsventrikulärer Apex	1.539	65,21
(2) rechtsventrikuläres Septum	713	30,21
(9) andere	108	4,58

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der ersten rechtsventrikulären Sonde/Defibrillationssonde und mit Angabe von Werten	2.240
Median	0,60
Mittelwert	0,68

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der ersten rechtsventrikulären Sonde/Defibrillationssonde	**N = 2.252**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) separate Pace/Sense-Sonde	4	0,18
(9) aus anderen Gründen	8	0,36

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der ersten rechtsventrikulären Sonde/Defibrillationssonde und mit Angabe von Werten	2.126
Median	11,50
Mittelwert	12,42

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der ersten rechtsventrikulären Sonde/Defibrillationssonde	**N = 2.252**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) separate Pace/Sense-Sonde	16	0,71
(2) kein Eigenrhythmus	98	4,35
(9) aus anderen Gründen	12	0,53

Zweite Ventrikelsonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	1.148	16,62
(1) Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	184	2,66
(2) Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	304	4,40
(3) Neuimplantation zusätzlich	1.814	26,26
(4) Neuplatzierung	61	0,88
(5) Reparatur	5	0,07
(6) Explantation	443	6,41
(7) Stilllegung	77	1,11
(99) sonstiges	34	0,49

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff an der Sonde	**N = 2.922**	
Problem		
(0) Systemumstellung	1.833	62,73
(1) Dislokation	193	6,61
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	167	5,72
(3) fehlerhafte Konnektion	≤3	x
(4) Zwerchfellzucken	50	1,71
(5) Oversensing	14	0,48
(6) Undersensing	11	0,38
(7) Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg	183	6,26
(8) Infektion	357	12,22
(9) Myokardperforation	5	0,17
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	≤3	x
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(99) sonstige	106	3,63

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der zweiten Ventrikelsonde	**N = 2.363**	
Position		
(1) rechtsventrikulärer Apex	44	1,86
(2) rechtsventrikuläres Septum	213	9,01
(3) Koronarvene, anterior	35	1,48
(4) Koronarvene, lateral, posterolateral	1.702	72,03
(5) Koronarvene, posterior	110	4,66
(6) epimyokardial linksventrikulär	84	3,55
(9) andere	175	7,41

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der zweiten rechtsventrikulären Sonde und mit Angabe von Werten	256
Median	0,70
Mittelwert	0,82

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der zweiten rechtsventrikulären Sonde	**N = 257**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	≤3	x

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der zweiten rechtsventrikulären Sonde und mit Angabe von Werten	223
Median	10,00
Mittelwert	10,57

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der zweiten rechtsventrikulären Sonde	**N = 257**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	26	10,12
(9) aus anderen Gründen	8	3,11

Dritte Ventrikelsonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	259	3,75
(1) Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	5	0,07
(2) Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	8	0,12
(3) Neuimplantation zusätzlich	67	0,97
(4) Neuplatzierung	≤3	x
(5) Reparatur	0	0,00
(6) Explantation	59	0,85
(7) Stilllegung	15	0,22
(99) sonstiges	4	0,06

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff an der Sonde	**N = 159**	
Problem		
(0) Systemumstellung	66	41,51
(1) Dislokation	5	3,14
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	10	6,29
(3) fehlerhafte Konnektion	0	0,00
(4) Zwerchfellzucken	6	3,77
(5) Oversensing	≤3	x
(6) Undersensing	≤3	x
(7) Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg	13	8,18
(8) Infektion	40	25,16
(9) Myokardperforation	0	0,00
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	≤3	x
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(99) sonstige	15	9,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der dritten Ventrikelsonde	**N = 81**	
Position		
(1) rechtsventrikulärer Apex	4	4,94
(2) rechtsventrikuläres Septum	19	23,46
(3) Koronarvene, anterior	≤3	x
(4) Koronarvene, lateral, posterolateral	34	41,98
(5) Koronarvene, posterior	0	0,00
(6) epimyokardial linksventrikulär	≤3	x
(9) andere	18	22,22

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der dritten rechtsventrikulären Sonde und mit Angabe von Werten	23
Median	0,60
Mittelwert	0,69

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der dritten rechtsventrikulären Sonde	**N = 23**	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	0	0,00

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der dritten rechtsventrikulären Sonde und mit Angabe von Werten	20
Median	8,90
Mittelwert	10,35

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Neuimplantation oder Neuplatzierung der dritten rechtsventrikulären Sonde	**N = 23**	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	≤3	x
(9) aus anderen Gründen	≤3	x

Andere Defibrillationssonde(n)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	261	3,78
(1) Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	7	0,10
(2) Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	27	0,39
(3) Neuimplantation zusätzlich	16	0,23
(4) Neuplatzierung	4	0,06
(5) Reparatur	0	0,00
(6) Explantation	58	0,84
(7) Stilllegung	6	0,09
(99) sonstiges	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff an der Sonde	**N = 120**	
Problem		
(0) Systemumstellung	22	18,33
(1) Dislokation	9	7,50
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	24	20,00
(3) fehlerhafte Konnektion	0	0,00
(4) Infektion	27	22,50
(5) Myokardperforation	0	0,00
(6) ineffektive Defibrillation	18	15,00
(7) Rückruf/Sicherheitswarnung	≤3	x
(8) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(9) sonstige	18	15,00

Vorangegangene Eingriffe

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Taschenproblem oder Problem nach Eingriff an Vorhof-, Ventrikel- oder anderer Defibrillationssonde ausschließlich „Systemumstellung“, „Rückruf/Sicherheitswarnung“ und „wachstumsbedingte Sondenrevision“	**N = 4.637**	
Letzte ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		
(1) stationär	4.446	95,88
(2) stationsersetzend/ambulant	191	4,12

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen[3]		
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation[4]	107	1,55
kardiopulmonale Reanimation	18	0,26
interventionspflichtiger Pneumothorax	28	0,41
interventionspflichtiger Hämatothorax	5	0,07
interventionspflichtiger Perikarderguss	16	0,23
interventionspflichtiges Taschenhämatom	22	0,32
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	6	0,09
sonstige interventionspflichtige Komplikation	32	0,46

[3] Mehrfachnennung möglich

[4] bis zur Entlassung

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	6.908
Median	1,00
Mittelwert	3,83
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	6.908
Median	2,00
Mittelwert	4,76
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	6.908
Median	4,00
Mittelwert	8,59

© IQTIG 2026

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 6.908**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	5.952	86,16
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	306	4,43
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	5	0,07
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	45	0,65
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	357	5,17
(07) Tod	139	2,01
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[5]	4	0,06
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	59	0,85
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	33	0,48
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[6]	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[7]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[8]		
(1) ja	≤3	x

[5] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[6] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[7] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[8] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Perinatalmedizin*

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Perinatalmedizin*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 8
Vorbemerkung 9
Geburtshilfe 10
1 Hintergrund 11
2 Einordnung der Ergebnisse 14
2.1 Datengrundlage 14
2.1.1 Überblick 14
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 14
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 15
2.2.1 Überblick 15
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 17
2.2.3 Detailergebnisse 22
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 32
2.3.1 Überblick 32
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 33
2.3.3 Detailergebnisse 35
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 39
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 39
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 41
4 Evaluation 43
5 Ausblick 45
Neonatologie 47
1 Hintergrund 48
2 Einordnung der Ergebnisse 53
2.1 Datengrundlage 53
2.1.1 Überblick 53
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 53

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 54
2.2.1 Überblick 54
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 56
2.2.3 Detailergebnisse 62
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 81
2.3.1 Überblick 81
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 82
2.3.3 Detailergebnisse 86
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 95
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 95
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 97
4 Evaluation 100
5 Ausblick 103
Literatur 105

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - PM-GEBH 12
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - PM-GEBH 13
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - PM-GEBH 14
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - PM-GEBH 17
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) - PM-GEBH 20
Tabelle 6: TKez 321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate) 22
Tabelle 7: TKez 51397: Azidose bei reifen Einlingen 22
Tabelle 8: QI 51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen 22
Tabelle 9: QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen 24
Tabelle 10: QI 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt 25
Tabelle 11: QI 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung 25
Tabelle 12: QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten 26
Tabelle 13: QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten 27
Tabelle 14: QI 182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen 28
Tabelle 15: QI 182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen 28
Tabelle 16: QI 182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen 28
Tabelle 17: QI 52249: Kaiserschnittgeburt 30
Tabelle 18: TKez 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen 31
Tabelle 19: TKez 181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV 32
Tabelle 20: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - PM-GEBH 33
Tabelle 21: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) - PM-GEBH 34
Tabelle 22: AK 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten 35
Tabelle 23: AK 850224: Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess 36
Tabelle 24: AK 850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 37
Tabelle 25: AK 850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 37
Tabelle 26: AK 850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 38
Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH 39
Tabelle 28: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH 41
Tabelle 29: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – PM-NEO 49

Tabelle 30: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - PM-NEO 53
Tabelle 31: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - PM-NEO 56
Tabelle 32: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – PM-NEO 61
Tabelle 33: TKez 51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate) 62
Tabelle 34: QI 222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen 62
Tabelle 35: TKez 51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate) 64
Tabelle 36: TKez 51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen 64
Tabelle 37: TKez 51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate) 65
Tabelle 38: TKez 50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) 65
Tabelle 39: TKez 222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus 66
Tabelle 40: TKez 51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate) 67
Tabelle 41: TKez 51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) 67
Tabelle 42: TKez 222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate) 68
Tabelle 43: TKez 222401: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) 68
Tabelle 44: TKez 222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP 69
Tabelle 45: TKez 51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate) 70
Tabelle 46: TKez 50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) 70
Tabelle 47: TKez 51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 71
Tabelle 48: TKez 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 72
Tabelle 49: TKez 51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) 73
Tabelle 50: TKez 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) 73
Tabelle 51: QI 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung 74
Tabelle 52: QI 50060: Nosokomiale Infektion 75
Tabelle 53: QI 50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung 76
Tabelle 54: QI 52262: Zunahme des Kopfumfangs 77
Tabelle 55: QI 50063: Durchführung eines Hörtests 78
Tabelle 56: QI 50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 79
Tabelle 57: QI 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen 80
Tabelle 58: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - PM-NEO 82
Tabelle 59: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – PM-NEO 84
Tabelle 60: AK 850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben 86

Tabelle 61: AK 850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme 87
Tabelle 62: AK 851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert 88
Tabelle 63: AK 851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben 89
Tabelle 64: AK 852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums 90
Tabelle 65: AK 852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben 91
Tabelle 66: AK 852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben 92
Tabelle 67: AK 850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 93
Tabelle 68: AK 850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 93
Tabelle 69: AK 850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 94
Tabelle 70: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO 95
Tabelle 71: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO 97

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
BPD	Bronchopulmonale Dysplasie
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
FIP	Fokale intestinale Perforation
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
IKNR	Institutionskennzeichennummer
IVH	Intraventrikuläre Hämorrhagie
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
NEK	Nekrotisierende Enterokolitis
n. a.	nicht anwendbar
O/E	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (*observed to expected ratio*)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
p. m.	post menstruationem
PM-GEBH	Auswertungsmodul *Geburtshilfe*
PM-NEO	Auswertungsmodul *Neonatologie*
PVL	Periventrikuläre Leukomalazie
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS PM	QS-Verfahren *Perinatalmedizin*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
ROP	Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*)
SIP	Singuläre intestinale Perforation
SQB	Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser
STNV	Stellungnahmeverfahren
VB	Vertrauensbereich

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Perinatalmedizin* (*QS PM*) wird seit dem Erfassungsjahr 2021 unter der DeQS-RL geführt. Gegenstand des Verfahrens ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie). Die beiden Auswertungsmodule *Geburtshilfe* (*PM-GEBH*) und *Neonatologie* (*PM-NEO*) werden aufgrund der getrennten Auswertung in der Qualitätssicherung separat dargestellt.

Geburtshilfe

1 Hintergrund

Die Perinatalmedizin umfasst die Versorgung von Mutter und Kind im Zeitraum kurz vor bis kurz nach der Geburt. Die Münchner Perinatalstudie (1975 bis 1977) und die daraus hervorgegangene Perinatalerhebung gelten in Deutschland als Ausgangspunkt der heutigen gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin. Deren Ziel ist es, beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung zu erfassen und die Qualität kontinuierlich zu verbessern. Seit 2001 ist die Geburtshilfe Teil eines bundeseinheitlichen QS-Verfahrens, in dem alle Geburten in Deutschland erfasst werden, die in einem Krankenhaus stattgefunden haben. Verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität vor, während und nach der Geburt werden mit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen abgebildet und beziehen sich auf die adäquate medizinische Versorgung sowohl der Mutter als auch des Kindes.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Auswertungsjahr 2026 - wie bereits im Vorjahr - insgesamt 10 Qualitätsindikatoren und 4 Transparenzkennzahlen ausgewiesen.

Die Indikatoren und Kennzahlen der mütterlichen Versorgung zielen unter anderem auf die Vermeidung von Infektionen nach einer Kaiserschnittentbindung (ID 50045), auf die Vermeidung von höhergradigen Dammrissen (ID 181800) wie auch auf die Vermeidung von mütterlichen Sterbefällen (ID 331) ab.

Des Weiteren beziehen sich die Indikatoren und Kennzahlen der kindlichen Versorgung sowohl auf medizinisch sinnvolle Maßnahmen und Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung als auch auf die Erfassung von bestimmten Behandlungsergebnissen beim Kind. So ist ein gestörter Säure-Basen-Status (Azidose) im Nabelschnurblut (IDs 321, 51397 und 51831) ein wichtiger Hinweis auf einen Sauerstoffmangel des Neugeborenen unter der Geburt. Mit dem Prozessindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) wird ermittelt, ob eine Pädiaterin oder ein Pädiater (Fachärztin bzw. Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) bei Geburt des Kindes anwesend ist, um das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich zu versorgen. Dies verbessert die Prognose der Frühgeborenen erheblich und gehört daher zur Standardversorgung. Zusätzlich werden kranke Reif- und Frühgeborene erfasst, wenn sie in einem Krankenhaus geboren werden, das nicht auf die Versorgung von Kindern mit ihrer Krankheitsschwere und ihrem Grad der Unreife spezialisiert ist (IDs 182010, 182011 und 182014). Eine Geburt in einem Krankenhaus mit geeigneter Versorgung erhöht die Überlebenswahrscheinlichkeit und senkt das Risiko bleibender Schäden für diese Kinder. Außerdem wird die regelhafte Behandlung der Mutter mit Kortikosteroiden bei drohender Frühgeburt (ID 330) erfasst, da diese Maßnahme die Lungenreife beim Frühgeborenen fördert. Darüber hinaus ermöglicht der „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) durch die Kombination klinischer Messwerte (Apgar-Score, pH-Wert und Base Excess) sowie der Angabe zur Sterblichkeit eine umfassende Einschätzung zum Zustand des Kindes unter bzw. kurz nach der Geburt.

Schließlich adressieren zwei Indikatoren zugleich die mütterliche wie auch die kindliche medizinische Versorgung. Zum einen wird bei einem Notfallkaiserschnitt, der aufgrund einer Gefährdung der mütterlichen oder kindlichen Gesundheit durchgeführt wird, erhoben, ob die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeit zwischen der Entscheidung zum Notfallkaiserschnitt und der Entwicklung (Geburt) des Kindes, über der maximal tolerablen Zeit von 20 Minuten liegt (ID 1058). Liegt die Zeitspanne darüber, kann dies beispielsweise zu einem schwerwiegenden Sauerstoffmangel beim Kind mit dem Risiko schwerer bleibender Schäden führen. Zum anderen wird die risikoadjustierte Kaiserschnittrate (ID 52249) ermittelt, weil bei Kaiserschnitten von Nachteilen für Mutter und Kind sowohl bei der aktuellen Geburt als auch bei nachfolgenden Schwangerschaften und Geburten auszugehen ist.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - PM-GEBH

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen*	QS-Dokumentation	2025
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QS-Dokumentation	2025
52249	Kaiserschnittgeburt	QS-Dokumentation	2025
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung			
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2025
51397	Azidose bei reifen Einlingen*	QS-Dokumentation	2025
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	QS-Dokumentation	2025
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QS-Dokumentation	2025
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QS-Dokumentation	2025
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV*	QS-Dokumentation	2025
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe			
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QS-Dokumentation	2025
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Auswertungsjahr 2026 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	QS-Dokumentation
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit prüfen die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze – mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft. Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* umfassen diese Auffälligkeitskriterien verschiedene Prüfungen: ob die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit) unter 3 Minuten (ID 850318) lag und wie häufig es fehlende Angaben des 5-Minuten-Apgars oder des Nabelarterien-pH-Wertes sowie des Base-Excess-Wertes gab (ID 850224).

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden. Zum einen beinhalten diese Prüfungen zur Unter- und Überdokumentation von Fällen bzw. ob weniger (ID 850081) oder mehr (ID 850082) Fälle als gemäß Sollstatistik erwartet dokumentiert wurden. Zum anderen wird kontrolliert, ob für dokumentationspflichtige Fälle zu viele Minimaldatensätze anstelle regulärer Datensätze angelegt wurden (ID 850226).

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurden im Vergleich zum Vorjahr insgesamt weniger Datensätze übermittelt. Es liegt eine geringfügige Unterdokumentation vor, d. h., es wurden von den Leistungserbringern etwas weniger Datensätze übermittelt, als gemäß Sollstatistik erwartet wurden.

Es wurden Datensätze von insgesamt 628.218 Geburten erfasst. Dies ist abermals ein Rückgang im Vergleich zum Vorjahr, nunmehr um 3,96 % (AJ 2025: 654.174). Bereits zum Auswertungsjahr 2025 wurde ein Rückgang der stationär durchgeführten Geburten um 1,48 % verzeichnet.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - PM-GEBH

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	628.218 627.771 447	628.448	99,96
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	595		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	594	593	100,17
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	564	562	100,36

Im Auswertungsjahr 2026 lieferten 595 Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) und 564 Leistungserbringer auf IKNR-Ebene Daten. Dies ist ein Rückgang um 2,46 % auf Standortebene (AJ 2025: 610) und um 2,25 % auf IKNR-Ebene (AJ 2025: 577).

Für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2026 des Auswertungsmoduls *PM-GEBH* deuten auf eine überwiegend gute und stabile Versorgungsqualität hin. Der Großteil der Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Das Ergebnis des Qualitätsindikators „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182014) hat sich signifikant verbessert, und auch das Bundesergebnis des Sentinel-Event-Qualitätsindikators „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182010) hat sich im Vergleich zum Vorjahr abermals verbessert. Allerdings wurde eine signifikante Ergebnisverschlechterung bei der Transparenzkennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen" (ID 330) verzeichnet.

Ein in der Geburtshilfe weiterhin sehr relevantes Thema ist der kontinuierliche Anstieg der Kaiserschnittrate in den letzten drei Jahren (AJ 2024: 33,04 %; AJ 2025: 33,42 %; AJ 2026: 33,79 %), und auch der Anteil an Leistungserbringern mit qualitativ auffälligen Ergebnissen im Indikator „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249) ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. So wurden im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 60,94% (n = 39 von 64) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet – im Vorjahr lag dieser Anteil noch bei 50,00 % (AJ 2024: n = 32 von 64). Damit weist dieser Qualitätsindikator unter allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren den höchsten Wert auf. Fast 36 % der Leistungserbringer wiesen bereits im Vorjahr ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf (n = 14 von 39). Die qualitativ auffälligen Ergebnisse beziehen sich überwiegend auf Struktur- und Prozessmängel. Nach Einschätzung einiger Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene zum QS-Verfahren *Perinatalmedizin* seien diese insbesondere darauf zurückzuführen, dass in Abteilungen mit geringer Fallzahl der Bereitschaftsdienst aufgrund fehlender angeschlossener Kinderklinik mit Neonatologen und Neonatologinnen für den Notfall nicht durchgehend besetzt sei, einzelne Kliniken bei diesem Thema eine gewisse Uneinsichtigkeit beziehungsweise Beratungsresistenz zeigten, Defizite im Zuweisungsprozess bestünden oder die Frauen den Wunsch nach einem Kaiserschnitt äußerten. In Kliniken mit unter 500 Geburten im Jahr gebe es oft zur wenig Training und Erfahrung im Umgang mit Notfällen. Außerdem stehe oft kein hochwertiges Equipment zur Verfügung. Die betroffenen Kliniken würden dadurch entstehende Risiken vermeiden und sich eher für einen Kaiserschnitt entscheiden. Zudem sei eine Senkung der Kaiserschnittrate, insbesondere bei Kliniken mit wiederholt hohen Raten, in der Regel nur durch eine Reduzierung der Vergütung beziehungsweise eine Kündigung des Versorgungsauftrags möglich. Bei 17 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, welche u. a. die Teilnahme an Qualitätszirkeln und geeigneten Fortbildungen, Fachgespräche, Kolloquien sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und die Durchführung von Audits umfasste. Bei einem Leistungserbringer wurde aufgrund der langjährigen qualitativen Auffälligkeit ohne wesentliche Verbesserung - trotz der bisherigen Versuche

von qualitätsverbessernden Maßnahmen der Stufe 1 – Maßnahmenstufe 2 in Form eines Gesprächs empfohlen.

Das Bundesergebnis der Transparenzkennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen" (ID 330) hat sich in den vergangenen Jahren verschlechtert (AJ 2024: 95,27 %; AJ 2025: 95,02 %; AJ 2026: 91,33 %). Als mögliche Ursachen für diesen Trend verweisen die Mitglieder des Expertengremiums darauf, dass Kortikosteroide zunehmend zurückhaltender verabreicht werden, da langfristige Folgen bei späten Frühgeborenen bzw. reifen Kindern laut Studienlage nicht ausgeschlossen werden können. Eine Einschätzung der Schwangerschaftsdauer und damit eine Vorhersage, ob es zu einer Frühgeburt kommt, sei mitunter nur schwer möglich. Eine Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im leitlinienkonformen Zeitraum zwischen 24 Stunden und 7 Tagen vor der Geburt wird aber weiterhin als relevant angesehen – eine Erfassung soll daher perspektivisch über die zum Erfassungsjahr 2027 neu eingeführte Transparenzkennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im maximal wirksamen Zeitraum" (ID 182701) erfolgen.

Das Bundesergebnis des Indikators „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182014) hat sich über die Jahre signifikant verbessert (AJ 2024: 8,79 %; AJ 2025: 8,49 %; AJ 2026: 8,10 %). Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 zeigen jedoch weiterhin einen hohen Anteil an Dokumentationsfehlern von etwa 45 % (n = 9 von 20). Dies lässt sich laut Angaben der LAG darauf zurückführen, dass die perinatale Versorgungsstufe nicht immer korrekt angegeben wurde.

Das Bundesergebnis des Sentinel-Event-Indikators „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten" (ID 1058) hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 6 Fälle verbessert, nachdem es im Jahr zuvor zu einer Verschlechterung um 10 Fälle gekommen war (AJ 2024: 22 Fälle; AJ 2025: 32 Fälle; AJ 2026: 26 Fälle). Auch der Anteil hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert (AJ 2025: 0,37 %; AJ 2026: 0,32 %). 47,37 % (n = 9 von 19) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 als qualitativ unauffällig bewertet, während lediglich 10,53 % (n = 2 von 19) als qualitativ auffällig eingestuft wurden. Bei 31,58 % (n = 6 von 19) lagen Dokumentationsfehler vor. Die qualitativ unauffälligen Ergebnisse lassen sich überwiegend durch Einzelfälle erklären. Die Dokumentationsfehler waren primär auf eine unvollzählige oder falsche Dokumentation zurückzuführen. Daher empfahl eine LAG Leistungserbringern, bei denen wiederholt Abweichungen festgestellt wurden, intensive Schulungen zur Dokumentation und Kodierung durchzuführen sowie strukturelle Änderungen umzusetzen.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - PM-GEBH

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen*	95,02 % O = 5.919 N = 6.229	91,33 % O = 5.318 N = 5.823	vergleichbar
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	99,04 % O = 216.584 N = 218.675	98,99 % O = 210.134 N = 212.282 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
52249	Kaiserschnittgeburt	1,00 O/E = 216.940 / 216.928,10 33,42 % O/N = 216.940 / 649.047	1,00 O/E = 210.567 / 210.145,34 33,79 % O/N = 210.567 / 623.188 (≤ 1,20; 90. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0,37 % O = 32 N = 8.714	0,32 % O = 26 N = 8.064 (Sentinel Event)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung				
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)*	0,27 % O = 1.591 N = 595.341	0,26 % O = 1.505 N = 572.007	vergleichbar
51397	Azidose bei reifen Einlingen*	1,00 O/E = 1.591 / 1.591,00 0,27 % O/N = 1.591 / 595.341	0,98 O/E = 1.505 / 1.528,48 0,26 % O/N = 1.505 / 572.007	eingeschränkt vergleichbar
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	1,00 O/E = 314 / 314,00 0,86 % O/N = 314 / 36.317	0,95 O/E = 286 / 302,29 0,83 % O/N = 286 / 34.464 (≤ 3,63; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	96,67 % O = 18.818 N = 19.466	96,37 % O = 17.539 N = 18.200 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	1,00 O/E = 4.812 / 4.812,00 0,79 % O/N = 4.812 / 608.540	0,96 O/E = 4.447 / 4.629,55 0,76 % O/N = 4.447 / 584.710 (≤ 2,32)	eingeschränkt vergleichbar
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV*	1,00 O/E = 446 / 446,00 0,10 % O/N = 446 / 431.988	1,06 O/E = 458 / 430,08 0,11 % O/N = 458 / 412.726	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	0,00 % O = 22 N = 653.722	0,00 % O = 22 N = 627.771 (Sentinel Event)	vergleichbar
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe				
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	0,12 % O = 75 N = 61.053	0,11 % O = 66 N = 62.771 (Sentinel Event)	vergleichbar
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2,63 % O = 2.230 N = 84.771	2,48 % O = 2.155 N = 86.871 (≤ 3,77 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	8,49 % O = 15.511 N = 182.735	8,10 % O = 12.935 N = 159.785 (≤ 11,08 %; 95. Perzentil)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) - PM-GEBH

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2024	2 / 605	0,33	0
		2025	1 / 578	0,17	0
52249	Kaiserschnittgeburt	2024	65 / 610	10,66	31
		2025	63 / 595	10,59	28
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	2024	19 / 577	3,29	1
		2025	18 / 552	3,26	1
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	2024	30 / 594	5,05	7
		2025	33 / 562	5,87	2
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	2024	79 / 422	18,72	19
		2025	77 / 414	18,60	21
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	2024	26 / 606	4,29	7
		2025	18 / 593	3,04	0
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	2024	20 / 610	3,28	2
		2025	22 / 595	3,70	3

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe					
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2024	28 / 77	36,36	24
		2025	30 / 76	39,47	22
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2024	6 / 136	4,41	2
		2025	7 / 134	5,22	1
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2024	20 / 309	6,47	5
		2025	22 / 282	7,80	7

2.2.3 Detailergebnisse

Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung (IDs 321, 51397 und 51831)

Tabelle 6: TKez 321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,25 % O = 1.484 N = 603.338	0,27 % O = 1.591 N = 595.341	**0,26 %** **O = 1.505** **N = 572.007**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 7: TKez 51397: Azidose bei reifen Einlingen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,92 O/E = 1.484 / 1.609,96 0,25 % O/N = 1.484 / 603.338	1,00 O/E = 1.591 / 1.591,00 0,27 % O/N = 1.591 / 595.341	**0,98** **O/E = 1.505 / 1.528,48** **0,26 %** **O/N = 1.505 / 572.007**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 8: QI 51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,89 O/E = 281 / 317,18 0,76 % O/N = 281 / 37.130	1,00 O/E = 314 / 314,00 0,86 % O/N = 314 / 36.317	**0,95** **O/E = 286 / 302,29** **0,83 %** **O/N = 286 / 34.464**
rechnerische Auffälligkeiten	32 / 610 5,25 %	30 / 594 5,05 %	**33 / 562** **5,87 %** **(Refbereich: ≤ 3,63; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 32 28,12 %	**5 / 30** **16,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	9 / 610 1,48 %	**5 / 594** **0,84 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator und die Kennzahlen adressieren die Azidose (pH-Wert der Nabelschnurarterie < 7,00) bei reifgeborenen sowie frühgeborenen Einlingen. Diese soll möglichst selten vorkommen. Die Erfassung der Azidose gibt vielfach nützliche Hinweise zur Qualität des geburtshilflichen Managements.

Zur Berechnung der Risikoadjustierung der Azidose bei reifen sowie frühgeborenen Einlingen (IDs 51397 und 51831) wird eine logistische Regression verwendet. Es werden Variablen berücksichtigt, die sich insbesondere auf die Schwangerschaft (wie z. B. Gestationsdiabetes), die Geburt (wie z. B. Nabelschnurvorfall) sowie auf das Alter der Mutter beziehen. Außerdem werden weitere Faktoren wie der SGA-Status (Small for Gestational Age), die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen, Übergewicht und der Adipositasgrad der Mutter genutzt.

Die Bundesergebnisse der beiden Kennzahlen 321 und 51397 haben sich im Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum vorherigen Jahr leicht verbessert. Das bezieht sich sowohl auf die rohe Rate (AJ 2025: 0,27 %; AJ 2026: 0,26%) als auch auf die risikoadjustierte Rate (AJ 2025: 1,00; AJ 2026: 0,98). Das Bundesergebnis für den risikoadjustierten Qualitätsindikator 51831 hat sich im Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum vorherigen Jahr ebenfalls leicht verbessert (AJ 2025: 1,00; AJ 2026: 0,95). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 16,67 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 5 von 30). Der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten ist somit im Vergleich zum Vorjahr gesunken (AJ 2024: 28,12 %; AJ 2025: 16,67 %). In den Rückmeldungen der LAG wurden Struktur- und Prozessmängel, insbesondere ein nicht leitliniengerechtes Vorgehen und die Entbindung in einer nicht adäquaten Versorgungsstufe, als Gründe für die Bewertung als qualitativ auffällig angegeben. Bei einem Leistungserbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) in Form einer Durchführung von Audits initiiert.

Im Expertengremium auf Bundesebene wurde thematisiert, inwieweit zur Bestimmung der Blutgase zukünftig der Laktatwert erfasst werden sollte. Eine orientierende Recherche nationaler und internationaler Leitlinien zeigt jedoch, dass der pH-Wert sowie der Base Excess (BE) weiterhin als Standardparameter bevorzugt werden und es für die Erfassung des Nabelschnur-Laktat-Wertes keine bis wenig Evidenz gibt. Von einer Erfassung wird daher aktuell abgesehen, wobei eine zukünftige Erhebung des Laktats von einigen Mitgliedern jedoch weiterhin präferiert wird.

Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (ID 51803)

Tabelle 9: QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,92 O/E = 4.505 / 4.899,47 0,73 % O/N = 4.505 / 617.518	1,00 O/E = 4.812 / 4.812,00 0,79 % O/N = 4.812 / 608.540	**0,96** **O/E = 4.447 / 4.629,55** **0,76 %** **O/N = 4.447 / 584.710**
rechnerische Auffälligkeiten	30 / 622 4,82 %	26 / 606 4,29 %	**18 / 593** **3,04 %** **(Refbereich: ≤ 2,32)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	21 / 30 70,00 %	**14 / 25** **56,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	21 / 622 3,38 %	**14 / 606** **2,31 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert den postnatalen Zustand eines reifgeborenen Kindes unter und kurz nach der Geburt. Wesentliche Outcomeparameter wie das Versterben, der Apgar-Score, der Base Excess und der pH-Wert, die in Kombination den postnatalen Zustand eines Kindes besonders gut abbilden können, werden hierbei in einem Qualitätsindex zusammenfassend dargestellt.

Zur Berechnung der Risikoadjustierung wird eine logistische Regression verwendet. Für die Risikoadjustierung der einzelnen Ebenen dieses Qualitätsindikators wird eine Vielzahl an Variablen berücksichtigt, die sich insbesondere auf die Schwangerschaft (wie z. B. hypertensive Erkrankungen), die Geburt (wie z. B. vorzeitige Plazentalösung) sowie auf Angaben zum Gestationsalter beziehen. Außerdem werden weitere Faktoren wie Fehlbildungen und die Tatsache, dass die Schwangere erstgebärend ist, für die Risikoadjustierung verwendet.

Das Bundesergebnis für den Qualitätsindikator hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr verbessert (AJ 2025: 1,00; AJ 2026: 0,96) ist aber schlechter als der Wert des Auswertungsjahres 2024 (AJ 2024: 0,92). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 56,00 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 14 von 25). Von allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren weist dieser Qualitätsindikator die zweithöchste Rate an qualitativen Auffälligkeiten auf. In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel wie ein deutliches Verbesserungspotenzial im Bereich des Geburtsmanagements, vor allem im CTG-Monitoring und dessen Interpretation sowie bei der Indikation zur Mikroblutuntersuchung und der intrapartalen Tokolyse festgestellt. Darüber hinaus wurde eine Auffälligkeit bei der Erfassung des Base-Excess-Wertes festgestellt, da dieser nicht mit den Werten des pH-Werts aus der Nabelschnur und des Apgars-Scores übereinstimmte. Zudem zeigten sich Defizite in der Zusammenarbeit der geburtshilflichen Abteilung mit der Pädiatrie. Bei einem Leistungs-

erbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) in Form einer Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien initiiert.

Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt (ID 331)

Tabelle 10: QI 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,00 % O = 21 N = 663.556	0,00 % O = 22 N = 653.722	**0,00 %** **O = 22** **N = 627.771**
rechnerische Auffälligkeiten	21 / 624 3,37 %	20 / 610 3,28 %	**22 / 595** **3,70 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 21 0,00 %	**2 / 20** **10,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 624 0,00 %	**2 / 610** **0,33 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt. Das Ergebnis soll möglichst gering sein.

Seit dem Auswertungsjahr 2024 wird die Transparenzkennzahl „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ (ID 331) wieder als Sentinel-Event-Indikator geführt. Somit ist vorgesehen, dass die LAG jeden im Rahmen der stationären Geburt aufgetretenen Muttersterbefall innerhalb eines Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL aufarbeiten.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden in diesem Sentinel-Event-Indikator auf Bundesebene 22 Fälle identifiziert. Das ist dieselbe Anzahl wie im letzten Jahr. Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 10,00 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 2 von 20) und bei diesen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) u. a. in Form einer Teilnahme am Qualitätszirkel initiiert.

Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung (ID 50045)

Tabelle 11: QI 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	98,95 % O = 217.048 N = 219.354	99,04 % O = 216.584 N = 218.675	**98,99 %** **O = 210.134** **N = 212.282**
rechnerische Auffälligkeiten	3 / 619 0,48 %	2 / 605 0,33 %	**1 / 578** **0,17 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 3 33,33 %	**0 / 2** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 619 0,16 %	**0 / 605** **0,00 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die prophylaktische perioperative Antibiotikagabe bei Schwangeren mit einer Kaiserschnittentbindung, die möglichst häufig erfolgen soll.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators liegt seit Jahren auf einem hohen Niveau (AJ 2024: 98,95 %; AJ 2025: 99,04 %; AJ 2026: 98,99 %). Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist weiterhin gering (AJ 2024: 0,48 %; AJ 2025: 0,33 %; AJ 2026: 0,17 %). Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurde keines der zwei rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet.

E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten (ID 1058)

Tabelle 12: QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,25 % O = 22 N = 8.920	0,37 % O = 32 N = 8.714	**0,32 %** **O = 26** **N = 8.064**
rechnerische Auffälligkeiten	22 / 593 3,71 %	19 / 577 3,29 %	**18 / 552** **3,26 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 22 9,09 %	**2 / 19** **10,53 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 593 0,34 %	**2 / 577** **0,35 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) über 20 Minuten bei Notfallkaiserschnitten. Ein Notfallkaiserschnitt deutet auf eine akute, für Mutter und/oder Kind lebensbedrohliche Notfallsituation hin. Ziel ist es daher, diesen Zustand in einem realistischen Maß möglichst kurz zu halten, um (weitere) Komplikationen bei Mutter und Kind zu vermeiden. Die E-E-Zeit soll daher möglichst häufig 20 Minuten oder weniger betragen.

Im Auswertungsjahr 2026 wurden in diesem Sentinal-Event-Indikator auf Bundesebene 26 Fälle identifiziert. Dies ist eine Verringerung von 6 Fällen im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2025: 32). Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurden 47,37 % (n = 9 von 19) der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet, während lediglich 10,53 % (n = 2 von 19) als qualitativ auffällig eingestuft wurden. Bei 31,58 % (n = 6 von 19) lagen Dokumentationsfehler vor. Die qualitativ unauffälligen Ergebnisse lassen sich überwiegend durch Einzelfälle erklären. Die Doku-

mentationsfehler waren primär auf eine unvollzählige oder falsche Dokumentation zurückzuführen. Daher empfiehlt eine LAG Leistungserbringern, bei denen wiederholt Abweichungen festgestellt wurden, intensive Schulungen zur Dokumentation und Kodierung durchzuführen sowie strukturelle Änderungen umzusetzen. Die qualitativ auffälligen Ergebnisse lassen sich nach Rückmeldungen der LAG überwiegend auf Struktur- und Prozessmängel wie fehlendes Geburtsmanagement zurückführen. Bei einem Leistungserbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten (ID 318)

Tabelle 13: QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	96,94 % O = 19.430 N = 20.044	96,67 % O = 18.818 N = 19.466	**96,37 %** **O = 17.539** **N = 18.200**
rechnerische Auffälligkeiten	71 / 423 16,78 %	79 / 422 18,72 %	**77 / 414** **18,60 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 71 14,08 %	**11 / 79** **13,92 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 423 2,36 %	**11 / 422** **2,61 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Anwesenheit einer Pädiaterin oder eines Pädiaters bei Frühgeburten. Bei frühgeborenen Kindern sollte eine Pädiaterin oder ein Pädiater (Fachärztin bzw. Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) bei der Geburt möglichst häufig anwesend sein, um das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich zu versorgen.

Die Bundesergebnisse des Qualitätsindikators sinken über die letzten Jahre hinweg leicht (AJ 2024: 96,94 %; AJ 2025: 96,67 %; AJ 2026: 96,37 %). Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr stabil (AJ 2024: 16,78 %; AJ 2025: 18,72 %; AJ 2026: 18,60 %). Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 13,92 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 11 von 79). In den Rückmeldungen der LAG wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel als Gründe für die Bewertung als qualitativ auffällig angegeben. Dazu zählen unzureichende Falldarstellungen und zeitliche Abläufe, keine klare Regelung zur Anwesenheit von Pädiaterinnen und Pädiatern vor Ort, kein richtlinienkonformes Vorgehen bei der Frühgeborenenversorgung sowie Kommunikations- und Organisationsprobleme beim Verlegungskonzept. Bei 3 Leistungserbringern wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe (IDs 182010, 182011 und 182014)

Tabelle 14: QI 182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,14 % O = 93 N = 65.586	0,12 % O = 75 N = 61.053	**0,11 %** **O = 66** **N = 62.771**
rechnerische Auffälligkeiten	41 / 77 53,25 %	28 / 77 36,36 %	**30 / 76** **39,47 %** **(Refbereich: Sentinel Event)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 41 17,07 %	**6 / 28** **21,43 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 77 9,09 %	**6 / 77** **7,79 %**	n. a.

Tabelle 15: QI 182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,71 % O = 2.088 N = 77.051	2,63 % O = 2.230 N = 84.771	**2,48 %** **O = 2.155** **N = 86.871**
rechnerische Auffälligkeiten	6 / 134 4,48 %	6 / 136 4,41 %	**7 / 134** **5,22 %** **(Refbereich: ≤ 3,77 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 6 33,33 %	**3 / 6** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 134 1,49 %	**3 / 136** **2,21 %**	n. a.

Tabelle 16: QI 182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	8,79 % O = 17.813 N = 202.551	8,49 % O = 15.511 N = 182.735	**8,10 %** **O = 12.935** **N = 159.785**
rechnerische Auffälligkeiten	24 / 329 7,29 %	20 / 309 6,47 %	**22 / 282** **7,80 %** **(Refbereich: ≤ 11,08 %; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 24 25,00 %	**4 / 20** **20,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 329 1,82 %	**4 / 309** **1,29 %**	n. a.

Die drei Qualitätsindikatoren adressieren die Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe. Es sollen möglichst viele Kinder in einer Klinik geboren werden, die bezüglich ihrer Krankheitsschwere und des Grads der Unreife der Kinder für eine Behandlung adäquat ist.

Im Auswertungsjahr 2026 wurden im Sentinel-Event-Indikator 182010 auf Bundesebene 66 Fälle identifiziert. Im Auswertungsjahr 2025 waren es 75 und im Auswertungsjahr 2024 93 Fälle. Somit hat sich das Bundesergebnis über die Jahre stetig verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich zunächst von 53,25 % (AJ 2024) auf 36,36 % (AJ 2025) verbessert, verschlechterte sich jedoch zum Auswertungsjahr 2026 auf 39,47 %. Dieser Trend ist auch bei den Qualitätsindikatoren 182011 und 182014 zu beobachten: Das Bundesergebnis hat sich weiter verbessert (QI 182011: AJ 2024: 2,71 %; AJ 2025: 2,63 %; AJ 2026: 2,48 %; QI 182014: AJ 2024: 8,79 %; AJ 2025: 8,49 %; AJ 2026: 8,10 %), während sich der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen verschlechtert hat (QI 182011: AJ 2024: 4,48 %; AJ 2025: 4,41 %; AJ 2026: 5,22 %; QI 182014: AJ 2024: 7,29 %; AJ 2025: 6,47 %; AJ 2026: 7,80 %).

Im Qualitätsindikator 182010 wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 21,43 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 6 von 28). In den Rückmeldungen der LAG wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel berichtet. Darunter fallen Missverständnisse der Definition der Zuweisungskriterien für ein Perinatalzentrum Level 1 sowie mangelhaftes richtlinienkonformes Verlegungsmanagement bei Kindern an der Grenze zur Lebensfähigkeit, zudem wäre laut Fachkommission häufig eine rechtzeitige Verlegung in eine Klinik mit adäquater Versorgungsstufe möglich gewesen. Bei einem Leistungserbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Zu den Indikatoren 182011 und 182014 wurden 50,00 % (3 von 6) bzw. 20,00 % (4 von 20) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden insbesondere Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel angegeben. Für den Qualitätsindikator 182011 wurde bei einem Leistungserbringer und für den Qualitätsindikator 182014 bei 2 Leistungserbringern die Maßnahmenstufe 1 initiiert.

Kaiserschnittgeburt (ID 52249)

Tabelle 17: QI 52249: Kaiserschnittgeburt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,00 O/E = 217.652 / 218.503,16 33,04 % O/N = 217.652 / 658.823	1,00 O/E = 216.940 / 216.928,10 33,42 % O/N = 216.940 / 649.047	**1,00** **O/E = 210.567 / 210.145,34** **33,79 %** **O/N = 210.567 / 623.188**
rechnerische Auffälligkeiten	64 / 624 10,26 %	65 / 610 10,66 %	**63 / 595** **10,59 %** **(Refbereich: ≤ 1,20; 90. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	32 / 64 50,00 %	**39 / 64** **60,94 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	32 / 624 5,13 %	**39 / 610** **6,39 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Kaiserschnittgeburt bei schwangeren Frauen. Unter Berücksichtigung des individuellen Risikos sollen möglichst wenig Kaiserschnittgeburten erfolgen.

Zur Berechnung der Risikoadjustierung dieses Qualitätsindikators wird eine logistische Regression verwendet. Es wird eine Vielzahl an Variablen berücksichtigt, die sich insbesondere auf die Schwangerschaft (wie z. B. Gestationsdiabetes, Hypertonie oder Proteinurie), die Geburt (wie z. B. vorzeitige Plazentalösung, Plazentainsuffizienz) sowie Angaben zur Mehrlingsschwangerschaft beziehen. Außerdem finden weitere Faktoren wie Übergewicht und Adipositasgrad der Schwangeren und die Tatsache, dass die Schwangere erstgebärend ist, in der Risikoadjustierung Berücksichtigung.

Bei diesem Qualitätsindikator hat sich das Bundesergebnis der rohen Rate über die Jahre hinweg kontinuierlich verschlechtert (AJ 2024: 33,04 %; AJ 2025: 33,42 %; AJ 2026: 33,79 %). Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 60,94 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 39 von 64). 14,06 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, zu weiteren 9,38 % wurden kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt (n = 6 von 64). Von allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren ist dies der Indikator mit der höchsten Anzahl nicht durchgeführter Stellungnahmen und dem höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten. Laut Rückmeldungen der LAG wurde vielfach wegen statistischer, methodischer oder inhaltlicher Gründe kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Bezüglich der qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden ähnlich wie in den vergangenen Jahren vonseiten der LAG Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel als Gründe genannt, wie zu hohe (risikoadjustierte) Kaiserschnittraten unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Robson-Klassifikation, unklare Indikation zum Kaiserschnitt und Wunschkaiserschnitt sowie Probleme bei der

Indikationsstellung. Bei 17 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Diese umfasste u. a. die Teilnahme an Qualitätszirkeln und geeignete Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und die Durchführung von Audits. Bei einem Leistungserbringer wurde aufgrund der langjährigen qualitativen Auffälligkeit ohne wesentliche Verbesserung - trotz der bisherigen Versuche von qualitätsverbessernden Maßnahmen der Stufe 1 – Maßnahmenstufe 2 empfohlen.

Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen (ID 330)

Tabelle 18: TKez 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	95,27 % O = 6.105 N = 6.408	95,02 % O = 5.919 N = 6.229	**91,33 %** **O = 5.318** **N = 5.823**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahl adressiert die antenatale Kortikosteroidtherapie bei schwangeren Frauen (mit einem präpartalen Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen) zur Förderung der Lungenreife beim frühgeborenen Kind, die möglichst häufig erfolgen soll. Das Bundesergebnis ist seit Jahren auf einem hohen Niveau, verschlechterte sich jedoch im Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum vorherigen Jahr (AJ 2024: 95,27 %; AJ 2025: 95,02 %; AJ 2026: 91,33 %). Als mögliche Ursachen für diesen Trend verweisen die Mitglieder des Expertengremiums darauf, dass Kortikosteroide zunehmend zurückhaltender verabreicht werden, da langfristige Folgen bei späten Frühgeborenen bzw. reifen Kindern laut Studienlage nicht ausgeschlossen werden können. Eine Einschätzung der Schwangerschaftsdauer und damit eine Vorhersage, ob es zu einer Frühgeburt kommt, sei mitunter nur schwer möglich. Eine Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im leitlinienkonformen Zeitraum zwischen 24 Stunden und 7 Tagen vor der Geburt wird aber weiterhin als relevant angesehen – eine Erfassung soll daher perspektivisch über die zum Erfassungsjahr 2027 neu eingeführte Transparenzkennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im maximal wirksamen Zeitraum“ (ID 182701) erfolgen.

Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV (ID 181800)

Tabelle 19: TKez 181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,99 O/E = 444 / 447,71 0,10 % O/N = 444 / 440.942	1,00 O/E = 446 / 446,00 0,10 % O/N = 446 / 431.988	**1,06** **O/E = 458 / 430,08** **0,11 %** **O/N = 458 / 412.726**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahl adressiert Dammrisse von Grad IV. Dammrisse bei spontaner sowie bei vaginal-operativer Geburt, z. B. unter Verwendung einer Zange oder Vakuumglocke, werden hierbei in einem Qualitätsindex zusammenfassend dargestellt und sollten möglichst selten sein.

Die einzelnen Ebenen der Transparenzkennzahl werden risikoadjustiert berechnet. Zur Berechnung der Risikoadjustierung wurde eine logistische Regression verwendet. Es werden insbesondere die Körpergröße der Mutter und das Geburtsgewicht des Kindes berücksichtigt.

Das Bundesergebnis für das Auswertungsjahr 2026 hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 geringfügig verschlechtert (AJ 2024: 0,99; AJ 2025: 1,00; AJ 2026: 1,06).

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Auswertungsjahr 2026 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit dargestellt.

Die Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2026 weisen je nach Auffälligkeitskriterium sowohl auf eine Verbesserung als auch auf eine leichte Verschlechterung der Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr hin. Beim Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) verbesserte sich das Bundesergebnis um 9 Fälle (AJ 2024: 43 Fälle; AJ 2025: 44 Fälle; AJ 2026: 35 Fälle). Beim Auffälligkeitskriterium „Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) verschlechterte sich das Bundesergebnis hingegen geringfügig um 0,03 % (AJ 2024: 0,78 %; AJ 2025: 0,85 %; AJ 2026: 0,88 %).

Der höchste Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Auswertungsjahr 2026 konnte wie bereits im Vorjahr beim Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) identifiziert werden (AJ 2024: 5,40 %; AJ 2025: 7,11 %; AJ 2026: 5,25 %). Die Ergebnisse haben sich jedoch auch hier verbessert.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 sind die meisten qualitativen Auffälligkeiten beim Auffälligkeitskriterium „Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) zu verzeichnen (AJ 2023: 51,61 %; AJ 2024: 73,33 %; AJ 2025: 82,14 %). Die Bundesrate hat sich im Vergleich zum Vorjahr nochmals erhöht. Als Ursachen wurden von den LAG vor allem Struktur- und Prozessmängel sowie eine unvollständige und fehlerhafte Dokumentation genannt. Hierzu zählten unter anderem die Umstellung auf ein neues Dokumentationssystem sowie Probleme bei der Materialgewinnung, beispielsweise durch eine zu späte Probenentnahme mit Kollabieren der Blutgefäße.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 20: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	0,43 % 35/8.064 (= 0)
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	0,88 % 5.168/584.666 (≤ 2,44 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	99,96 % 628.218/628.448 (≥ 95,00 %)
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	99,96 % 628.218/628.448 (≤ 110,00 %)
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,07 % 447/628.448 (≤ 5,00 %)

Tabelle 21: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) - PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiser-schnitt über 20 Minuten	2025	29 / 552	5,25	6
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	2025	27 / 593	4,55	10
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	10 / 593	1,69	2
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	2 / 593	0,34	0
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	0 / 593	0,00	-

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 22: AK 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,48 % O = 43 N = 8.920	0,50 % O = 44 N = 8.714	**0,43 %** **O = 35** **N = 8.064**
rechnerische Auffälligkeiten	32 / 593 5,40 %	41 / 577 7,11 %	**29 / 552** **5,25 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 32 15,62 %	**19 / 41** **46,34 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 593 0,84 %	**19 / 577** **3,29 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob eine E-E-Zeit von weniger als 3 Minuten bei Notfallkaiserschnitten dokumentiert wurde, und hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058).

Im Auswertungsjahr 2026 wurde in 35 Fällen eine E-E-Zeit < 3 Minuten dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich im Vergleich zum Vorjahr demnach um 9 Fälle verbessert (AJ 2025: 44 Fälle). Die Anzahl an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 12 Fälle verringert. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde ein deutlich höherer Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt als noch im Vorjahr (AJ 2024: 15,62 %; AJ 2025: 46,34 %). Von zwei LAG wurde angemerkt, dass es sich hierbei um eine fehlerhafte Dokumentation gehandelt habe. Bei keinem Leistungserbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1 oder 2) initiiert.

Tabelle 23: AK 850224: Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,78 % O = 4.781 N = 616.818	0,85 % O = 5.159 N = 608.489	**0,88 %** **O = 5.168** **N = 584.666**
rechnerische Auffälligkeiten	30 / 622 4,82 %	28 / 606 4,62 %	**27 / 593** **4,55 %** **(Refbereich: ≤ 2,44 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	22 / 30 73,33 %	**23 / 28** **82,14 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	22 / 622 3,54 %	**23 / 606** **3,80 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob der 5-Minuten-Apgar, der Nabelarterien-pH-Wert sowie der Base Excess dokumentiert wurden, und hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803).

Im Auswertungsjahr 2026 lag das Bundesergebnis bei 0,88 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 0,03 % geringfügig verschlechtert (AJ 2025: 0,85 %). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls um 0,07 % leicht gesunken (AJ 2025: 4,62 %; AJ 2026: 4,55 %). Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde weiterhin ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Anstieg von 8,81 % (AJ 2024: 73,33 %; AJ 2025: 82,14%) zu verzeichnen. Die Auffälligkeiten sind primär auf eine fehlerhafte oder unvollzählige Dokumentation zurückführen. Ursächlich hierfür waren unter anderem die Umstellung auf eine neues Dokumentationssystem, eine nicht konsistente Erfassung und Übermittlung der Daten, aber auch Fehler bei der Durchführung der Probenentnahme und -dokumentation. Bei einem Leistungserbringer wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 24: AK 850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,15 % O = 663.977 N = 662.971	100,47 % O = 654.174 N = 651.135	**99,96 %** **O = 628.218** **N = 628.448**
rechnerische Auffälligkeiten	12 / 626 1,92 %	8 / 614 1,30 %	**10 / 593** **1,69 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 12 91,67 %	**8 / 8** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	11 / 626 1,76 %	**8 / 614** **1,30 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026 eine Dokumentationsrate von 99,96 %, es besteht auf Bundesebene somit eine geringfügige Unterdokumentation.

Tabelle 25: AK 850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,15 % O = 663.977 N = 662.971	100,47 % O = 654.174 N = 651.135	**99,96 %** **O = 628.218** **N = 628.448**
rechnerische Auffälligkeiten	4 / 626 0,64 %	3 / 614 0,49 %	**2 / 593** **0,34 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 25,00 %	**2 / 3** **66,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 626 0,16 %	**2 / 614** **0,33 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026 eine Dokumentationsrate von 99,96 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Überdokumentation.

Tabelle 26: AK 850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,06 % O = 421 N = 662.971	0,07 % O = 452 N = 651.135	**0,07 %** **O = 447** **N = 628.448**
rechnerische Auffälligkeiten	0 / 626 0,00 %	0 / 614 0,00 %	**0 / 593** **0,00 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 -	**0 / 0** **-**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 626 0,00 %	**0 / 614** **0,00 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026, dass bei 0,07 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz angelegt wurde. Rechnerische Auffälligkeiten gab es keine.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	4.655	-	4.546	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	4.655	100,00	4.546	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	314	6,75	295	6,49
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	2	0,68
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	314	100,00	293	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	314	100,00	293	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	15	4,78	19	6,48
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	299	95,22	274	93,52
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	299	100,00	274	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	0,67	12	4,38
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	0,33	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	173	55,10	147	50,17
Bewertung als qualitativ auffällig	90	28,66	86	29,35
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	20	6,37	30	10,24
Sonstiges	15	4,78	11	3,75

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	31	n. a.	55	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	1	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 10 Qualitätsindikatoren geprüft. Ein Qualitätsindikator mit einem besonders hohen Anteil nicht durchgeführter Stellungnahmeverfahren ist der Qualitätsindikator zu Kaiserschnittgeburten (ID 52249). Laut Rückmeldungen der LAG ist dies unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Klinik keine Geburtshilfe anbietet oder auf andere Fachbereiche spezialisiert ist. Zudem hat sich eine LAG aus statistischen, methodischen oder inhaltlichen Gründen dafür entschieden, keine Stellungnahmeverfahren bei diesem Qualitätsindikator durchzuführen.

Es wurden insgesamt zu 29 Auffälligkeiten Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt, 17 davon zum Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249) sowie 4 zur Gruppe „Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe" (IDs 182010, 182011 und 182014). Die Maßnahmen bestanden unter anderem aus Gesprächen und der Überarbeitung der SOP. Es wurden bei mehreren Leistungserbringern auch verschiedene Maßnahmen durchgeführt. Außerdem wurden insgesamt 6 Maßnahmen der Stufe 2 ergriffen, teils zu Auffälligkeiten der Vorjahre, 4 davon zum Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249). Die Maßnahmen bestanden u. a. in der Überarbeitung von Zielvereinbarungen und SOPs.

Die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden in den Qualitätsindikatoren „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249) und „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen" (ID 51803) festgestellt. In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel als Gründe angegeben. Für den Qualitätsindikator zu Kaiserschnittgeburten waren dies im Spezifischen zu hohe risikoadjustierte Kaiserschnittraten, die bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern – unter Berücksichtigung der Ergebnisse der von der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*, WHO) empfohlenen Robson-Klassifikation für die unterschiedlichen Risikogruppen bei Schwangeren – aufgearbeitet und bewertet wurden. Außerdem wurden eine unklare Indikation zum Kaiserschnitt und Wunschkaiserschnitt sowie Probleme bei der Indikationsstellung als Bewertungsgründe angeführt. Für den Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen wurde ein deutliches Verbesserungspotenzial im Bereich des Geburtsmanagements festgestellt: insbesondere zum einen bei der Überwachung der Herzfrequenz des Kindes und der Wehentätigkeit der Mutter während der Geburt im CTG (Kardiotokografie) und dessen Interpretation und zum anderen bei der Indikation zur Mikroblutuntersuchung und der Wehenhemmung unter der Geburt (intrapartalen Tokolyse). Darüber hinaus wurde eine Auffälligkeit bei der Erfassung des Base-Excess-Wertes festgestellt, da dieser nicht mit dem

pH-Wert aus der Nabelschnur und dem Apgar-Score übereinstimmte. Zudem zeigten sich Defizite in der Zusammenarbeit der geburtshilflichen Abteilung mit der Pädiatrie.

Der höchste Anteil an Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich in den Qualitätsindikatoren „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung" (ID 50045), „Azidose bei frühgeborenen Einlingen" (ID 51831) und „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt" (ID 331). Die Ergebnisse erklären sich hierbei insbesondere durch Einzelfälle.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 war bei 10,24 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 30 von 293) aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich. Dies ist eine relativ starke Erhöhung im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024: 3,41 %, n = 9 von 264). Die meisten Dokumentationsfehler wurden in den Qualitätsindikatoren „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182014) und „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten" (ID 1058) ermittelt. Bei beiden Indikatoren sind die Ergebnisse vor allem auf eine unvollzählige oder falsche Dokumentation zurückzuführen, beim Indikator 182014 haben zusätzlich Softwareprobleme eine fehlende Dokumentation verursacht.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 28: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.112	100,00	3.037	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	78	2,51	80	2,63
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	78	100,00	80	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	2	2,56	2	2,50
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	76	97,44	78	97,50
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	76	100,00	78	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	2	2,56
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	28	35,90	24	30,00
Bewertung als qualitativ auffällig	39	50,00	52	65,00
Sonstiges	9	11,54	2	2,50
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	7	n. a.	2	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Auswertungsmodul *PM-GEBH* insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft.

Die meisten als qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden im Auffälligkeitskriterium „Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) festgestellt und lassen sich primär auf eine fehlerhafte oder unvollzählige Dokumentation zurückführen. Ursächlich hierfür waren unter anderem die Umstellung auf eine neues Dokumentationssystem, eine nicht konsistente Erfassung und Übermittlung der Daten sowie Fehler bei der Durchführung der Probenentnahme und -dokumentation.

Die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich für das Auswertungsjahr 2025 im Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318). In knapp 50 % der Fälle wurde eine korrekte bzw. vollzählige Dokumentation bestätigt. So sei die E-E-Zeit mitunter nachvollziehbar gewesen, da sich eine Anästhesistin oder ein Anästhesist bereits im Kreißsaal befand.

4 Evaluation

Durch das Auswertungsmodul *PM-GEBH* sollen insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie unerwünschte Ereignisse in der mütterlichen und kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Auswertungsmoduls *PM-GEBH*:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen
- Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen
- Verringerung der Sterblichkeit von Mutter und Kind

Die Richtlinienziele werden durch eine Vielzahl teils sehr etablierter und risikoadjustierter Qualitätsindikatoren abgebildet. Dadurch wird erreicht, dass alle Richtlinienziele ausreichend adressiert und mögliche Komplikationen abgebildet werden. Das aktuelle Indikatorenset enthält weiterhin Indikatoren zur Verbesserung der Prozessqualität (IDs 318, 1058, 50045, 182010 und 182011, 182014), zur Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen (IDs 52249 und 181800), Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen (IDs 330, 321, 151397 und 15831) sowie zur Verringerung der Sterblichkeit von Mutter und Kind (IDs 331 und 51803). Für die Indikatorengruppe zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe (IDs 182010, 182011 und 182014) erfolgt für das Erfassungsjahr 2027 eine Anpassung, um die fehlerhafte Zuweisung bzw. Aufnahme von Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 geboren werden müssten, stärker in den Fokus zu rücken. Dass die Indikatoren grundsätzlich gute Ergebnisse aufweisen, deutet darauf hin, dass die Richtlinienziele erreicht werden.

Das Expertengremium auf Bundesebene sprach sich 2022 nach mehreren Besprechungen und rechnerischen Analysen zum Datenfeld „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“ für die Einführung eines Qualitätsindikators zur Stillförderung aus. Für die Entwicklung des Indikators „Ausschließlich mit Frauenmilch gestillt nach Hause entlassene reife Einlinge“ gab es bereits im Jahr 2022 ein Beteiligungsverfahren, mit dem Ziel, den Indikator schnellstmöglich einzuführen. Aufgrund der im Beteiligungsverfahren angemerkten Kritik ist die Einführung bisher nicht erfolgt. Diese Kritik bezog sich hauptsächlich auf die Berechnung des Indikators wie zum Beispiel eine unangemessene präpartale Verweildauer sowie die Nicht-Einbeziehung anamnestischer und biographischer Daten der Mutter. Zudem wurde die eingeschränkte Beeinflussbarkeit durch das Krankenhaus hervorgehoben sowie auf den psychischen Druck, insbesondere auf die Erstgebärenden, hingewiesen, der durch die Neueinführung eines solchen Indikators entstehen könnte. Das Expertengremium steht hierzu weiter im Austausch.

Im Rahmen des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) geförderten Projekts „PSI-BUND – Bundesweites Patientensicherheitsindikatoren-Kern-Set für eine bürokratiearme Qualitätssicherung und Transparenz der Gesundheitsversorgung“ wurden mehrere Patientensicherheitsindikatoren für die externe stationäre Qualitätssicherung ausgewählt – darunter

auch der Patientensicherheitsindikator „Anteil mit Geburtsort in einem Level-1-Krankenhaus an Kindern mit geringem Geburtsgewicht“, der bereits unter ähnlicher Bezeichnung (ID 182010) im Modul *PM-GEBH* erhoben wird.

Der GBA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS PM*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Die Verfahrensüberprüfung ergab, dass bei einer Vielzahl geburtshilflicher Qualitätsindikatoren primär kein günstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis vorliegt und diese daher formal zur Streichung vorgesehen wären. Aufgrund der Bedeutung dieser Qualitätsmerkmale für Mutter und Kind empfehlen das IQTIG und die Mitglieder des Expertengremiums jedoch die Weiterführung der Qualitätsindikatoren. Das Thema Dokumentationsaufwand wird weiterhin im Expertengremium thematisiert, weil davon ausgegangen werden kann, dass dieser tatsächlich deutlich geringer ist als angenommen, da viele Datenfelder bereits für andere Zwecke wie beispielsweise den Mutterpass bzw. die Erstellung des Entlassungsbriefs erhoben und insbesondere im Bereich der Geburtshilfe de facto automatisiert aus der EDV-gestützten klinischen Dokumentation abgeleitet werden. Um eine empirisch belastbare Grundlage zum Dokumentationsaufwand in der Geburtshilfe zu schaffen, plant das IQTIG eine direkte Befragung von Softwareanbietern und Kliniken.

Für das Auswertungsjahr 2025 haben für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* 2 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt. Von einer LAG wurde darauf hingewiesen, dass - anders als vorgegeben - auch Totgeburten über einen Minimaldatensatz erhoben wurden und somit eine Unterdokumentation von Totgeburten im regulären Qualitätsdatensatz erfolgt. Von derselben LAG wurde zudem angemerkt, dass es mehrere Leistungserbringer mit falsch dokumentierter Versorgungsstufe gibt, was mitunter zu falschen Ergebnissen bei den Indikatoren zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe (IDs 182010, 182011 und 182014) führt. Zudem hat eine LAG angegeben, dass es zum Auffälligkeitskriterium „Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) Verständnisprobleme gibt. Dieselbe LAG gab an, dass sich durch die Krankenhausreform und die grundsätzlichen Probleme in der Pädiatrie – wie Finanzierung und Nachwuchssorgen – und aufgrund der räumlichen Entfernung zur kooperierenden Kinderklinik die Vorgaben zur Anwesenheit einer Pädiaterin oder eines Pädiaters bei Frühgeburten teilweise nicht (mehr) einhalten lassen.

5 Ausblick

Der GBA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS PM*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Im Abschlussbericht empfiehlt das IQTIG, den Großteil der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen weiterzuführen. Gestrichen werden hingegen die Kennzahlen zur Azidose bei reifen Einlingen (rohe und risikoadjustierte Rate; IDs 321 und 51397), da das Qualitätsmerkmal „Azidose bei reifgeborenen Kindern" bereits im Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen" (ID 51803) berücksichtigt wird. Somit können diese beiden Kennzahlen als redundant angesehen und zum Auswertungsjahr 2028 gestrichen werden. Für das Auswertungsjahr 2028 erfolgt ebenso eine Anpassung der drei Qualitätsindikatoren zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe (IDs 182010, 182011 und 182014), um die fehlerhafte Zuweisung bzw. Aufnahme von Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 geboren werden müssten, stärker in den Fokus zu rücken. Die Neueinführung der Kennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im maximal wirksamen Zeitraum" (ID 182701) verfolgt das Ziel, die Kortikosteroidgabe im leitliniengetreuen Zeitraum abzubilden. Darüber hinaus sollen perspektivisch Sozialdaten bei den Krankenkassen bei der Berechnung einiger Qualitätsindikatoren hinzugezogen werden.

Am 25. Februar 2026 wurde das IQTIG im Zusammenhang mit der Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen (QHKS-RL) beauftragt zu prüfen, inwieweit sich die bestehenden geburtshilflichen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zur Darstellung und Auswertung einer hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen eignen. Das IQTIG entwickelt in diesem Zuge ein Auswertungs- und Darstellungskonzept und bezieht Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens in die Prüfungen ein. Außerdem prüft das IQTIG, ob eine Patientenbefragung für die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe geeignet ist und sinnvoll umgesetzt werden kann.

Vor dem Hintergrund der seit Langem angestrebten Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung sollen nun zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres" und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres" mit freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern und LAG praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet werden und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll. Langfristig könnte dies in den Regelbetrieb

eingeführt werden und es könnten ggf. weitere Qualitätsindikatoren auf Basis verknüpfter Daten zur Einführung empfohlen werden.

Neonatologie

1 Hintergrund

Bei der Neonatologie handelt es sich um einen Zweig der angewandten Kinderheilkunde, der sich mit der Versorgung und Behandlung von Früh- und Neugeborenen beschäftigt. Die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität bezieht sich dabei insbesondere auf die Vermeidung von Erkrankungen und die Durchführung einer adäquaten Therapie. Im Fokus der Qualitätssicherung stehen demzufolge insbesondere schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen, unerwünschte Ereignisse der kindlichen Versorgung, Prozesse in der neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden alle Neugeborenen erfasst, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden und eine Aufenthaltsdauer im Krankenhaus von über 12 Stunden haben oder die im Alter von 8 bis 120 Tagen von einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Aufnahmegewicht von weniger als 2.000 g
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung
- Beatmung länger als eine Stunde
- schwerwiegende Erkrankung bei einem Aufnahmegewicht ab 2.000 g

Dokumentationspflichtig sind darüber hinaus Kinder, die im Kreißsaal oder in den ersten 7 Lebenstagen verstorben sind oder die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt wurden und verstorben sind.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien werden pro Jahr derzeit über 90.000 Früh- oder Neugeborene erfasst. Bei ca. 10.000 von diesen Kindern handelt es sich um sehr kleine Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g oder mit einem Gestationsalter von weniger als 32 vollendeten Schwangerschaftswochen. Ein Großteil der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO* bezieht sich auf diese Hochrisikogruppe.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Auswertungsjahr 2026 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 8 Qualitätsindikatoren und 17 Transparenzkennzahlen ausgewiesen.

Neben der Erfassung der Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei sehr kleinen Frühgeborenen (IDs 51832 und 51837) und Risiko-Lebendgeborenen (IDs 51070 und 222402) werden auch schwerwiegende Erkrankungen betrachtet, die Langzeitfolgen für die sehr kleinen Frühgeborenen nach sich ziehen können; hierunter fallen

- schwere Blutungen im Gehirn, die vermehrt mit späteren Behinderungen einhergehen (intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH); IDs 51076, 50050 und 222200),
- schwere Entzündungen des Magen-Darm-Traktes oder eine Lochbildung in der Darmwand (nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP); IDs 51838, 51843, 222400, 222401 und 222201),

- eine schwerwiegende Schädigung der weißen Hirnsubstanz (zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL); IDs 51077 und 50051),
- eine chronische Lungenerkrankung (bronchopulmonale Dysplasie (BPD); IDs 51079 und 50053) sowie
- eine schwere Schädigung der Netzhaut im Auge (höhergradige Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*, ROP); IDs 51078 und 50052)

Der Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) fasst die Sterblichkeit und die aufgeführten schwerwiegenden Erkrankungen bei sehr kleinen Frühgeborenen zusammen, da aufgrund der geringen Fallzahlen zufällige statistische Schwankungen sehr ausgeprägt sind und oftmals keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität mittels eines einzelnen Qualitätsindikators ermöglichen.

Zudem werden nosokomiale Infektionen betrachtet: Der Qualitätsindikator 50060 erfasst Früh- und behandlungsbedürftige Neugeborene mit einer Sepsis oder Pneumonie (Lungenentzündung), die später als drei Tage nach Geburt auftreten – diese im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts erworbenen Infektionen gehören zu den häufigsten Ursachen der Sterblichkeit dieser Kinder. Darüber hinaus wird erhoben, ob sich bei beatmeten Kindern eine Ansammlung von Luft oder Flüssigkeit zwischen Lunge und Brustwand gebildet hat (ID 50062 zum Pneumothorax).

Des Weiteren wird die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts erfasst (ID 52262). Bisher galt die Annahme, dass sich hierdurch zusätzliche Rückschlüsse auf die Kindesentwicklung und mögliche Qualitätsprobleme ziehen lassen. Ab dem Auswertungsjahr 2026 wird dieser Indikator jedoch ohne Referenzbereich dargestellt, da kein ausreichend belegter Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal besteht. Eine Streichung des Indikators ist zum Auswertungsjahr 2028 vorgesehen.

Neben diesen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität werden auch Prozessindikatoren gemessen. Beispielsweise wird erhoben, ob die Körpertemperatur von sehr kleinen Frühgeborenen oder Risiko-Lebendgeborenen bei Aufnahme ins Krankenhaus unter 36,0 °C beträgt (IDs 50069 und 50074), da eine Unterkühlung schwerwiegende Komplikationen und Folgeerkrankungen hervorruft und sich somit auf die spätere Entwicklung der Kinder negativ auswirken kann. Zudem wird erfasst, ob ein Hörtest durchgeführt wurde (ID 50063), um frühestmöglich angeborene Hörstörungen diagnostizieren und eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Tabelle 29: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – PM-NEO

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2025
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2025
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)			
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2025
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)*	QS-Dokumentation	2025
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)			
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2025
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)*	QS-Dokumentation	2025
222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2025
222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)*	QS-Dokumentation	2025
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)			
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2025
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)			
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2025
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)*	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)			
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2025
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)*	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungs-jahr
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QS-Dokumentation	2025
50060	Nosokomiale Infektion	QS-Dokumentation	2025
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QS-Dokumentation	2025
52262	Zunahme des Kopfumfangs	QS-Dokumentation	2025
50063	Durchführung eines Hörtests	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C			
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	QS-Dokumentation	2025
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Auswertungsjahr 2026 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 7 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Tabelle 1: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	QS-Dokumentation
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	QS-Dokumentation
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	QS-Dokumentation
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	QS-Dokumentation
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	QS-Dokumentation
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	QS-Dokumentation
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	QS-Dokumentation

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit prüfen die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze – mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft. Im Auswertungsmodul *PM-NEO* umfassen diese Auffälligkeitskriterien verschiedene Prüfungen, wie etwa, ob die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme ins Krankenhaus angegeben wurde (ID 850206) oder ob der Kopfumfang des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus kleiner als bei Aufnahme in das Krankenhaus war (ID 850207). Weitere Kriterien überprüfen, ob bei Kindern mit Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung eine entsprechende Diagnose nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – 10. Revision – German Modification, ICD-10-GM) vorliegt (ID 851813) und ob die Häufigkeit der Angaben einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung plausibel ist (ID 852301). Auch wird überprüft, ob bei Vorliegen bestimmter Bedingungen eine moderate oder schwere BPD dokumentiert wurde (ID 851902). Ebenfalls überprüft wird, ob das Datum des ROP-Screenings innerhalb des empfohlenen Zeitrahmens dokumentiert wurde (ID 852001). Da das zugrunde liegende Datenfeld „Datum des ersten ROP-Screenings" jedoch keine Verwendung für die Berechnung der Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen findet, wird dieses Kriterium ohne Referenzbereich ausgewiesen und zur Spezifikation 2027 zunächst abgeschafft. Die Rückmeldungen aus den Stellungnahmeverfahren der vergangenen Jahre zeigten, dass dieses Auffälligkeitskriterium vielmehr einen Qualitätsmangel detektiert, statt Dokumentationsfehler aufzudecken. Daher soll ein entsprechender Qualitätsindikator eingeführt werden, sobald die S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen" aktualisiert wurde. Ein weiteres Kriterium prüft, ob bei Dokumentation einer Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie ebenso eine zwingend zugrunde liegende hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) angegeben wurde (ID 852300).

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden. Zum einen beinhalten diese Prüfungen zur Unter- und Überdokumentation von Fällen bzw. ob weniger (ID 850199) oder mehr (ID 850200) Fälle als gemäß Sollstatistik erwartet dokumentiert wurden. Zum anderen wird kontrolliert, ob für dokumentationspflichtige Fälle zu viele Minimaldatensätze anstelle regulärer Datensätze angelegt wurden (ID 850208).

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden im Vergleich zum Vorjahr insgesamt weniger Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit ist in einem ähnlichen Bereich geblieben. Es wurden Datensätze von insgesamt 90.206 Kindern erfasst. Dies ist ein Rückgang um 1,77 % im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2025: 91.833). Dieser Rückgang kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Geburtenzahl im Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt um 3,97 % abgenommen hat (AJ 2025: 654.174; AJ 2026: 628.218).

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Tabelle 30: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - PM-NEO

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	90.206 89.657 549	89.834	100,41
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	421		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	442	461	95,88
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	418	434	96,31

Für das Auswertungsmodul *PM-NEO* erfolgt die Auswertung entsprechend dem entlassenden Standort (= Auswertungsstandort). Auf Standortebene sind 421 Leistungserbringer beteiligt und auf IKNR-Ebene sind 418 Leistungserbringer beteiligt. Sie sind im Vergleich zum letzten Jahr um 5,39 % bzw. 5,22 % zurückgegangen (AJ 2025: 445 Leistungserbringer auf Standortebene und 441 Leistungserbringer auf IKNR-Ebene).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum Auswertungsjahr 2026 des Auswertungsmoduls *PM-NEO* deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität hin. Für den Großteil der Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zeigen sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügige Veränderungen, die aufgrund geringer Fallzahlen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auf zufällige jährliche Schwankungen zurückzuführen sind. Dabei verbessern sich insgesamt 2 Qualitätsindikatoren und 11 Kennzahlen in ihrem Ergebnis, 5 Qualitätsindikatoren und 6 Kennzahlen verschlechtern sich gegenüber dem Vorjahr, für einen Qualitätsindikator konnte keine Veränderung zum Vorjahr verzeichnet werden.

Im Auswertungsjahr 2026 weist lediglich ein Qualitätsindikator eine Veränderung des Bundesergebnisses auf, welche sich mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nicht durch zufällige jährliche Schwankungen erklären lässt. Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074) hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 um 9,00 % verschlechtert. Dieser Qualitätsindikator weist auch im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 nach wie vor die höchsten Anteile qualitativ auffälliger Ergebnisse, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, auf (AJ 2023: 47,62 %; AJ 2024: 31,82 %; AJ 2025: 45,45 %). Der Anteil hat im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 um 42,83 % zugenommen. Auch bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem Qualitätsindikator zeigt der Qualitätsindikator seit Jahren mit den höchsten Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen (AJ 2023: 2,29 %; AJ 2024: 1,66 %; AJ 2025: 2,38 %). Gemäß Rückmeldungen der LAG und nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene sei dies auf ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung und auf eine ungenügende Sensibilisierung des zuständigen Personals für das Qualitätsziel zurückzuführen. Mögliche Maßnahmen dagegen wären beispielsweise die Verwendung von Wärmetüchern und eine optimierte Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen und dem pflegenden Personal. Vor dem Hintergrund der anhaltend hohen Rate an qualitativen Auffälligkeiten sollte die Bedeutung des Qualitätsparameter stärker in der breiteren Fachöffentlichkeit bzw. in der klinischen Praxis hervorgehoben werden. Zu diesem Qualitätsindikator wurde eine Maßnahme der Stufe 2 zu Auffälligkeiten in den Vorjahren ergriffen sowie eine Maßnahme der Stufe 1 zum Auswertungsjahr 2025, wohingegen es im gesamten Modul *PM-NEO* nur 3 weitere Maßnahmen der Stufe 1 zum Auswertungsjahr 2025 gab.

Im Modul *PM-NEO* werden Kinder mit schweren und letalen angeborenen Erkrankungen erfasst, um sie aus den jeweiligen Grundgesamtheiten der Qualitätsindikatoren auszuschließen. Das entsprechende Datenfeld „angeborene Erkrankungen" führt jedoch in seiner aktuellen Form, insbesondere mit dem dazugehörigen Ausfüllhinweis zur Liste schwerer und letaler angeborener Erkrankungen, regelmäßig zu abweichenden Einschätzungen seitens der dokumentierenden Leistungserbringer, da die hinterlegte Liste als unvollständig beschrieben wird und vor allem Einzelfallentscheidungen nicht ausreichend abgebildet werden können. In der Folge kommt es zu regelmäßigen Rückfragen und erhöhtem Abstimmungsbedarf bei der Dokumentation und den Auffälligkeiten im dazugehörigen Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert" (ID 851813). Künftig soll daher an einer verstärkten Pflege und Weiterentwicklung der Liste mit Expertinnen und Experten gearbeitet werden.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 31: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - PM-NEO

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)*	0,23 % O = 179 N = 76.662	0,20 % O = 150 N = 76.070	vergleichbar
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	1,00 O/E = 179 / 179,00 0,23 % O/N = 179 / 76.662	0,81 O/E = 150 / 185,22 0,20 % O/N = 150 / 76.070 (≤ 2,74; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)*	3,49 % O = 286 N = 8.197	3,41 % O = 268 N = 7.861	vergleichbar
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen*	1,00 O/E = 286 / 286,00 3,49 % O/N = 286 / 8.197	0,97 O/E = 268 / 275,68 3,41 % O/N = 268 / 7.861	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)				
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)*	3,23 % O = 261 N = 8.070	2,89 % O = 224 N = 7.747	vergleichbar
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)*	1,00 O/E = 261 / 261,00 3,23 % O/N = 261 / 8.070	0,89 O/E = 224 / 251,36 2,89 % O/N = 224 / 7.747	eingeschränkt vergleichbar
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus*	0,48 % O = 42 N = 8.682	0,64 % O = 53 N = 8.283	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)				
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)*	1,96 % O = 173 N = 8.847	2,06 % O = 174 N = 8.442	vergleichbar
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)*	1,00 O/E = 173 / 173,00 1,96 % O/N = 173 / 8.847	1,03 O/E = 174 / 168,17 2,06 % O/N = 174 / 8.442	eingeschränkt vergleichbar
222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)*	1,24 % O = 110 N = 8.847	1,45 % O = 122 N = 8.442	vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)*	1,00 O/E = 110 / 110,00 1,24 % O/N = 110 / 8.847	1,13 O/E = 122 / 108,01 1,45 % O/N = 122 / 8.442	eingeschränkt vergleichbar
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*	1,00 O/E = 169 / 169,00 1,91 % O/N = 169 / 8.847	1,21 O/E = 200 / 165,05 2,37 % O/N = 200 / 8.442	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)				
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)*	1,57 % O = 117 N = 7.444	1,23 % O = 88 N = 7.179	vergleichbar
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)*	1,00 O/E = 117 / 117,00 1,57 % O/N = 117 / 7.444	0,78 O/E = 88 / 112,68 1,23 % O/N = 88 / 7.179	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)				
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)*	7,84 % O = 469 N = 5.984	7,75 % O = 446 N = 5.752	vergleichbar
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)*	1,00 O/E = 469 / 469,00 7,84 % O/N = 469 / 5.984	0,99 O/E = 446 / 450,36 7,75 % O/N = 446 / 5.752	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)				
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)*	5,40 % O = 226 N = 4.184	5,08 % O = 204 N = 4.017	eingeschränkt vergleichbar
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)*	1,00 O/E = 226 / 226,00 5,40 % O/N = 226 / 4.184	0,95 O/E = 204 / 213,81 5,08 % O/N = 204 / 4.017	eingeschränkt vergleichbar
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	1,00 O/E = 1.141 / 1.141,00 12,90 % O/N = 1.141 / 8.847	0,99 O/E = 1.087 / 1.093,63 12,88 % O/N = 1.087 / 8.442 (≤ 2,17; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50060	Nosokomiale Infektion	1,00 O/E = 819 / 819,00 1,11 % O/N = 819 / 73.969	1,12 O/E = 882 / 786,42 1,20 % O/N = 882 / 73.275 (≤ 2,74; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	1,00 O/E = 815 / 815,00 2,44 % O/N = 815 / 33.443	1,00 O/E = 812 / 814,52 2,41 % O/N = 812 / 33.749 (≤ 2,72; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
52262	Zunahme des Kopfumfangs	9,99 % O = 1.134 N = 11.346	10,30 % O = 1.117 N = 10.847 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
50063	Durchführung eines Hörtests	98,13 % O = 81.866 N = 83.423	98,26 % O = 80.802 N = 82.234 (≥ 95,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C				
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	1,00 O/E = 384 / 384,00 4,18 % O/N = 384 / 9.183	1,01 O/E = 373 / 369,20 4,26 % O/N = 373 / 8.759 (≤ 2,67; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	1,00 O/E = 2.581 / 2.581,00 3,35 % O/N = 2.581 / 77.106	1,09 O/E = 2.748 / 2.522,05 3,61 % O/N = 2.748 / 76.137 (≤ 2,48; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 32: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – PM-NEO

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	2024	23 / 432	5,32	-
		2025	21 / 412	5,10	0
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2024	17 / 281	6,05	3
		2025	19 / 282	6,74	3
50060	Nosokomiale Infektion	2024	15 / 382	3,93	4
		2025	17 / 366	4,64	1
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	2024	23 / 344	6,69	1
		2025	20 / 337	5,93	6
52262	Zunahme des Kopfumfangs	2024	15 / 295	5,08	4
50063	Durchführung eines Hörtests	2024	32 / 392	8,16	7
		2025	30 / 369	8,13	6
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C					
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	2024	12 / 281	4,27	2
		2025	20 / 280	7,14	4
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	2024	22 / 420	5,24	4
		2025	18 / 397	4,53	7

2.2.3 Detailergebnisse

Da die meisten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Modul *PM-NEO* stark selektierte und dadurch häufig verhältnismäßig kleine Grundgesamtheiten (im Minimum 4.017 Nennerfälle bei der höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP) (IDs 51078 und 50052)) aufweisen, sind erhebliche zufällige Schwankungen der jährlichen Bundesergebnisse beim Vergleich mit den Vorjahresergebnissen zu berücksichtigen. Daher werden im Folgenden für die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen die 95%-Konfidenzintervalle – im Weiteren als Vertrauensbereiche (VB) bezeichnet - mitberichtet, um so einen Rückschluss auf die Zufälligkeit der Ergebnisunterschiede ziehen zu können.

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus (IDs 51070, 222402, 51832 und 51837)

Tabelle 33: TKez 51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,22 % O = 167 N = 76.629	0,23 % O = 179 N = 76.662	**0,20 %** **O = 150** **N = 76.070**
rechnerische Auffälligkeiten	110 / 445 24,72 %	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 110 7,27 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	8 / 445 1,80 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 34: QI 222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 179 / 179,00 0,23 % O/N = 179 / 76.662	**0,81** **O/E = 150 / 185,22** **0,20 %** **O/N = 150 / 76.070**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	23 / 432 5,32 %	**21 / 412** **5,10 %** **(Refbereich: ≤ 2,74; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**1 / 23** **4,35 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**1 / 432** **0,23 %**	n. a.

Die Kennzahl und der Qualitätsindikator adressieren die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko Lebendgeborenen (Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen post menstruationem [p. m.] und Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g). Bei dem mittels logistischer Regression risikoadjustierten Qualitätsindikator (ID 222402) fließen das Gestationsalter und das Vorliegen einer Asphyxie mit HIE sowie einer Asphyxie ohne HIE als Risikofaktoren in die Berechnung ein. Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen soll möglichst niedrig sein.

Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen wird seit dem Auswertungsjahr 2025 als perzentilbasierte und risikoadjustierte Rate innerhalb der Gruppe „Sterblichkeit im Krankenhaus" im Rahmen des neuen Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 222402) ausgewiesen. Die Berücksichtigung u. a. einer Asphyxie und einer HIE als Einflussfaktoren im Risikoadjustierungsmodell soll einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse zwischen den verschiedenen Standorten ermöglichen, da die neonatologischen Kliniken auf das Auftreten einer Asphyxie bzw. HIE innerhalb der geburtshilflichen Versorgung i. d. R. keinen Einfluss haben. Bis zum Auswertungsjahr 2024 wurde der Sentinel-Event-Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)" (ID 51070) mit einem Referenzbereich ausgewiesen, seit dem Auswertungsjahr 2025 wird dieser als Kennzahl ohne Referenzbereich dargestellt und in der Bezeichnung um den Zusatz „(rohe Rate)" ergänzt.

Das Bundesergebnis der rohen Rate (ID 51070) bzw. der risikoadjustierten Rate (ID 222402) hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 13,04 % bzw. 19,00 % verbessert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (ID 51070 VB EJ 2024: 0,20 % –0,27 %; VB EJ 2025: 0,17 % –0,23 % bzw. ID 222402 VB EJ 2024: 0,86–1,16; VB EJ 2025: 0,69–0,95).

Beim Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 222402) wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (86,96 %, n = 20 von 23 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Außerdem sind 2 weitere der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auf unvollzählige oder falsche Dokumentationen zurückzuführen (damit insgesamt n = 22 von 23). In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren wird größtenteils von Einzelfällen, wie z. B. eine besondere klinische Situation, als Begründung für eine Einstufung als qualitativ unauffällig berichtet. Bei einem Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis wurden Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, welche die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien vorsieht.

Sowohl der Zugang als auch der Umfang der Übermittlung von Versichertendaten an die Leistungserbringer und ihre dortige Verarbeitung sind in § 299 SGB V sowie in Teil 1 § 18 Abs. 4 der DeQS-RL geregelt. Demnach dürfen Leistungserbringer zur Auswertung von Follow-up-Indikatoren, Follow-up-Kennzahlen oder zu Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Abs. 5 Satz 3 DeQS-RL Daten der von ihnen behandelten Versicherten erhalten und diese zum Zweck der Qualitätssicherung mit bereits vorliegenden Daten zusammenführen. Allerdings ist bislang noch kein entsprechender konkretisierender Absatz in den themenspezifischen Bestimmungen des Verfahrens *QS PM*

enthalten. Zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) sollen nun erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres" und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres" praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird vom IQTIG im Auftrag des GBA ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll.

Tabelle 35: TKez 51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,13 % O = 265 N = 8.478	3,49 % O = 286 N = 8.197	**3,41 %** **O = 268** **N = 7.861**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 36: TKez 51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,94 O/E = 265 / 282,09 3,13 % O/N = 265 / 8.478	1,00 O/E = 286 / 286,00 3,49 % O/N = 286 / 8.197	**0,97** **O/E = 268 / 275,68** **3,41 %** **O/N = 268 / 7.861**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Bei der mittels logistischer Regression risikoadjustierten Kennzahl (ID 51837) fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein. Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen soll möglichst niedrig sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51832) bzw. risikoadjustierten (ID 51837) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 2,29 % bzw. 3,00 % verbessert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (ID 51832 VB EJ 2024: 3,11 %–3,91 %; VB EJ 2025: 3,03 %–3,83 % bzw. ID 51837 VB EJ 2024: 0,89–1,12; VB EJ 2025: 0,86–1,09).

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51136_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (IDs 51076, 50050 und 222200)

Tabelle 37: TKez 51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	2,68 % O = 224 N = 8.362	3,23 % O = 261 N = 8.070	**2,89 %** **O = 224** **N = 7.747**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 38: TKez 50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,86 O/E = 224 / 260,66 2,68 % O/N = 224 / 8.362	1,00 O/E = 261 / 261,00 3,23 % O/N = 261 / 8.070	**0,89** **O/E = 224 / 251,36** **2,89 %** **O/N = 224 / 7.747**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die IVH Grad 3 oder PVH soll möglichst selten sein. Bei der mittels logistischer Regression risikoadjustierten Kennzahl (ID 50050) fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein. Im aktuellen Modell wurde das Geschlecht wegen fehlender Signifikanz nicht berücksichtigt.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51076) bzw. risikoadjustierten (ID 50050) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 10,53 % bzw. 11,00 % verbessert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (ID 51076 VB EJ 2024: 2,87 % –3,64 %; VB EJ 2025: 2,54 %–3,29 % bzw. ID 50050 VB EJ 2024: 0,89–1,13; VB EJ 2025: 0,78–1,01).

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51141_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 39: TKez 222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,49 % O = 44 N = 9.048	0,48 % O = 42 N = 8.682	**0,64 %** **O = 53** **N = 8.283**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahl adressiert die intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g) mit Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus. Die IVH Grad 3 oder PVH und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der Kennzahl hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 33,33 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (VB EJ 2024: 0,36 % –0,65 %; VB EJ 2025: 0,49 %–0,84 %).

Zum Auswertungsjahr 2025 wurde in den Zähler der Zusatz „[IVH Grad 3 oder PVH], die während des aktuellen Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist“ aufgenommen. Mit dieser Änderung soll gewährleistet werden, dass innerhalb der Kennzahl keine Standorte betrachtet werden, in welche Frühgeborene aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden, bei denen eine IVH Grad 3 oder eine PVH bereits vor Aufnahme in das aktuelle Krankenhaus vorlag. Mit den Rechenregeln des

Auswertungsjahres 2026 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für die Auswertungsjahre 2026 und 2025 nur eingeschränkt vergleichbar.

Ab dem Auswertungsjahr 2028 wird diese Kennzahl gestrichen, da sie nur ein geringes Verbesserungspotenzial aufweist.

Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (IDs 51838, 51843, 222400, 222401 und 222201)

Tabelle 40: TKez 51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,84 % O = 170 N = 9.221	1,96 % O = 173 N = 8.847	**2,06 %** **O = 174** **N = 8.442**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 41: TKez 51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,97 O/E = 170 / 175,84 1,84 % O/N = 170 / 9.221	1,00 O/E = 173 / 173,00 1,96 % O/N = 173 / 8.847	**1,03** **O/E = 174 / 168,17** **2,06 %** **O/N = 174 / 8.442**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die NEK soll möglichst selten sein. Bei der mittels logistischer Regression risikoadjustierten Kennzahl (ID 51843) fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein. Im aktuellen Modell wurde das Geschlecht wegen fehlender Signifikanz nicht berücksichtigt.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51838) bzw. risikoadjustierten (ID 51843) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 5,10 % bzw. 3,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (ID 51838 VB

EJ 2024: 1,69 %–2,27 %; VB EJ 2025: 1,78 % –2,39 % bzw. ID 51843 VB EJ 2024: 0,86–1,16; VB EJ 2025: 0,89–1,20).

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51146_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 42: TKez 222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O = - N = -	1,24 % O = 110 N = 8.847	**1,45 %** **O = 122** **N = 8.442**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 43: TKez 222401: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 110 / 110,00 1,24 % O/N = 110 / 8.847	**1,13** **O/E = 122 / 108,01** **1,45 %** **O/N = 122 / 8.442**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die FIP/SIP soll möglichst selten sein. Bei der mittels logistischer Regression risikoadjustierten Kennzahl (ID 222401) fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 222400) bzw. risikoadjustierten (ID 222401) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 16,94 % bzw. 13,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (ID 222400 VB EJ 2024: 1,03 %–1,50 %; VB EJ 2025: 1,21 %–1,72 % bzw. ID 222401 VB EJ 2024: 0,83–1,20; VB EJ 2025: 0,95–1,35).

Die Kennzahlen wurden neu zum Auswertungsjahr 2025 – analog zu den Transparenzkennzahlen zur NEK (IDs 51838 und 51843) – als rohe (ID 222400) und risikoadjustierte (ID 222401) Rate in die bereits bestehende Kennzahlengruppe „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)" aufgenommen. Bei der NEK und FIP/SIP handelt es sich um verschiedene, den entzündlichen Darmerkrankungen zu zuordnende Krankheitsbilder, denen eine spezifische Ätiologie und Pathophysiologie zugrunde liegt und die einer unterschiedlichen Behandlung bzw. Therapie bedürfen. Aufgrund der Neueinführung der Kennzahlen im Vorjahr können keine Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 ausgegeben werden.

Tabelle 44: TKez 222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 169 / 169,00 1,91 % O/N = 169 / 8.847	**1,21** **O/E = 200 / 165,05** **2,37 %** **O/N = 200 / 8.442**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahl adressiert die nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g) mit Operation oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP. Die NEK oder FIP/SIP mit Operation oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP soll möglichst selten sein. Bei der mittels logistischer Regression risikoadjustierten Kennzahl fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein. Im aktuellen Modell wurde das Geschlecht wegen fehlender Signifikanz nicht berücksichtigt.

Das Bundesergebnis der risikoadjustierten Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 21,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (VB EJ 2024: 0,86–1,16; VB EJ 2025: 1,06–1,39).

Zum Auswertungsjahr 2025 wurde die Operation oder sonstige invasive Therapie einer FIP/SIP zusätzlich zur Operation oder sonstigen invasiven Therapie einer NEK innerhalb der Kennzahl berücksichtigt. Der Titel der Kennzahl wurde dementsprechend in „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP" angepasst. Zusätzlich fanden im Zähler der Kennzahl neben dem im Datenfeld „OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK

(nekrotisierende Enterokolitis)“ abgefragten Schlüsselwert „Laparotomie“ die Schlüsselwerte „Drainage/Lavage“ und „Drainage/Lavage und Laparotomie“ Berücksichtigung, da es sich hier auch um eine Operation handelt. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde ebenso in den Zähler der Zusatz „[NEK oder FIP/SIP], die während des aktuellen Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist“ aufgenommen. Mit dieser Änderung soll gewährleistet werden, dass innerhalb der Kennzahl keine Standorte betrachtet werden, in welche Frühgeborene aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden, bei denen eine NEK oder FIP/SIP bereits vor Aufnahme in das aktuelle Krankenhaus vorlag. Darüber hinaus wird die Kennzahl seit dem Auswertungsjahr 2025 risikoadjustiert dargestellt (Risikofaktoren: Geschlecht, Gestationsalter). Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2026 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für die Auswertungsjahre 2026 und 2025 nicht vergleichbar. Weil das neu im Zähler aufgenommene Datenfeld „OP oder sonstige invasive Therapie einer FIP/SIP“ erst mit der Spezifikation 2024 eingeführt wurde, können keine Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 ausgegeben werden.

Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (IDs 51077 und 50051)

Tabelle 45: TKez 51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,30 % O = 100 N = 7.712	1,57 % O = 117 N = 7.444	**1,23 %** **O = 88** **N = 7.179**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 46: TKez 50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,84 O/E = 100 / 119,74 1,30 % O/N = 100 / 7.712	1,00 O/E = 117 / 117,00 1,57 % O/N = 117 / 7.444	**0,78** **O/E = 88 / 112,68** **1,23 %** **O/N = 88 / 7.179**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die zystische PVL soll möglichst selten sein. Bei der mittels logistischer Regression risikoadjustierten Kennzahl (ID 50051) fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein. Im aktuellen Modell wurde das Geschlecht wegen fehlender Signifikanz nicht berücksichtigt.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51077) bzw. risikoadjustierten (ID 50051) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 21,66 % bzw. 22,00 % verbessert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (ID 51077 VB EJ 2024: 1,31 %–1,88 %; VB EJ 2025: 1,00 %–1,51 % bzw. ID 50051 VB 2024: 0,84–1,20; VB 2025: 0,63–0,96).

Die leistungserbringerbezogenen Ergebnisse der Kennzahlen werden bereits seit dem Erfassungsjahr 2013 auf Anraten der Bundesfachgruppe bzw. des Expertengremiums auf Bundesebene nicht für eine Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Grund hierfür ist, dass es bei der Interpretation kranialer Ultraschallbilder zu einer eingeschränkten Diagnostik und damit zu einer Unterdokumentation einer zystischen PVL innerhalb der Qualitätssicherung kommen könne, da die Detektion im hohen Maß von der Qualifikation und Erfahrung des klinischen Personals sowie der Qualität der Ultraschallgeräte abhänge. Dies könne zu Verzerrungen in der Qualitätsbewertung der Krankenhäuser führen. Zudem wird die zystische PVL seit dem Erfassungsjahr 2017 nicht mehr als Ebene im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ausgewiesen.

Ab dem Auswertungsjahr 2028 werden diese Kennzahlen gestrichen, da sie eine niedrige Objektivität aufweisen.

Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (IDs 51079 und 50053)

Tabelle 47: TKez 51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,31 % O = 203 N = 6.139	7,84 % O = 469 N = 5.984	**7,75 %** **O = 446** **N = 5.752**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 48: TKez 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,44 O/E = 203 / 461,49 3,31 % O/N = 203 / 6.139	1,00 O/E = 469 / 469,00 7,84 % O/N = 469 / 5.984	**0,99** **O/E = 446 / 450,36** **7,75 %** **O/N = 446 / 5.752**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die BPD soll möglichst selten sein. Bei der mittels logistischer Regression risikoadjustierten Kennzahl (ID 50053) fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51079) bzw. risikoadjustierten (ID 50053) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 1,15 % bzw. 1,00 % verbessert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (ID 51079 VB EJ 2024: 7,18 %–8,55 %; VB EJ 2025: 7,09 %–8,47 % bzw. ID 50053 VB EJ 2024: 0,92–1,09; VB EJ 2025: 0,91–1,08).

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass das Datenfeld „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)" und entsprechend der Ausfüllhinweis mit der Spezifikation 2024 umfassend überarbeitet wurden. Das primäre Ziel der Überarbeitung des Datenfelds zur BPD war, dass eine vereinfachte, einheitliche und eindeutige Definition angeboten wird, die sowohl aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung trägt als auch an der klinischen Praxis orientiert ist. Hierdurch sollen eine einfach umsetzbare und damit validere Dokumentation sowie eine bessere Abbildung einer moderaten bzw. schweren BPD in den jeweiligen Qualitätsparametern ermöglicht werden.

Nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene sei davon auszugehen, dass die BPD-Rate im Rahmen der QS-Dokumentation im Auswertungsmodul *PM-NEO* vor dem Jahr 2024 generell unterdokumentiert wurde. Allerdings scheinen die Raten für die Spezifikationsjahre 2024 und 2025 für sehr kleine Frühgeborene (Geburtsgewicht unter 1.500 g oder Gestationsalter unter 32+0 Wochen) – auch im internationalen Vergleich – plausibel. Es könne daher vermutet werden, dass die Überarbeitung des Datenfelds zur BPD, soweit dies bereits beurteilt werden könne, zu einer valideren Dokumentation einer moderaten bzw. schweren BPD geführt habe. Des Weiteren könne angenommen werden, dass die moderate (und ggf. schwere) BPD im Spezifikationsjahr 2023 insbesondere aufgrund des innerhalb der Spezifikation 2023 vor-

handenen Schlüsselwerts zur milden BPD unterdokumentiert wurde. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2026 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für die Auswertungsjahre 2026 und 2025 nicht vergleichbar.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51156_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (IDs 51078 und 50052)

Tabelle 49: TKez 51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	4,64 % O = 199 N = 4.290	5,40 % O = 226 N = 4.184	**5,08 %** **O = 204** **N = 4.017**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Tabelle 50: TKez 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,91 O/E = 199 / 218,10 4,64 % O/N = 199 / 4.290	1,00 O/E = 226 / 226,00 5,40 % O/N = 226 / 4.184	**0,95** **O/E = 204 / 213,81** **5,08 %** **O/N = 204 / 4.017**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die höhergradige Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*, ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m.). Die höhergradige ROP soll möglichst selten sein. Bei der mittels logistischer Regression risikoadjustierten Kennzahl (ID 50052) fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51078) bzw. risikoadjustierten (ID 50052) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 5,93 % bzw. 5,00 % verbessert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (ID 51078 VB

EJ 2024: 4,76 %–6,13 %; VB EJ 2025: 4,44 %–5,80 % bzw. ID 50052 VB EJ 2024: 0,88–1,13; VB EJ 2025: 0,83–1,09).

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51161_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901)

Tabelle 51: QI 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,80 O/E = 920 / 1.152,20 9,98 % O/N = 920 / 9.221	1,00 O/E = 1.141 / 1.141,00 12,90 % O/N = 1.141 / 8.847	**0,99** **O/E = 1.087 / 1.093,63** **12,88 %** **O/N = 1.087 / 8.442**
rechnerische Auffälligkeiten	18 / 290 6,21 %	17 / 281 6,05 %	**19 / 282** **6,74 %** **(Refbereich: ≤ 2,17; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 18 11,11 %	**5 / 17** **29,41 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 290 0,69 %	**5 / 281** **1,78 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Sterblichkeit im Krankenhaus, die intra- oder periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP), die bronchopulmonale Dysplasie (BPD) und die höhergradige Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*, ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die Sterblichkeit im Krankenhaus soll möglichst niedrig und die IVH Grad 3 oder PVH, die NEK oder FIP/SIP, die BPD und die höhergradige ROP sollen möglichst selten sein. Bei dem mittels logistischer Regression risikoadjustierten Qualitätsindex fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 1,00 % verbessert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (VB EJ 2024: 0,95–1,06; VB EJ 2025: 0,94–1,05).

Die umfassende Überarbeitung der Spezifikation 2024 für die BPD (siehe Abschnitt zu den Kennzahlen „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ (ID 51079) / „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 50053)“) und die erstmalige Berücksichtigung der FIP/SIP innerhalb des Zählers der Ebene 3 „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)“ (ID 51146_51901) im Qualitätsindex zum Auswertungsjahr 2025 bedingen, dass die mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2026 neu-

berechneten Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 mit den Ergebnissen für die Auswertungsjahre 2026 und 2025 nur eingeschränkt vergleichbar sind.

Im Qualitätsindex wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 ähnlich zum Vorjahr ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (AJ 2025: 70,59 %, n = 12 von 17 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; AJ 2024: 72,22 %, n = 13 von 18 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden, ebenso wie im Vorjahr, überwiegend Einzelfälle für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt.

Nosokomiale Infektion (ID 50060)

Tabelle 52: QI 50060: Nosokomiale Infektion

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,11 O/E = 903 / 812,14 1,22 % O/N = 903 / 74.185	1,00 O/E = 819 / 819,00 1,11 % O/N = 819 / 73.969	**1,12** **O/E = 882 / 786,42** **1,20 %** **O/N = 882 / 73.275**
rechnerische Auffälligkeiten	16 / 396 4,04 %	15 / 382 3,93 %	**17 / 366** **4,64 %** **(Refbereich: ≤ 2,74; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 16 6,25 %	**1 / 15** **6,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 396 0,25 %	**1 / 382** **0,26 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die nosokomiale Infektion (Sepsis oder Pneumonie) bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.). Die nosokomiale Infektion (Sepsis oder Pneumonie) soll möglichst selten sein. Bei dem mittels logistischer Regression risikoadjustierten Qualitätsindikator fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 12,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (VB EJ 2024: 0,93–1,07; VB EJ 2025: 1,05–1,20).

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 ähnlich zum Vorjahr ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (AJ 2025: 86,67 %, n = 13 von 15 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; AJ 2024: 87,50 %, n = 14 von 16 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In einem Fall wurde kein Stellungnahmeverfahren

eingeleitet. In den Rückmeldungen der LAG wurden, ebenso wie im Vorjahr, überwiegend Einzelfälle für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt.

Pneumothorax unter oder nach Beatmung (ID 50062)

Tabelle 53: QI 50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,96 O/E = 759 / 790,43 2,35 % O/N = 759 / 32.304	1,00 O/E = 815 / 815,00 2,44 % O/N = 815 / 33.443	**1,00** **O/E = 812 / 814,52** **2,41 %** **O/N = 812 / 33.749**
rechnerische Auffälligkeiten	21 / 349 6,02 %	23 / 344 6,69 %	**20 / 337** **5,93 %** **(Refbereich: ≤ 2,72; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 21 9,52 %	**5 / 23** **21,74 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 349 0,57 %	**5 / 344** **1,45 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert den Pneumothorax unter oder nach Beatmung/Atemhilfe bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.). Bei dem mittels logistischer Regression risikoadjustierten Qualitätsindikator fließen das Geschlecht und das Gestationsalter als Risikofaktoren in die Berechnung ein. Im aktuellen Modell wurde das Geschlecht wegen fehlender Signifikanz nicht berücksichtigt. Der Pneumothorax unter oder nach Beatmung/Atemhilfe soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert.

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (AJ 2025: 69,57 %, n = 16 von 23 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; AJ 2024: 85,71 %, n = 18 von 21 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Außerdem ist eines der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auf Dokumentationsfehler zurückzuführen. In den Rückmeldungen der LAG wurden, ebenso wie im Vorjahr, überwiegend Einzelfälle für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt. Bei einem Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis wurden Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet.

Zunahme des Kopfumfangs (ID 52262)

Tabelle 54: QI 52262: Zunahme des Kopfumfangs

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	10,38 % O = 1.216 N = 11.710	9,99 % O = 1.134 N = 11.346	**10,30 %** **O = 1.117** **N = 10.847**
rechnerische Auffälligkeiten	19 / 303 6,27 %	15 / 295 5,08 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 19 10,53 %	**0 / 15** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 303 0,66 %	**0 / 295** **0,00 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m.). Die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts soll möglichst angemessen sein. Der Qualitätsindikator wird anhand einer linearen Regression risikoadjustiert. Es fließen das Geschlecht, das Gestationsalter und die Verweildauer im Krankenhaus als Risikofaktoren in die Berechnung ein.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 3,10 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (VB EJ 2024: 9,46 %–10,56 %; VB EJ 2025: 9,74 %–10,88 %).

Zum Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 ähnlich zum Vorjahr in 46,67 % (AJ 2025: n = 7 von 15 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; AJ 2024: 36,84 %, n = 7 von 19 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) der Fälle kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis ist auf einen Dokumentationsfehler zurückzuführen. Es kann vermutet werden, dass die allgemeine Akzeptanz gegenüber dem Qualitätsindikator eingeschränkt ist, da dieser vonseiten einiger LAG aufgrund von möglichen Messungenauigkeiten und von Zweifeln an der Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer als ein ungeeigneter Qualitätsparameter angesehen wird.

Seit dem Auswertungsjahr 2026 wird dieser Indikator ohne Referenzbereich dargestellt, da kein ausreichend belegter Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal besteht. Eine Streichung des Indikators ist zum Auswertungsjahr 2028 vorgesehen.

Durchführung eines Hörtests (ID 50063)

Tabelle 55: QI 50063: Durchführung eines Hörtests

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	97,99 % O = 82.051 N = 83.730	98,13 % O = 81.866 N = 83.423	**98,26 %** **O = 80.802** **N = 82.234**
rechnerische Auffälligkeiten	39 / 405 9,63 %	32 / 392 8,16 %	**30 / 369** **8,13 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 39 20,51 %	**4 / 32** **12,50 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 405 1,98 %	**4 / 392** **1,02 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Durchführung eines Hörtests bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens 22+0 Wochen p. m.). Die Durchführung eines Hörtests soll möglichst häufig erfolgen.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 0,13 % verbessert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (VB 2024: 98,04 %–98,22 %; VB 2025: 98,17 %–98,35 %).

Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2026 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind mit den Ergebnissen für die Auswertungsjahre 2026 und 2025 eingeschränkt vergleichbar, da Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 23+6 Wochen gemäß S2k-Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“ (Bührer et al. 2020) mitunter kurativ bzw. zeitweise kurativ behandelt werden und daher auch seit dem Auswertungsjahr 2025 der gesetzlichen Qualitätssicherung unterliegen und im Nenner des Qualitätsindikators berücksichtigt wurden.

Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 ähnlich zum Vorjahr 56,25 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet (AJ 2025: n = 18 von 32 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; AJ 2024: 61,54 %, n = 24 von 39). Weitere 8 rechnerisch auffällige Ergebnisse sind auf Dokumentationsfehler zurückzuführen. Als Begründung für qualitativ unauffällige Bewertungen nannten die LAG größtenteils begründete Einzelfälle. Bei den 12,50 % rechnerisch auffälligen Ergebnissen (n = 4 von 32 rechnerisch auffälligen Ergebnissen), die als qualitativ auffällig bewertet wurden, wurde in den Rückmeldungen der LAG insbesondere Struktur- und Prozessmängel angegeben (u. a. zu wenige Mitarbeitende der HNO-Abteilung für die Durchführung des Hörtests und technische Probleme). Bei einem Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis wurden Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet.

Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (IDs 50069 und 50074)

Tabelle 56: QI 50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,04 O/E = 402 / 387,64 4,22 % O/N = 402 / 9.535	1,00 O/E = 384 / 384,00 4,18 % O/N = 384 / 9.183	**1,01** **O/E = 373 / 369,20** **4,26 %** **O/N = 373 / 8.759**
rechnerische Auffälligkeiten	19 / 287 6,62 %	12 / 281 4,27 %	**20 / 280** **7,14 %** **(Refbereich: ≤ 2,67; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 19 36,84 %	**5 / 12** **41,67 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 287 2,44 %	**5 / 281** **1,78 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Eine Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) soll möglichst selten sein. Bei dem mittels logistischer Regression risikoadjustierten Qualitätsindikator fließt das Aufnahmegewicht als Risikofaktor in die Berechnung ein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 1,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich jedoch. Es kann daher von zufälligen jährlichen Schwankungen ausgegangen werden (VB 2024: 0,91–1,10; VB 2025: 0,91–1,12).

Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2026 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind mit den Ergebnissen für die Auswertungsjahre 2026 und 2025 eingeschränkt vergleichbar, da Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 23+6 Wochen gemäß S2k Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“ (Bührer et al. 2020) mitunter kurativ bzw. zeitweise kurativ behandelt werden und daher auch seit dem Auswertungsjahr 2025 der gesetzlichen Qualitätssicherung unterliegen und im Nenner des Qualitätsindikators berücksichtigt wurden.

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 mit 41,67 % ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt (AJ 2025: n = 5 von 12 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten ist im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 um 13,11 % angestiegen (AJ 2024: 36,84 %, n = 7 von 19 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel genannt. Sowohl die LAG als auch die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene empfehlen mehrere Maßnahmen gegen einen Wärmeverlust bei Neugeborenen: darunter ein verbessertes Wärmemanagement im Kreißsaal und beim Transport (z. B. die Verwendung von Wärmematten/Wärmetüchern, das postnatale

Bonding, die regelmäßige Temperaturmessung und die Beachtung des Wärmemanagements in Stresssituationen), die Sensibilisierung bzw. Schulung des relevanten Personals, Optimierungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (ärztliches und pflegendes Personal), bauliche Maßnahmen (eine Klimaanlage, die auch die notwendigen Temperaturen erreichen kann, ein Wärmevorhang am OP-Tisch und ein Glasfenster in der Tür zum Kreißsaal, um das ständige Öffnen der Tür und den damit verbundenen Temperaturverlust im Raum zu vermeiden).

Tabelle 57: QI 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,11 O/E = 2.894 / 2.614,11 3,76 % O/N = 2.894 / 76.986	1,00 O/E = 2.581 / 2.581,00 3,35 % O/N = 2.581 / 77.106	**1,09** **O/E = 2.748 / 2.522,05** **3,61 %** **O/N = 2.748 / 76.137**
rechnerische Auffälligkeiten	22 / 422 5,21 %	22 / 420 5,24 %	**18 / 397** **4,53 %** **(Refbereich: ≤ 2,48; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 22 31,82 %	**10 / 22** **45,45 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 422 1,66 %	**10 / 420** **2,38 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) bei Risiko-Lebendgeborenen (Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g). Eine Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) soll möglichst selten sein. Bei dem mittels logistischer Regression risikoadjustierten Qualitätsindikator fließt das Aufnahmegewicht als Risikofaktor in die Berechnung ein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 9,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche der verglichenen Jahre überlappen sich nicht (VB 2024: 0,96-1,04; VB 2025: 1,05-1,13). Da zudem für die Vergleichbarkeit die neu berechneten Koeffizienten der Risikoadjustierung auf die Vorjahresdaten angewendet werden, ist von einer tatsächlichen Verschlechterung der Versorgungsqualität auszugehen.

Der Qualitätsindikator weist im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bereits seit Jahren die meisten als qualitativ auffällig beurteilten Ergebnisse, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, auf (AJ 2023: 47,62 %; AJ 2024: 31,82 %; AJ 2025: 45,45 %). Auch bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem Qualitätsindikator zeigt der Qualitätsindikator seit Jahren mit den

höchsten Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen (AJ 2023: 2,29 %; AJ 2024: 1,66 %; AJ 2025: 2,38 %). Vonseiten der LAG werden häufig Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel genannt, wie ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung und eine ungenügende Sensibilisierung für das Qualitätsziel. Sowohl die LAG als auch die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene empfehlen mehrere Maßnahmen gegen einen Wärmeverlust bei Neugeborenen: darunter ein verbessertes Wärmemanagement im Kreißsaal und beim Transport (z. B. die Verwendung von Wärmematten/Wärmetüchern, das postnatale Bonding, die regelmäßige Temperaturmessung und die Beachtung des Wärmemanagements in Stresssituationen), die Sensibilisierung bzw. Schulung des relevanten Personals, Optimierungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (ärztliches und pflegendes Personal) und bauliche Maßnahmen (eine Klimaanlage, die auch die notwendigen Temperaturen erreichen kann, ein Wärmevorhang am OP-Tisch und ein Glasfenster in der Tür zum Kreißsaal, um das ständige Öffnen der Tür und dem damit verbundenen Temperaturverlust im Raum zu vermeiden). Zu diesem Qualitätsindikator wurden bei einem Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Außerdem wurde bei einem weiteren Leistungserbringer eine Maßnahme der Stufe 2 zu Auffälligkeiten in den Vorjahren ergriffen.

Vonseiten der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene – auch insbesondere aufgrund des nach wie vor hohen Anteils an qualitativen Auffälligkeiten in diesem Qualitätsindikator – wird angeregt, die Bedeutung des Qualitätsparameters stärker in der breiteren Fachöffentlichkeit (z. B. im Rahmen von Kongressen/Konferenzen) und der klinischen Praxis (z. B. im Rahmen von Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien bzw. durch die Implementierung von Handlungsempfehlungen) hervorzuheben.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2026 der Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls *PM-NEO* deuten auf eine überwiegend gute Dokumentationsqualität hin. Dabei ist bei den meisten Auffälligkeitskriterien eine Verbesserung des Bundesergebnisses zum Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Beim Auffälligkeitskriterium „Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme“ (ID 850207) verbesserte sich das Bundesergebnis um 3,17 %, beim Auffälligkeitskriterium „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) sogar um 43,77 %. Das Bundesergebnis beim Auffälligkeitskriterium „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) verschlechtert sich hingegen um 18,06 %.

Der höchste Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Auswertungsjahr 2025 konnte beim Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) identifiziert werden (AJ 2026: 19,26 %). Im Vorjahr betraf dies noch das Auffälligkeitskriterium „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) (AJ 2025: 20,20 %), welches jedoch in diesem Jahr ohne Referenzbereich ausgewertet wurde.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 sind die meisten qualitativen Auffälligkeiten beim Auffälligkeitskriterium „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) mit einem Anteil von 81,25 % zu verzeichnen. Ursächlich hierfür waren nach Rückmeldungen der LAG Defizite in der Dokumentation, da die Aufnahmetemperatur fehlerhaft oder unvollständig dokumentiert wurde. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde eine Maßnahme der Stufe 2 zu Auffälligkeiten in den Vorjahren ergriffen sowie eine Maßnahme der Stufe 1 zum Auswertungsjahr 2025.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 58: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	0,85 % 738/86.331 (≤ 2,59 %; 95. Perzentil)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	0,61 % 69/11.395 (≤ 3,08 %; 95. Perzentil)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	13,15 % 383/2.912 (= 0)
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	57,21 % 603/1.054 (≤ 80,00 %)
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	31,05 % 1.308/4.212 (nicht definiert)
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	8,49 % 60/707 (= 0)
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	3,30 % 2.949/89.429 (≤ 9,89 %; 95. Perzentil)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,41 % 90.206/89.834 (≥ 95,00 %)
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,41 % 90.206/89.834 (≤ 110,00 %)
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,61 % 549/89.834 (≤ 5,00 %)

Tabelle 59: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	2025	19 / 414	4,59	5
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	52262: Zunahme des Kopfumfangs	2025	14 / 303	4,62	0
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	47 / 244	19,26	24
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2025	24 / 161	14,91	6
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	2025	16 / 167	9,58	4
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	18 / 418	4,31	16

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	8 / 461	1,74	1
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	5 / 461	1,08	1
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	8 / 461	1,74	7

© IQTIG 2026

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 60: AK 850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,92 % O = 806 N = 87.665	0,72 % O = 628 N = 87.623	**0,85 %** **O = 738** **N = 86.331**
rechnerische Auffälligkeiten	18 / 450 4,00 %	16 / 436 3,67 %	**19 / 414** **4,59 %** **(Refbereich: ≤ 2,59 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 18 66,67 %	**13 / 16** **81,25 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	12 / 450 2,67 %	**13 / 436** **2,98 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme ins Krankenhaus dokumentiert wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Qualitätsindikatoren „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069) und „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074).

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 18,06 % verschlechtert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 25,07 % gestiegen. Da im Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069) ab dem Auswertungsjahr 2025 bereits Kinder mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen eingeschlossen werden, wurde die Gestationsaltergrenze im Nenner des Auffälligkeitskriteriums von „24+0 Wochen“ auf „22+0 Wochen“ im vergangenen Jahr herabgesetzt. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2026 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für die Auswertungsjahre 2025 und 2026 eingeschränkt vergleichbar.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt. Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG eine fehlerhafte oder unvollständige Dokumentation genannt. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden bei einem Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Außerdem wurde bei einem weiteren Leistungserbringer eine Maßnahme der Stufe 2 zu Auffälligkeiten in den Vorjahren ergriffen.

Tabelle 61: AK 850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,88 % O = 109 N = 12.349	0,63 % O = 75 N = 11.889	**0,61 %** **O = 69** **N = 11.395**
rechnerische Auffälligkeiten	12 / 310 3,87 %	11 / 303 3,63 %	**14 / 303** **4,62 %** **(Refbereich: ≤ 3,08 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 12 41,67 %	**4 / 11** **36,36 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 310 1,61 %	**4 / 303** **1,32 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei Entlassung aus dem Krankenhaus ein geringerer Kopfumfang als bei Aufnahme des Kindes in das Krankenhaus dokumentiert wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262).

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 3,17 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 27,27 % gestiegen.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurde bei etwa einem Drittel der Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis die fehlerhafte Dokumentation bestätigt (Bewertung als qualitativ auffällig). Einige als qualitativ unauffällig bewertete Abweichungen des Kopfumfangs des Kindes wurden durch nachvollziehbare Einzelfälle begründet, in einem Fall wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Da der Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) zum Auswertungsjahr 2028 gestrichen wird, wird zeitgleich auch dieses Auffälligkeitskriterium abgeschafft.

Tabelle 62: AK 851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	17,62 % O = 596 N = 3.383	14,78 % O = 458 N = 3.099	**13,15 %** **O = 383** **N = 2.912**
rechnerische Auffälligkeiten	76 / 268 28,36 %	46 / 258 17,83 %	**47 / 244** **19,26 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	33 / 76 43,42 %	**27 / 46** **58,70 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	33 / 268 12,31 %	**27 / 258** **10,47 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei lebendgeborenen Kindern eine Diagnose nach ICD-10-GM dokumentiert wurde, die kein Bestandteil der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen ist, obwohl im Dokumentationsbogen angegeben wurde, dass eine schwere angeborene oder letale angeborene Erkrankung vorliegt. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu allen im Auswertungsmodul *PM-NEO* ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 11,03 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 8,02 % gestiegen. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde der ICD-10-Kode P83.2 „Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt" neu in die Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen aufgenommen. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2026 neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für die Auswertungsjahre 2026 und 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Auffälligkeitskriterium 58,70 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Demnach lagen in diesen Fällen gemäß Rückmeldungen der LAG keine schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankungen bei den Kindern vor. Eine Bewertung innerhalb des Stellungnahmeverfahrens als qualitativ unauffällig wird laut Rückmeldungen der LAG regelmäßig dann vergeben, wenn die Fachkommissionen die betroffenen Kinder auch abweichend von der spezifizierten Liste als angeboren schwer oder letal erkrankt angesehen haben. Aufgrund der unvollständigen Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen werde dieses Auffälligkeitskriterium daher als kritisch gesehen. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden bei 5 Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, welche u. a. die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien vorsieht.

Tabelle 63: AK 851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	69,98 % O = 683 N = 976	57,50 % O = 598 N = 1.040	**57,21 %** **O = 603** **N = 1.054**
rechnerische Auffälligkeiten	52 / 168 30,95 %	27 / 167 16,17 %	**24 / 161** **14,91 %** **(Refbereich: ≤ 80,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	22 / 52 42,31 %	**14 / 27** **51,85 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	22 / 168 13,10 %	**14 / 167** **8,38 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei Kindern weder eine moderate noch eine schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD) angegeben wurde, obwohl das Vorliegen einer moderaten oder schweren BPD gemäß Nennerdefinition zu vermuten wäre. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Kennzahlen „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ (ID 51079) und „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 50053) sowie zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901).

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 0,50 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Ver-gleich zum Vorjahr um 7,79 % gesunken.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Auffälligkeitskriterium knapp über die Hälfte der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Als Gründe für diese Einstufung wurden vonseiten der LAG Dokumentationsfehler genannt (z. B. wurde eine moderate BPD nicht dokumentiert, obwohl diese gemäß Nennerdefinition hätte dokumentiert werden müssen, oder es bestehen krankenhausinterne Unschärfen in der Definition einer milden BPD). Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden bei 4 Leistungserbringern mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, welche u. a. die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien sowie die Implementierung von Behandlungspfaden vorsieht.

Tabelle 64: AK 852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	39,98 % O = 1.796 N = 4.492	37,66 % O = 1.656 N = 4.397	**31,05 %** **O = 1.308** **N = 4.212**
rechnerische Auffälligkeiten	51 / 215 23,72 %	41 / 203 20,20 %	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	21 / 51 41,18 %	**16 / 41** **39,02 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	21 / 215 9,77 %	**16 / 203** **7,88 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob das Datum des ersten in der eigenen Einrichtung durchgeführten ROP-Screenings außerhalb des in der Leitlinie (Maier et al. 2020) empfohlenen Zeitraums dokumentiert wurde. Da das zugrunde liegende Datenfeld „Datum des ersten ROP-Screenings" jedoch keine Verwendung für die Berechnung der Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen findet, wird dieses Kriterium ohne Referenzbereich ausgewiesen und zur Spezifikation 2027 zunächst abgeschafft. Die Rückmeldungen aus den Stellungnahmeverfahren der vergangenen Jahre zeigten, dass dieses Auffälligkeitskriterium vielmehr einen Qualitätsmangel detektiert, statt Dokumentationsfehler aufzudecken. Daher soll ein entsprechender Qualitätsindikator eingeführt werden, sobald die S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen" aktualisiert wurde.

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 17,55 % verbessert. Diese Verbesserung resultiert einerseits aus einer Umstellung der Rechenregel gegenüber dem Auswertungsjahr 2025, welche eine Unschärfe in der Falldetektion behoben hat, andererseits ist eine verbesserte Versorgungsqualität erkennbar. Diese Erkenntnisse lassen sich aus einer angepassten Berechnung der Ergebnisse mit den Daten des Erfassungsjahres 2025 (AJ 2026) ableiten, wobei noch einmal die alte Rechenregel, wie sie im Auswertungsjahres 2025 angewendet wurde, zum Einsatz kam. So berechnet wird ein Ergebnis von 35,71 % (O/N = 1.504/4.212) statt den jetzigen 31,05 % (O/N = 1.308/4.212) erzielt, wodurch zu erkennen ist, dass die aktuell niedrigere Ergebnisrate relevant durch die Änderung der Rechenregel beeinflusst wird, jedoch nicht ausschließlich. Setzt man nämlich dieses Ergebnis (35,71 %) in den Kontext der Vorjahresergebnisse, die regulär mit der alten Rechenregel berechnet wurden (AJ 2025: 37,66 %, O/N = 1.656/4.397; AJ 2024: 39,98 %, O/N = 1.796/4.492), so zeigt sich, dass eine Verbesserung der Versorgungsqualität messbar wird, da sich die Rate auch nach alter Berechnungsweise gegenüber den Vorjahren verbessert.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Auffälligkeitskriterium 39,02 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG überwiegend Hinweise

auf Struktur- und Prozessmängel genannt (z. B. Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Konsiliarpartner, interne Maßnahmen wie Schulungen wurden abgeleitet). Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden bei 2 Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet.

Gemäß Empfehlung der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen" (Maier et al. 2020) sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42), aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen erfolgen. Auch bei extrem unreifen Frühgeborenen erfolge die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh. Es ist darauf hinzuweisen, dass das Auffälligkeitskriterium für Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 25+6 Wochen bis zum Auswertungsjahr 2025 nicht gänzlich korrekt abgebildet wurde. Die Zähler-Rechenregel des Auffälligkeitskriteriums wurde entsprechend der Leitlinienempfehlung mit den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 angepasst. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2026 neuberechnete Ergebnisse für die Auswertungsjahre 2025 und 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2026 eingeschränkt vergleichbar.

Zum Auswertungsjahr 2026 wurde der Referenzbereich ausgesetzt, daher werden zum Auswertungsjahr 2026 zu diesem Kriterium keine Stellungnahmeverfahren durch die LAG durchgeführt. Die Aussetzung wurde beschlossen, da das zugrunde liegende Datenfeld „Datum des ersten ROP-Screenings" keine Verwendung für die Berechnung der Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen findet. Zur Spezifikation 2027 wird das Datenfeld „Datum des ersten ROP-Screenings" gestrichen und damit ebenfalls das Auffälligkeitskriterium zu den prospektiven Rechenregeln 2027 abgeschafft.

Tabelle 65: AK 852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	36,60 % O = 258 N = 705	15,10 % O = 108 N = 715	**8,49 %** **O = 60** **N = 707**
rechnerische Auffälligkeiten	58 / 176 32,95 %	24 / 175 13,71 %	**16 / 167** **9,58 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	42 / 58 72,41 %	**19 / 24** **79,17 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	42 / 176 23,86 %	**19 / 175** **10,86 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob eine HIE dokumentiert wurde, wenn angegeben wurde, dass bei einem asphyktischen Kind eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 222402).

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 43,77 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 30,12 % gesunken.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt. Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG Dokumentationsdefizite genannt (z. B. lag die Angabe über das Vorliegen einer HIE in der Patientenakte vor, wurde aber nicht dokumentiert). Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden bei 5 Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, welche u. a. die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien vorsieht.

Tabelle 66: AK 852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	3,73 % O = 3.420 N = 91.635	3,46 % O = 3.150 N = 90.914	**3,30 %** **O = 2.949** **N = 89.429**
rechnerische Auffälligkeiten	23 / 457 5,03 %	22 / 442 4,98 %	**18 / 418** **4,31 %** **(Refbereich: ≤ 9,89 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 23 8,70 %	**2 / 22** **9,09 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 457 0,44 %	**2 / 442** **0,45 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob die Häufigkeit der Angabe einer schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankung in Bezug auf die übermittelten QS-Bögen plausibel ist. Es hat einen Bezug zu allen im Auswertungsmodul *PM-NEO* ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 4,62 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 13,45 % gesunken.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt. In den Rückmeldungen der LAG wurden u. a. ein spezielles Patientengut (vor allem im Kontext von spezialisierten Kliniken) als Grund für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 67: AK 850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,41 % O = 92.482 N = 92.108	100,31 % O = 91.833 N = 91.550	**100,41 %** **O = 90.206** **N = 89.834**
rechnerische Auffälligkeiten	8 / 495 1,62 %	14 / 482 2,90 %	**8 / 461** **1,74 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 8 87,50 %	**11 / 14** **78,57 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	7 / 495 1,41 %	**11 / 482** **2,28 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026 eine Dokumentationsrate von 100,41 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation.

Tabelle 68: AK 850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,41 % O = 92.482 N = 92.108	100,31 % O = 91.833 N = 91.550	**100,41 %** **O = 90.206** **N = 89.834**
rechnerische Auffälligkeiten	5 / 495 1,01 %	8 / 482 1,66 %	**5 / 461** **1,08 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 5 80,00 %	**6 / 8** **75,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 495 0,81 %	**6 / 482** **1,24 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026 eine Dokumentationsrate von 100,41 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Zu diesem

Auffälligkeitskriterium wurden bei einem Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet.

Tabelle 69: AK 850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,67 % O = 621 N = 92.108	0,75 % O = 686 N = 91.550	**0,61 %** **O = 549** **N = 89.834**
rechnerische Auffälligkeiten	10 / 495 2,02 %	16 / 482 3,32 %	**8 / 461** **1,74 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 10 10,00 %	**4 / 16** **25,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 495 0,20 %	**4 / 482** **0,83 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2026, dass bei 0,61 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz statt eines regulären Datensatzes angelegt wurde. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf Ebene der IKNR im Vorjahr nicht sinnvoll.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 jeder vierte Fall als qualitativ auffälligen bewertet. In den Rückmeldungen der LAG wurden hierfür fehlerhafte Anwendungen der Vorgaben für einen Minimaldatensatz, vor allem im Kontext von verlegten Kindern, berichtet. Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden überwiegend durch Einzelfälle begründet.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 70: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	2.897	-	2.827	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.897	100,00	2.827	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	264	9,11	159	5,62
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	264	100,00	159	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	264	100,00	159	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	9	3,41	9	5,66
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	255	96,59	150	94,34
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	255	100,00	150	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,39	1	0,67
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	201	76,14	105	66,04
Bewertung als qualitativ auffällig	37	14,02	31	19,50
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	9	3,41	12	7,55
Sonstiges	8	3,03	2	1,26

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	9	n. a.	4	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 2.827 Indikatorenergebnisse vorlagen. Der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse sank im Vergleich zum Vorjahr bei gleichbleibender Gesamtzahl an Indikatorenergebnissen um 39,8 %. Infolgedessen verringerte sich die Anzahl der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren um 41,2 % und die Anzahl der qualitativ unauffälligen Bewertungen um ca. die Hälfte. Die Anzahl der qualitativ auffälligen Bewertungen ging um 16,22 % und die Anzahl der eingeleiteten Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 um ca. die Hälfte zurück.

Hervorzuheben ist, dass beim Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) in ca. der Hälfte der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. Es kann vermutet werden, dass die allgemeine Akzeptanz gegenüber dem Qualitätsindikator eingeschränkt ist, da dieser vonseiten einiger LAG aufgrund von möglichen Messungenauigkeiten und von Zweifeln an der Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer als ein ungeeigneter Qualitätsparameter angesehen wird. Ab dem Auswertungsjahr 2026 wird dieser Indikator ohne Referenzbereich dargestellt und zum Auswertungsjahr 2028 gestrichen, da kein ausreichend belegter Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal besteht.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063) ermittelt, wobei mehr als die Hälfte davon als qualitativ unauffällig beurteilt wurde. In vielen Fällen handelte es sich dabei gemäß Rückmeldungen der LAG um Dokumentationsfehler. Qualitativen Auffälligkeiten lagen gemäß Rückmeldungen der LAG Hinweise auf Prozess- und Strukturmängel (vor allem technische Probleme) zugrunde, die dazu führten, dass kein Hörtest erfolgte.

Die Qualitätsindikatoren zur Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen (ID 50069) bzw. bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 50074) weisen den höchsten Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen auf. Vonseiten der LAG werden oftmals Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (v. a. in Bezug auf die Verfügbarkeit eines Wärmemanagements in der Neugeborenenversorgung) als Begründungen genannt. Es wurde in einem der als qualitativ auffällig bewerteten Fälle eine Maßnahme der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Weiterhin gab es in diesem Auswertungsjahr zu den Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit in Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402), „Pneumothorax unter oder nach Beatmung“ (ID 50062) und „Durchführung

eines Hörtests“ (ID 50063) jeweils eine Maßnahme der Stufe 1. Auch hier waren die Gründe gehäuft Hinweise auf Prozess- und Strukturmängel.

In den Qualitätsindikatoren „Nosokomiale Infektion“ (ID 50060) und „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (222402) wurde ein sehr hoher Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft. Als Grund für die Bewertung als qualitativ unauffällig wurden vonseiten der LAG vorwiegend Einzelfälle genannt.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 war bei 7,55 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 12 von 159) aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich. Die meisten Dokumentationsfehler wurden im Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063) identifiziert.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 71: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.541	100,00	3.438	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	313	8,84	225	6,54
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	313	100,00	225	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	13	4,15	8	3,56
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	300	95,85	217	96,44
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	300	100,00	217	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	0,46
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	144	46,01	91	40,44
Bewertung als qualitativ auffällig	149	47,60	116	51,56
Sonstiges	7	2,24	10	4,44
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	22	n. a.	22	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Die Datenvalidierung gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Auswertungsmodul *PM-NEO* insgesamt 10 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 3.438 Ergebnisse ermittelt wurden.

Die Maßnahmenstufe 1 wurde bei als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnissen insbesondere zu den Auffälligkeitskriterien „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300), „Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben“ (ID 851902) und „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) eingeleitet. Ein Großteil der Maßnahmen beinhaltete die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zu den Auffälligkeitskriterien „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001), „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) und „Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben“ (ID 851902) ermittelt.

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, in den Auffälligkeitskriterien „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) und „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) festgestellt. In Bezug auf das Auffälligkeitskriterium 850206 erwies es sich demzufolge als zutreffend, dass bei 81,25 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen innerhalb der QS-Dokumentation angegeben wurde, dass die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus nicht bekannt war. Hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums 852300 wurde bei 79,17 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bestätigt, dass innerhalb der QS-Dokumentation angegeben wurde, dass keine HIE vorlag, aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie. Bei beiden

Auffälligkeitskriterien ist die Mehrheit der qualitativen Auffälligkeiten auf eine fehlerhafte bzw. unvollzählige Dokumentation zurückzuführen. Für diese Defizite lagen laut Rückmeldungen der LAG Hinweise auf Prozessverbesserungen vor bzw. die Umsetzung von Maßnahmen aus dem vorangegangenen Jahr wird beobachtet.

Die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich im Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben“ (ID 852301). In den Rückmeldungen der LAG wurde als Begründung für die qualitativ unauffälligen Ergebnisse auf Einzelfälle sowie Dokumentationsproblematiken durch die Unvollständigkeit der hinterlegten ICD-Liste zur Definition von schweren und letalen angeborenen Erkrankungen hingewiesen. Laut Rückmeldungen der LAG kann es Fälle geben, die als schwer oder letal erkrankt eingestuft werden und folglich aus der Qualitätsmessung ausgeschlossen werden sollten, bei denen die ICD-Kodes jedoch nicht in der Liste zur Definition von schweren und letalen angeborenen Erkrankungen enthalten sind.

4 Evaluation

Das Auswertungsmodul *PM-NEO* soll insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie unerwünschte Ereignisse der kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses messen, vergleichend darstellen und bewerten. Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Auswertungsmoduls *PM-NEO*:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen
- Verringerung der Sterblichkeit

Das zum Auswertungsjahr 2026 vorliegende Set an Indikatoren und Kennzahlen adressiert die genannten Ziele des QS-Verfahrens. Dabei wird eine Verbesserung der Prozessqualität (IDs 50063, 50069 und 50074), die Verringerung der Sterblichkeit (IDs 51070, 222402, 51832 und 51837) sowie die Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen (abgebildet durch die verbleibenden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) aufgegriffen. Künftig soll die Verbesserung der Prozessqualität außerdem über einen neuen Qualitätsindikator zur Rechtzeitigkeit des ersten ROP-Screenings abgebildet werden.

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls PM-NEO wurden insbesondere die im Folgenden aufgeführten Themen sowohl innerhalb des Expertengremiums auf Bundesebene diskutiert als auch vonseiten der LAG, z. B. im Zusammenhang des Stellungnahmeverfahrens, zurückgemeldet. Für das Auswertungsjahr 2025 haben 5 der insgesamt 16 LAG Rückmeldungen zum Modul *PM-NEO* im Rahmen der Evaluationsfragen an das IQTIG übermittelt.

Das im Rahmen der Datenvalidierung ausgewiesene Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) verwendet eine im Auswertungsmodul *PM-NEO* hinterlegte Ausschlussliste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen, die jedoch einen Hinweis auf Unvollständigkeit enthält. In Hinblick auf die Relevanz des Auffälligkeitskriteriums ist darauf hinzuweisen, dass der Ausschluss von Kindern mit schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankungen aus allen Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO* aktuell über die Angabe „1 = schwer oder letal“ im Datenfeld „angeborene Erkrankungen“ erfolgt. Hierdurch besteht die Möglichkeit, dass Fälle ausgeschlossen werden, die nicht als schwere oder letale angeborene Erkrankungen gemäß entsprechender Liste einzuordnen wären. Die LAG berichten im Rahmen des Stellungnahmeverfahren – wie auch bereits im Vorjahr - von einer Unschärfe der Definition schwerer oder letaler angeborener Erkrankungen sowie einer Unvollständigkeit der hinterlegten Liste der ICD-Codes. In mehreren Fällen sei die Dokumentation einer Fehlbildung in Abweichung zur vorgegebenen Liste nachvollziehbar. Teilweise erfolgten bereits gesonderte Rückmeldungen an das IQTIG. Die anhaltende Problematik wurde innerhalb des Expertengremiums auf Bundesebene erneut diskutiert, und in Konsequenz soll ab dem Herbst 2026 eine Arbeitsgruppe „Jährliche Pflege der Liste zu schweren und letalen angeborenen Erkrankungen“ eine

kontinuierliche Pflege und etwaige Weiterentwicklung der Liste ermöglichen, inklusive der detaillierten Besprechung aller Hinweise aus den LAG oder von Leistungserbringern. Dabei wird die Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen vorerst bewusst als nicht final abgeschlossen, sondern als lernendes System angesehen.

Der Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs" (ID 52262) stellt nach Ansicht der LAG einen ungeeigneten Qualitätsparameter dar, da dieser z. B. aufgrund interindividueller Messungenauigkeiten des Kopfumfangs und durch Einflüsse der medizinischen Behandlung störanfällig sei. Ebenso werde das im Rahmen der Datenvalidierung erhobene Auffälligkeitskriterium „Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme" (ID 850207) aus dem genannten Grund als kein sinnvoller Parameter für die Dokumentationsqualität angesehen. Im Rahmen der Verfahrensüberprüfung wurde zudem festgestellt, dass kein ausreichend belegter Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal besteht. Der Indikator wird daher ab dem Auswertungsjahr 2026 ohne Referenzbereich geführt, um dann gemeinsam mit dem Auffälligkeitskriterium 850207 zum Auswertungsjahr 2028 abgeschafft zu werden.

Das Auffälligkeitskriterium „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums" (ID 852001) konnte eher Mängel in der Versorgungsqualität und weniger in der Dokumentationsqualität identifizieren. Außerdem findet das im Kriterium verwendete Datenfeld „Datum des ersten ROP-Screenings" derzeit keine Verwendung für die Berechnung eines Qualitätsindikators oder einer Kennzahl. Daher wurde der Referenzbereich zum Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt, um die Qualitätsmängel künftig in einem Qualitätsindikator abzubilden. Die Beratungen zur künftigen Definition wurden bereits durch das Expertengremiums auf Bundesebene aufgenommen, wobei die Aktualisierung der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen" abgewartet und in die finalen Beratungen einbezogen werden soll.

Das Datenfeld „Aufnahme ins Krankenhaus von" wurde aufgrund des Hinweises einer LAG kritisch im Expertengremium auf Bundesebene diskutiert. Es ist derzeit nicht verpflichtend auszufüllen, stellt aber gleichzeitig die Grundlage für ein Ausschlusskriterium in vielen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen dar, darunter beispielweise der „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung" (ID 51901) und die „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 222402). Eine vertiefende Datenanalyse des IQTIG konnte Hinweise liefern, dass dieses Datenfeld vielfach fehldokumentiert wird, vermutlich weil Missverständnisse hinsichtlich der korrekten Kategorisierung von Fällen vorliegen. Außerdem kann beobachtet werden, dass unerwartet häufig fehlende Angaben vorliegen. Um künftig zu verhindern, dass dieses für die Indikatoren und Kennzahlen so relevante Datenfeld fehldokumentiert wird, hat das Expertengremium dafür plädiert, das Datenfeld künftig verpflichtend zu erheben. Dabei sollen alle Kategorien deutlich definierte Ausfüllhinweise erhalten und jeglicher Sonderfall der Dokumentation, welcher nicht über die Kategorien „1 = externer Geburtsklinik", „2 = externer Kinderklinik", „3 = externer Klinik als Rückverlegung", „4 = außerklinischer Geburtseinrichtung", „5 = zu Hause", „6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort" oder „7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort" abgedeckt werden kann, in die Kategorie „8 = sonstiges" fallen, die bisher laut Ausfüllhinweis nur genutzt werden soll, wenn das Kind beispielsweise während des Transports geboren wurde und anschließend ins Krankenhaus aufgenommen wird. Diese Weiterentwicklung wird derzeit final ausgearbeitet und zur

nächstmöglichen Spezifikation 2028 eingebracht. Damit sollen künftig potenzielle Fehlaus- oder -einschlüsse in die Grundgesamtheiten der betroffenen Indikatoren und Kennzahlen verhindert werden.

5 Ausblick

Der GBA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS PM*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im GBA veröffentlicht. Es wurde überwiegend empfohlen, die bestehenden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen beizubehalten und einige mit Anpassungen fortzuführen. Der Qualitätsindikator zur Zunahme des Kopfumfangs (ID 52262) sowie drei Kennzahlen zur IVH Grad 3 oder PVH (ID 222200) und zur PVL (IDs 51077 und 50051) wurden aufgrund unzureichender Eignung, geringen Verbesserungspotenzials oder nicht nachgewiesenen Zusammenhangs mit einem patientenrelevanten Merkmal zur Abschaffung empfohlen. Entsprechend ist die Streichung des Qualitätsindikators und der drei Kennzahlen zum Auswertungsjahr 2028 vorgesehen. Weiterhin wurde empfohlen, dass bei Kennzahlen, die sich auf dasselbe Qualitätsmerkmal beziehen, jeweils diejenige zur Ausweisung der rohen Raten entfällt, da diese bereits innerhalb der risikoadjustierten Raten abgebildet wird und eine zusätzliche Darstellung als redundant anzusehen ist. Auch diese Kennzahlen werden zum Auswertungsjahr 2028 gestrichen.

Vor dem Hintergrund der seit Langem angestrebten Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung sollen nun zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres“ und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres“ mit freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern und LAG praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet werden und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll. Langfristig könnte dies in den Regelbetrieb eingeführt werden und es könnten ggf. weitere Qualitätsindikatoren auf Basis verknüpfter Daten zur Einführung empfohlen werden.

Im Rahmen des Weiterentwicklungsprojekts zum Verlegungsgeschehen von sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g sollen künftig Qualitätsinformationen auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen mit Blick auf die vorangegangenen 5 Jahre erfasst und standortbezogen auf der Website www.perinatalzentren.org veröffentlicht werden. Dadurch erfolgt lediglich eine deskriptive Darstellung des Verlegungsgeschehens, die keine Interpretation der Versorgungsqualität ermöglicht. Das IQTIG erarbeitet derzeit im Auftrag des GBA, wie entsprechende Inhalte zum Verlegungsgeschehen in den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer

und den länderbezogenen Auswertungen für die LAG dargestellt werden können. Auf diese Weise könnten perspektivisch die bislang nur deskriptiv darzustellenden Ergebnisse zum Verlegungsgeschehen bei erkennbaren Struktur- oder Prozessproblemen auch die Funktion von Aufgreifkriterien zur Auslösung von weiteren Handlungsanschlüssen haben, um gezielt Qualitätsverbesserungen in den beteiligten Krankenhäusern adressieren zu können.

Literatur

Bührer, C; Felderhoff-Müser, U; Gembruch, U; Hecher, K; Kainer, F; Kehl, S; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-019. S2k-Leitlinie: Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit [*Langfassung*]. 4. Auflage. Versions-Nummer: 4.1. [Stand:] 24.06.2020, Erstveröffentlichung: Dezember 1998, Überarbeitung von: Mai 2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-019l_S2k_Fr%C3%BChgeburt_Grenze_Lebensf%C3%A4higkeit_2025-05-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 29.06.2026). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [*Langfassung*]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand:] März 2020, Erstveröffentlichung: Juni 1998. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-010l_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2025-04-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 29.06.2026). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

PM-GEBH: Geburtshilfe

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Geburtshilfe. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung ... 6

Datengrundlagen ... 8

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten ... 8

Ergebnisübersicht ... 9

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 ... 10

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 ... 13

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen ... 15

330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen ... 15

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung ... 18

52249: Kaiserschnittgeburt ... 21

Details zu den Ergebnissen ... 25

1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten ... 27

Details zu den Ergebnissen ... 30

Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung ... 31

321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate) ... 31

51397: Azidose bei reifen Einlingen ... 34

51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen ... 38

Details zu den Ergebnissen ... 42

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten ... 43

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen ... 46

Details zu den Ergebnissen ... 50

181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV ... 52

Details zu den Ergebnissen ... 56

331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt ... 57

Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe ... 60

182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen ... 60

182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen ... 63

182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen ... 66

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 69

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 69

850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten ... 69

850224: Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess ... 71

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 73

850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 73

850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 75

850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 77

Basisauswertung ... 79

Basisdokumentation ... 79

Datenbasis: Anzahl der Mütter und Kinder ... 80

Informationen zur Schwangeren ... 82

Vorausgegangene Schwangerschaften ... 82

Informationen zur jetzigen Schwangerschaft ... 84

Untersuchungen in der jetzigen Schwangerschaft ... 85

Präpartale Diagnostik/Therapie ... 85

Antenatale Kortikosteroidtherapie ... 86

Mütter, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik und nach der Geburt des Kindes erfolgte ... 86

Kortikosteroidtherapie (begonnen in eigner Klinik) bei Lebendgeborenen ... 87

Informationen zur Geburt ... 88

Aufnahme ... 88

Geburtseinleitung ... 89

Geburtsmodus und Lage des Kindes ... 89

Geburtsmodus bei Kindern < 1500 g ... 91

Geburtsmodus bei Kindern ≥ 1500 g ... 93

Sectiomanagement bei Beckenendlage ... 94

Sectiomanagement bei Schädellage ... 95

Indikation zur Sectio ... 96

Allgemeinanästhesie bei Sectio ... 96
E-E-Zeit ... 97
Zeitpunkt der Geburt ... 99
Diagnostik/Therapie ... 100
Befunde und Risiken ... 103
Befunde während der Schwangerschaft ... 103
Geburtsrisiken ... 106
Informationen zum Kind ... 108
Kindliche Morbidität ... 116
Risikokollektivbildung ... 118
Verlegung des Kindes ... 119
Mortalität ... 121
Informationen zur Mutter ... 125
Komplikationen ... 125
Verweildauer ... 127
Entlassung ... 128

Einleitung

Die Perinatalmedizin umfasst die Versorgung von Mutter und Kind im Zeitraum kurz vor bis kurz nach der Geburt. Die Münchner Perinatalstudie (1975 bis 1977) und die daraus hervorgegangene Perinatalerhebung gelten allgemein als Ausgangspunkt der heutigen gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin. Deren Ziel ist es, beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung zu erfassen und die Qualität kontinuierlich zu verbessern.
Seit 2001 ist der Bereich der Geburtshilfe in einem bundeseinheitlichen Auswertungsmodul etabliert, in dem alle Geburten in der Bundesrepublik, die in einem Krankenhaus stattgefunden haben, erfasst werden.

Verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität vor, während und nach der Geburt werden mit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen abgebildet und beziehen sich auf die adäquate medizinische Versorgung sowohl der Mutter als auch des Kindes. Indikatoren und Kennzahlen der mütterlichen Versorgung zielen unter anderem auf die Vermeidung von Infektionen nach einer Kaiserschnittgeburt (ID 50045), auf die Vermeidung von höhergradigen Dammrissen (ID 181800) wie auch auf die Vermeidung von mütterlichen Sterbefällen (ID 331) ab. Des Weiteren beziehen sich Indikatoren und Kennzahlen der kindlichen Versorgung sowohl auf medizinisch sinnvolle Maßnahmen und Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung als auch auf die Erfassung von Aspekten des Behandlungsergebnisses des Kindes. So ist der Säure-Basen-Status im Nabelschnurblut (IDs 321, 51397 und 51831) ein wichtiger Hinweis auf einen Sauerstoffmangel des Neugeborenen unter der Geburt. Mit dem Prozessindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) wird ermittelt, ob eine Pädiaterin oder ein Pädiater (Fachärztin bzw. Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) bei Geburt des Kindes anwesend ist, um das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich zu versorgen. Dies verbessert die Prognose der Frühgeborenen erheblich und gehört daher zur Standardisierung. Zusätzlich wird erfasst, ob kranke Reif- und Frühgeborene in einem für ihre Krankheitsschwere und den Grad der Unreife geeigneten Krankenhaus (Perinatalzentren) geboren wurden (IDs 182010, 182011 und 182014). Außerdem wird die regelhafte Behandlung der Mutter mit Kortikosteroiden (Kortison) bei drohender Frühgeburt (ID 330) erfasst, da diese Maßnahme die Lungenreifung beim Frühgeborenen fördert. Darüber hinaus ermöglicht der „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) durch die Kombination klinischer Messwerte (Apgar-Scores, pH-Werte und Base Excess) sowie der Angabe zur Sterblichkeit eine umfassende Einschätzung zum Zustand des Kindes unter bzw. kurz nach der Geburt. Schließlich adressieren zwei Indikatoren die mütterliche und kindliche medizinische Versorgung gemeinsam: So wird bei einem Notfallkaiserschnitt (Notsectio), der aufgrund einer Gefährdung der mütterlichen oder kindlichen Gesundheit durchgeführt wird, erhoben, ob die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeit zwischen der Entscheidung zur Notsectio und der Entwicklung (Geburt) des Kindes, unter den maximal tolerablen 20 Minuten liegt (ID 1058). Liegt die Zeitspanne darüber, kann dies beispielsweise zu einem schwerwiegenden Sauerstoffmangel beim Kind mit dem Risiko schwerer bleibender Schäden führen. In gleicher Weise bezieht sich der Indikator zur risikoadjustierten Kaiserschnittrate (ID 52249) sowohl auf die Mutter als auch auf das Kind, weil bei Kaiserschnitten von Nachteilen für Mutter und Kind im Hinblick auf die aktuelle Geburt als auch auf nachfolgende Schwangerschaften und Geburten auszugehen ist.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• QS-Dokumentationsdaten
• Standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.
Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

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

Für das Auswertungsmodul Geburtshilfe (PM-GEBH) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort (OPS, ICD-abrechnenden) bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	628.218 627.771 447	628.448	99,96
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	595		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	594	593	100,17
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	564	562	100,36

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien für eine Übersicht zusammengefasst.
Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zum Auswertungsmodul PM-GEBH finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pm/ . Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	Transparenzkennzahl	91,33 % O = 5.318 N = 5.823
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %	98,99 % O = 210.134 N = 212.282
52249	Kaiserschnittgeburt	≤ 1,20 (90. Perzentil)	1,00 O/E = 210.567 / 210.145,34 33,79 % O/N = 210.567 / 623.188
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	0,32 % O = 26 N = 8.064

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung			
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	0,26 % O = 1.505 N = 572.007
51397	Azidose bei reifen Einlingen	Transparenzkennzahl	0,98 O/E = 1.505 / 1.528,48 0,26 % O/N = 1.505 / 572.007
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	≤ 3,63 (95. Perzentil)	0,95 O/E = 286 / 302,29 0,83 % O/N = 286 / 34.464
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %	96,37 % O = 17.539 N = 18.200
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32	0,96 O/E = 4.447 / 4.629,55 0,76 % O/N = 4.447 / 584.710
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	Transparenzkennzahl	1,06 O/E = 458 / 430,08 0,11 % O/N = 458 / 412.726
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	Sentinel Event	0,00 % O = 22 N = 627.771

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe			
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	Sentinel Event	0,11 % O = 66 N = 62.771
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	≤ 3,77 % (95. Perzentil)	2,48 % O = 2.155 N = 86.871
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	≤ 11,08 % (95. Perzentil)	8,10 % O = 12.935 N = 159.785

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0	0,43 % 35 / 8.064	5,25 % 29 / 552
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	≤ 2,44 % (95. Perzentil)	0,88 % 5.168 / 584.666	4,55 % 27 / 593

© IQTIG 2026

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	99,96 % 628.218 / 628.448	1,69 % 10 / 593
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	99,96 % 628.218 / 628.448	0,34 % 2 / 593
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,07 % 447 / 628.448	0,00 % 0 / 593

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

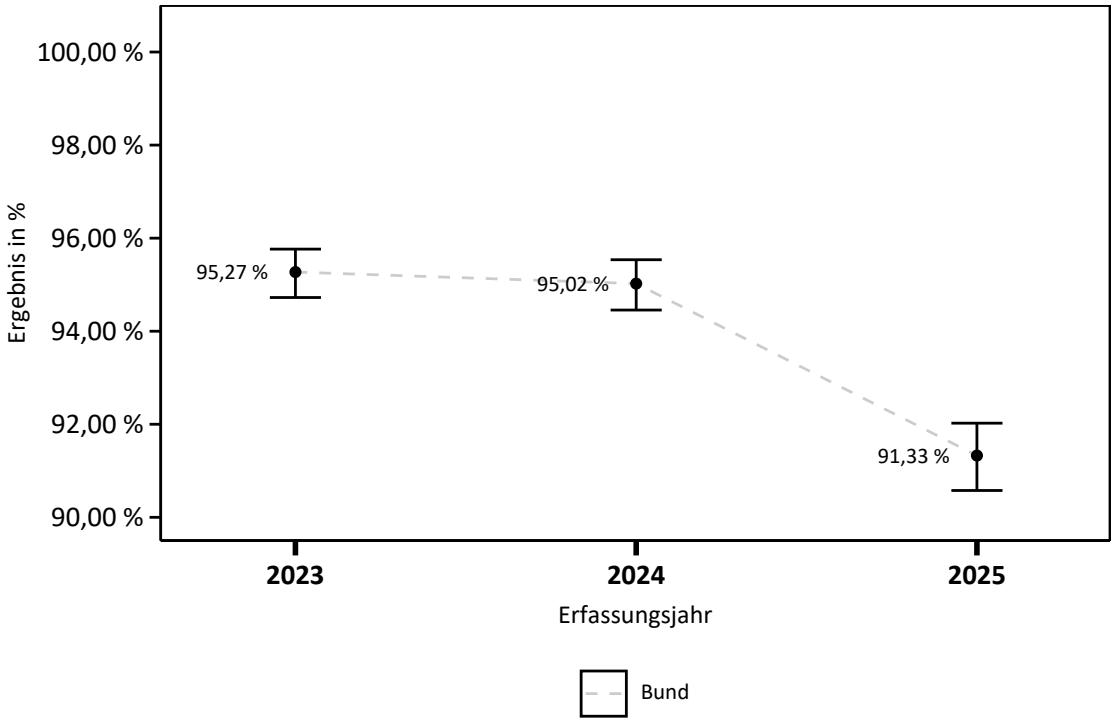
Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Zähler	Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

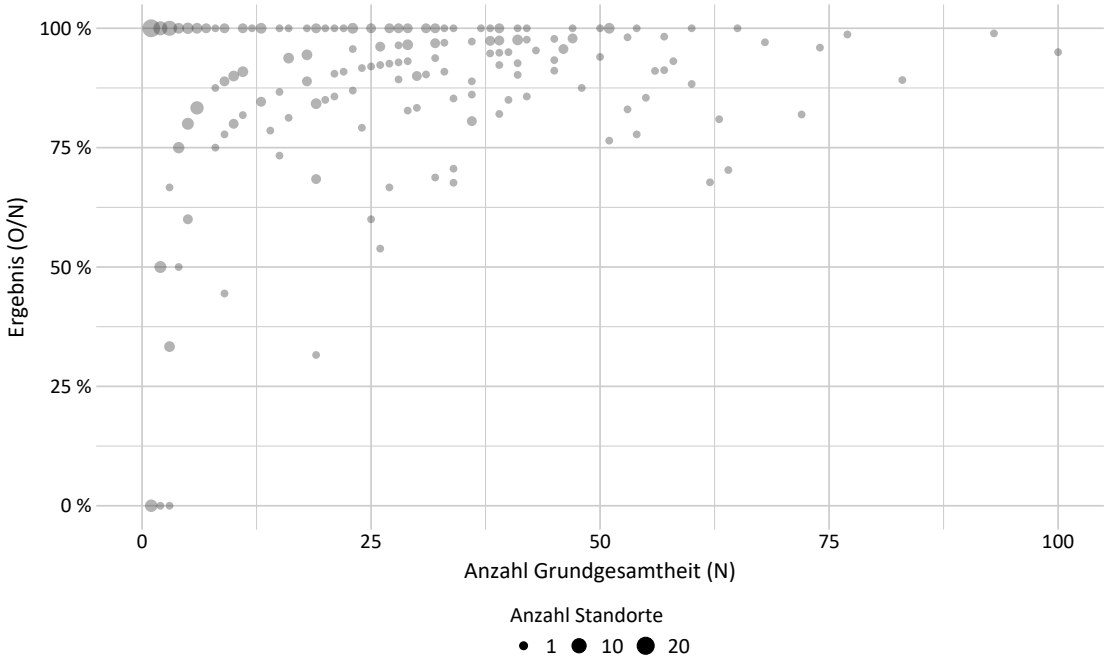
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	6.105 / 6.408	95,27	94,72 - 95,76
	2024	5.919 / 6.229	95,02	94,45 - 95,54
	2025	5.318 / 5.823	91,33	90,58 - 92,02

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	268	0	0,00	100,00	95,80

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

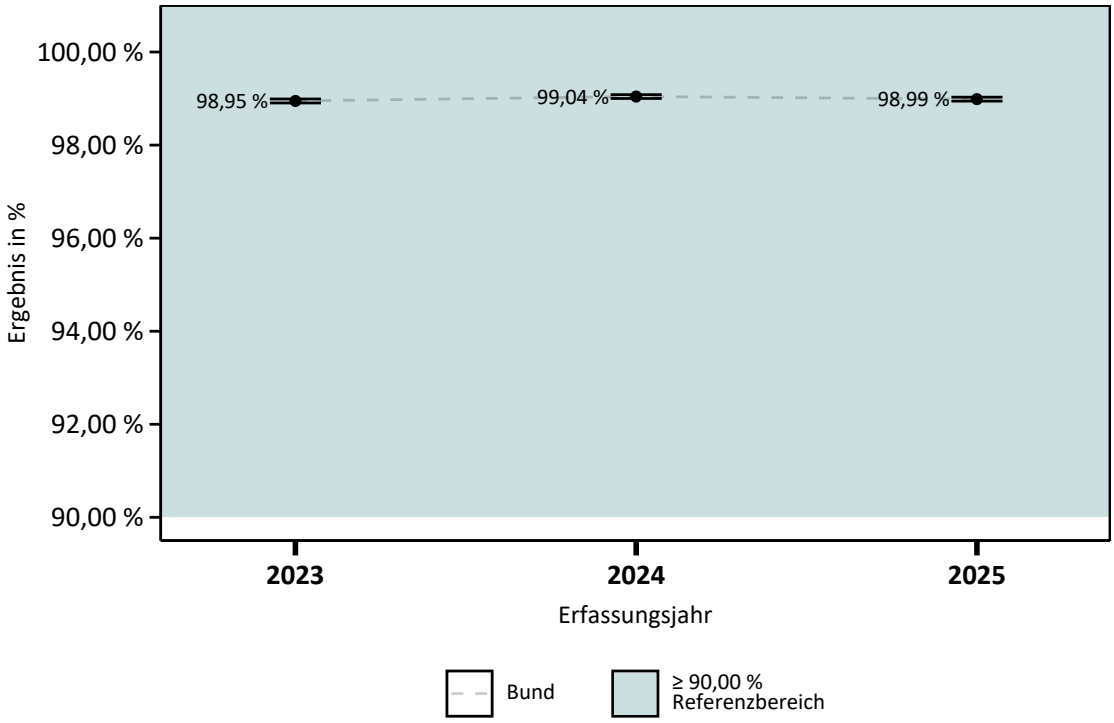
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittgeburt
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Geburten mit Kaiserschnitt
Zähler	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

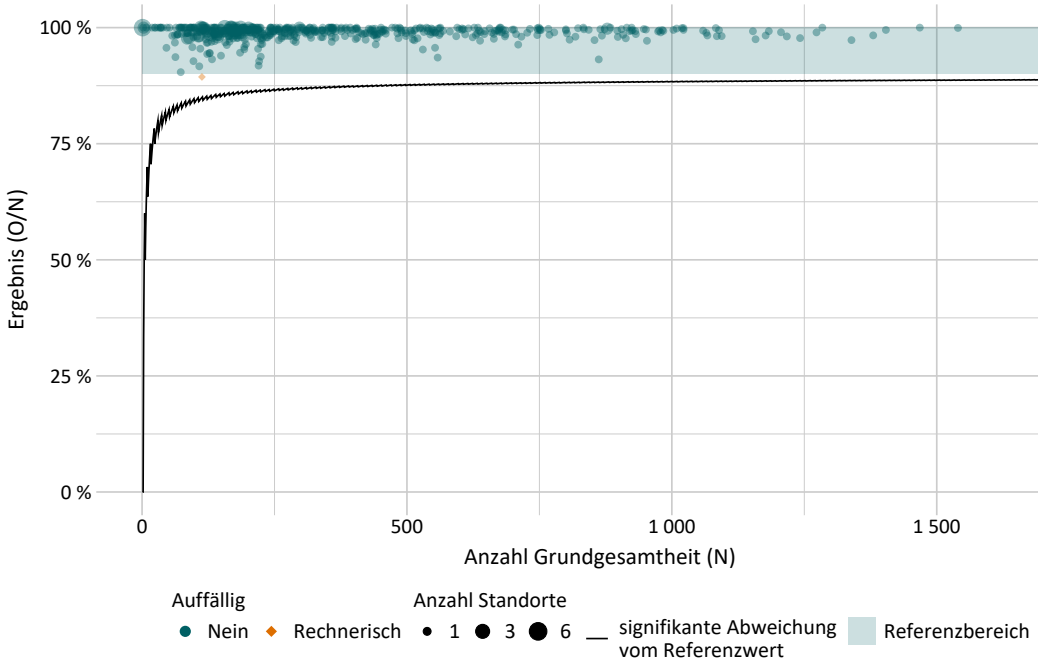
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	217.048 / 219.354	98,95	98,91 - 98,99
	2024	216.584 / 218.675	99,04	99,00 - 99,08
	2025	210.134 / 212.282	98,99	98,94 - 99,03

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	578	1	89,38	100,00	99,34

52249: Kaiserschnittgeburt

Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Mütter, die eine Geburt mindestens eines Kindes (24+0 bis unter 42+0 Wochen) hatten
Zähler	Kaiserschnittgeburten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kaiserschnittgeburten
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kaiserschnittgeburten, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 52249
Referenzbereich	≤ 1,20 (90. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter der Mutter zwischen 33 und unter 36 Jahren Alter der Mutter ab 36 Jahren Übergewicht Adipositas Grad 1 Adipositas Grad 2 oder 3 Diabetes/Gestationsdiabetes Erstgebärend Zustand nach Kaiserschnittentbindung Mehrlingsschwangerschaft Befunde im Mutterpass: Placentainsuffizienz Befunde im Mutterpass: Hypertonie oder Proteinurie Geburtsrisiko: Frühgeburt Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung oder HELLP-Syndrom Geburtsrisiko: Placenta praevia Geburtsrisiko: Amnioninfektionssyndrom Geburtsrisiko: pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne Querlage/Schräglage Beckenendlage Gesichts/Stirnlage
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

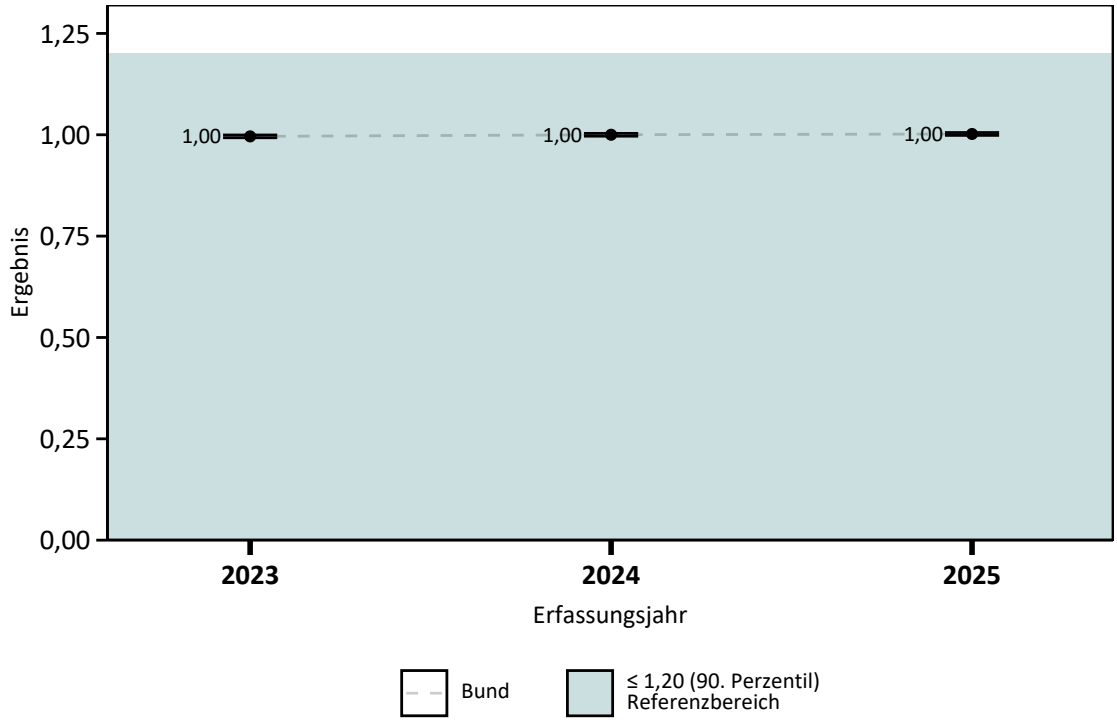
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	658.823	217.652 / 218.503,16	1,00	0,99 - 1,00
	2024	649.047	216.940 / 216.928,10	1,00	1,00 - 1,00
	2025	623.188	210.567 / 210.145,34	1,00	1,00 - 1,01

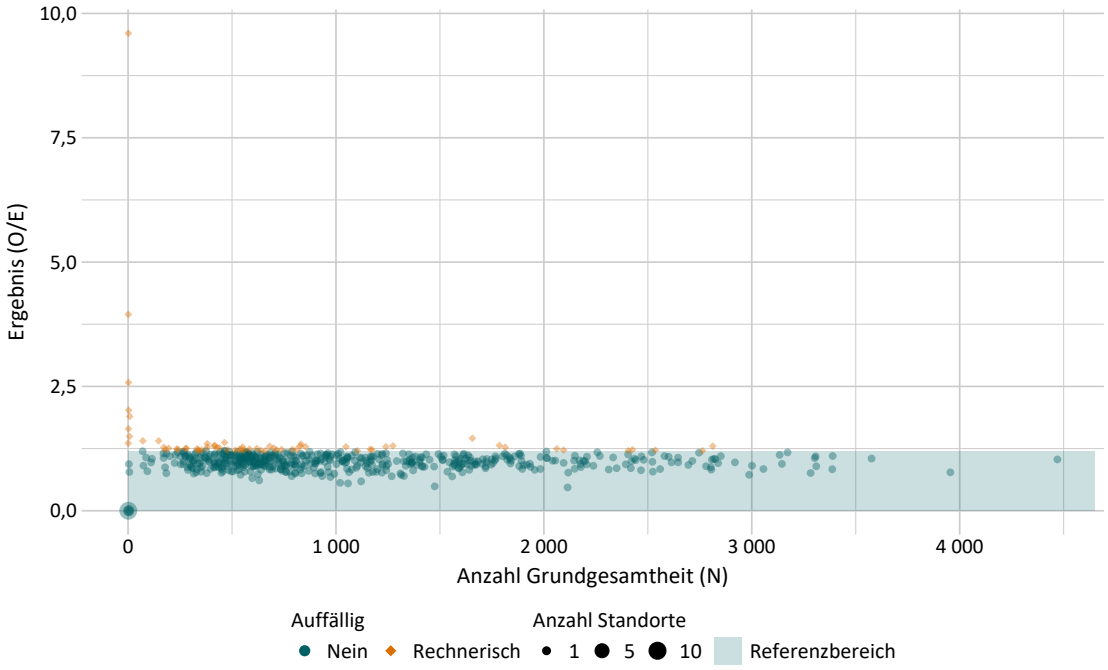
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

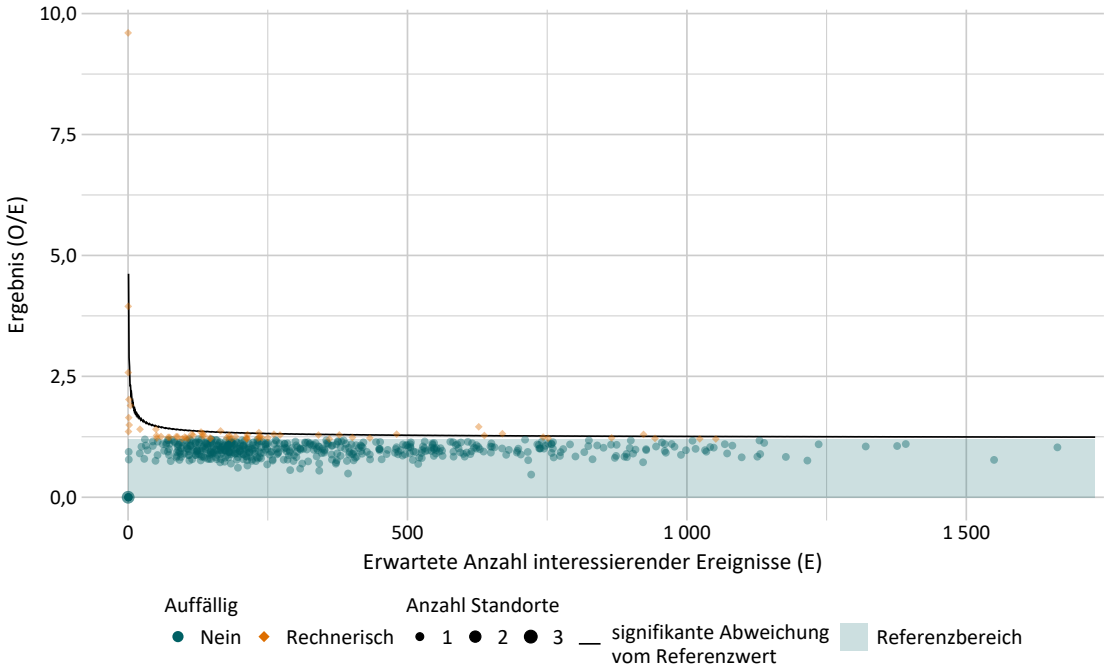
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



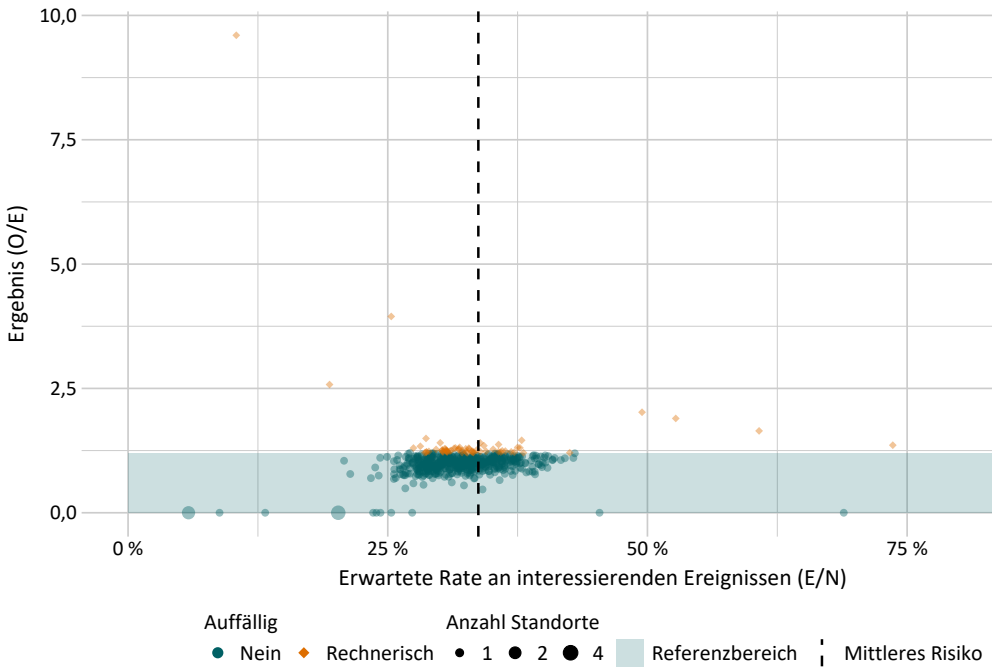
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	595	63	0,00	9,60	1,01

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 18_22001 Kaiserschnittgeburten	33,79 % 210.567/623.188

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
3.2.1	ID: O_52249 O/N (observed, beobachtet)	33,79 % 210.567/623.188
3.2.2	ID: E_52249 E/N (expected, erwartet)	33,72 % 210.145,34/623.188
3.2.3	**ID: 52249** **O/E**	1,00
3.2.3.1	ID: 182000_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 1: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage geboren wurden	20,31 % 32.256/158.780
3.2.3.2	ID: 182300_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 2a: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen mit Geburtseinleitung in Schädellage geboren wurden	34,37 % 27.105/78.860
3.2.3.3	ID: 182301_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 2b: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen ohne Geburtseinleitung in Schädellage geboren wurden	100,00 % 18.084/18.084
3.2.3.4	ID: 182002_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 3: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio mit spontanen Wehen in Schädellage geboren wurden	4,03 % 6.092/151.321
3.2.3.5	ID: 182302_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 4a: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio ohne spontane Wehen mit Geburtseinleitung in Schädellage geboren wurden	7,87 % 4.033/51.263
3.2.3.6	ID: 182303_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 4b: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio ohne spontane Wehen ohne Geburtseinleitung in Schädellage geboren wurden	100,00 % 7.965/7.965

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.3.7	ID: 182004_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 5: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern mit Zustand nach Sectio in Schädellage geboren wurden	73,80 % 66.401/89.979
3.2.3.8	ID: 182005_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 6: Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage geboren wurden	92,67 % 15.074/16.266
3.2.3.9	ID: 182006_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 7: Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage geboren wurden	87,32 % 8.450/9.677
3.2.3.10	ID: 182007_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 8: Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden	76,13 % 14.756/19.382
3.2.3.11	ID: 182008_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 9: Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage geboren wurden	100,00 % 2.541/2.541
3.2.3.12	ID: 182009_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 10: Frühgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt in Schädellage geboren wurden	48,29 % 15.169/31.412

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

1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

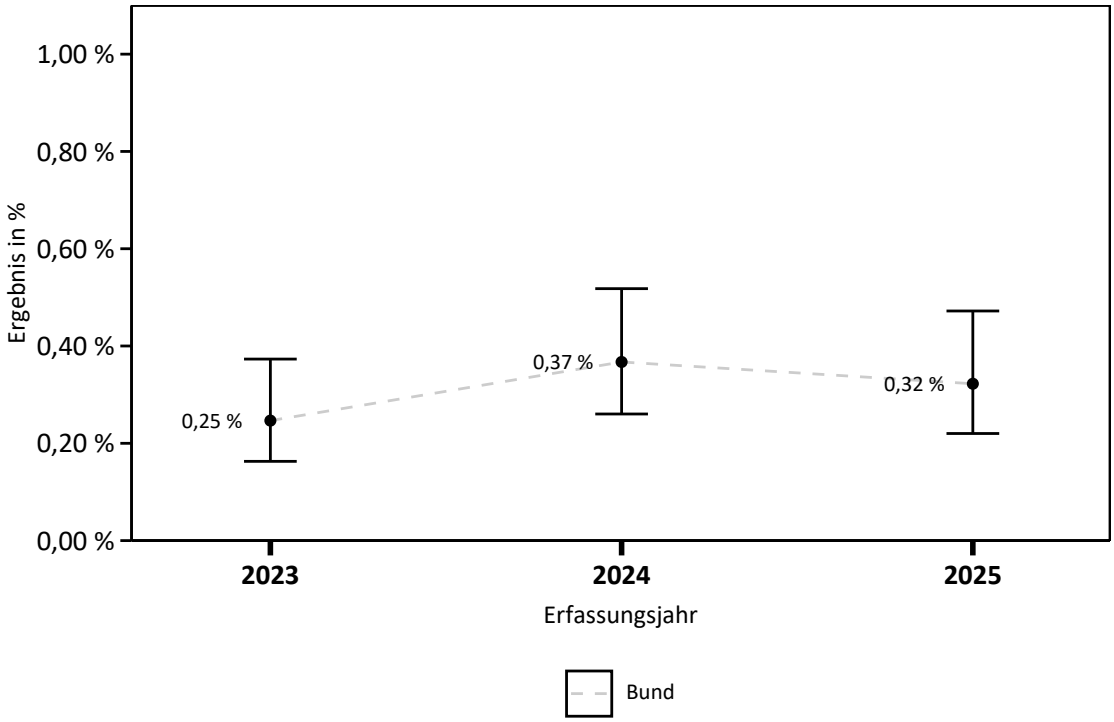
Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden
Zähler	E-E-Zeit > 20 min
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

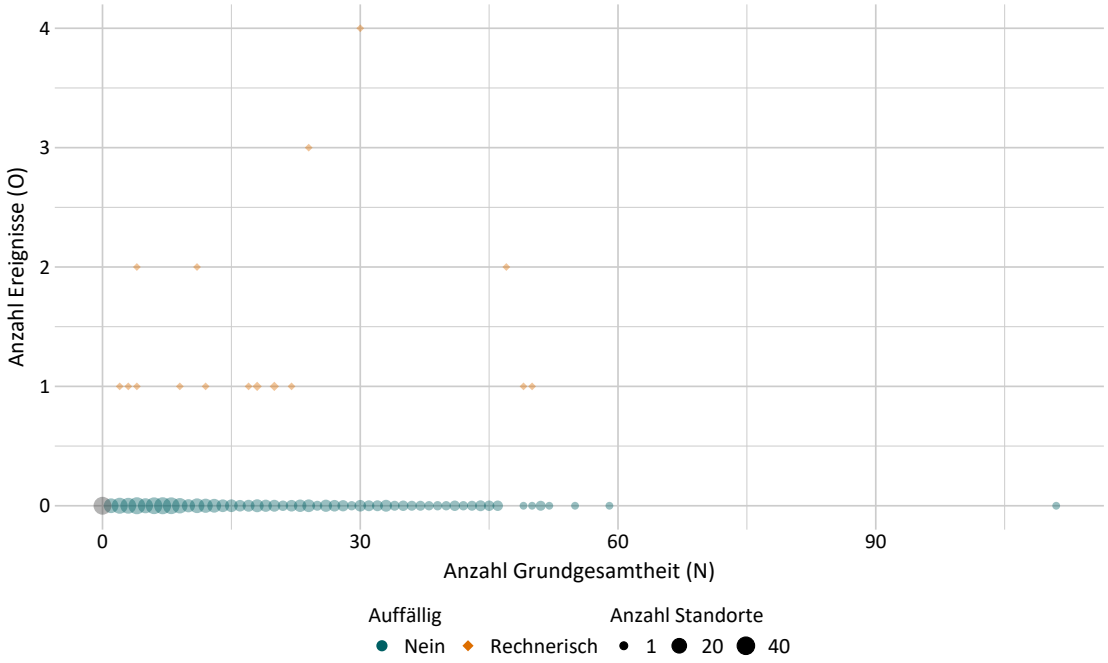
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	22 / 8.920	0,25	0,16 - 0,37
	2024	32 / 8.714	0,37	0,26 - 0,52
	2025	26 / 8.064	0,32	0,22 - 0,47

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	552	18	0,00	50,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 60681 E-E-Zeit	
4.1.1	ID: 18_22003 ≤ 20 Minuten	99,68 % 8.038/8.064
4.1.2	**ID: 1058** **> 20 Minuten**	0,32 % 26/8.064

Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)

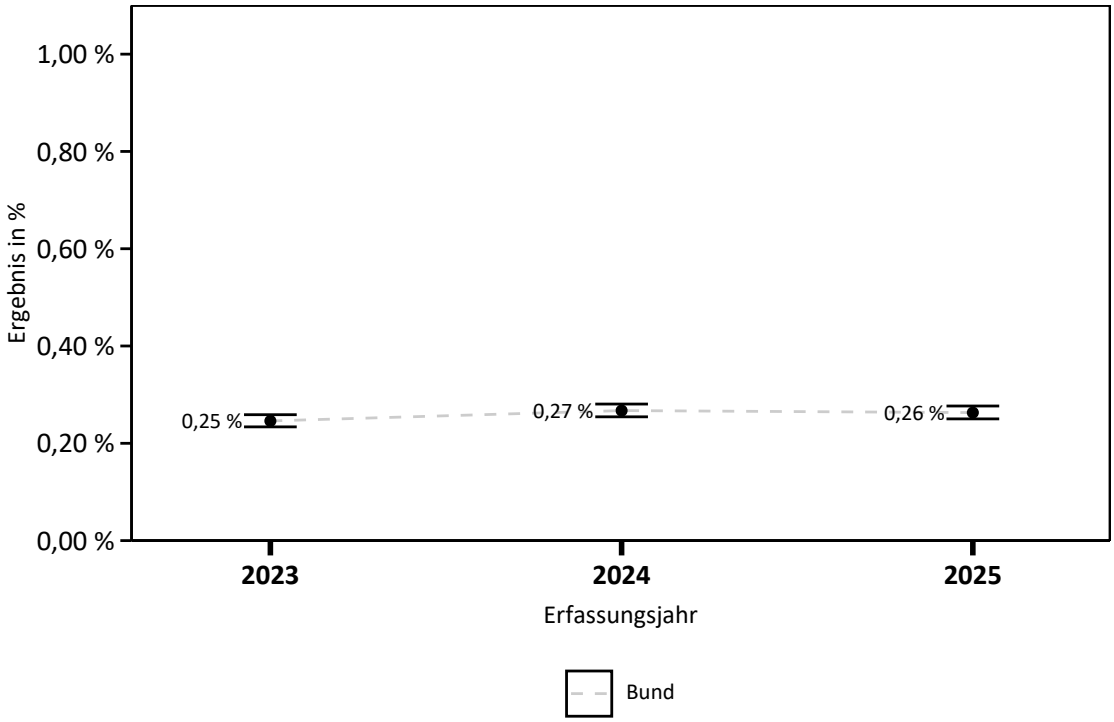
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle lebendgeborenen reifen Einlinge (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

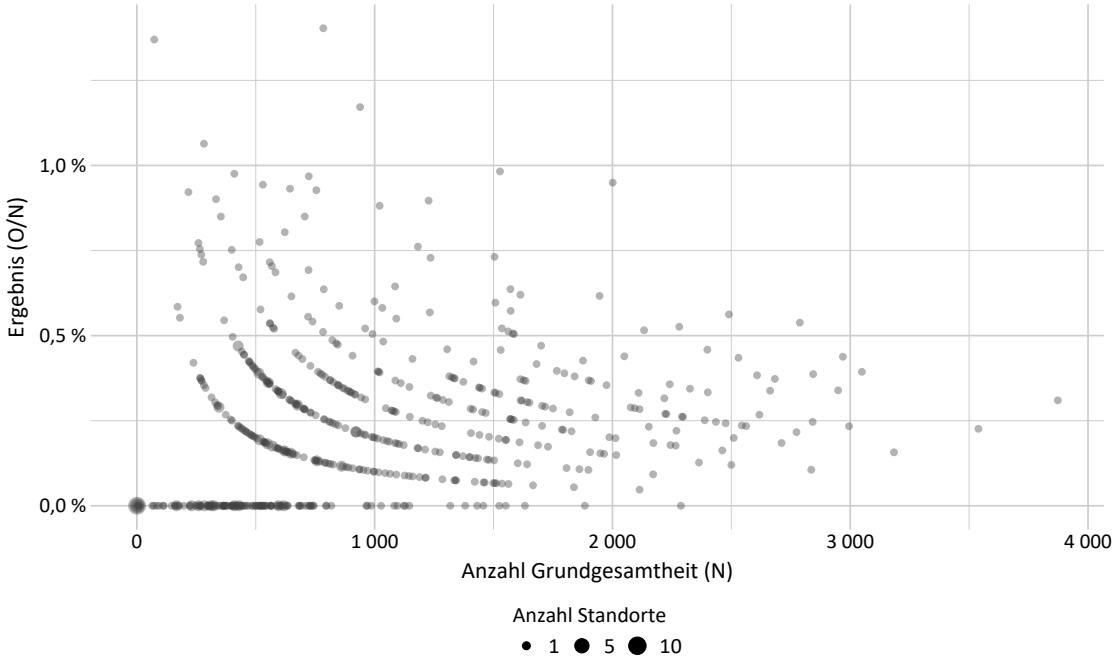
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.484 / 603.338	0,25	0,23 - 0,26
	2024	1.591 / 595.341	0,27	0,25 - 0,28
	2025	1.505 / 572.007	0,26	0,25 - 0,28

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	591	0	0,00	1,40	0,20

51397: Azidose bei reifen Einlingen

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle lebendgeborenen reifen Einlinge (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 51397
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter der Mutter zwischen 33 und unter 36 Jahren Alter der Mutter ab 36 Jahren Adipositas Grad 2 oder 3 SGA - Small for Gestational Age Erstgebärend Diabetes/Gestationsdiabetes Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall Geburtsrisiko: Uterusruptur
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

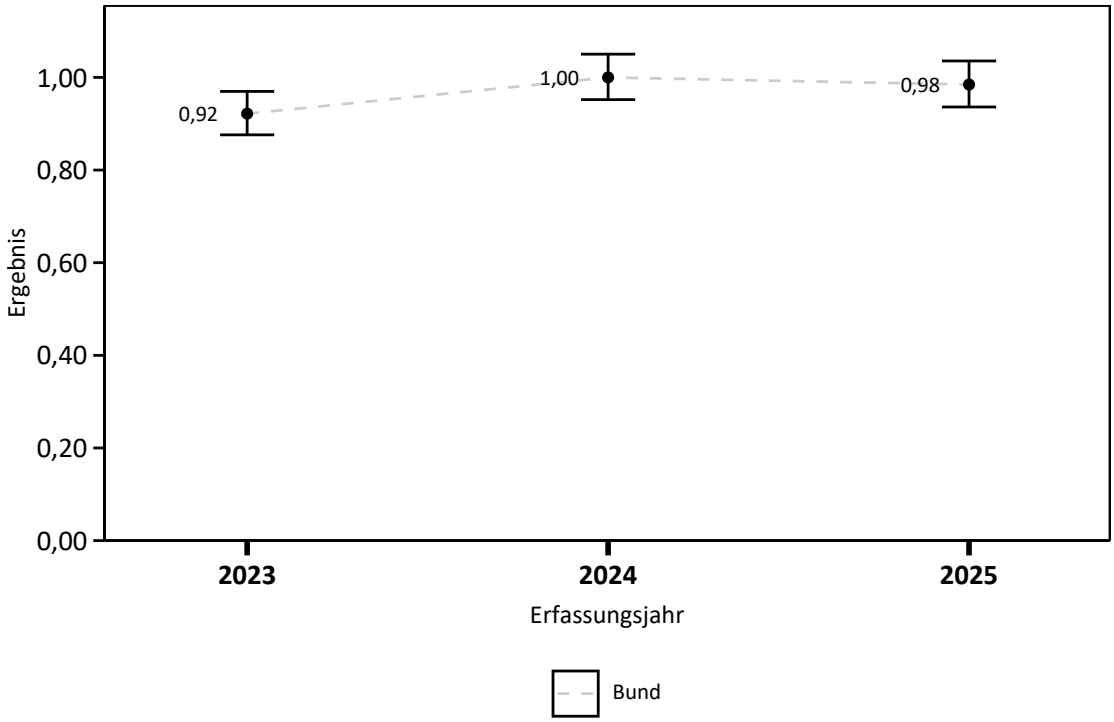
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	603.338	1.484 / 1.609,96	0,92	0,88 - 0,97
	2024	595.341	1.591 / 1.591,00	1,00	0,95 - 1,05
	2025	572.007	1.505 / 1.528,48	0,98	0,94 - 1,04

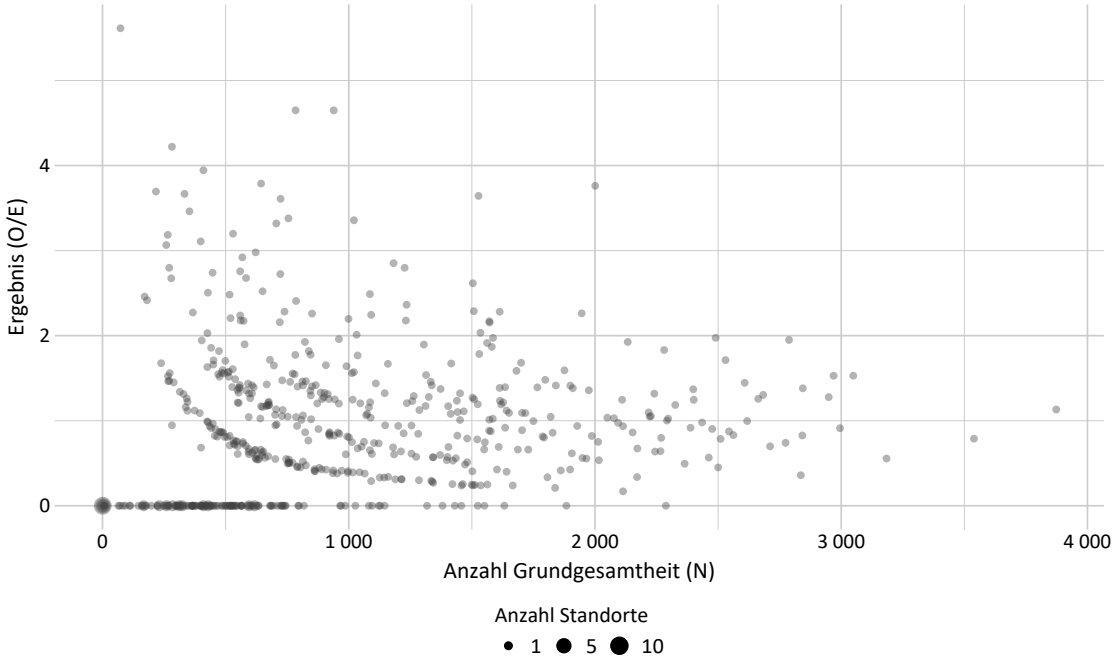
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

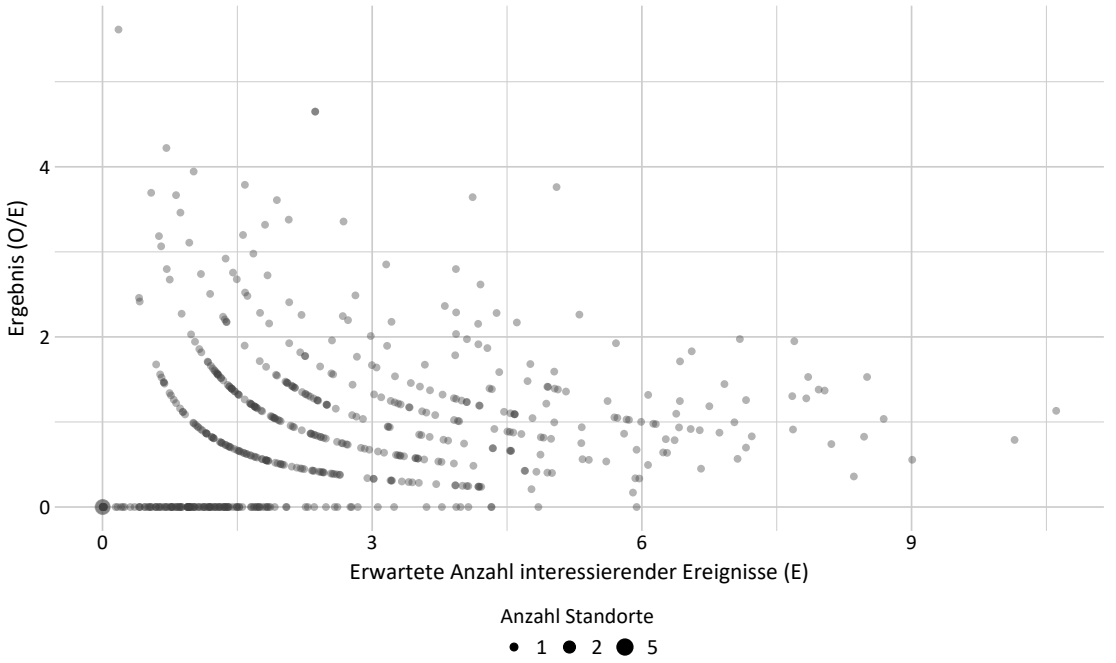
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



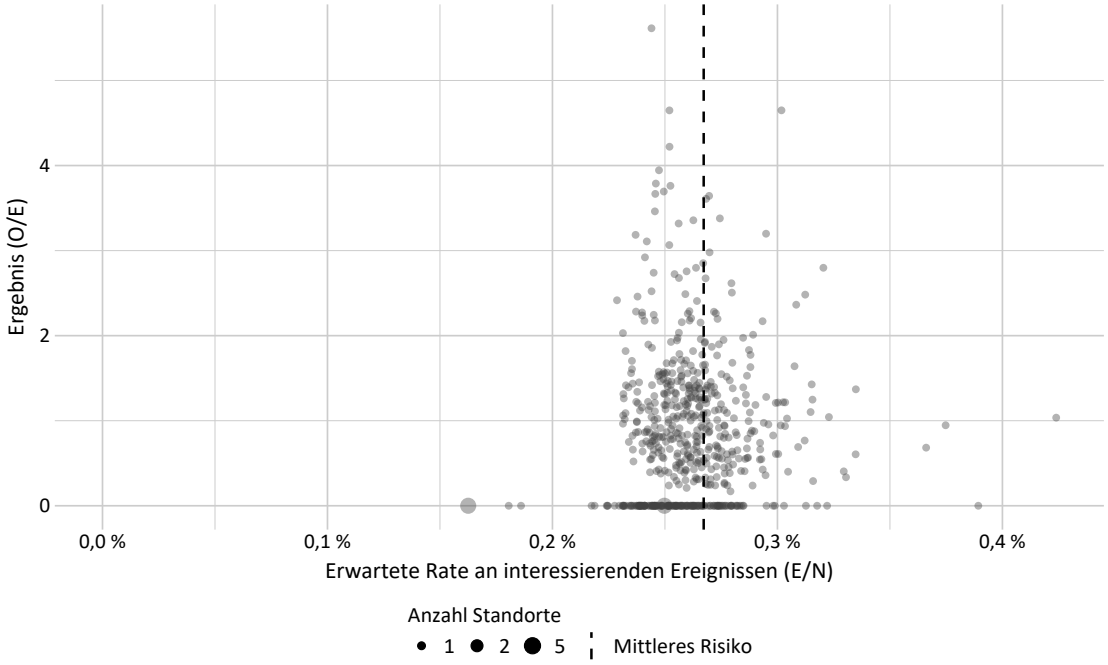
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	591	0	0,00	5,61	0,80

51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle früh- und lebendgeborenen Einlinge (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 51831
Referenzbereich	≤ 3,63 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Gestationsalter 24 bis unter 32 abgeschlossene SSW Gestationsalter 32 bis unter 36 abgeschlossene SSW Adipositas Grad 2 oder 3 Anzahl Vorsorgeuntersuchungen unter 5 Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall Geburtsrisiko: Uterusruptur
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

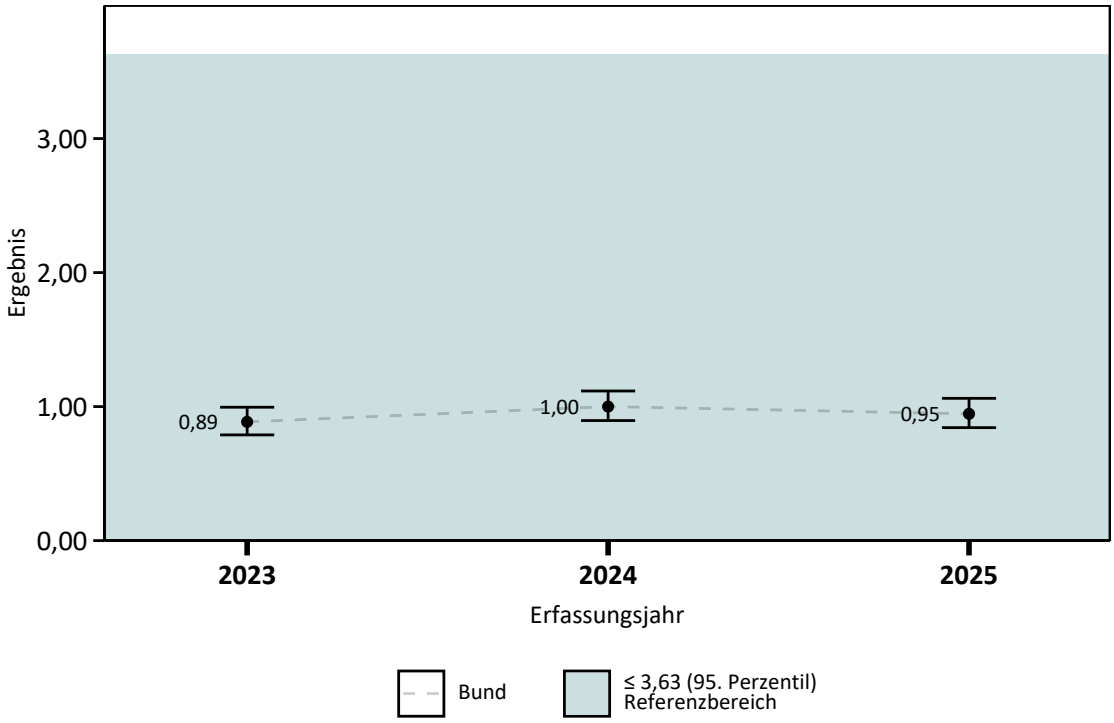
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	37.130	281 / 317,18	0,89	0,79 - 1,00
	2024	36.317	314 / 314,00	1,00	0,90 - 1,12
	2025	34.464	286 / 302,29	0,95	0,84 - 1,06

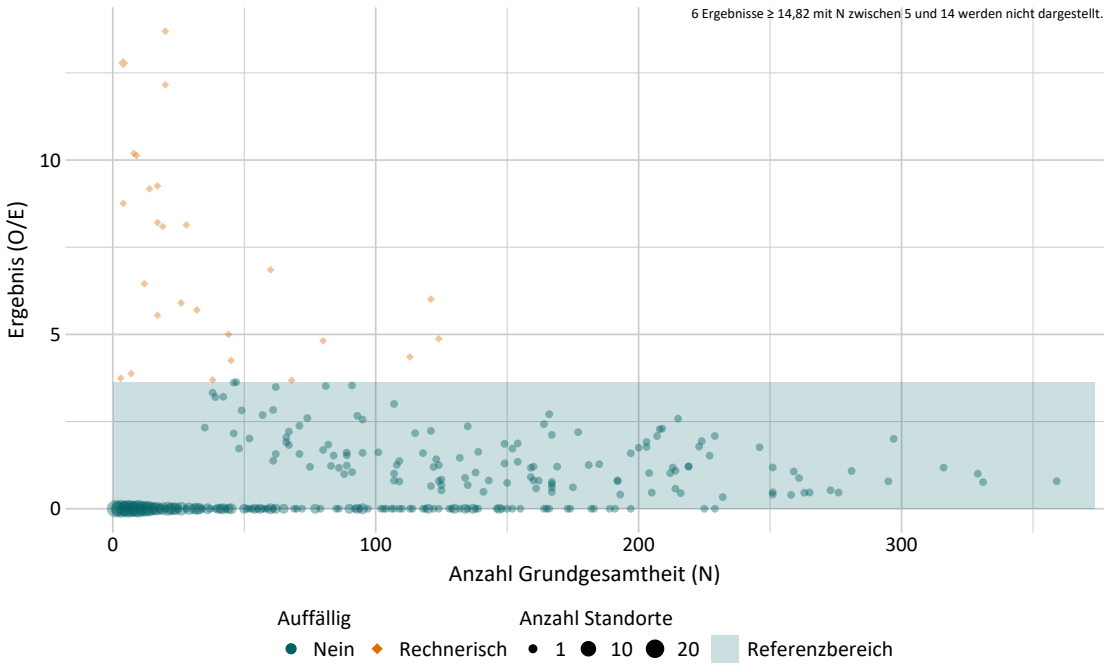
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

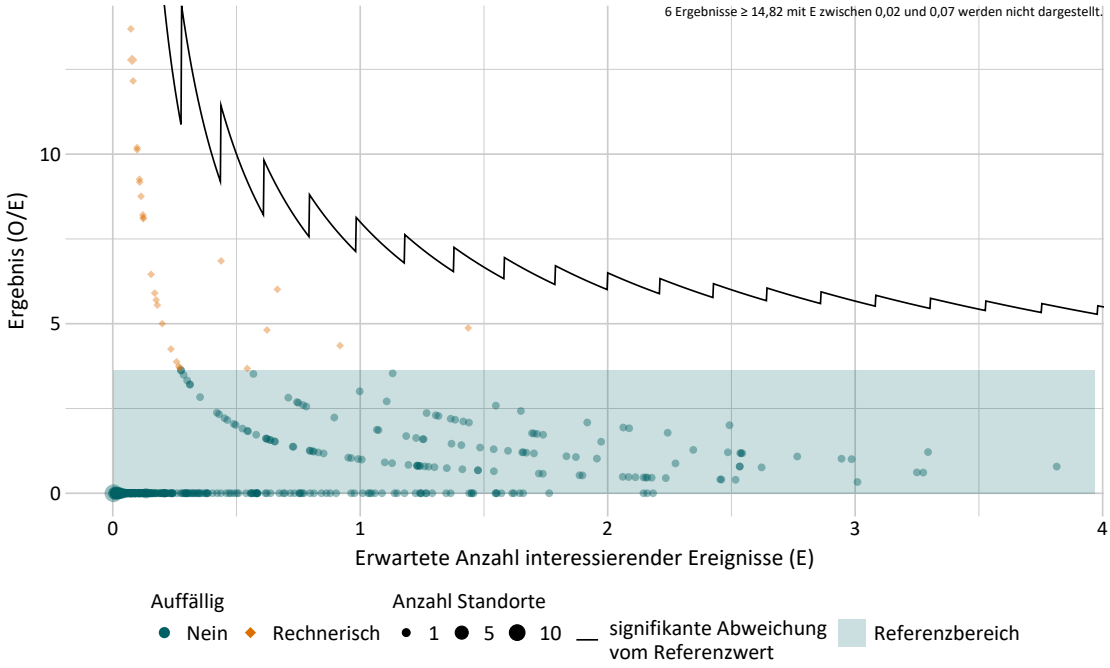
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



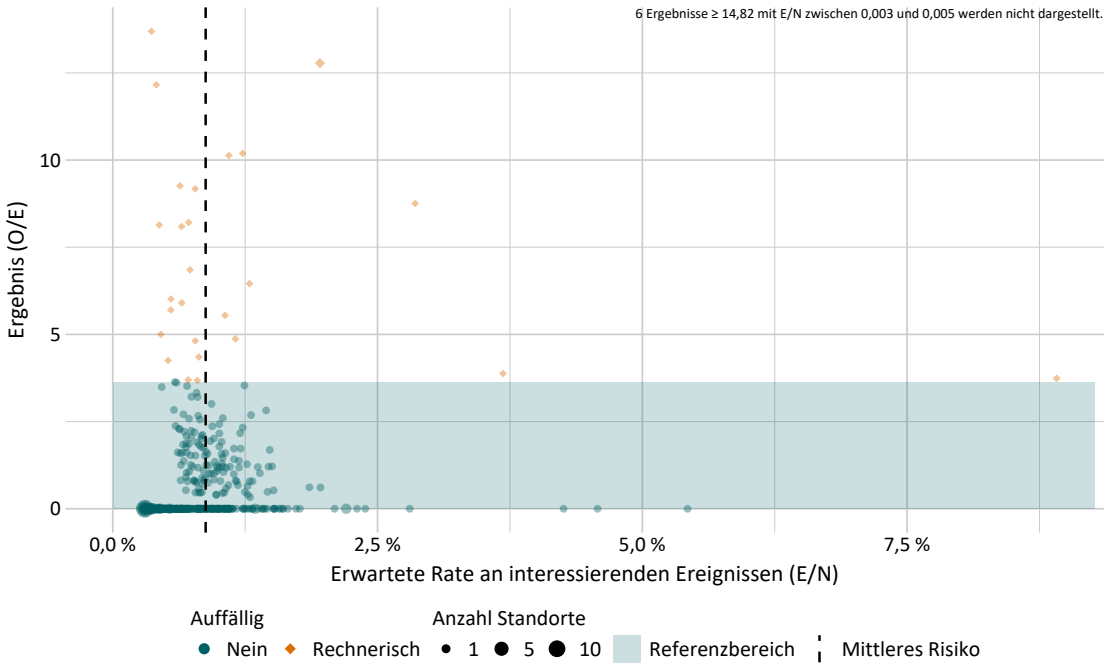
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	562	33	0,00	65,89	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 18_22004 Lebend geborene reife Einlinge mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	89,72 % 572.007/637.534
5.1.1	ID: 18_22005 pH-Wert < 7,1	2,70 % 15.418/572.007
5.1.2	**ID: 321** **pH-Wert < 7,0**	0,26 % 1.505/572.007
5.1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	
5.1.2.1.1	ID: O_51397 O/N (observed, beobachtet)	0,26 % 1.505/572.007
5.1.2.1.2	ID: E_51397 E/N (expected, erwartet)	0,27 % 1.528,48/572.007
5.1.2.1.3	**ID: 51397** **O/E**	0,98

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	ID: 18_22034 Früh und lebend geborene Einlinge mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	5,41 % 34.464/637.534
5.2.1	ID: 18_22007 pH-Wert < 7,1	2,85 % 981/34.464
5.2.2	ID: 18_22033 pH-Wert < 7,0	0,83 % 286/34.464
5.2.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
5.2.2.1.1	ID: O_51831 O/N (observed, beobachtet)	0,83 % 286/34.464
5.2.2.1.2	ID: E_51831 E/N (expected, erwartet)	0,88 % 302,29/34.464
5.2.2.1.3	**ID: 51831** **O/E**	0,95

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

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

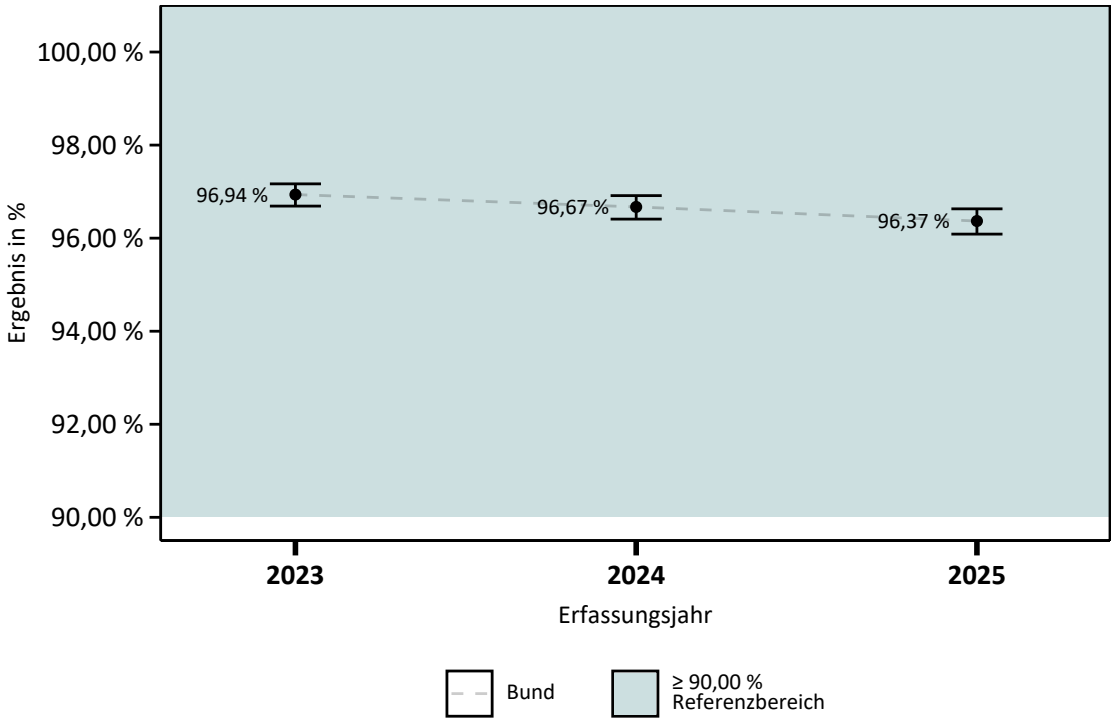
Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Zähler	Pädiater bei Geburt anwesend
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

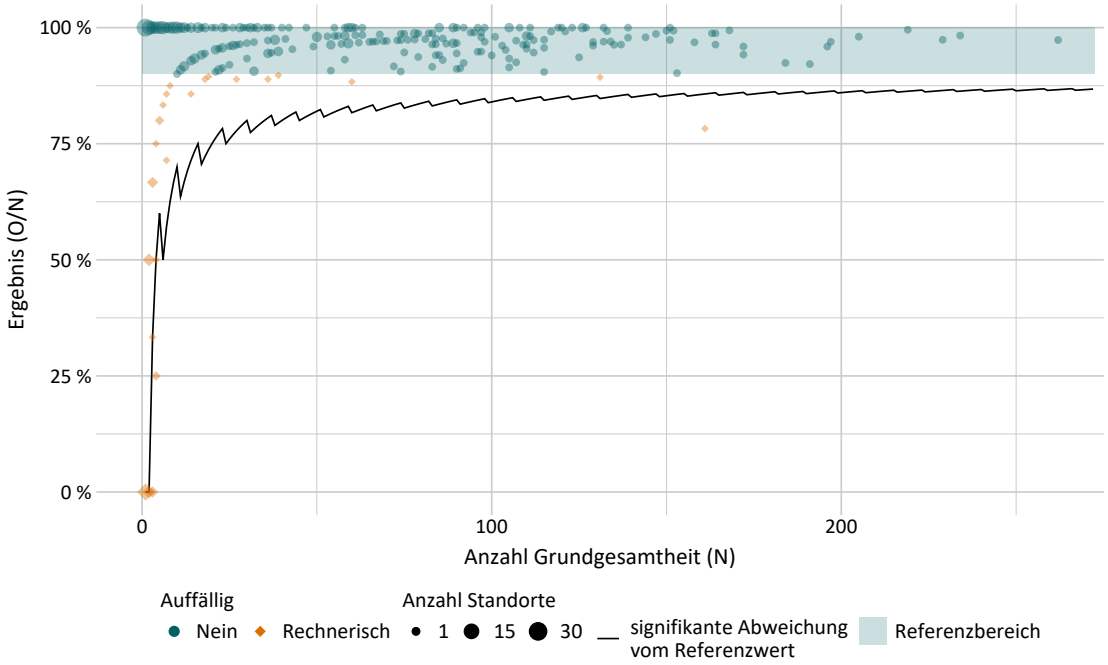
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	19.430 / 20.044	96,94	96,69 - 97,17
	2024	18.818 / 19.466	96,67	96,41 - 96,91
	2025	17.539 / 18.200	96,37	96,09 - 96,63

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	414	77	0,00	100,00	98,08

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert
Zähler	Ebene 1: Verstorbene Kinder UND Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
O (observed)	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
E (expected)	Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
Referenzbereich	≤ 2,32
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	

Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

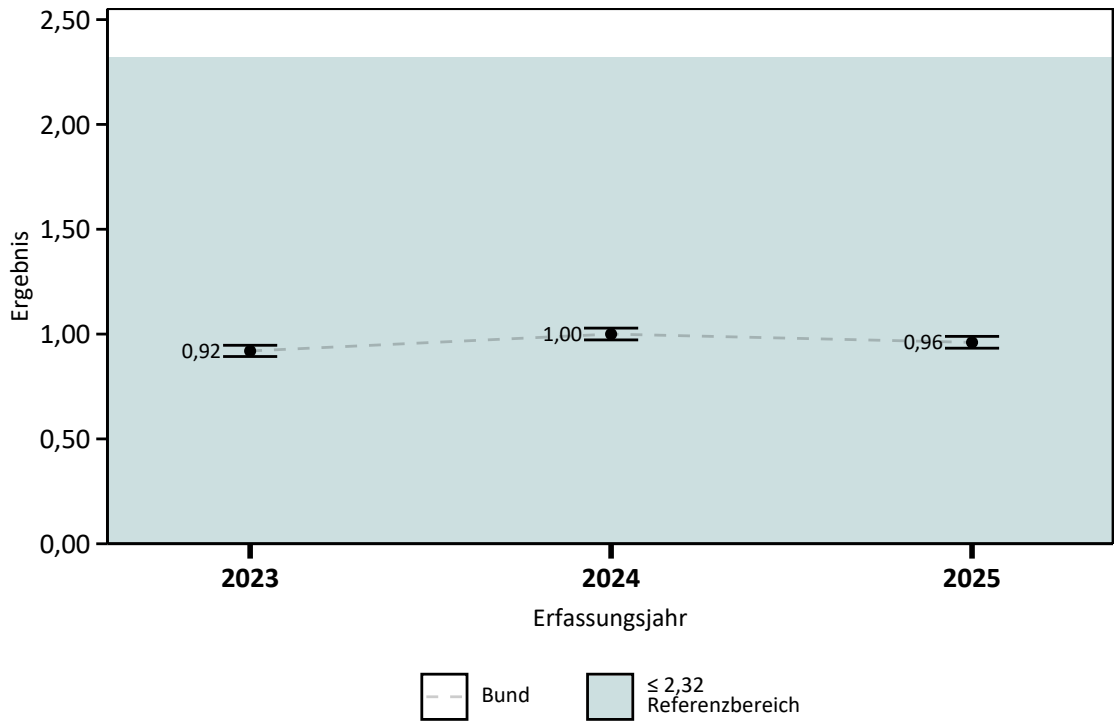
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	617.518	4.505 / 4.899,47	0,92	0,89 - 0,95
	2024	608.540	4.812 / 4.812,00	1,00	0,97 - 1,03
	2025	584.710	4.447 / 4.629,55	0,96	0,93 - 0,99

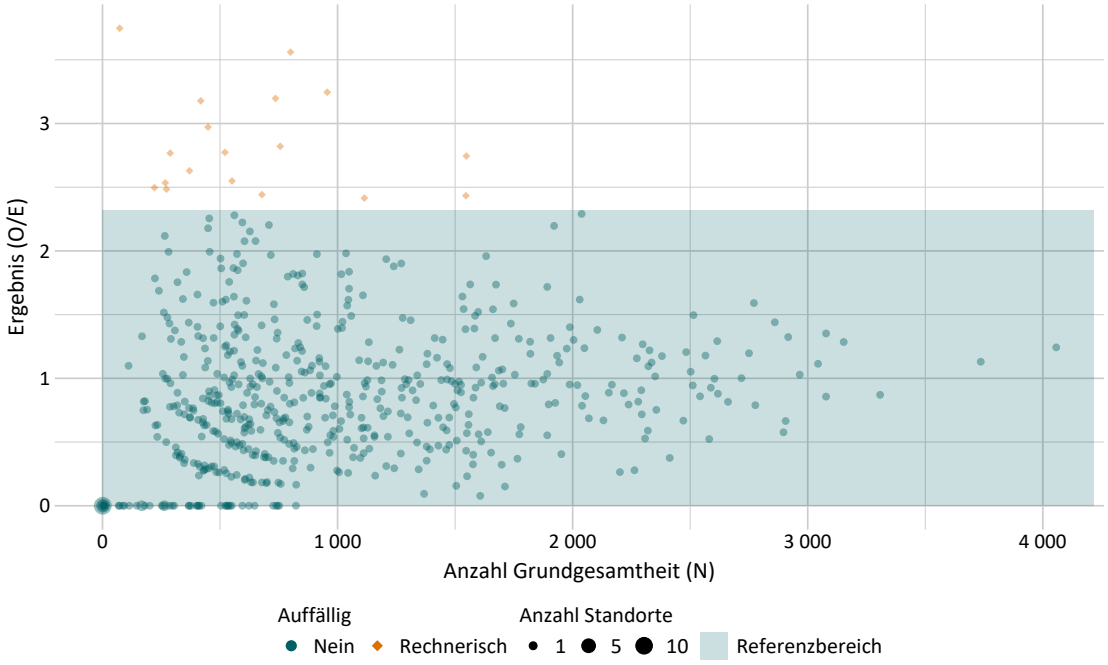
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

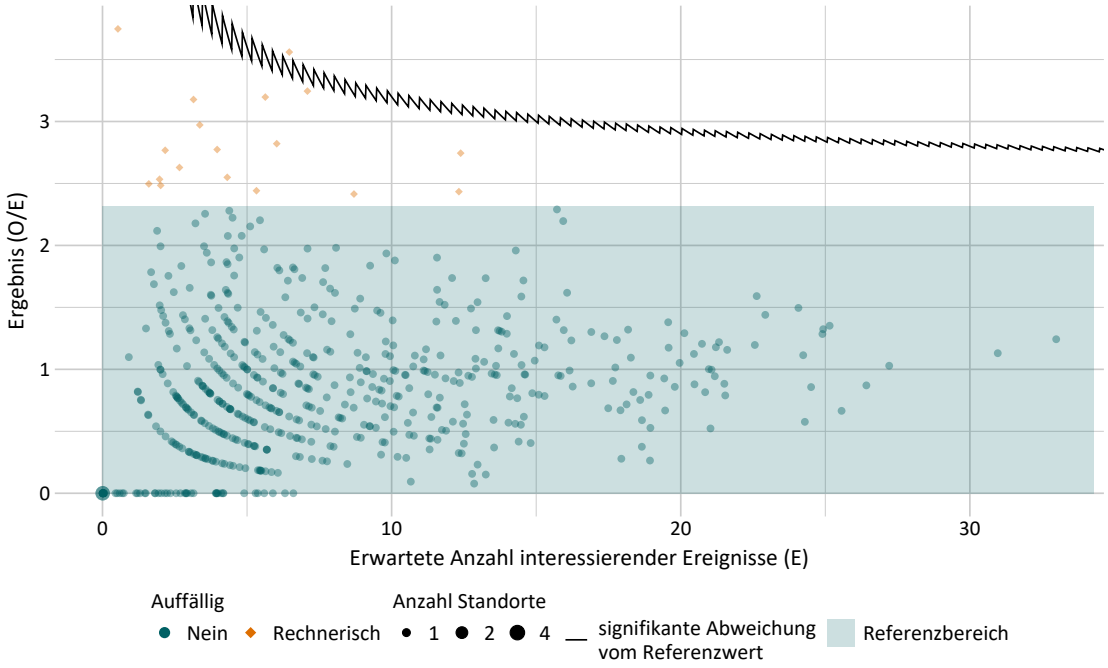
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



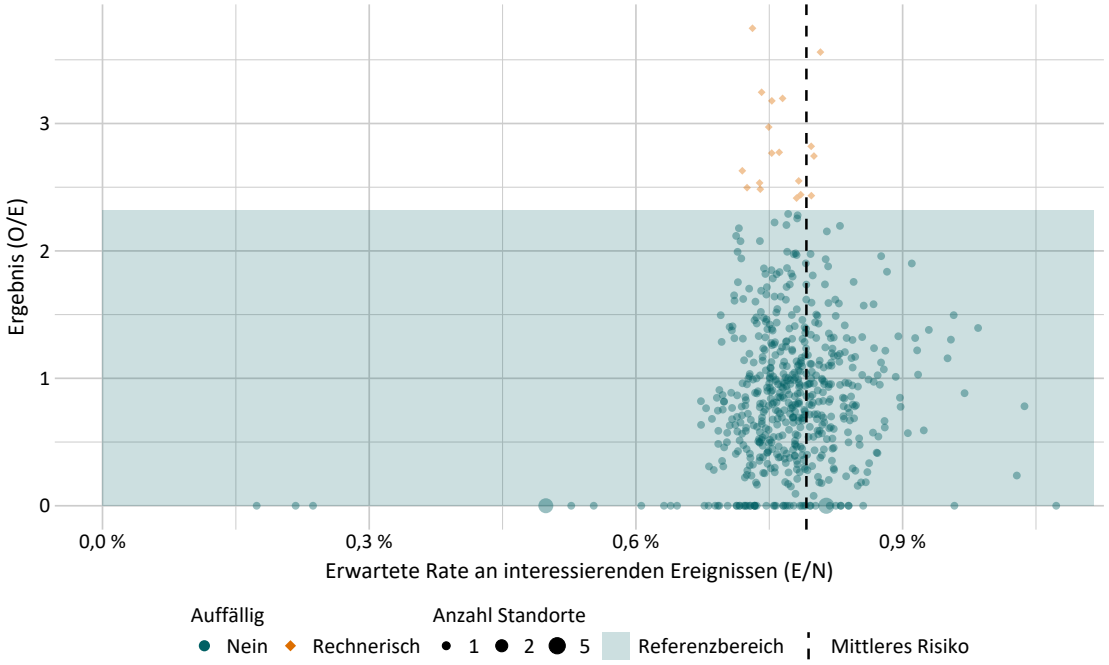
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	593	18	0,00	3,75	0,82

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 51799 Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	
7.1.1	ID: 51800 Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
7.1.1.1	ID: O_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,76 % 4.447/584.710
7.1.1.2	ID: E_51803 E/N (expected, erwartet)	0,79 % 4.629,55/584.710
7.1.1.3	**ID: 51803** **O/E**	0,96

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 51804 Ebene 1: Verstorbene Kinder	
7.2.1	ID: O_51808_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,03 % 179/584.710
7.2.2	ID: E_51808_51803 E/N (expected, erwartet)	0,04 % 211,21/584.710
7.2.3	ID: 51808_51803 O/E	0,85

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.3	ID: 51809 Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	
7.3.1	ID: O_51813_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,23 % 1.327/583.890
7.3.2	ID: E_51813_51803 E/N (expected, erwartet)	0,23 % 1.358,91/583.890
7.3.3	ID: 51813_51803 O/E	0,98

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.4	ID: 51814 Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16	
7.4.1	ID: O_51818_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,24 % 1.395/580.100
7.4.2	ID: E_51818_51803 E/N (expected, erwartet)	0,26 % 1.481,55/580.100
7.4.3	ID: 51818_51803 O/E	0,94

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.5	ID: 51819 Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	
7.5.1	ID: O_51823_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,27 % 1.546/580.098
7.5.2	ID: E_51823_51803 E/N (expected, erwartet)	0,27 % 1.577,87/580.098
7.5.3	ID: 51823_51803 O/E	0,98

181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV

Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten bzw. bei vaginal-operativen Einlingsgeburten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Ebene 1: Alle spontanen Einlingsgeburten UND Ebene 2: Alle vaginal-operativen Einlingsgeburten
Zähler	Ebene 1: Dammriss Grad IV UND Ebene 2: Dammriss Grad IV
O (observed)	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV
E (expected)	Ebene 1: Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Index mit der ID 181800 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Index mit der ID 181800
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

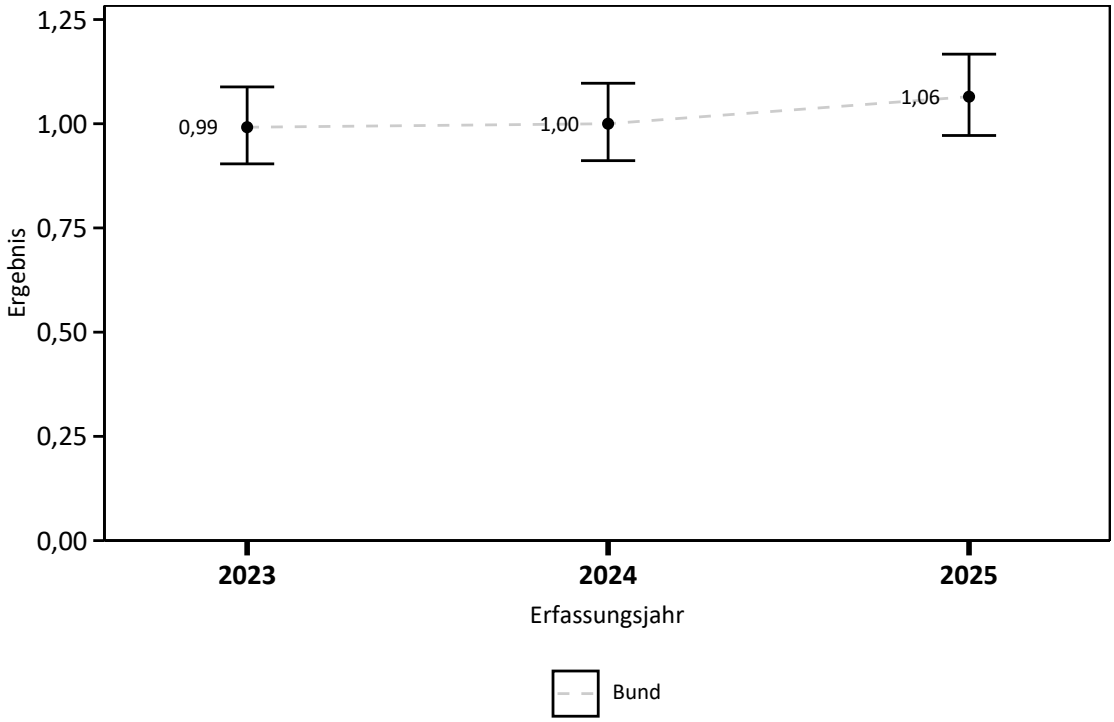
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	440.942	444 / 447,71	0,99	0,90 - 1,09
	2024	431.988	446 / 446,00	1,00	0,91 - 1,10
	2025	412.726	458 / 430,08	1,06	0,97 - 1,17

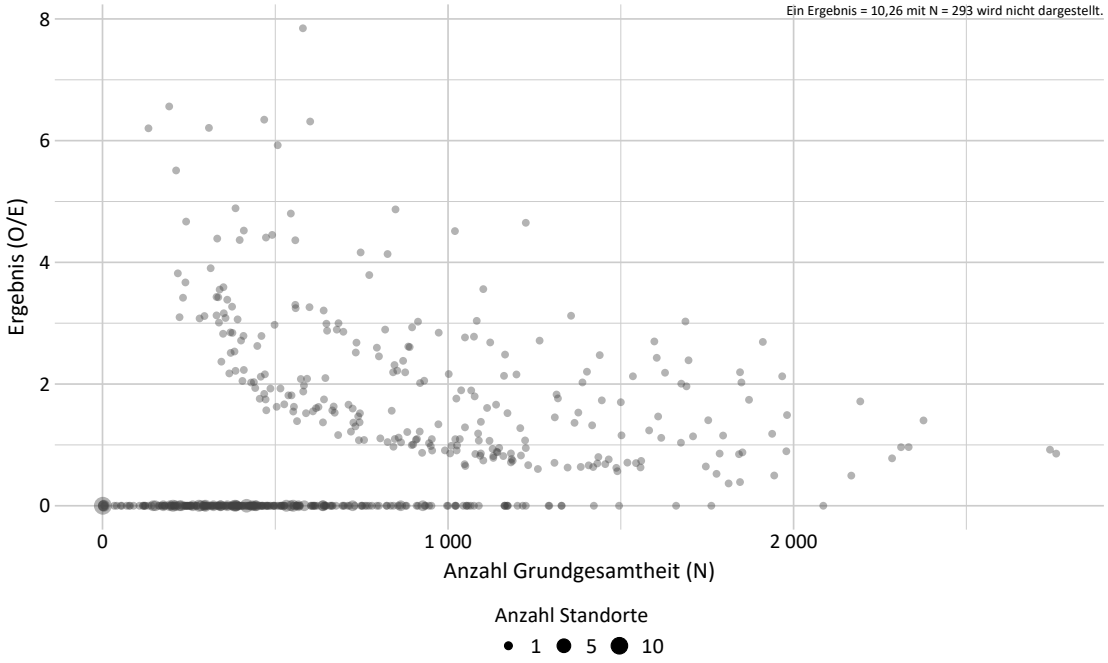
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

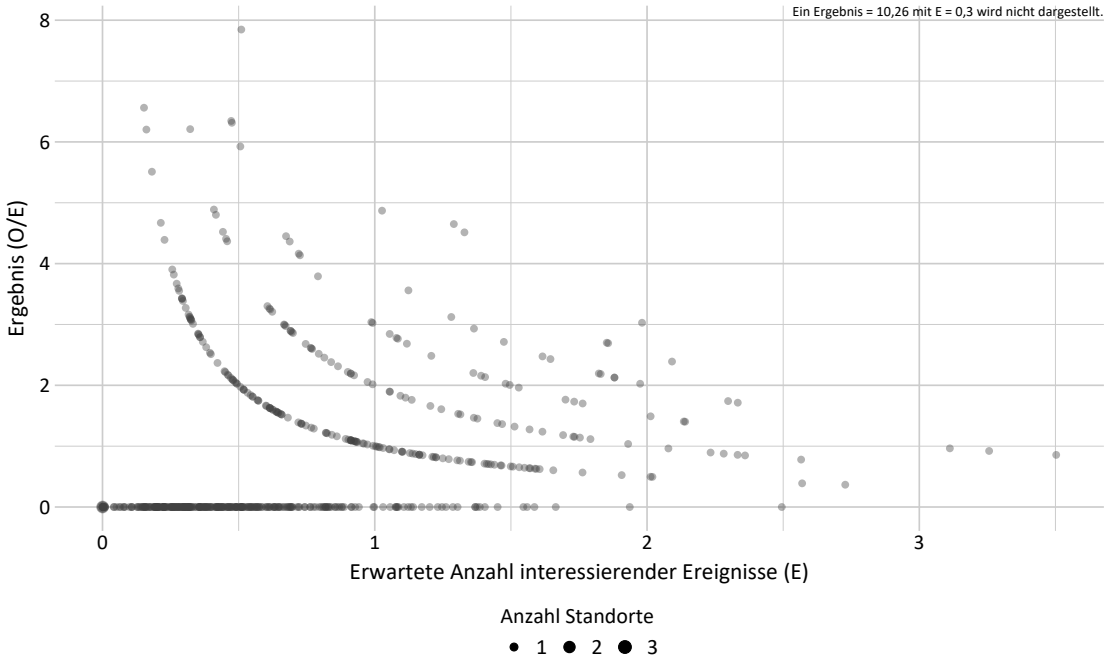
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



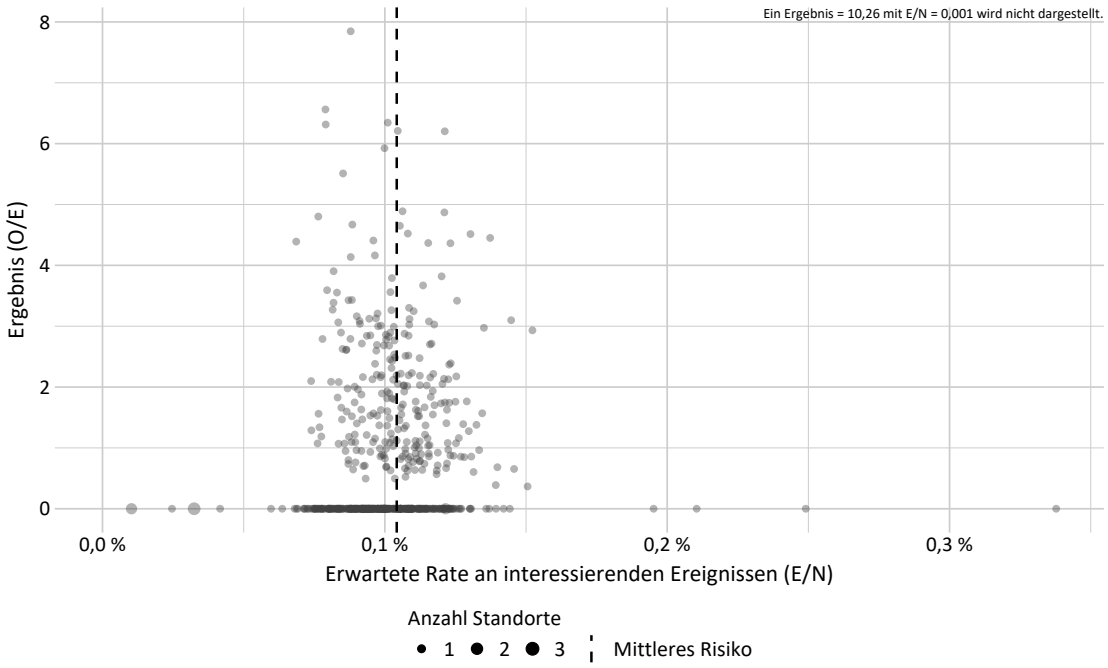
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	589	0	0,00	10,26	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 18_22024 Alle Geburten	100,00 % 627.771/627.771
8.1.1	ID: 18_22025 davon spontane Einlingsgeburten	58,47 % 367.075/627.771
8.1.1.1	ID: 18_22026 Dammriss Grad IV	0,08 % 280/367.075
8.1.1.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[5]	
8.1.1.2.1	ID: O_181800 O/N (observed, beobachtet)	0,11 % 458/412.726
8.1.1.2.2	ID: E_181800 E/N (expected, erwartet)	0,10 % 430,08/412.726
8.1.1.2.3	**ID: 181800** **O/E**	1,06

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	Ebene 1: Dammrisse Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	
8.2.1	ID: O_181801_181800 O/N (observed, beobachtet)	0,08 % 280/367.075
8.2.2	ID: E_181801_181800 E/N (expected, erwartet)	0,07 % 244,12/367.075
8.2.3	ID: 181801_181800 O/E	1,15

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3	Ebene 2: Dammrisse Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	
8.3.1	ID: O_181802_181800 O/N (observed, beobachtet)	0,39 % 178/45.651
8.3.2	ID: E_181802_181800 E/N (expected, erwartet)	0,41 % 185,97/45.651
8.3.3	ID: 181802_181800 O/E	0,96

331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt

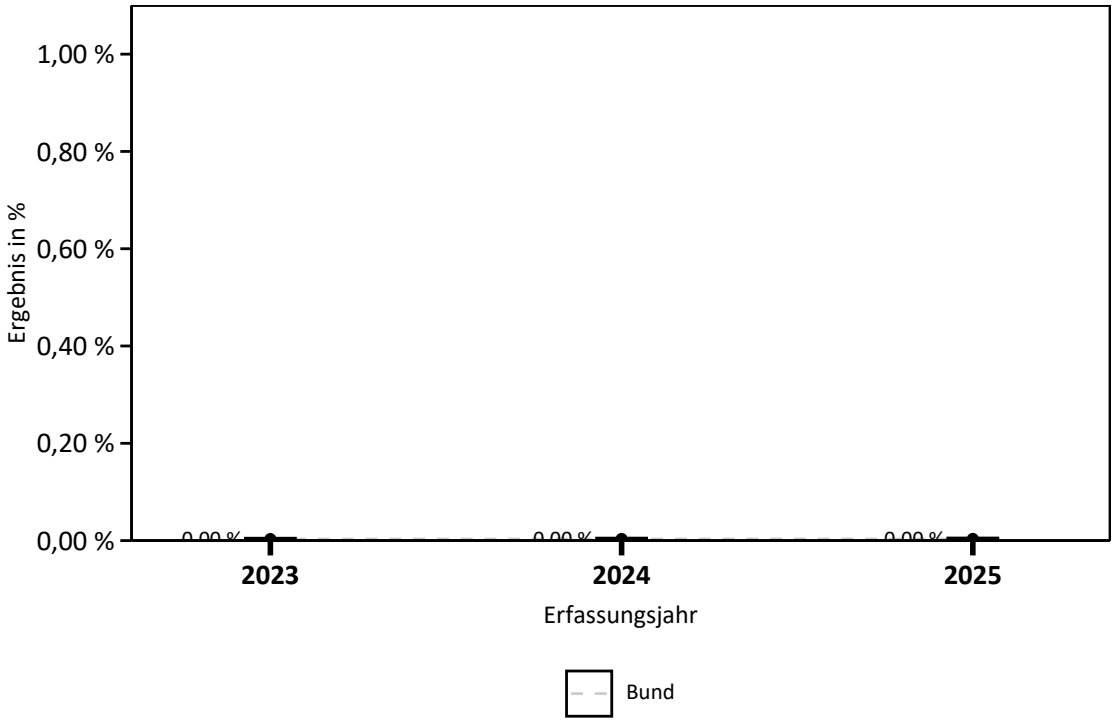
Qualitätsziel	Selten mütterliche Todesfälle
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Geburten
Zähler	Mütterliche Sterbefälle
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

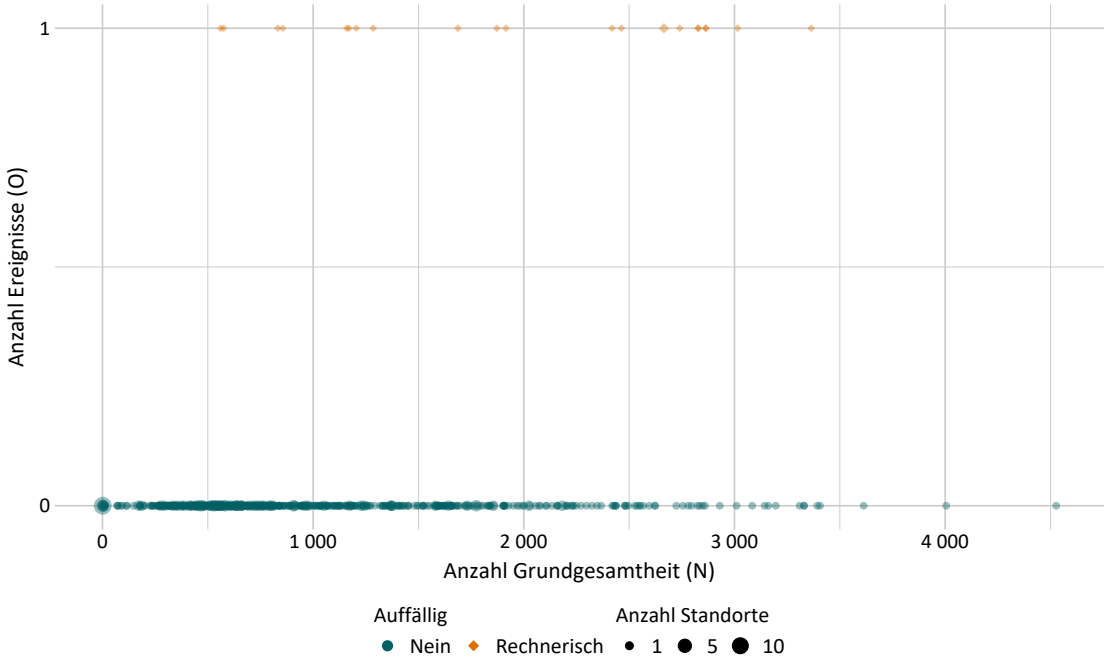
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	21 / 663.556	0,00	0,00 - 0,00
	2024	22 / 653.722	0,00	0,00 - 0,01
	2025	22 / 627.771	0,00	0,00 - 0,01

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	595	22	0,00	0,18	0,00

Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe

Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe

182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

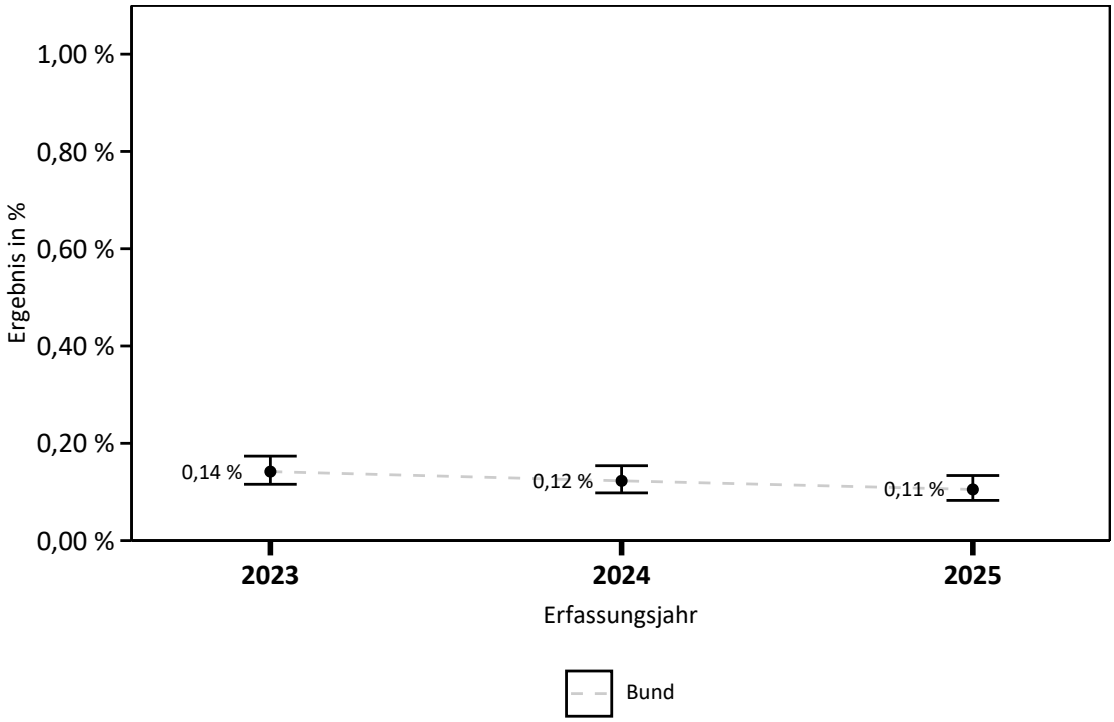
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen
Zähler	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen
Referenzbereich	Sentinel Event
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

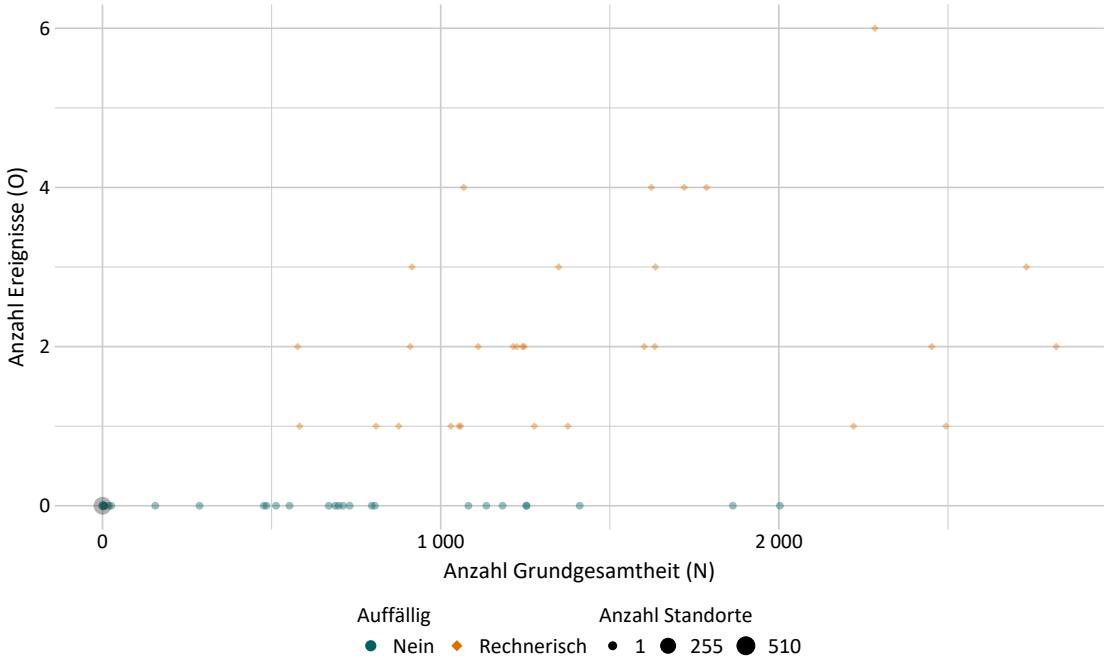
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	93 / 65.586	0,14	0,12 - 0,17
	2024	75 / 61.053	0,12	0,10 - 0,15
	2025	66 / 62.771	0,11	0,08 - 0,13

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	76	30	0,00	0,37	0,00

182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

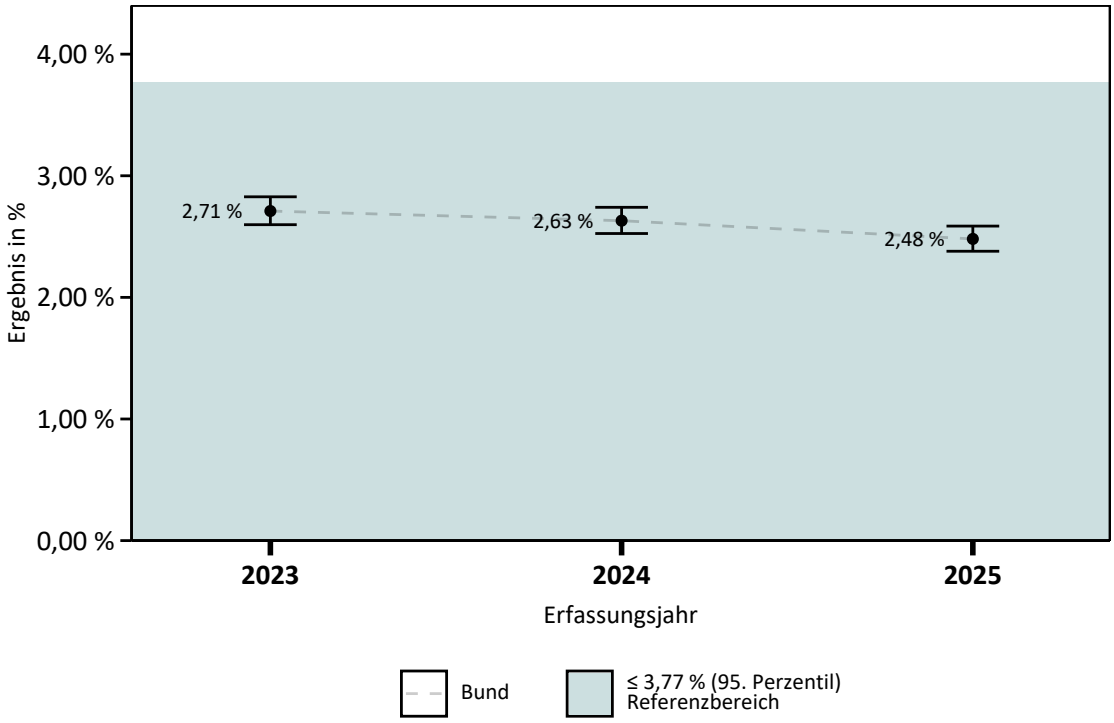
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen
Zähler	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 hätten geboren werden müssen
Referenzbereich	≤ 3,77 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

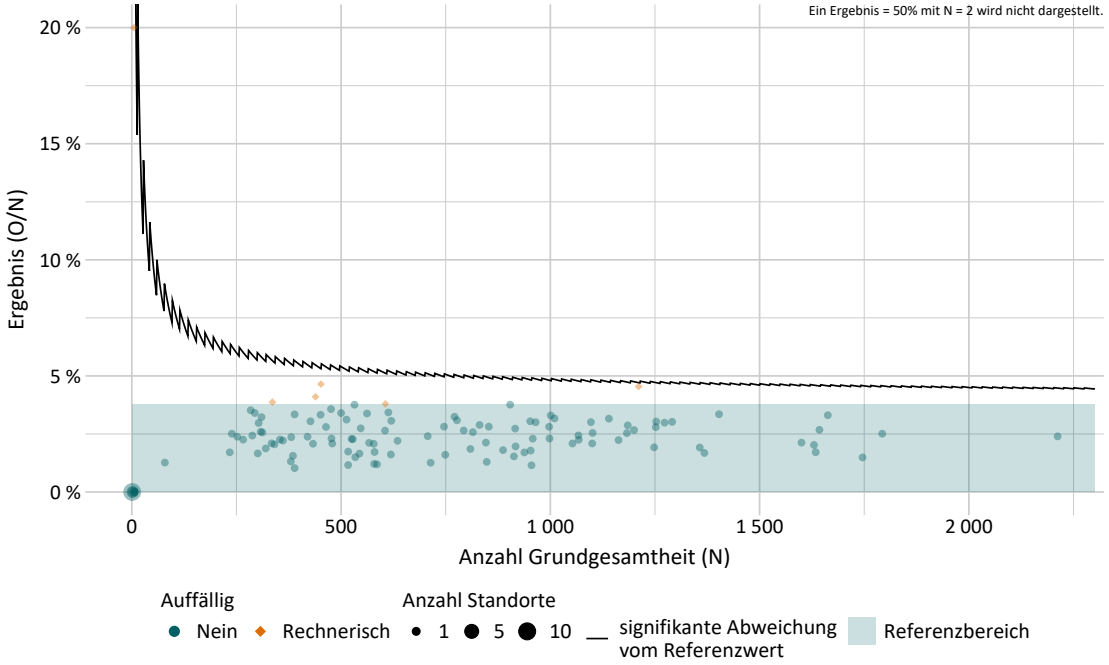
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	2.088 / 77.051	2,71	2,60 - 2,83
	2024	2.230 / 84.771	2,63	2,53 - 2,74
	2025	2.155 / 86.871	2,48	2,38 - 2,59

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	134	7	0,00	50,00	2,27

182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

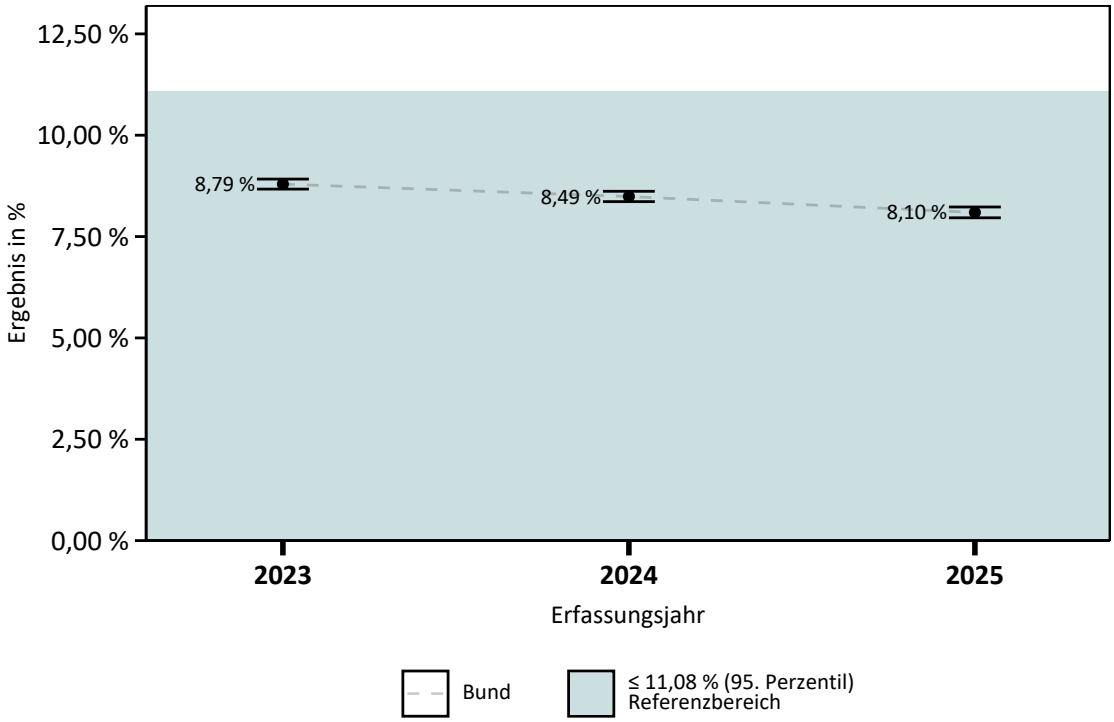
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen
Zähler	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 oder in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt hätten geboren werden müssen
Referenzbereich	≤ 11,08 % (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

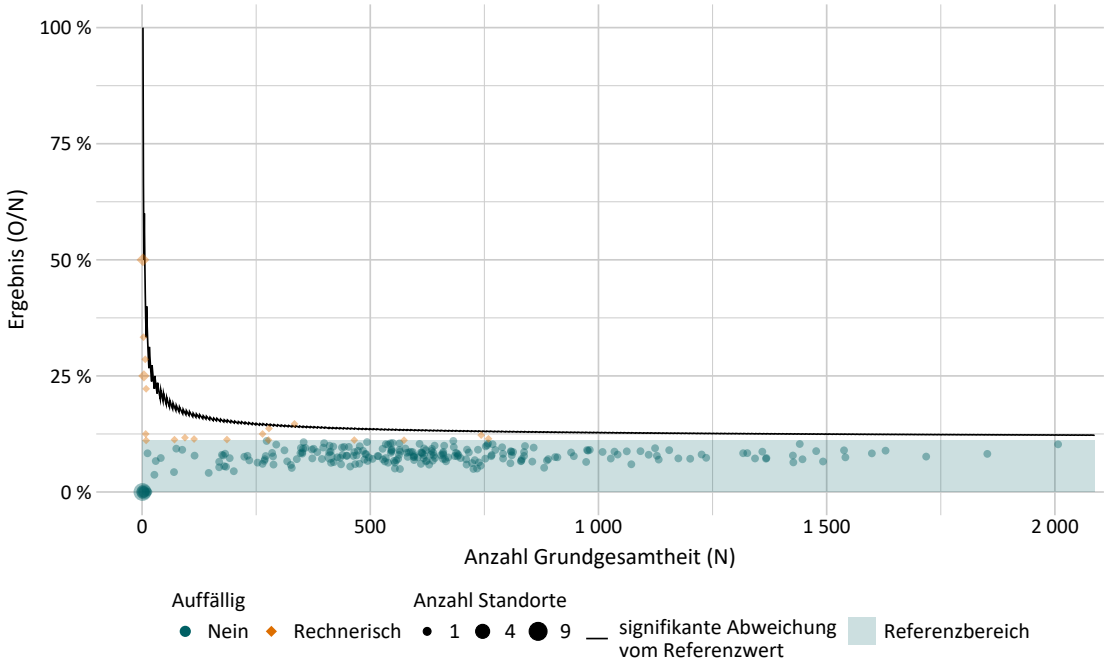
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	17.813 / 202.551	8,79	8,67 - 8,92
	2024	15.511 / 182.735	8,49	8,36 - 8,62
	2025	12.935 / 159.785	8,10	7,96 - 8,23

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	282	22	0,00	50,00	7,87

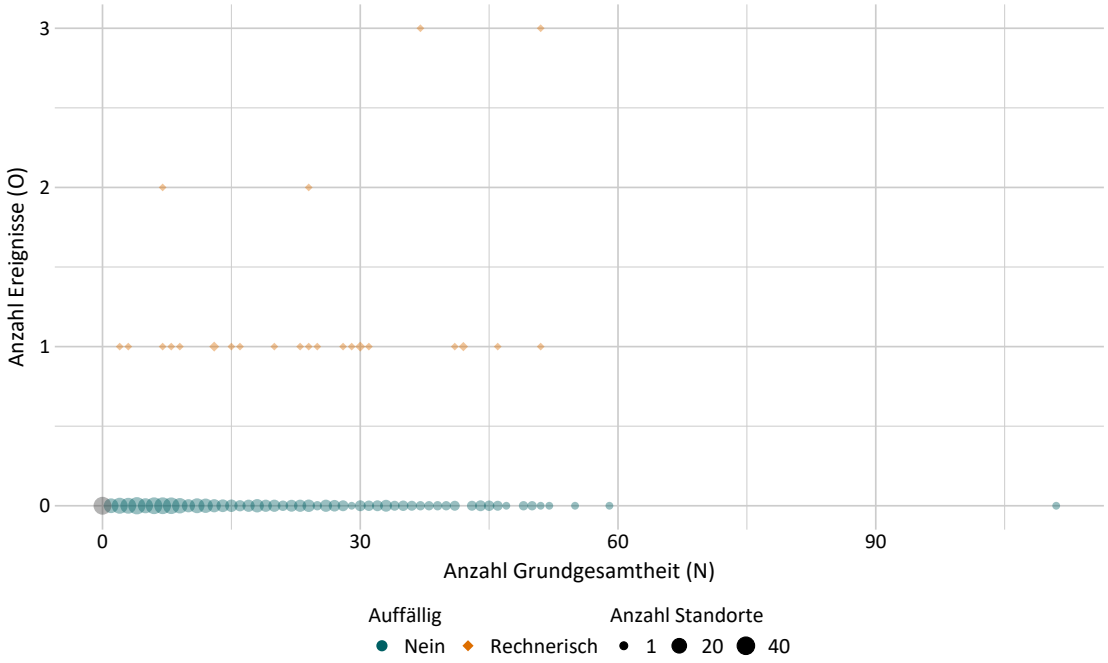
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die Angabe einer korrekten E-E-Zeit ist relevant für den Qualitätsindikator 1058. Die Durchführung eines Notfallkaiserschnitts unter 3 Minuten kann als unrealistisch angesehen werden. **Hypothese** Fehldokumentation der E-E-Zeit durch Angabe unplausibler Werte.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden
Zähler	E-E-Zeit < 3 Minuten
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



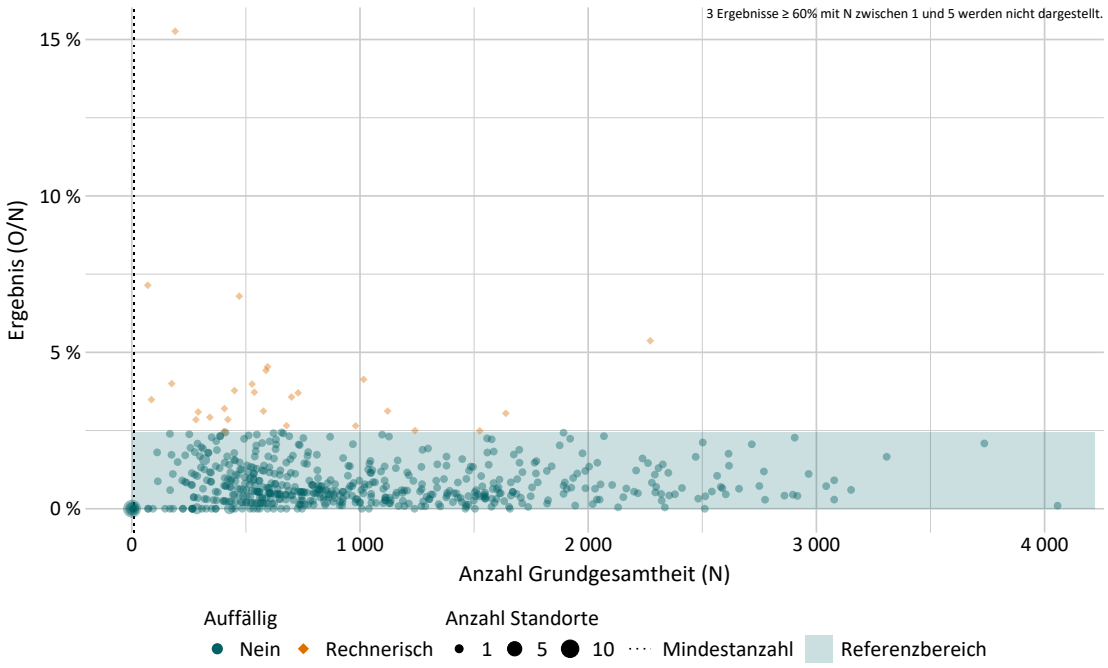
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	35 / 8.064	0,43	5,25 % 29 / 552

850224: Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die betrachteten kritischen Outcomes sind relevant für den Qualitätsindikator 51803. Der 5-Minuten-Apgar-, Nabelarterien-pH-Wert und Base Excesswert sind wichtige Angaben zum klinischen Zustand des Kindes und sollten somit korrekt dokumentiert werden. Fehlende Angaben führen zum Ausschluss aus der Grundgesamtheit des QI. **Hypothese** Unterdokumentation der Parameter zum kritischen Outcome.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Grundgesamtheit	Alle reifen lebendgeborenen Kinder
Zähler	Kinder mit fehlender Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlender Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlender Angabe des Base Excess
Referenzbereich	≤ 2,44 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	593	27	0,00	100,00	0,63

Detailergebnisse

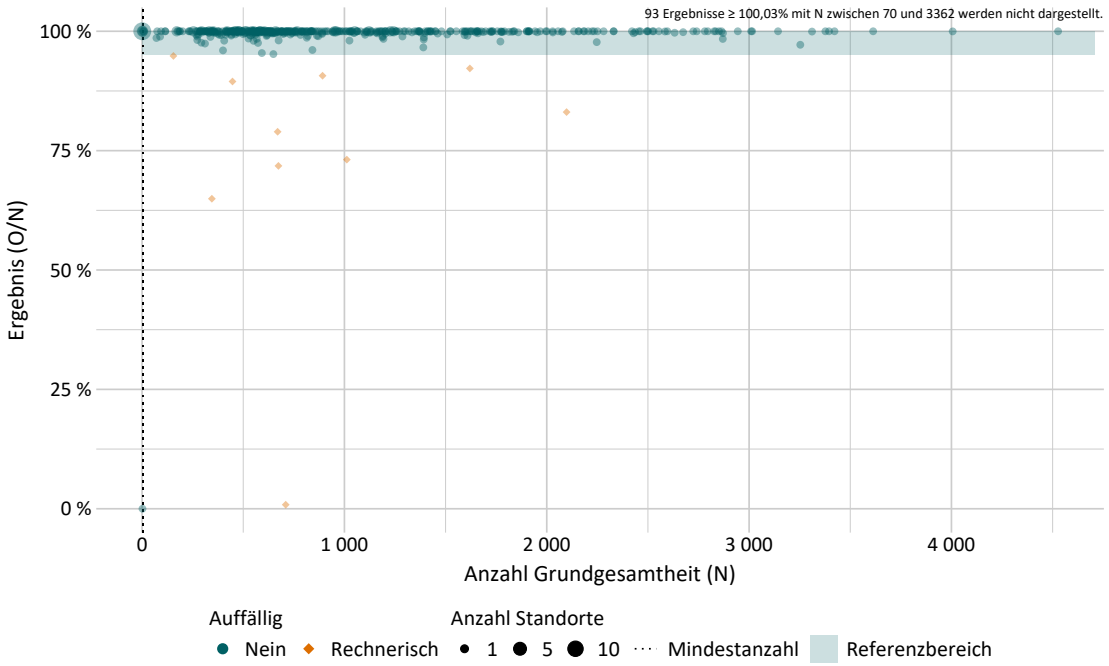
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	5.168 / 584.666	0,88	4,55 % 27 / 593

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	593	10	0,00	187,59	100,00

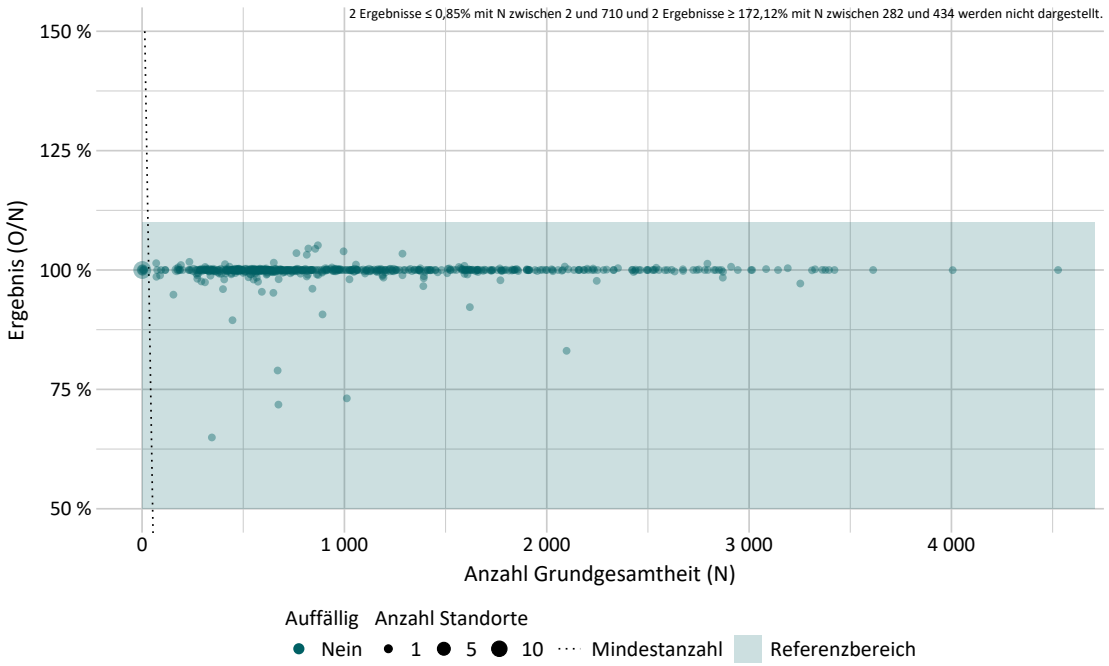
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	628.218 / 628.448	99,96	1,69 % 10 / 593

850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	593	2	0,00	187,59	100,00

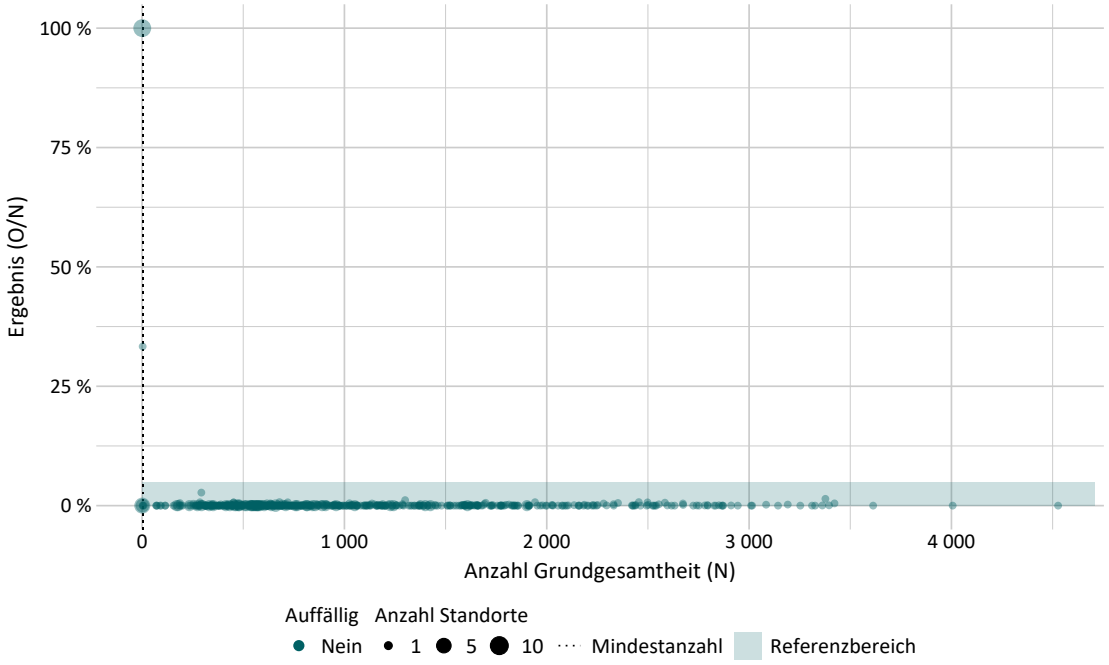
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	628.218 / 628.448	99,96	0,34 % 2 / 593

850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	593	0	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	447 / 628.448	0,07	0,00 % 0 / 593

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 627.771**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen)	5.233	0,83
1. Quartal	151.276	24,10
2. Quartal	156.414	24,92
3. Quartal	171.289	27,29
4. Quartal	143.559	22,87

Datenbasis: Anzahl der Mütter und Kinder

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl der Mütter		
Alle Mütter	627.771	100,00
davon		
Erstgebärende	294.600	46,93
Mehrgebärende	333.171	53,07
davon		
Einlingsschwangerschaften	618.152	98,47
Mehrlingsschwangerschaften	9.619	1,53

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl der Kinder		
Alle Kinder	637.534	100,00
davon		
Einlinge	618.152	96,96
Zwillinge	18.915	2,97
Drillinge	450	0,07
Höhergradige Mehrlinge	17	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Zeitliche Verteilung der Geburten		
Januar	53.011	8,32
Februar	47.959	7,52
März	52.475	8,23
April	51.164	8,03
Mai	53.949	8,46
Juni	53.542	8,40
Juli	59.497	9,33
August	57.905	9,08
September	56.522	8,87
Oktober	53.960	8,46
November	48.291	7,57
Dezember	49.259	7,73

Informationen zur Schwangeren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 627.771**	
Alter		
< 18	2.467	0,39
18 - 29	218.139	34,75
30 - 34	228.536	36,40
35 - 39	145.524	23,18
≥ 40	33.105	5,27

Vorausgegangene Schwangerschaften

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 627.771**	
Vorausgegangene Schwangerschaften		
0	231.358	36,85
1	196.459	31,29
2	103.556	16,50
3 und mehr	96.398	15,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vorausgegangenen Schwangerschaften	**N = 396.413**	
Lebendgeburten		
0	64.924	16,38
1	214.838	54,20
2	74.774	18,86
3	25.094	6,33
4	9.065	2,29
5 und mehr	7.718	1,95
Totgeburten		
0	389.199	98,18
1	6.352	1,60
2 und mehr	862	0,22

Informationen zur jetzigen Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Gestationsalter (in vollendeten Wochen)		
< 28 SSW	4.014	0,63
28 - 31 SSW	4.989	0,78
32 - 36 SSW	39.608	6,21
37 - 41 SSW	585.326	91,81
> 41 SSW	3.597	0,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg und BMI von ≥ 12 bis ≤ 55	**N = 588.961**	
BMI bei Erstuntersuchung (BMI-Klassifikation nach WHO)		
Untergewicht (< 18,5)	19.404	3,29
Normalgewicht (≥ 18,5 - < 25)	301.029	51,11
leichtes Übergewicht (≥ 25 - < 30)	153.552	26,07
Übergewicht Klasse I (≥ 30 - < 35)	71.276	12,10
Übergewicht Klasse II (≥ 35 - < 40)	28.763	4,88
Übergewicht Klasse III (≥ 40)	14.937	2,54

Untersuchungen in der jetzigen Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 627.771**	
Anzahl Vorsorgeuntersuchungen		
≤ 4 (Unterversorgung)	23.931	3,81
5 - 7	41.107	6,55
8 - 11	260.682	41,53
≥ 12 (Überversorgung)	174.579	27,81
ohne Angabe	127.472	20,31

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 627.771**	
Befunde während der Schwangerschaft		
Schwangere ohne Befund	124.626	19,85
Schwangere mit Befund	503.145	80,15
Geburtsrisiken		
Schwangere ohne Geburtsrisiken	120.043	19,12
Schwangere mit Geburtsrisiken	507.728	80,88

Präpartale Diagnostik/Therapie

Antenatale Kortikosteroidtherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 627.771**	
Antenatale Kortikosteroidtherapie		
(0) nein	613.354	97,70
(1) ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik	12.418	1,98
(2) ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	1.999	0,32

Mütter, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik und nach der Geburt des Kindes erfolgte

	Bund (gesamt) N
Alle Mütter	**N = 627.771**
Mütter, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik erfolgte	12.418
Begonnene Kortikosteroidtherapie erfolgte nach der Geburt des Kindes	78

Kortikosteroidtherapie (begonnen in eigner Klinik) bei Lebendgeborenen

nach Schwangerschaftswoche bei Geburt

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Abstand zwischen Kortikosteroidgabe und Geburt (in Stunden)[6]	< 24+0 SSW	≥ 24+0 SSW - < 34+0 SSW	≥ 34+0 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)				
< 24	112 **0,91 %**	2.194 **17,75 %**	115 **0,93 %**	2.421 **19,59 %**
≥ 24 - < 168	112 **0,91 %**	3.113 **25,19 %**	348 **2,82 %**	3.573 **28,91 %**
≥ 168	23 **0,19 %**	2.437 **19,72 %**	3.914 **31,67 %**	6.374 **51,57 %**
Gesamt	245 **1,98 %**	7.743 **62,65 %**	4.377 **35,42 %**	12.359 **100,00 %**

[6] Mehrfachnennung möglich

Informationen zur Geburt

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 627.771**	
Aufnahmeart		
(1) Geburt in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt	624.383	99,46
(2) Geburt in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde	3.388	0,54
Aufnahmediagnose (ICD 10)[7]		
(O42.-) Vorzeitiger Blasensprung	57.122	9,10
(O43.-) Pathologische Zustände der Plazenta	885	0,14
(O44.-) Placenta praevia	1.157	0,18
(O45.-) Vorzeitige Plazentalösung	498	0,08
(O48) Übertragene Schwangerschaft	19.786	3,15
(O80) Spontangeburt eines Einlings	116.935	18,63
(O82) Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung	24.602	3,92

[7] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vaginaler Geburt	**N = 415.704**	
Muttermundsweite bei Aufnahme		
0 - 2 cm	173.001	41,62
3 - 5 cm	92.026	22,14
> 5 cm	47.175	11,35
ohne Angabe	103.502	24,90

Geburtseinleitung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 627.771**	
Geburtseinleitung		
eingeleitete Geburten	148.503	23,66

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 627.771**	
Wehentherapie		
Wehenmittel s.p.	189.557	30,20

Geburtsmodus und Lage des Kindes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Lage des Kindes		
(1) regelrechte Schädellage	567.103	88,95
(2) regelwidrige Schädellage	34.135	5,35
(3) Beckenendlage	31.423	4,93
(4) Querlage	3.837	0,60
(9) nicht bestimmt	1.036	0,16

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Geburtsmodus		
Spontangeburt	371.086	58,21
Sectio caesarea	219.620	34,45
davon		
primär	90.909	41,39
sekundär	108.106	49,22
nicht näher bezeichnet	20.605	9,38
vaginal-operativ	46.104	7,23
davon		
Vakuumentbindung	45.023	97,66
Forzepsentbindung	1.054	2,29
sonstige	27	0,06
sonstige	724	0,11

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 521.535**	
Geburtsmodus		
Spontangeburt	337.483	64,71
Sectio caesarea	144.039	27,62
davon		
primär	61.775	42,89
sekundär	65.555	45,51
nicht näher bezeichnet	16.709	11,60
vaginal-operativ	39.898	7,65
davon		
Vakuumentbindung	39.105	98,01
Forzepsentbindung	785	1,97
sonstige	8	0,02
sonstige	115	0,02

Geburtsmodus bei Kindern < 1500 g

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g	**N = 8.727**	
Geburtsmodus		
Spontangeburt	2.285	26,18
primäre Sectio caesarea	1.924	22,05
sekundäre Sectio caesarea	4.173	47,82
vaginal-operativ	13	0,15
sonstige	332	3,80

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g in Schädellage	**N = 5.328**	
Geburtsmodus bei Schädellage		
Spontangeburt	1.451	27,23
primäre Sectio caesarea	1.274	23,91
sekundäre Sectio caesarea	2.413	45,29
vaginal-operativ	9	0,17
sonstige	181	3,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g in Beckenendlage	**N = 2.733**	
Geburtsmodus bei Beckenendlage		
Spontangeburt	731	26,75
primäre Sectio caesarea	506	18,51
sekundäre Sectio caesarea	1.372	50,20
Extraktion/Sonstiges	124	4,54

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g in Querlage	**N = 486**	
Geburtsmodus bei Querlage		
primäre Sectio caesarea	109	22,43
sekundäre Sectio caesarea	351	72,22
sonstige	26	5,35

Geburtsmodus bei Kindern ≥ 1500 g

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g	**N = 628.807**	
Geburtsmodus		
Spontangeburt	368.801	58,65
primäre Sectio caesarea	88.985	14,15
sekundäre Sectio caesarea	103.933	16,53
vaginal-operativ	46.091	7,33
sonstige	20.997	3,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g in Schädellage	**N = 595.910**	
Geburtsmodus bei Schädellage		
Spontangeburt	366.874	61,57
primäre Sectio caesarea	70.467	11,83
sekundäre Sectio caesarea	93.684	15,72
vaginal-operativ	46.027	7,72
sonstige	18.858	3,16

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g in Beckenendlage	**N = 28.690**	
Geburtsmodus bei Beckenendlage		
Spontangeburt	1.742	6,07
primäre Sectio caesarea	16.456	57,36
sekundäre Sectio caesarea	8.675	30,24
Extraktion/Sonstiges	1.817	6,33

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g in Querlage	**N = 3.351**	
Geburtsmodus bei Querlage		
primäre Sectio caesarea	1.843	55,00
sekundäre Sectio caesarea	1.197	35,72
sonstige	311	9,28

Sectiomanagement bei Beckenendlage

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW)	**N = 577.039**	
Sectiomanagement bei Beckenendlage[8]		
Beckenendlage (87)	20.734	3,59
davon		
primäre Sectio	13.471	64,97

[8] Geburtsrisiken nach Schlüssel 2

Sectiomanagement bei Schädellage

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 521.535**	
Sectiomanagement bei Schädellage[9]		
absolutes oder relatives Missverhältnis (84)	11.402	2,19
davon		
Sectio	9.505	83,36
protrahierte Geburt: Eröffnungsperiode (82)	18.186	3,49
davon		
sekundäre Sectio	12.638	69,49
pathologisches CTG (77)	87.984	16,87
davon		
sekundäre Sectio	25.591	29,09
Z. n. Sectio oder anderen Uterus-OP (69)	95.962	18,40
davon		
Sectio	67.124	69,95

[9] Geburtsrisiken nach Schlüssel 2, Mehrfachnennung möglich

Indikation zur Sectio

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge	**N = 618.152**	
Indikation zur Sectio		
Sectio	204.864	33,14
davon Indikation[10]		
absolutes oder relatives Missverhältnis (84)	10.851	5,30
pathologisches CTG (77)	37.906	18,50
Z. n. Sectio oder anderen Uterus-OP (69)	67.725	33,06
primäre Sectio (> 36 SSW)	77.204	12,49
davon Indikation[11]		
Beckenendlage (87)	12.602	16,32
sekundäre Sectio	101.295	16,39
davon Indikation[12]		
protrahierte Geburt: Eröffnungsperiode (82)	18.959	18,72

[10] Indikation zur operativen Geburt nach Schlüssel 2, Mehrfachnennung möglich
[11] Indikation zur operativen Geburt nach Schlüssel 2
[12] Indikation zur operativen Geburt nach Schlüssel 2

Allgemeinanästhesie bei Sectio

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder, die per Sectio geboren wurden	**N = 219.620**	
Allgemeinanästhesie bei Sectio		
Allgemeinanästhesie	24.862	11,32

E-E-Zeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Notsectiones	**N = 8.064**	
E-E-Zeit		
< 21 Minuten	8.038	99,68
21 - 30 Minuten	16	0,20
> 30 Minuten	10	0,12

	Bund (gesamt)	
	n	%
Notsectiones bei Einlingen	**N = 7.548**	
Hauptindikation bei Notsectio[13]		
(60) vorzeitiger Blasensprung	28	0,37
(61) Übertragung des Termins	10	0,13
(62) Fehlbildung	6	0,08
(63) Frühgeburt	76	1,01
(64) Mehrlingsschwangerschaft	0	0,00
(65) Plazentainsuffizienz	17	0,23
(66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung	83	1,10
(67) Rh-Inkompatibilität	≤3	x
(68) Diabetes mellitus	≤3	x
(69) Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen	79	1,05
(70) Placenta praevia	58	0,77
(71) vorzeitige Plazentalösung	804	10,65
(72) sonstige uterine Blutungen	84	1,11
(73) Amnioninfektionssyndrom	16	0,21
(74) Fieber unter der Geburt	6	0,08
(75) mütterliche Erkrankung	49	0,65

	Bund (gesamt)	
	n	%
Notsectiones bei Einlingen	**N = 7.548**	
(76) mangelnde Kooperation der Mutter	10	0,13
(77) pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	4.951	65,59
(78) grünes Fruchtwasser	4	0,05
(79) Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)	355	4,70
(80) Nabelschnurvorfall	250	3,31
(81) sonstige Nabelschnurkomplikationen	10	0,13
(82) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode	12	0,16
(83) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode	67	0,89
(84) absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken	22	0,29
(85) Uterusruptur	125	1,66
(86) Querlage/Schräglage	26	0,34
(87) Beckenendlage	104	1,38
(88) hintere Hinterhauptslage	≤3	x
(89) Vorderhauptslage	≤3	x
(90) Gesichtslage/Stirnlage	13	0,17
(91) tiefer Querstand	≤3	x
(92) hoher Geradstand	9	0,12
(93) sonstige regelwidrige Schädellagen	19	0,25
(95) HELLP-Syndrom	13	0,17
(96) intrauteriner Fruchttod	7	0,09
(97) pathologischer Dopplerbefund	16	0,21
(98) Schulterdystokie	5	0,07
(94) sonstige	206	2,73

[13] nach Schlüssel 2

Zeitpunkt der Geburt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit risikofreien Geburten	**N = 120.043**	
Wochentag der Geburt		
Montag	16.988	14,15
Dienstag	17.049	14,20
Mittwoch	17.196	14,32
Donnerstag	17.169	14,30
Freitag	17.488	14,57
Samstag	17.152	14,29
Sonntag	17.002	14,16

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Sectio	**N = 212.282**	
Wochentag der Geburt		
Montag	37.704	17,76
Dienstag	34.429	16,22
Mittwoch	34.383	16,20
Donnerstag	34.067	16,05
Freitag	37.609	17,72
Samstag	17.329	8,16
Sonntag	16.766	7,90

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit primärer Sectio	**N = 87.301**	
Zeitpunkt der Geburt		
Montag - Freitag: 7 - 18 Uhr	80.312	91,99
Montag - Freitag: sonstige Uhrzeit	3.167	3,63
Samstag, Sonntag, Feiertag	3.823	4,38

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit sekundärer Sectio	**N = 104.800**	
Zeitpunkt der Geburt		
Montag - Freitag: 7 - 18 Uhr	40.866	38,99
Montag - Freitag: sonstige Uhrzeit	33.939	32,38
Samstag, Sonntag, Feiertag	30.002	28,63

Diagnostik/Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vaginaler Geburt	**N = 415.704**	
Episiotomie		
(0) nein	367.956	88,51
(1) median	2.376	0,57
(2) mediolateral	44.278	10,65
(3) sonstige	1.094	0,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Blutgasanalyse Fetalblut		
(1) ja	29.784	4,67
davon pH-Wert		
< 7,000	51	0,17
7,000 - 7,099	310	1,04
7,100 - 7,199	2.312	7,76
≥ 7,200	27.111	91,03
davon Base Excess		
< -16	111	0,37
-16 bis < -10	931	3,13
-10 bis < -5	5.654	18,98
-5 bis < 0	17.789	59,73
≥ 0	5.299	17,79

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge mit pathologischem CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen	**N = 106.412**	
Blutgasanalyse Fetalblut		
(1) ja	17.083	16,05

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge mit pathologischem CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen und sekundärer Sectio	**N = 35.374**	
Blutgasanalyse Fetalblut		
(1) ja	6.321	17,87

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Aufnahme-CTG		
(1) ja	550.090	86,28
CTG-Kontrolle		
(1) ja	617.708	96,89
davon[14]		
(1) intermittierend	222.536	36,03
(2) kontinuierlich bis Geburt	316.961	51,31
(3) kontinuierlich bis Desinfektion	89.461	14,48

[14] Mehrfachnennung möglich

Befunde und Risiken

Verteilung von Befunden und Risiken

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Befunde während der Schwangerschaft	ohne Geburtsrisiko	mit Geburtsrisiko	Gesamt
Schwangere mit Mutterpass erschienen			
Bund (gesamt)			
ohne Befund	36.649 **5,86 %**	86.772 **13,86 %**	123.421 **19,72 %**
mit Befund	83.088 **13,28 %**	419.328 **67,00 %**	502.416 **80,28 %**
Gesamt	119.737 **19,13 %**	506.100 **80,87 %**	625.837 **100,00 %**

Befunde während der Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Befund	**N = 503.145**	
Befunde (Schlüssel 1)[15]		
(01) Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)	191.771	38,11
(02) Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)	131.406	26,12
(03) Blutungs-/Thromboseneigung	15.236	3,03
(04) Allergie	130.347	25,91
(05) Frühere Bluttransfusionen	5.878	1,17
(06) Besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)	22.510	4,47
(07) Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)	20.956	4,17
(08) Rhesus-Inkompatiblität (bei vorausgegangenen Schwangerschaften)	2.319	0,46

Befunde während der Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Befund	**N = 503.145**	
(09) Diabetes mellitus	7.589	1,51
(10) Adipositas	80.145	15,93
(11) Kleinwuchs	4.142	0,82
(12) Skelettanomalien	10.023	1,99
(13) Schwangere unter 18 Jahren	2.674	0,53
(14) Schwangere über 35 Jahren	131.161	26,07
(15) Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	6.966	1,38
(16) Z. n. Sterilitätsbehandlung	25.778	5,12
(17) Z. n. Frühgeburt (< 37 SSW)	12.478	2,48
(18) Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht < 2500 g)	5.213	1,04
(19) Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen	44.264	8,80
(20) Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese	10.146	2,02
(21) Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen	30.154	5,99
(22) Komplikationen post partum	9.181	1,82
(23) Z. n. Sectio caesarea	101.021	20,08
(24) Z. n. anderen Uterusoperationen	24.248	4,82
(25) rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)	18.666	3,71
(26) sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde	40.779	8,10
(27) Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankung	14.008	2,78
(28) Dauermedikation	33.112	6,58
(29) Abusus	16.418	3,26
(30) Besondere psychische Belastung	3.929	0,78
(31) Besondere soziale Belastung	2.284	0,45
(32) Blutungen < 28 SSW	5.094	1,01

Befunde während der Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Befund	**N = 503.145**	
(33) Blutungen ≥ 28 SSW	1.075	0,21
(34) Placenta praevia	1.909	0,38
(35) Mehrlingsschwangerschaft	8.572	1,70
(36) Hydramnion	1.534	0,30
(37) Oligohydramnie	1.971	0,39
(38) Terminunklarheit	1.724	0,34
(39) Plazentainsuffizienz	3.556	0,71
(40) Isthmozervikale Insuffizienz	4.122	0,82
(41) Vorzeitige Wehentätigkeit	3.042	0,60
(42) Anämie	15.580	3,10
(43) Harnwegsinfektion	1.103	0,22
(44) Indirekter Coombstest positiv	197	0,04
(45) Risiko aus anderen serologischen Befunden	2.791	0,55
(46) Hypertonie (Blutdruck über 140/90)	9.894	1,97
(47) Eiweißausscheidung über 1000 mg/l Urin	635	0,13
(48) Mittelgradige - schwere Ödeme	874	0,17
(49) Hypotonie	443	0,09
(50) Gestationsdiabetes	55.899	11,11
(51) Lageanomalie	7.362	1,46
(52) sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf	31.067	6,17
(53) Hyperemesis	1.301	0,26
(54) Z. n. HELLP-Syndrom	531	0,11
(55) Z. n. Eklampsie	208	0,04
(56) Z. n. Hypertonie	426	0,08

[15] Mehrfachnennung möglich

Geburtsrisiken

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit einem Risiko zur Geburt (Schlüssel 2)	**N = 507.728**	
Geburtsrisiken (Schlüssel 2)[16]		
(60) vorzeitiger Blasensprung	111.643	21,99
(61) Übertragung des Termins	29.646	5,84
(62) Fehlbildung	2.951	0,58
(63) Frühgeburt	25.454	5,01
(64) Mehrlingsschwangerschaft	9.279	1,83
(65) Plazentainsuffizienz	12.137	2,39
(66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung	17.014	3,35
(67) Rh-Inkompatibilität	3.809	0,75
(68) Diabetes mellitus	39.435	7,77
(69) Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen	114.493	22,55
(70)Placenta praevia	2.936	0,58
(71) vorzeitige Plazentalösung	3.380	0,67
(72) sonstige uterine Blutungen	4.333	0,85
(73) Amnioninfektionssyndrom	8.346	1,64
(74) Fieber unter der Geburt	6.514	1,28
(75) mütterliche Erkrankung	35.048	6,90
(76) mangelnde Kooperation der Mutter	4.186	0,82
(77) pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	107.387	21,15
(78) grünes Fruchtwasser	52.139	10,27
(79) Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)	1.512	0,30
(80) Nabelschnurvorfall	470	0,09
(81) sonstige Nabelschnurkomplikationen	58.000	11,42
(82) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode	24.357	4,80

Geburtsrisiken

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit einem Risiko zur Geburt (Schlüssel 2)	**N = 507.728**	
(83) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode	43.619	8,59
(84) absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken	13.913	2,74
(85) Uterusruptur	2.338	0,46
(86) Querlage/Schräglage	3.386	0,67
(87) Beckenendlage	29.032	5,72
(88) hintere Hinterhauptslage	15.347	3,02
(89) Vorderhauptslage	1.594	0,31
(90) Gesichtslage/Stirnlage	908	0,18
(91) tiefer Querstand	1.239	0,24
(92) hoher Geradstand	5.603	1,10
(93) sonstige regelwidrige Schädellagen	9.255	1,82
(95) HELLP-Syndrom	2.112	0,42
(96) intrauteriner Fruchttod	1.563	0,31
(97) pathologischer Dopplerbefund	3.935	0,78
(98) Schulterdystokie	4.163	0,82
(94) sonstige	155.733	30,67

[16] Mehrfachnennung möglich

Informationen zum Kind

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Gestationsalter (in vollendeten Wochen)		
< 28 SSW	4.014	0,63
28 - 31 SSW	4.989	0,78
32 - 36 SSW	39.608	6,21
37 - 41 SSW	585.326	91,81
> 41 SSW	3.597	0,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Geschlecht		
(1) männlich	327.429	51,36
(2) weiblich	309.924	48,61
(3) divers	13	0,00
(8) unbestimmt	168	0,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Geburtsgewicht		
< 500 g	1.073	0,17
500 - 749 g	1.709	0,27
750 - 999 g	1.787	0,28
1000 - 1499 g	4.158	0,65
1500 - 1999 g	7.490	1,17
2000 - 2499 g	24.052	3,77
2500 - 2999 g	96.060	15,07
3000 - 3999 g	434.897	68,22
4000 - 4499 g	58.629	9,20
≥ 4500 g	7.679	1,20

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 634.821**	
Kopfumfang des Kindes		
< 31 cm	11.825	1,86
31 bis < 33 cm	37.668	5,93
33 bis < 35 cm	224.719	35,40
35 bis < 37 cm	285.318	44,94
≥ 37 cm	62.313	9,82
ohne Angabe	12.978	2,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 634.821**	
Apgar nach 1 Minute		
0	385	0,06
1 - 3	7.017	1,11
4 - 6	24.941	3,93
7 - 9	544.025	85,70
10	57.093	8,99
ohne Angabe	1.360	0,21
Apgar nach 5 Minuten		
0	213	0,03
1 - 3	1.391	0,22
4 - 6	7.958	1,25
7 - 9	146.737	23,11
10	477.127	75,16
ohne Angabe	1.395	0,22
Apgar nach 10 Minuten		
0	351	0,06
1 - 3	732	0,12
4 - 6	1.817	0,29
7 - 9	65.545	10,32
10	564.854	88,98
ohne Angabe	1.522	0,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit durchgeführter Blutgasanalyse der Nabelschnurarterie	**N = 628.911**	
pH-Wert Nabelschnurarterie		
< 7,00	1.880	0,30
7,00 - 7,09	15.030	2,39
7,10 - 7,19	106.037	16,86
≥ 7,20	505.964	80,45
Base Excess Nabelschnurarterie		
< -16	1.666	0,26
-16 bis < -10	34.399	5,47
-10 bis < -5	194.128	30,87
-5 bis 0	334.056	53,12

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 521.535**	
5-Minuten-Apgar		
Spontangeburt	337.483	64,71
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	2.343	0,69
7 - 8	11.927	3,53
9 - 10	322.738	95,63
primäre Sectio caesarea	61.775	11,84
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	588	0,95
7 - 8	4.132	6,69
9 - 10	56.960	92,21
sekundäre Sectio caesarea	65.555	12,57
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	1.726	2,63
7 - 8	6.403	9,77
9 - 10	57.311	87,42
vaginal-operativ	39.898	7,65
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	839	2,10
7 - 8	4.210	10,55
9 - 10	34.805	87,23
sonstige	16.824	3,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 521.535**	
Blutgasanalyse (Nabelschnurarterie)		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	13.915	2,67
davon Base Excess		
< -16	1.003	7,21
-16 bis < -10	8.624	61,98
-10 bis < -5	3.963	28,48
-5 bis 0	274	1,97
pH-Wert 7,10 bis 7,19	93.014	17,83
davon Base Excess		
< -16	131	0,14
-16 bis < -10	15.926	17,12
-10 bis < -5	61.469	66,09
-5 bis 0	14.920	16,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 521.535**	
Geburtsmodus und Blutgasanalyse (Nabelschnurarterie)		
Spontangeburt	337.483	64,71
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	8.742	2,59
davon Base Excess		
< -16	549	6,28
-16 bis < -10	5.524	63,19
-10 bis < -5	2.483	28,40
-5 bis 0	150	1,72

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 521.535**	
pH-Wert 7,10 bis 7,19	70.829	20,99
davon Base Excess		
< -16	104	0,15
-16 bis < -10	11.681	16,49
-10 bis < -5	47.327	66,82
-5 bis 0	11.295	15,95
primäre Sectio caesarea	61.775	11,84
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	383	0,62
davon Base Excess		
< -16	18	4,70
-16 bis < -10	151	39,43
-10 bis < -5	182	47,52
-5 bis 0	31	8,09
pH-Wert 7,10 bis 7,19	1.884	3,05
davon Base Excess		
< -16	≤3	x
-16 bis < -10	74	3,93
-10 bis < -5	1.049	55,68
-5 bis 0	730	38,75
sekundäre Sectio caesarea	65.555	12,57
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	1.450	2,21
davon Base Excess		
< -16	182	12,55
-16 bis < -10	774	53,38

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	**N = 521.535**	
-10 bis < -5	447	30,83
-5 bis 0	40	2,76
pH-Wert 7,10 bis 7,19	5.065	7,73
davon Base Excess		
< -16	6	0,12
-16 bis < -10	556	10,98
-10 bis < -5	3.215	63,47
-5 bis 0	1.251	24,70
vaginal-operativ	39.898	7,65
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	3.184	7,98
davon Base Excess		
< -16	241	7,57
-16 bis < -10	2.103	66,05
-10 bis < -5	790	24,81
-5 bis 0	46	1,44
pH-Wert 7,10 bis 7,19	14.621	36,65
davon Base Excess		
< -16	19	0,13
-16 bis < -10	3.572	24,43
-10 bis < -5	9.541	65,26
-5 bis 0	1.414	9,67
sonstige	16.824	3,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge	**N = 618.152**	
Gestationsalter (in vollendeten Wochen) und Geburtsgewicht[17]		
Einlinge < 37 SSW	37.516	6,07
davon Neugeborene		
< 10. Perzentile	4.087	10,89
> 90. Perzentile	3.197	8,52
Einlinge ≥ 37 SSW	580.636	93,93
davon Neugeborene		
< 10. Perzentile	51.923	8,94
> 90. Perzentile	58.654	10,10

[17] Für die Perzentilberechnung wurden die geschlechtsspezifischen Perzentilwerte für das Geburtsgewicht von Jungen und Mädchen für vollendete Schwangerschaftswochen nach Voigt et al. (2014) verwendet. Dabei werden Fälle mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 43+0 SSW berücksichtigt. Die Gesamtzahl kann aufgrund dessen von der ursprünglichen Gesamtzahl abweichen.

Grundlage zur Perzentilberechnung: Voigt, M; Rochow, N; Schneider, KTM; Hagenah, HP; Straube, S; Scholz, R; et al. (2014): Neue Perzentilwerte für die Körpermaße neugeborener Einlinge: Ergebnisse der deutschen Perinatalerhebung der Jahre 2007–2011 unter Beteiligung aller 16 Bundesländer. Z Geburtshilfe Neonatol 218(05): 210-217. DOI: 10.1055/s-0034-1385857.

Kindliche Morbidität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 634.821**	
Kindliches Outcome		
5-Minuten-Apgar < 7	9.562	1,51
Nabelschnur-Arterien-pH < 7,10	16.910	2,66

Kindliche Morbidität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 634.821**	
Akute postpartale Therapie[18]		
Maskenbeatmung	17.583	2,77
Pufferung	1.444	0,23
Volumensubstitution	4.163	0,66
O2-Anreicherung	16.585	2,61

[18] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 634.821**	
Fehlbildungen vorhanden		
(0) nein	629.392	99,14
(1) ja	5.429	0,86
Frühgeburten		
Kinder < 37 SSW	46.564	7,33

Risikokollektivbildung

Nach den Leitlinien der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin sollte bei den aufgeführten Risiken die Geburt in einem Perinatalzentrum erfolgen.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	**N = 627.771**	
Risikokollektivbildung[19]		
Frühgeburt < 1500 g	7.870	1,25
Frühgeburt < 32 SSW	7.915	1,26
Frühgeburt 32 - 33 SSW mit sonstigen Risiken[20]	2.499	0,40
(73) Amnioninfektionssyndrom oder (74) Fieber unter der Geburt[21]	12.818	2,04
(66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung[22]	17.014	2,71
(09) Diabetes mellitus[23]	7.589	1,21

[19] Mehrfachnennung möglich

[20] Sonstige Risiken (Geburtsrisiken nach Schlüssel 2):
(60) vorzeitiger Blasensprung, (66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung, (67) Rh-Inkompatibilität, (70) Placenta praevia, (72) sonstige uterine Blutungen, (83) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode

[21] Geburtsrisiken nach Schlüssel 2

[22] Geburtsrisiken nach Schlüssel 2

[23] Befunde im Mutterpass nach Schlüssel 1

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Risikokollektivbildung Mehrlinge		
Zwillinge < 34 SSW	3.499	0,55
Höhergradige Mehrlinge	467	0,07

Verlegung des Kindes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Kind in Kinderklinik verlegt		
(0) nein	566.334	88,83
(1) ja	71.200	11,17
davon Verlegungszeitpunkt		
< 1 Stunde	46.705	65,60
1 bis < 2 Stunden	0	0,00
2 bis < 4 Stunden	0	0,00
4 bis < 24 Stunden	12	0,02
≥ 24 Stunden	24.483	34,39
ohne Angabe	0	0,00
davon Verlegungsdiagnosen (ICD 10)[24]		
(P05.-) Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung	2.486	3,49
(P08.-) Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	1.084	1,52
(P20.-) Intrauterine Hypoxie oder (P21,-) Asphyxie unter der Geburt	2.645	3,71
(P22.-) Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	12.002	16,86
(P23.-) Angeborene Pneumonie	132	0,19
(P28.-) Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode	5.072	7,12
(P29.-) Kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode	549	0,77
(P36.-) Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	886	1,24
(P57.- bis P59.-) Ikterus	2.350	3,30
(P77) Enterocolitis necroticans (NEC) beim Fetus und Neugeborenen	14	0,02

[24] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW)	**N = 577.039**	
Geburtsrisiken		
(0) nein	118.001	20,45
davon Kind in Kinderklinik verlegt		
(0) nein	113.266	95,99
(1) ja	4.735	4,01
davon Verlegungsgrund (ICD 10)[25]		
(P20.-, P21.-, P22.-) Atemstörungen	982	20,74
(P35.- bis P39.-) Infektionen	983	20,76
(P57.-, P58.-, P59.-) Ikterus	242	5,11

[25] Mehrfachnennung möglich

Mortalität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Mortalität[26]		
Totgeborene gesamt	2.713	0,43
davon: Todeszeitpunkt		
(1) Tod ante partum	1.965	72,43
(2) Tod sub partu	141	5,20
(3) Todeszeitpunkt unbekannt	607	22,37
davon: Tod vor Klinikaufnahme		
(0) nein	523	19,28
(1) ja	2.190	80,72
Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	822	0,13
fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	290.161	45,51

[26] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge	**N = 618.152**	
Mortalität		
Totgeborene gesamt	2.437	0,39
davon: Todeszeitpunkt		
(1) Tod ante partum	1.760	72,22
(2) Tod sub partu	124	5,09
(3) Todeszeitpunkt unbekannt	553	22,69
davon: Tod vor Klinikaufnahme		
(0) nein	473	19,41
(1) ja	1.964	80,59
Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	681	0,11
fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	282.907	45,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Entlassungsgrund = Tod	**N = 846**	
Todesursachen (ICD 10)[27]		
(P02.-) Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten	≤3	x
(P07.0-) Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht	70	8,27
(P07.1-) Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht	9	1,06
(P07.2) Neugeborenes mit extremer Unreife	232	27,42
(P07.3) sonstige vor dem Termin Geborene	93	10,99
(P20.-) Intrauterine Hypoxie oder (P21.-) Asphyxie unter der Geburt	29	3,43
(Q-) Fehlbildung	134	15,84
(P95) Fetaltod nicht näher bezeichneter Ursache	26	3,07

[27] Mehrfachnennung möglich

Mortalität und Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Gewichtsgruppen	Totgeburt	Tod ≤ 7 Tage	Gesamt	Fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage
Alle Kinder				
Bund (gesamt)				
< 500 g	319 **0,05 %**	341 **0,05 %**	1.073 **0,17 %**	386 **0,06 %**
500 - 749 g	484 **0,08 %**	149 **0,02 %**	1.709 **0,27 %**	612 **0,10 %**
750 - 999 g	302 **0,05 %**	44 **0,01 %**	1.787 **0,28 %**	549 **0,09 %**
1000 - 1499 g	371 **0,06 %**	61 **0,01 %**	4.158 **0,65 %**	1.181 **0,19 %**
1500 - 1999 g	293 **0,05 %**	55 **0,01 %**	7.490 **1,17 %**	2.095 **0,33 %**
2000 - 2499 g	277 **0,04 %**	57 **0,01 %**	24.052 **3,77 %**	8.615 **1,35 %**
2500 - 2999 g	259 **0,04 %**	58 **0,01 %**	96.060 **15,07 %**	42.878 **6,73 %**
3000 - 3999 g	349 **0,05 %**	50 **0,01 %**	434.897 **68,22 %**	203.024 **31,85 %**
4000 - 4499 g	37 **0,01 %**	≤3 **x %**	58.629 **9,20 %**	27.274 **4,28 %**
≥ 4500 g	22 **0,00 %**	4 **0,00 %**	7.679 **1,20 %**	3.547 **0,56 %**
Gesamt	2.713 **0,43 %**	822 **0,13 %**	637.534 **100,00 %**	290.161 **45,51 %**

Mortalität und Tragzeit

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Gestationsalter (in vollendeten Wochen)	Totgeburt	Tod ≤ 7 Tage	Gesamt	Fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage
Alle Kinder				
Bund (gesamt)				
< 28 SSW	958 **0,15 %**	532 **0,08 %**	4.014 **0,63 %**	1.302 **0,20 %**
28 - 31 SSW	456 **0,07 %**	66 **0,01 %**	4.989 **0,78 %**	1.430 **0,22 %**
32 - 36 SSW	633 **0,10 %**	118 **0,02 %**	39.608 **6,21 %**	13.533 **2,12 %**
37 - 41 SSW	660 **0,10 %**	105 **0,02 %**	585.326 **91,81 %**	272.181 **42,69 %**
> 41 SSW	6 **0,00 %**	≤3 **x %**	3.597 **0,56 %**	1.715 **0,27 %**
Gesamt	2.713 **0,43 %**	822 **0,13 %**	637.534 **100,00 %**	290.161 **45,51 %**

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 637.534**	
Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung		
(1) ausschließlich mit Frauenmilch ernährt	450.270	70,63
(2) teilweise mit Frauenmilch ernährt	103.027	16,16
(3) ausschließlich mit Formula ernährt	34.094	5,35
ohne Angabe	50.143	7,87

Informationen zur Mutter

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 627.771**	
Wochenbettkomplikationen[28]		
Mütter mit Komplikationen gesamt	288.651	45,98
Dammriss Grad I bis IV	193.941	30,89
Blutung > 1000 ml	15.962	2,54
Hysterektomie/Laparotomie	497	0,08
Sepsis[29]	125	0,02
Fieber im Wochenbett[30]	868	0,14
Anämie[31]	125.248	19,95
allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen	6.770	1,08

[28] Mehrfachnennung möglich
[29] nach den KISS-Definitionen
[30] > 38 °C > 2 Tage
[31] Hb < 10 g/dl

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vaginal-operativer Geburt	**N = 46.004**	
Dammrisse		
Dammriss Grad I	4.861	10,57
Dammriss Grad II	14.822	32,22
Dammriss Grad III	2.848	6,19
Dammriss Grad IV	179	0,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Spontangeburt	**N = 369.336**	
Dammrisse		
Dammriss Grad I	73.235	19,83
Dammriss Grad II	92.103	24,94
Dammriss Grad III	5.442	1,47
Dammriss Grad IV	280	0,08

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 627.771**	
Allgemeine Komplikationen[32]		
Mütter mit allgemeinen behandlungsbedürftigen postpartalen Komplikationen	6.770	1,08
Pneumonie[33]	153	0,02
Kardiovaskuläre Komplikation(en)	392	0,06
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	40	0,01
Lungenembolie	31	0,00
Harnwegsinfektion[34]	256	0,04
Wundinfektion/Abszessbildung	150	0,02
Wundhämatom/Nachblutung	1.057	0,17
sonstige Komplikation	5.043	0,80

[32] Mehrfachnennung möglich
[33] nach den KISS-Definitionen
[34] nach den KISS-Definitionen

Verweildauer

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 627.771**	
Präpartale Verweildauer		
0 Tage	346.627	55,22
1 Tag	182.225	29,03
> 1 Tag	98.717	15,73
Postpartale Verweildauer		
0 Tage	18.926	3,01
1 - 2 Tage	248.340	39,56
3 - 6 Tage	353.239	56,27
7 - 13 Tage	6.584	1,05
14 - 21 Tage	475	0,08
> 21 Tage	237	0,04
Gesamtverweildauer		
1 Tag	23.944	3,81
2 - 3 Tage	358.487	57,10
4 - 6 Tage	195.777	31,19
7 - 13 Tage	31.263	4,98
14 - 21 Tage	3.753	0,60
> 21 Tage	3.500	0,56

© IQTIG 2026

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 627.771**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	590.660	94,09
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	20.207	3,22
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	2.544	0,41
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	7.227	1,15
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	13	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	2.430	0,39
(07) Tod	22	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[35]	634	0,10
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	115	0,02
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	45	0,01
(11) Entlassung in ein Hospiz	12	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	16	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	50	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	167	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[36]	151	0,02
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	32	0,01
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[37]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	17	0,00

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	**N = 627.771**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[38]		
(1) ja	3.429	0,55

[35] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[36] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[37] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[38] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

PM-NEO: Neonatologie

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel Neonatologie. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026

Abgabe 14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 7

Datengrundlagen 9

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 9

Ergebnisübersicht 10

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 11

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 16

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 18

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus 18

51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate) 18

222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen 21

51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate) 25

51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen 28

Details zu den Ergebnissen 32

Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) 33

51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate) 33

50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) 36

222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus 40

Details zu den Ergebnissen 43

Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) 44

51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate) 44

51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) 47

222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate) 51

222401: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) 54

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 58

Details zu den Ergebnissen 62

Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) ... 64
51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate) ... 64
50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) ... 67
Details zu den Ergebnissen ... 71
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) ... 72
51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) ... 72
50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) ... 75
Details zu den Ergebnissen ... 79
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) ... 80
51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) ... 80
50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) ... 83
Details zu den Ergebnissen ... 87
51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung ... 88
Details zu den Ergebnissen ... 93
50060: Nosokomiale Infektion ... 95
Details zu den Ergebnissen ... 99
50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung ... 100
Details zu den Ergebnissen ... 104
52262: Zunahme des Kopfumfangs ... 105
50063: Durchführung eines Hörtests ... 108
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C ... 111
50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen ... 111
50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen ... 115
Details zu den Ergebnissen ... 119
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 120
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 120
850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben ... 120
850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme ... 122
851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert ... 124
851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben ... 126

852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums ... 128

852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben ... 130

852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben ... 132

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 134

850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 134

850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 136

850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 138

Basisauswertung ... 140

Gesamtauswertung (Alle Kinder) ... 140

Basisdokumentation ... 140

Primär palliative Therapie (ab Geburt) ... 141

Angaben zur Geburt ... 141

Aufnahme ... 143

Diagnostik und Therapie ... 145

ROP-Screening nicht durchgeführt ... 147

Durchführung des ersten ROP-Screenings vor dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum ... 148

Durchführung des ersten ROP-Screenings nach dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum ... 149

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie ... 150

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen bzw. nach Hause entlassene Kinder) ... 152

Operation(en) und Prozeduren ... 157

Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes ... 158

Entlassung ... 160

VLBW-Auswertung (Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g) ... 163

Primärer Verzicht auf kurative Therapie ... 164

Aufnahme ... 165

Diagnostik und Therapie ... 177

Dauer der Beatmungsart nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) ... 182

ROP-Screening nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) ... 193

Entlassung 196

Einleitung

Bei der Neonatologie handelt es sich um einen Zweig der angewandten Kinderheilkunde, der sich mit der Versorgung und Behandlung von Neu- bzw. Frühgeborenen beschäftigt. Hierbei ist die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität, insbesondere die Vermeidung von Erkrankungen sowie die Durchführung einer adäquaten Therapie, von großer Bedeutung.

Im Auswertungsmodul PM-NEO werden alle Neugeborenen erfasst, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden und eine Aufenthaltsdauer im Krankenhaus von über 12 Stunden haben oder die im Alter von 8 bis 120 Tagen von einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Aufnahmegewicht von weniger als 2.000 g
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung
- Beatmung länger als eine Stunde
- schwerwiegende Erkrankung bei einem Aufnahmegewicht ab 2.000 g

Dokumentationspflichtig sind darüber hinaus Kinder, die im Kreißsaal oder in den ersten 7 Lebenstagen versterben oder die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt wurden und verstorben sind.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien werden pro Jahr aktuell über 100.000 Früh- oder Neugeborene erfasst. Bei ca. 10.000 Kindern von diesen handelt es sich um sehr kleine Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g oder mit einem Gestationsalter von weniger als 32 vollendeten Schwangerschaftswochen. Ein Großteil der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Auswertungsmodul PM-NEO bezieht sich auf diese Hochrisikogruppe. Neben der Erfassung der Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei sehr kleinen Frühgeborenen (IDs 51832 und 51837) und Risiko-Lebendgeborenen (IDs 51070 und 222402) werden auch schwerwiegende Erkrankungen betrachtet, die Langzeitfolgen für diese Kinder nach sich ziehen können. Hierunter fallen höhergradige Hirnblutungen, die vermehrt mit späteren Behinderungen einhergehen (IDs 51076, 50050 und 222200 zur intra- und periventrikulären Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)), entzündliche Darmerkrankungen (IDs 51838, 51843, 222400, 222401 und 222201 zur nekrotisierenden Enterokolitis (NEK) und fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP)) sowie schwerwiegende Schädigungen der weißen Hirnsubstanz (IDs 51077 und 50051 zur zystischen periventrikulären Leukomalazie (PVL)), der Lunge (IDs 51079 und 50053 zur bronchopulmonalen Dysplasie (BPD)) oder der Netzhaut des Auges (IDs 51078 und 50052 zur höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP)). Zudem werden nosokomiale Infektionen – Infektionen, die im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts erworben werden und zu den häufigsten Ursachen der Sterblichkeit dieser Kinder gehören – erfasst (ID 50060). Darüber hinaus wird erhoben, ob sich bei beatmeten Kindern eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand gebildet hat (ID 50062 zum Pneumothorax). Ein Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901), in dem verschiedene Kennzahlen der Ergebnisqualität für Frühgeborene verrechnet werden, wird ausgewiesen, da aufgrund der geringen Anzahl an Frühgeborenen zufällige statistische Schwankungen sehr ausgeprägt sind und oftmals keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität mittels eines einzelnen Indikators ermöglichen. Des Weiteren wird die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts

erfasst (ID 52262), da sich hierdurch zusätzliche Rückschlüsse auf die Kindesentwicklung und mögliche Qualitätsprobleme ziehen lassen. Neben diesen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität werden auch Prozessindikatoren gemessen. Beispielsweise wird erhoben, ob die Körpertemperatur bei Aufnahme ins Krankenhaus unter 36,0 °C beträgt (IDs 50069 und 50074), da eine Unterkühlung schwerwiegende Komplikationen und Folgeerkrankungen hervorruft und sich somit auf die spätere Entwicklung der Kinder negativ auswirken kann. Zudem wird erfasst, ob ein Hörtest durchgeführt wurde (ID 50063), um frühestmöglich angeborene Hörstörungen diagnostizieren und eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichts basieren auf folgenden Datenquellen:
• eingegangene QS-Dokumentationsdaten
• eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.

Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird ebenfalls pro Vergleichsgruppe und zusätzlich auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das Auswertungsmodul Neonatologie (PM-NEO) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem entlassenden Standort (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	90.206 89.657 549	89.834	100,41
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	421		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	442	461	95,88
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	418	434	96,31

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zum Auswertungsmodul PM-NEO finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pm/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	0,20 % O = 150 N = 76.070
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 2,74 (95. Perzentil)	0,81 O/E = 150 / 185,22 0,20 % O/N = 150 / 76.070
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	3,41 % O = 268 N = 7.861
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	Transparenzkennzahl	0,97 O/E = 268 / 275,68 3,41 % O/N = 268 / 7.861

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)			
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	2,89 % O = 224 N = 7.747
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	Transparenzkennzahl	0,89 O/E = 224 / 251,36 2,89 % O/N = 224 / 7.747
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus	Transparenzkennzahl	0,64 % O = 53 N = 8.283

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)			
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	2,06 % O = 174 N = 8.442
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	Transparenzkennzahl	1,03 O/E = 174 / 168,17 2,06 % O/N = 174 / 8.442
222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	1,45 % O = 122 N = 8.442
222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	Transparenzkennzahl	1,13 O/E = 122 / 108,01 1,45 % O/N = 122 / 8.442
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP	Transparenzkennzahl	1,21 O/E = 200 / 165,05 2,37 % O/N = 200 / 8.442
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)			
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	1,23 % O = 88 N = 7.179
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	Transparenzkennzahl	0,78 O/E = 88 / 112,68 1,23 % O/N = 88 / 7.179

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)			
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	7,75 % O = 446 N = 5.752
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	Transparenzkennzahl	0,99 O/E = 446 / 450,36 7,75 % O/N = 446 / 5.752
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)			
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	5,08 % O = 204 N = 4.017
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	Transparenzkennzahl	0,95 O/E = 204 / 213,81 5,08 % O/N = 204 / 4.017
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	≤ 2,17 (95. Perzentil)	0,99 O/E = 1.087 / 1.093,63 12,88 % O/N = 1.087 / 8.442
50060	Nosokomiale Infektion	≤ 2,74 (95. Perzentil)	1,12 O/E = 882 / 786,42 1,20 % O/N = 882 / 73.275

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	≤ 2,72 (95. Perzentil)	1,00 O/E = 812 / 814,52 2,41 % O/N = 812 / 33.749
52262	Zunahme des Kopfumfangs	Nicht definiert	10,30 % O = 1.117 N = 10.847
50063	Durchführung eines Hörtests	≥ 95,00 %	98,26 % O = 80.802 N = 82.234
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C			
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	≤ 2,67 (95. Perzentil)	1,01 O/E = 373 / 369,20 4,26 % O/N = 373 / 8.759
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 2,48 (95. Perzentil)	1,09 O/E = 2.748 / 2.522,05 3,61 % O/N = 2.748 / 76.137

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

© IQTIG 2026

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	≤ 2,59 % (95. Perzentil)	0,85 % 738 / 86.331	4,59 % 19 / 414
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	≤ 3,08 % (95. Perzentil)	0,61 % 69 / 11.395	4,62 % 14 / 303
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	= 0	13,15 % 383 / 2.912	19,26 % 47 / 244
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	≤ 80,00 %	57,21 % 603 / 1.054	14,91 % 24 / 161
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	Nicht definiert	31,05 % 1.308 / 4.212	0,00 % 0 / 200
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	= 0	8,49 % 60 / 707	9,58 % 16 / 167
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	≤ 9,89 % (95. Perzentil)	3,30 % 2.949 / 89.429	4,31 % 18 / 418
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,41 % 90.206 / 89.834	1,74 % 8 / 461
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,41 % 90.206 / 89.834	1,08 % 5 / 461
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,61 % 549 / 89.834	1,74 % 8 / 461

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit

51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)

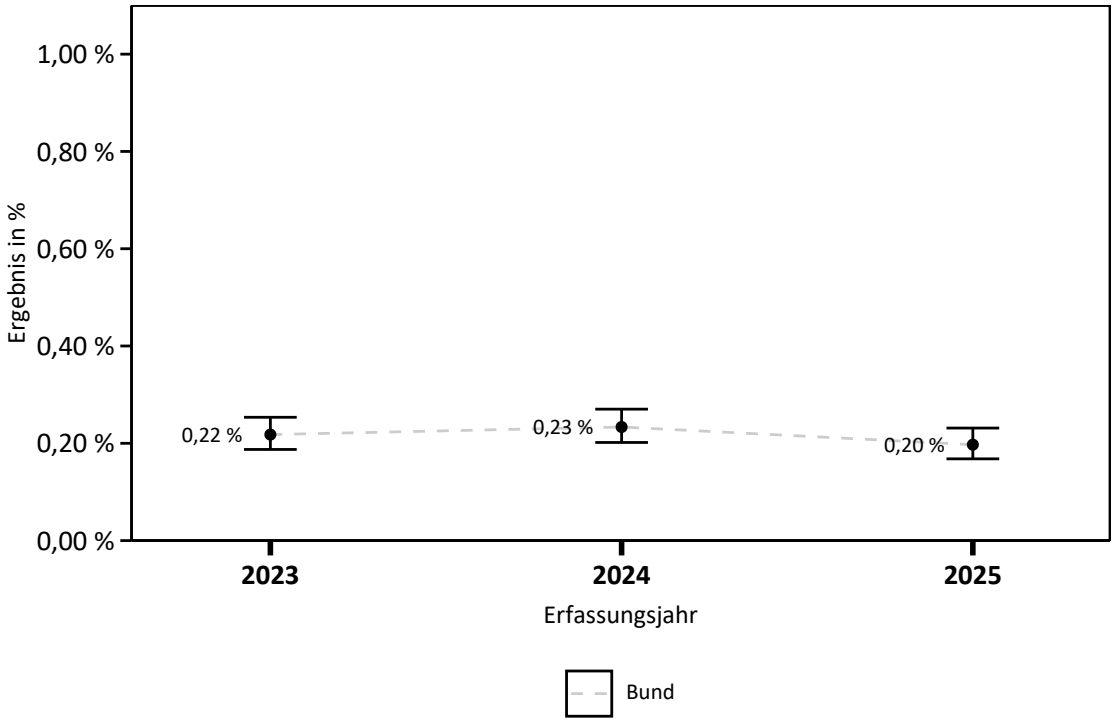
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g
Zähler	Verstorbene Kinder
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

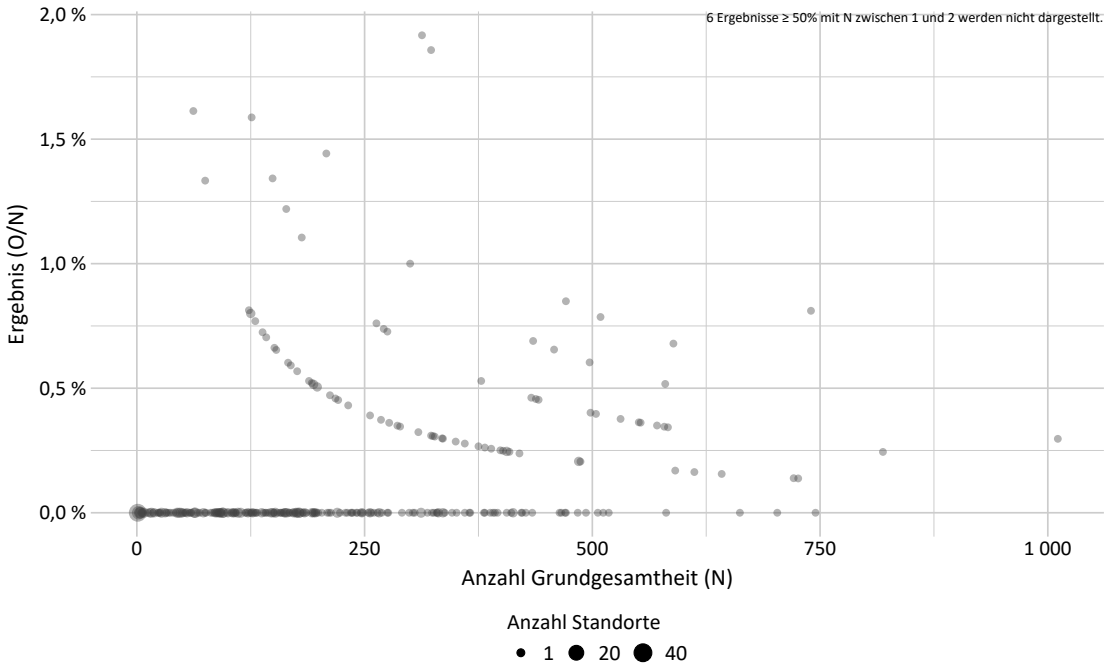
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	167 / 76.629	0,22	0,19 - 0,25
	2024	179 / 76.662	0,23	0,20 - 0,27
	2025	150 / 76.070	0,20	0,17 - 0,23

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	412	0	0,00	100,00	0,00

222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g
Zähler	Verstorbene Kinder
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Sterbefällen bei Risiko-Lebendgeborenen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Sterbefällen bei Risiko-Lebendgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 222402
Referenzbereich	≤ 2,74 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Asphyxie mit HIE Asphyxie ohne HIE Gestationsalter 32 abgeschlossene SSW Gestationsalter 33 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

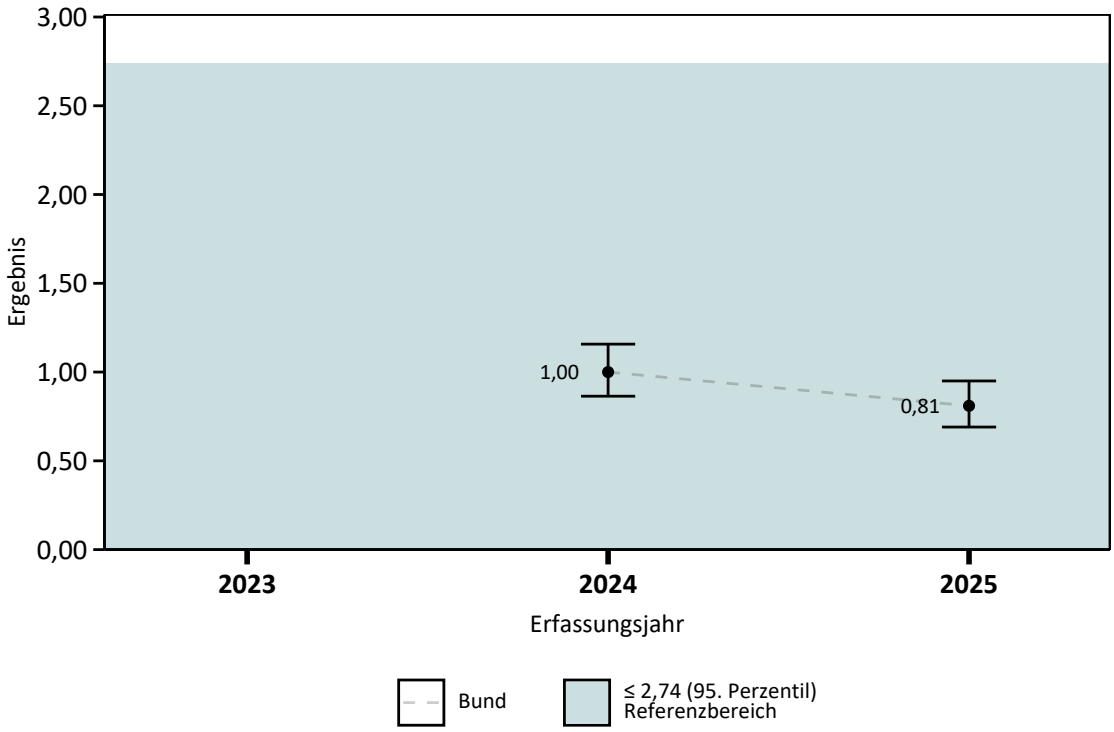
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	-	- / -	-	-
	2024	76.662	179 / 179,00	1,00	0,86 - 1,16
	2025	76.070	150 / 185,22	0,81	0,69 - 0,95

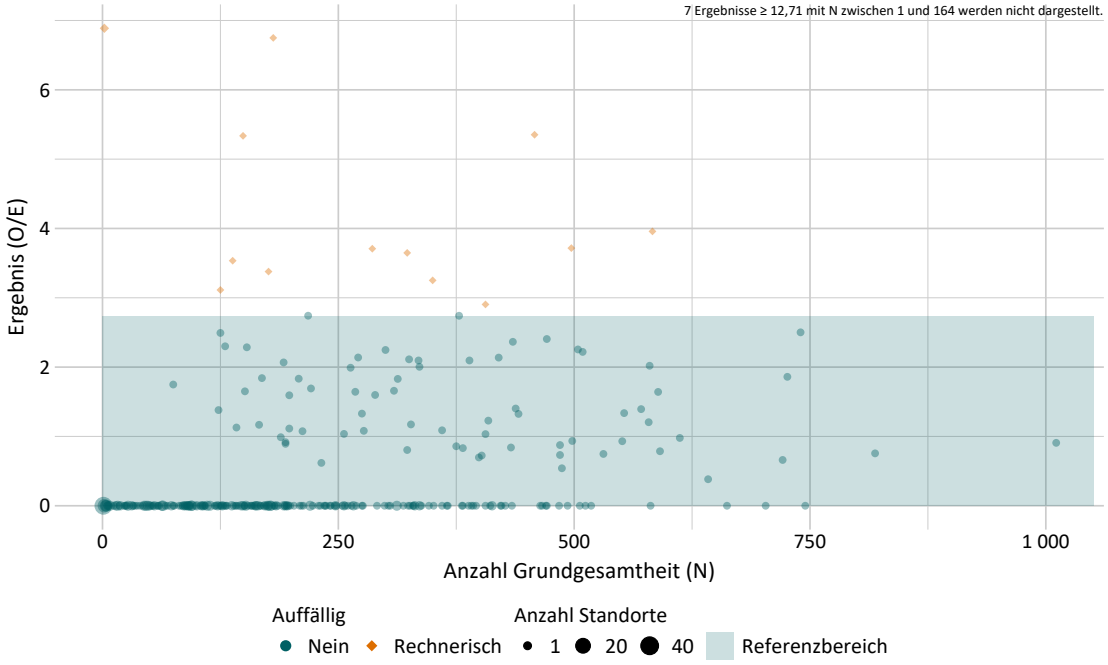
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

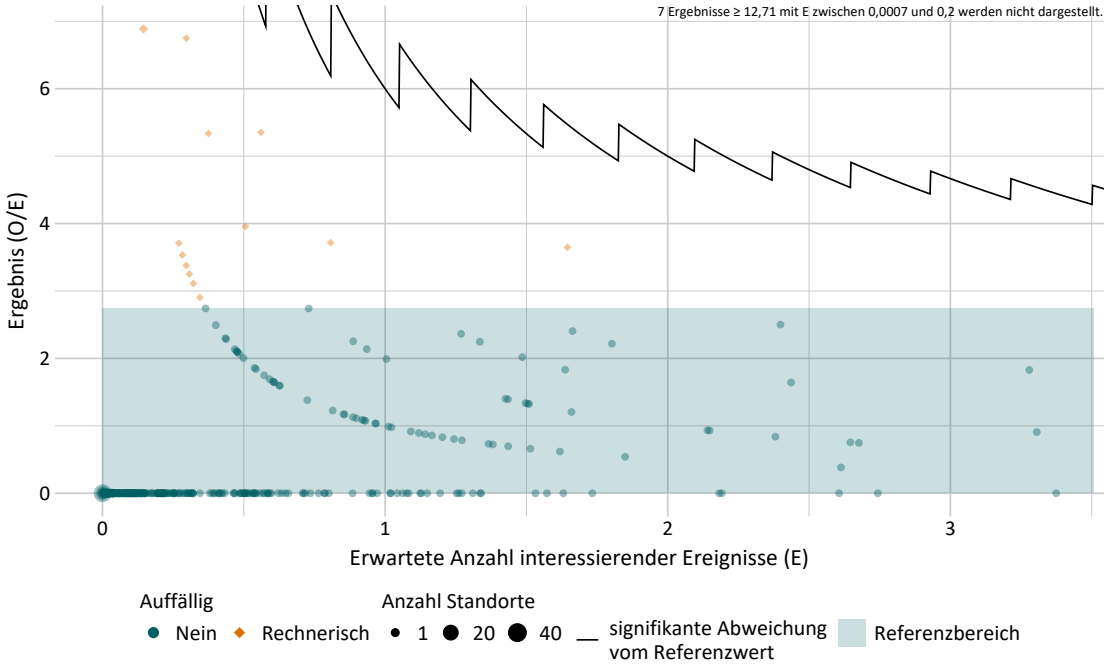
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



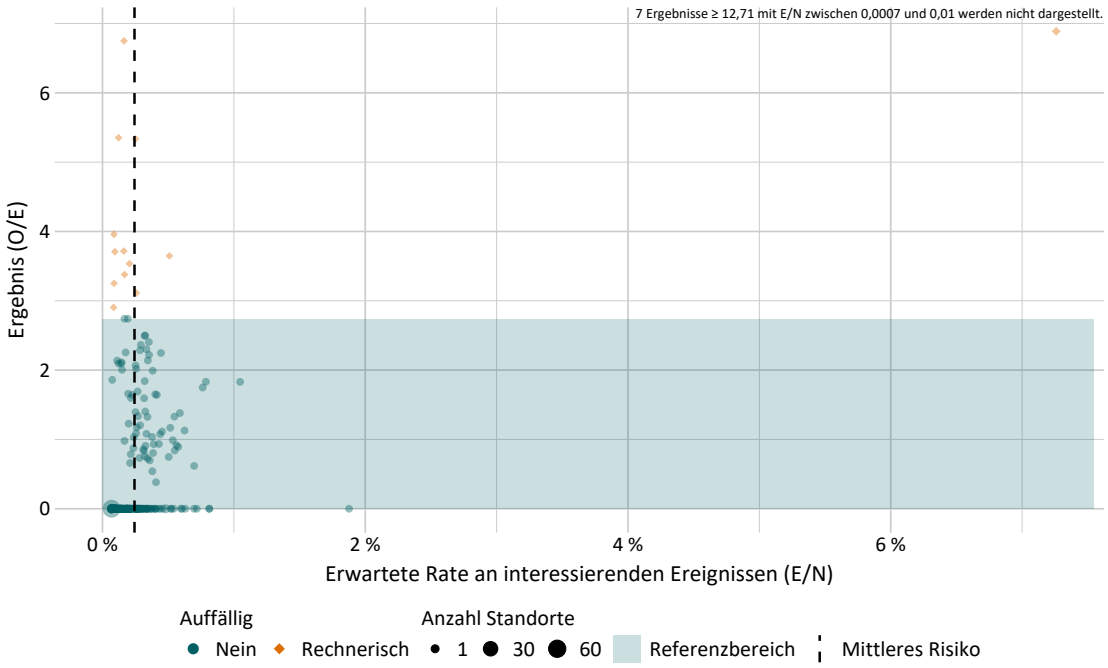
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	412	21	0,00	1.450,20	0,00

51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)

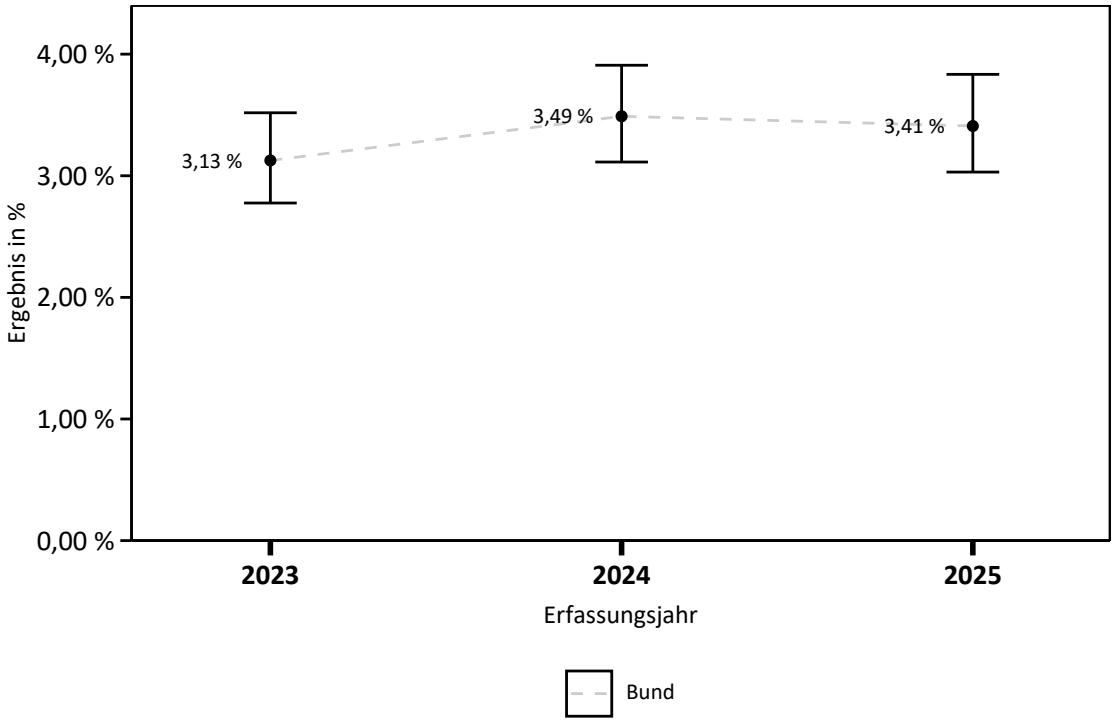
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Verstorbene Kinder
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

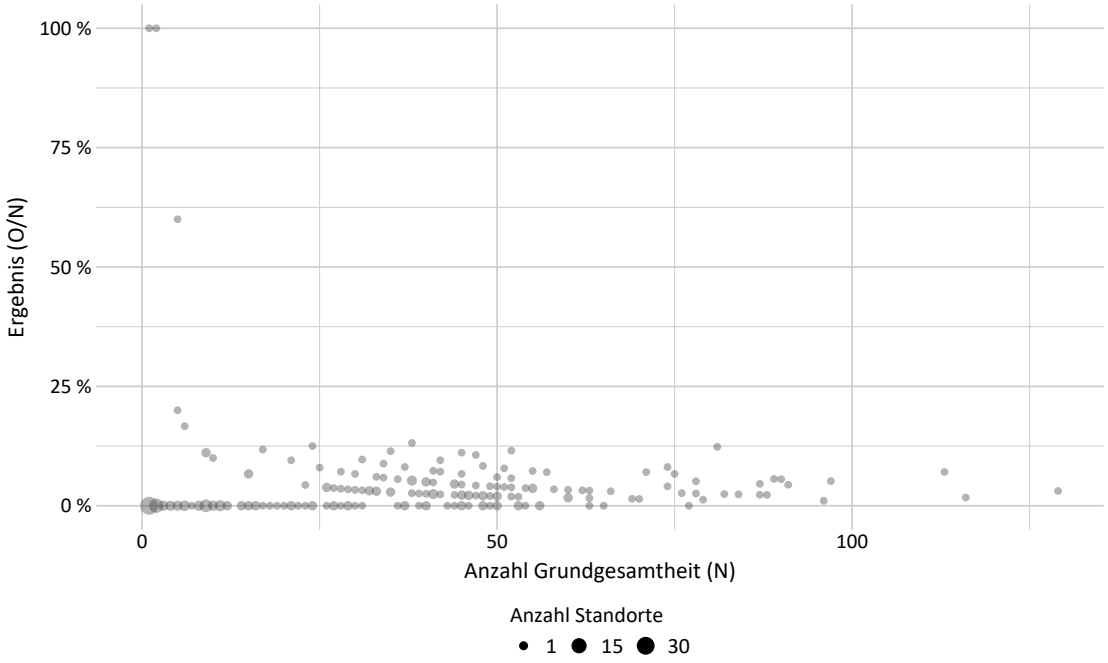
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	265 / 8.478	3,13	2,78 - 3,52
	2024	286 / 8.197	3,49	3,11 - 3,91
	2025	268 / 7.861	3,41	3,03 - 3,83

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	260	0	0,00	100,00	0,00

51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Verstorbene Kinder
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 51837
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

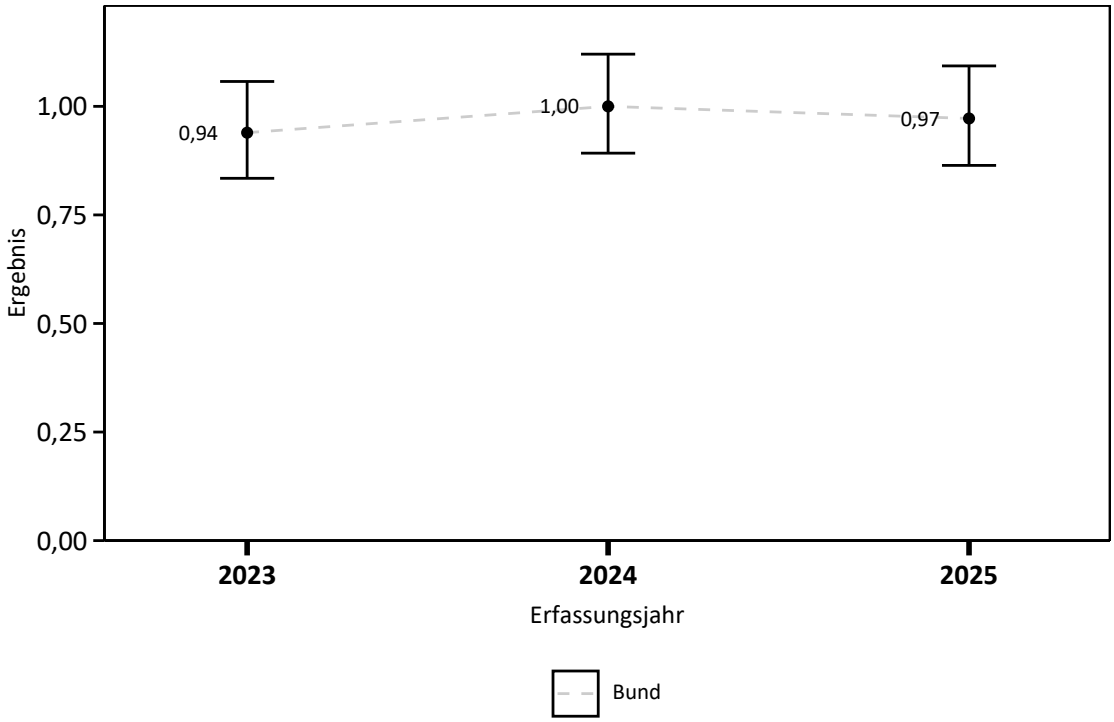
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	8.478	265 / 282,09	0,94	0,83 - 1,06
	2024	8.197	286 / 286,00	1,00	0,89 - 1,12
	2025	7.861	268 / 275,68	0,97	0,86 - 1,09

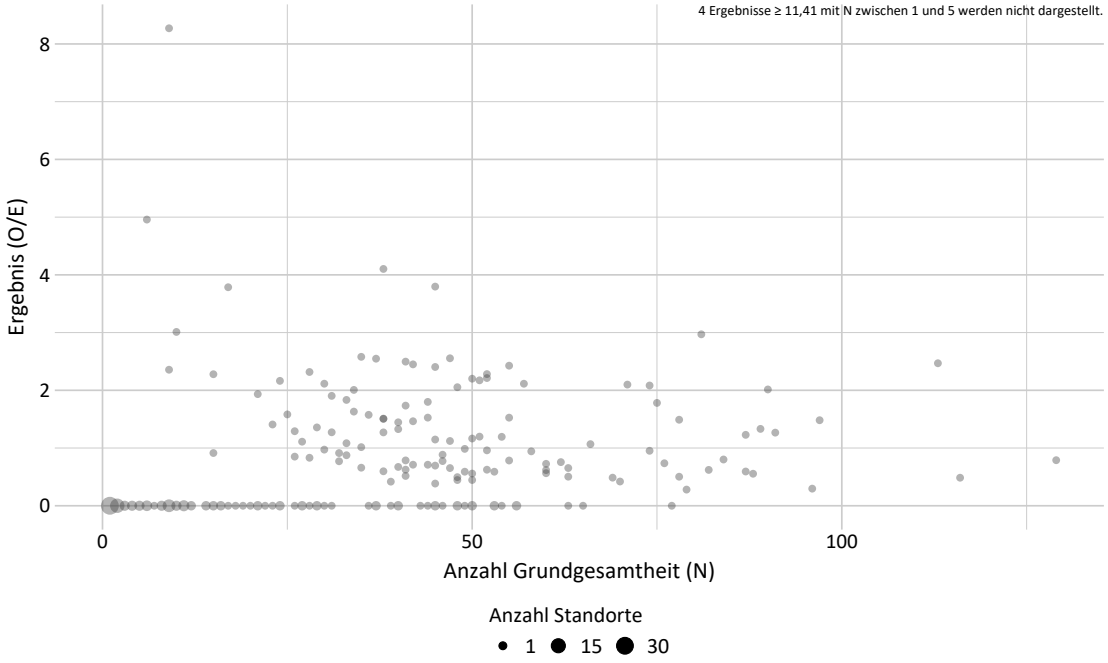
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

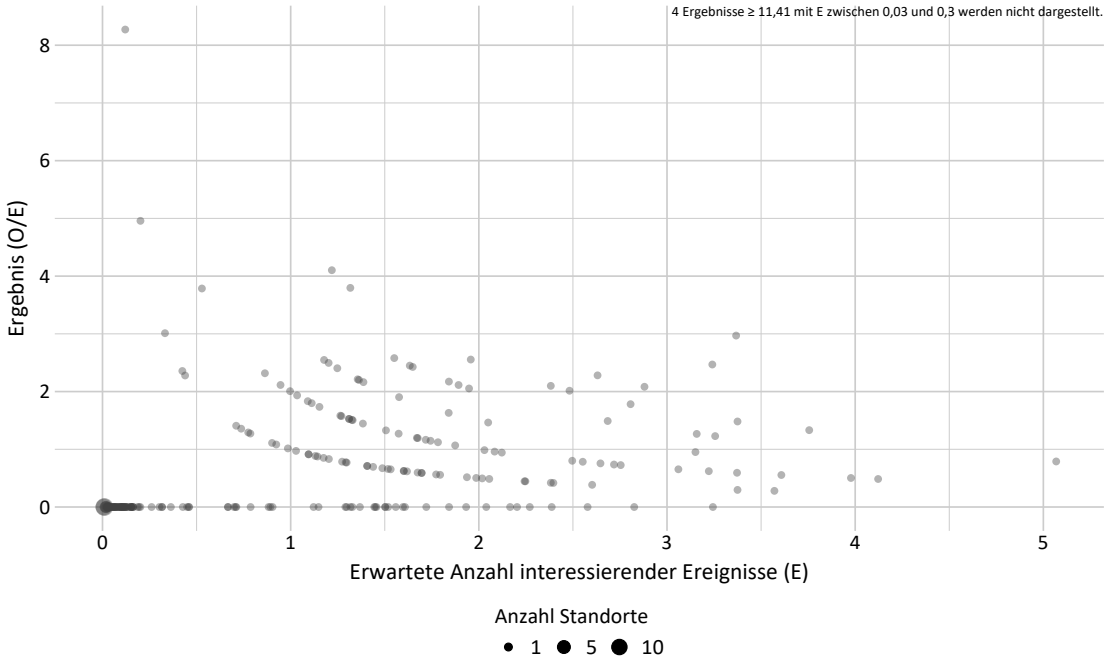
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



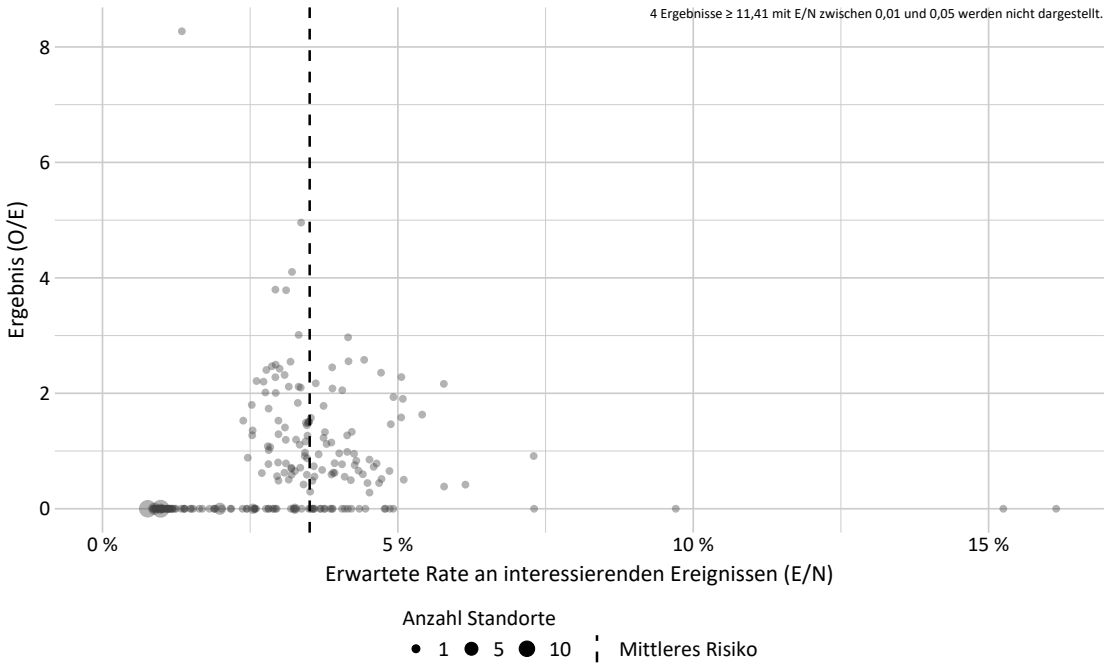
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	260	0	0,00	30,70	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 22_22000 Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen	0,54 % 468/85.940

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	**ID: 51070** **Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)**	0,20 % 150/76.070

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
1.3.1	ID: O_222402 O/N (observed, beobachtet)	0,20 % 150/76.070
1.3.2	ID: E_222402 E/N (expected, erwartet)	0,24 % 185,22/76.070
1.3.3	**ID: 222402** **O/E**	0,81

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	**ID: 51832** **Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)**	3,41 % 268/7.861

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.5	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[1]	
1.5.1	ID: O_51837 O/N (observed, beobachtet)	3,41 % 268/7.861
1.5.2	ID: E_51837 E/N (expected, erwartet)	3,51 % 275,68/7.861
1.5.3	**ID: 51837** **O/E**	0,97

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

Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)

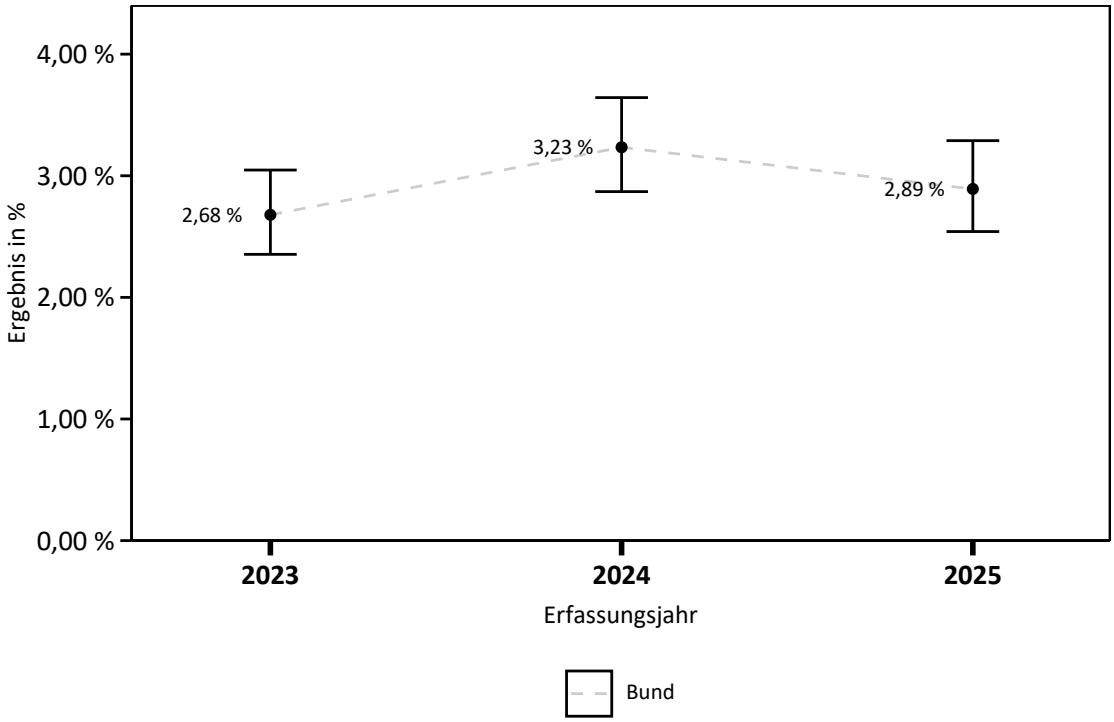
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

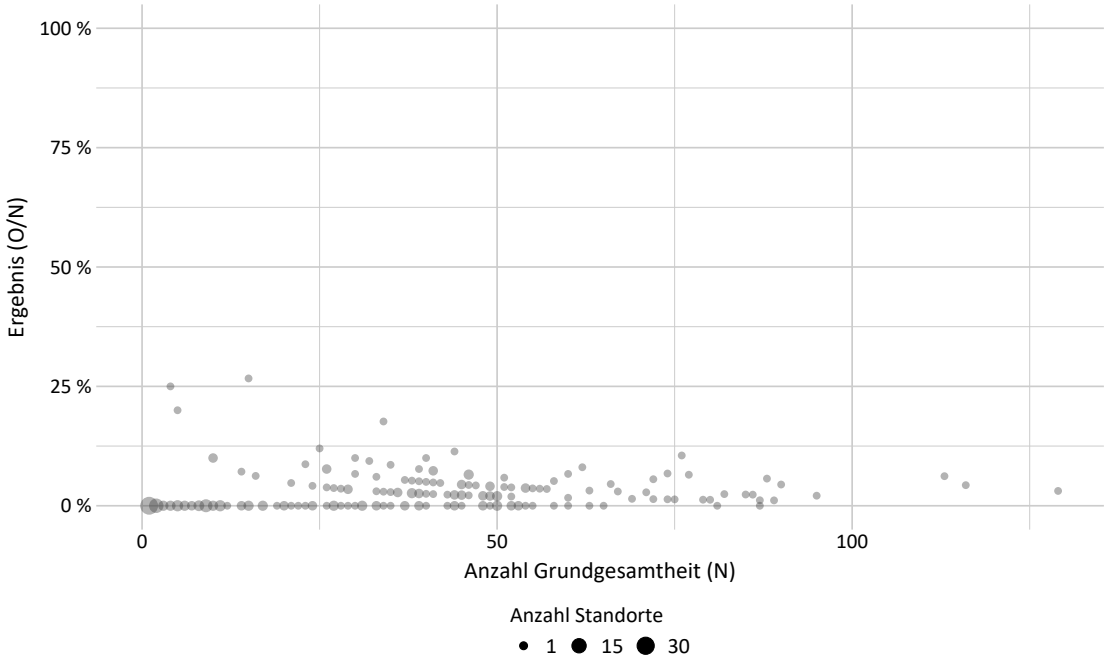
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	224 / 8.362	2,68	2,35 - 3,05
	2024	261 / 8.070	3,23	2,87 - 3,64
	2025	224 / 7.747	2,89	2,54 - 3,29

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	254	0	0,00	26,67	0,00

50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50050
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

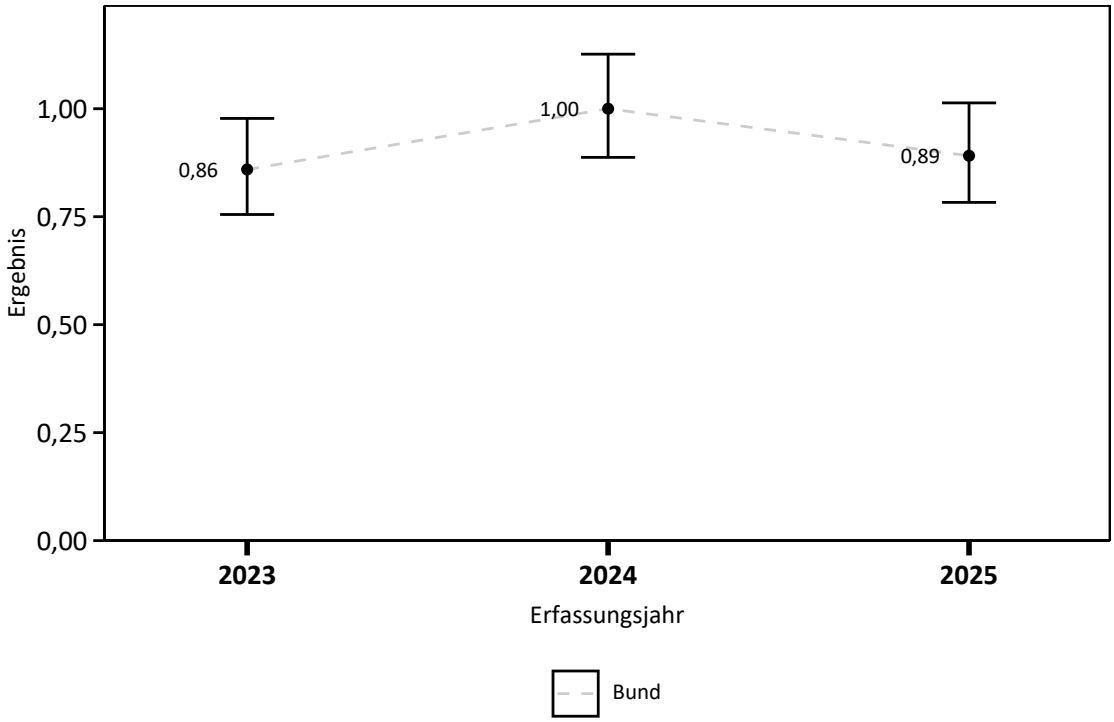
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	8.362	224 / 260,66	0,86	0,76 - 0,98
	2024	8.070	261 / 261,00	1,00	0,89 - 1,13
	2025	7.747	224 / 251,36	0,89	0,78 - 1,01

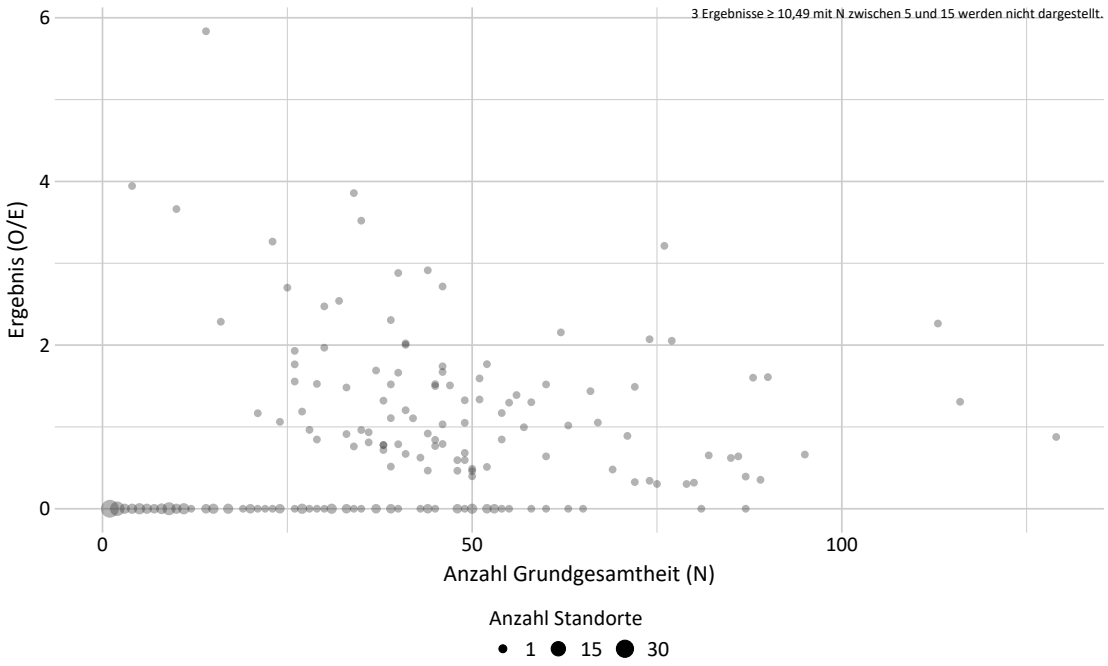
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

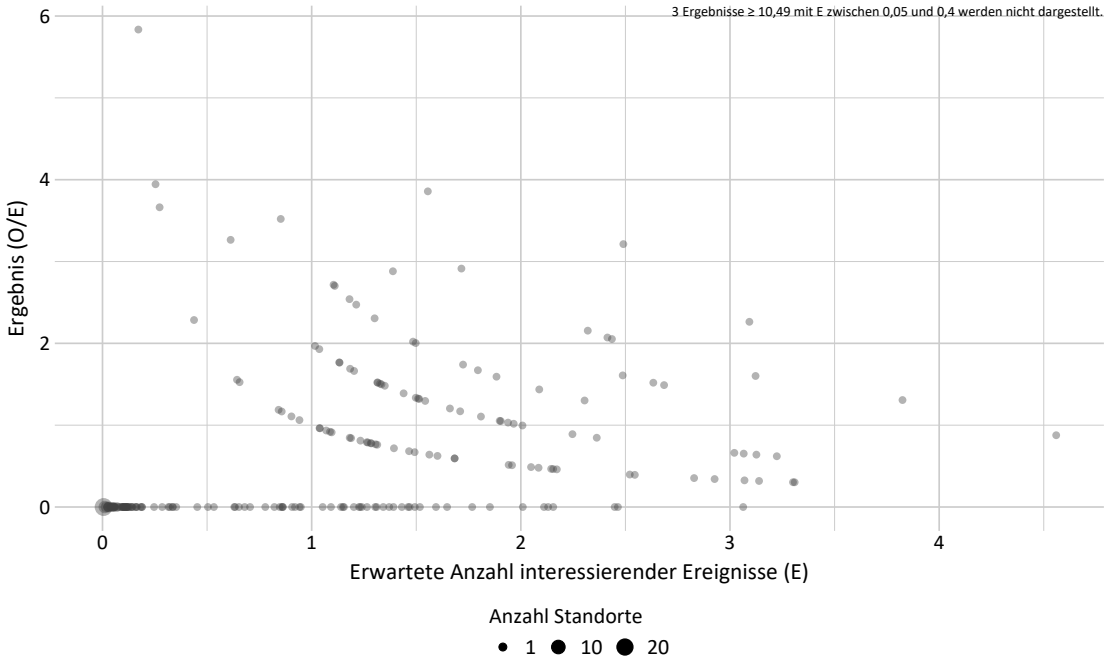
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



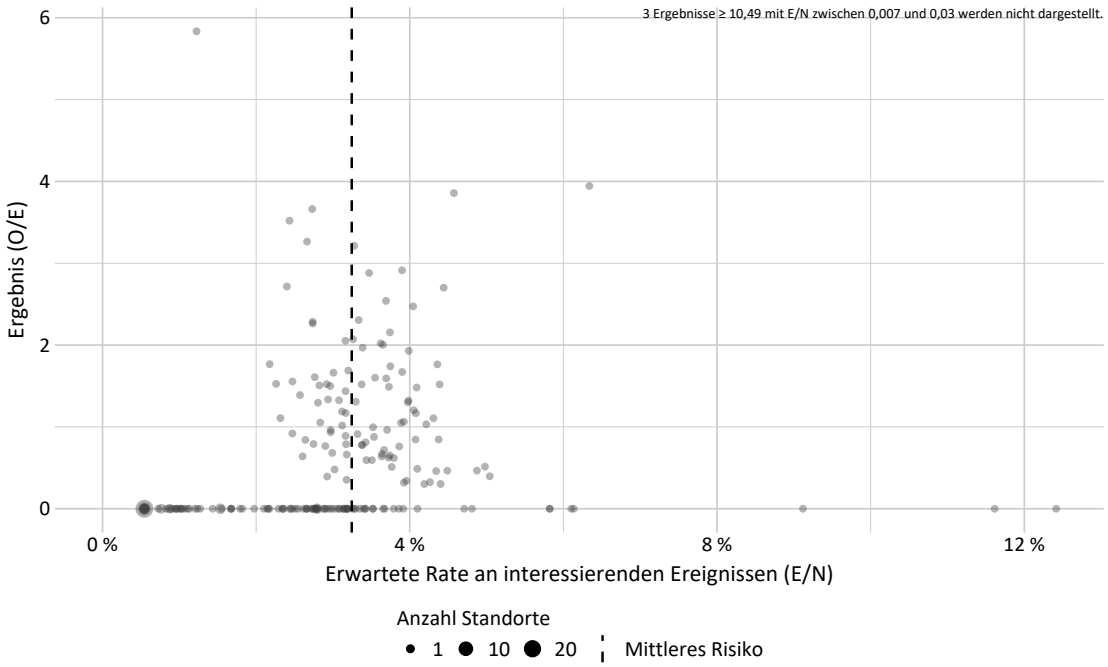
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	254	0	0,00	21,26	0,00

222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus

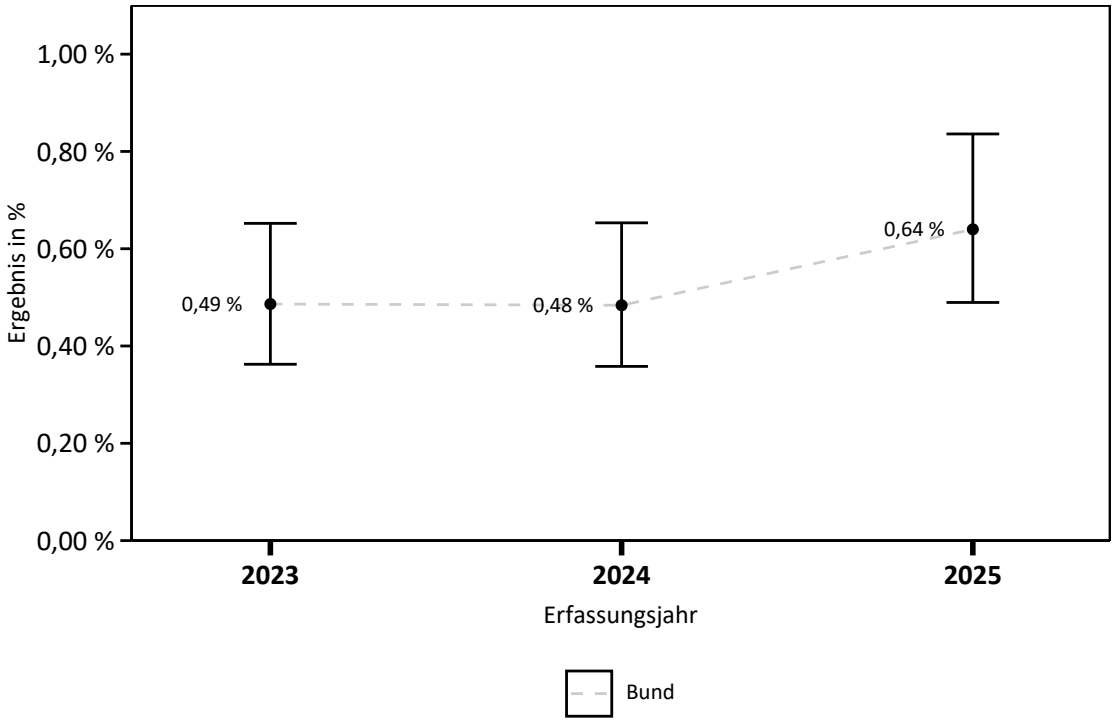
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

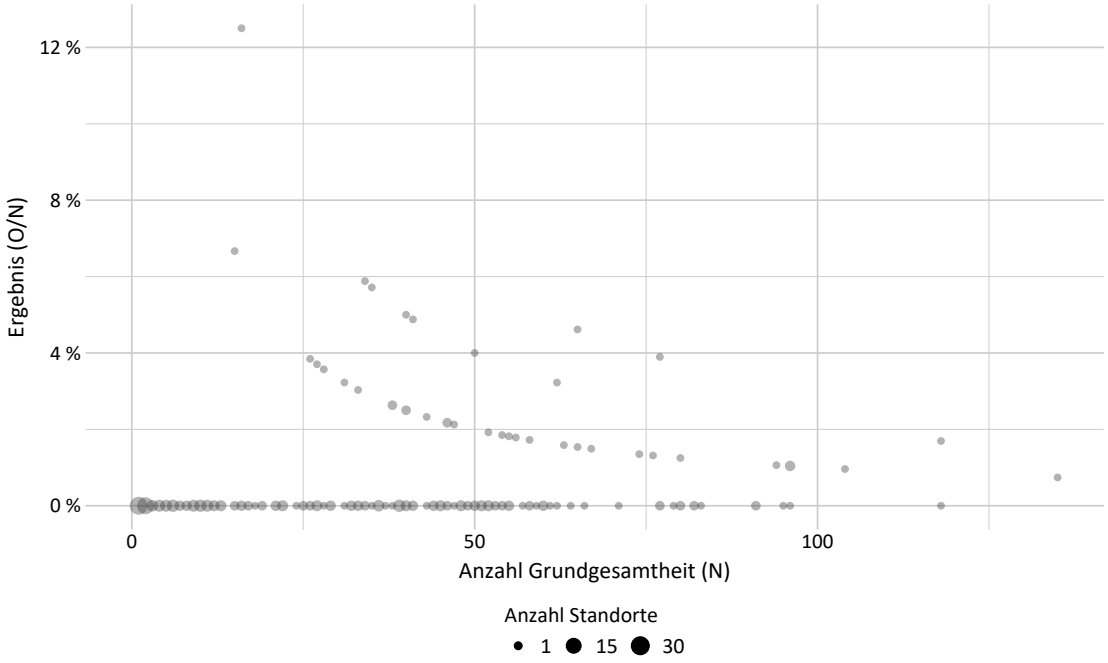
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	44 / 9.048	0,49	0,36 - 0,65
	2024	42 / 8.682	0,48	0,36 - 0,65
	2025	53 / 8.283	0,64	0,49 - 0,84

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	274	0	0,00	12,50	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 51076** **Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)**	2,89 % 224/7.747

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[2]	
2.2.1	ID: O_50050 O/N (observed, beobachtet)	2,89 % 224/7.747
2.2.2	ID: E_50050 E/N (expected, erwartet)	3,24 % 251,36/7.747
2.2.3	**ID: 50050** **O/E**	0,89

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	**ID: 222200** **Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus**	0,64 % 53/8.283

Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)

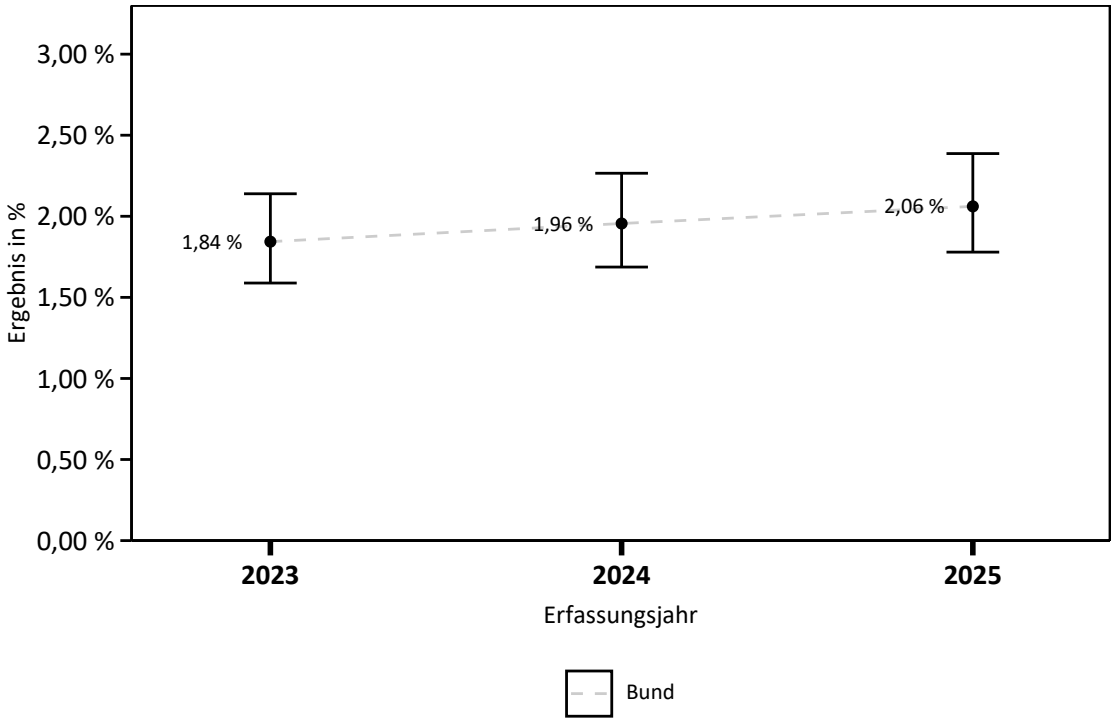
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

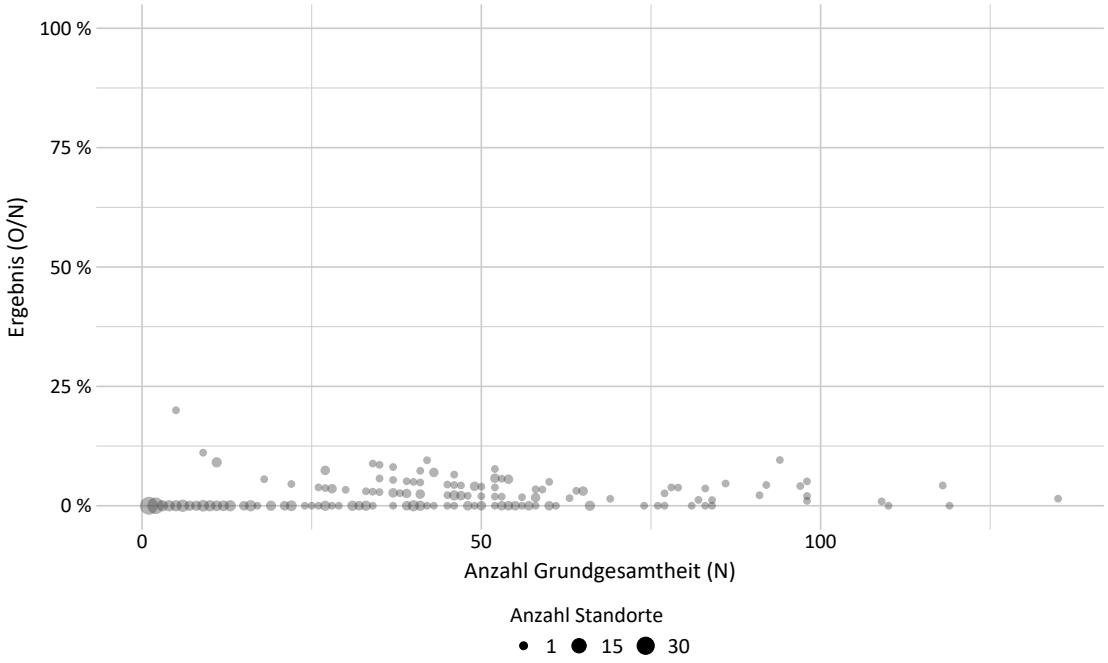
Dimension		**Ergebnis O/N**	**Ergebnis in %**	**95%-Vertrauensbereich in %**
Bund	**2023**	170 / 9.221	1,84	1,59 - 2,14
	2024	173 / 8.847	1,96	1,69 - 2,27
	2025	174 / 8.442	2,06	1,78 - 2,39

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	282	0	0,00	20,00	0,00

51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 51843
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW Gestationsalter 30 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

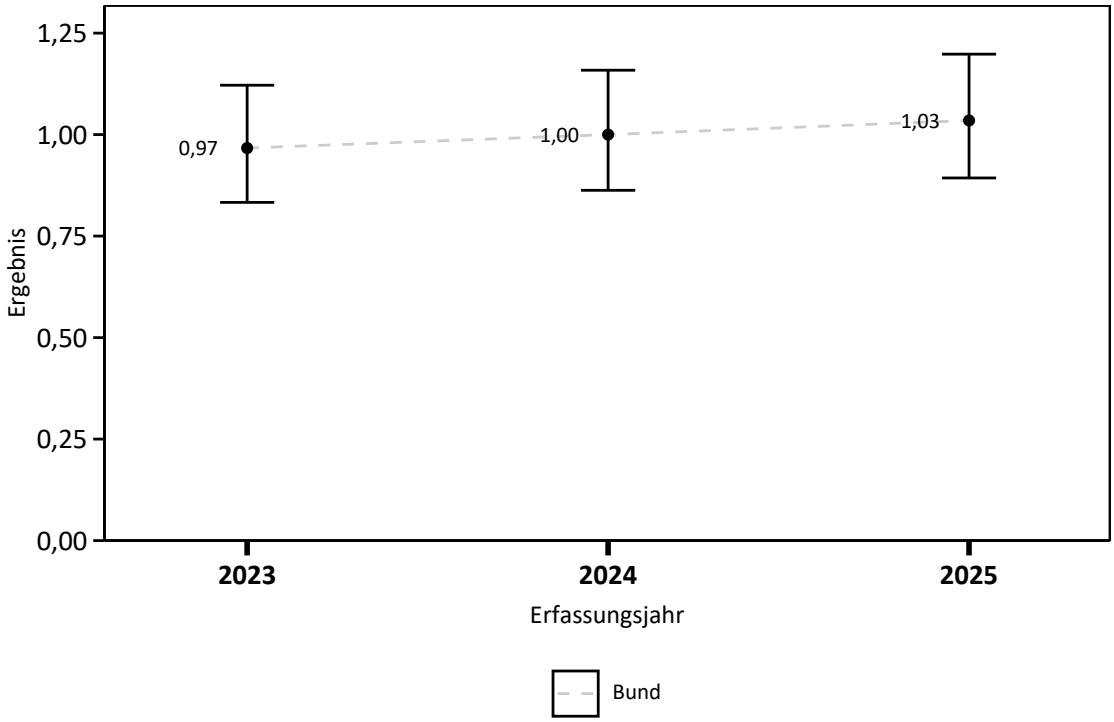
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	9.221	170 / 175,84	0,97	0,83 - 1,12
	2024	8.847	173 / 173,00	1,00	0,86 - 1,16
	2025	8.442	174 / 168,17	1,03	0,89 - 1,20

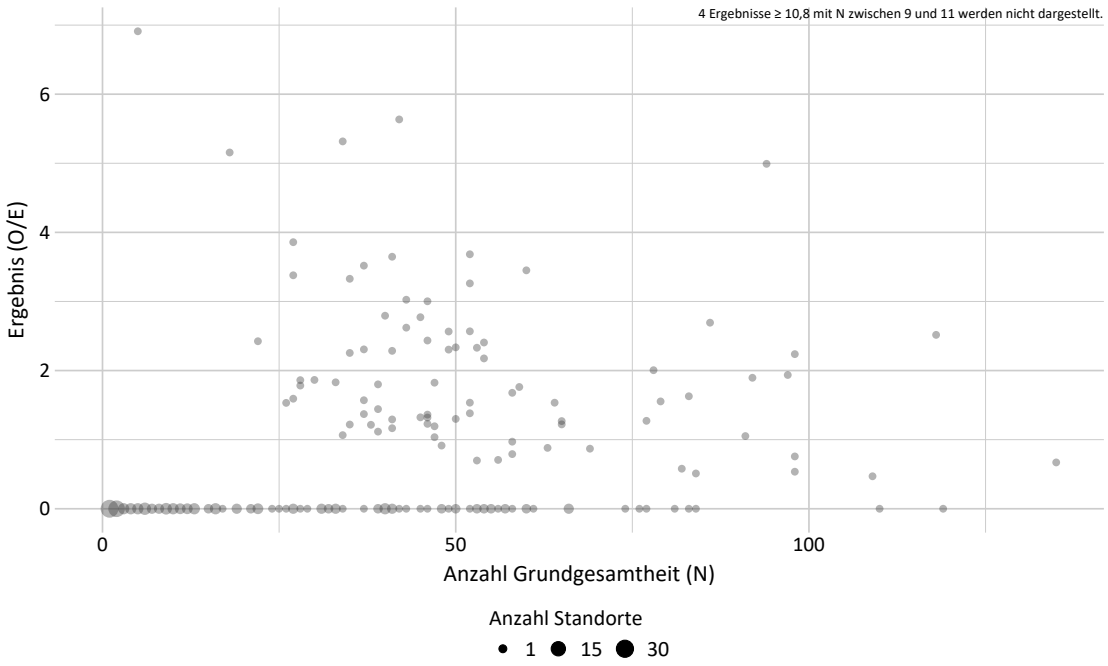
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

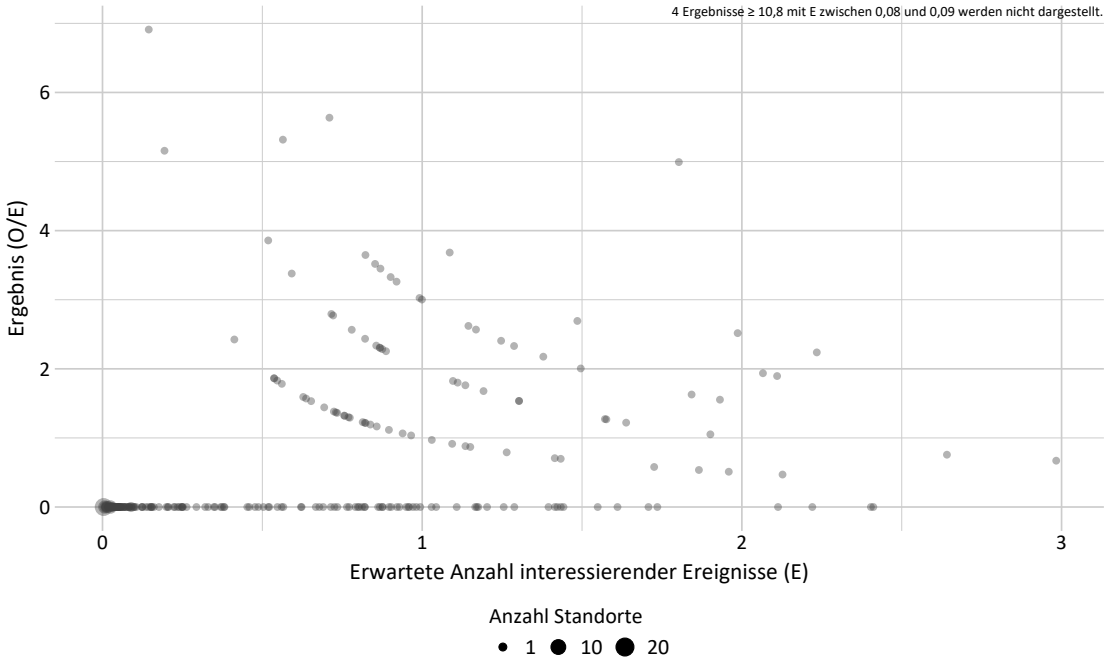
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



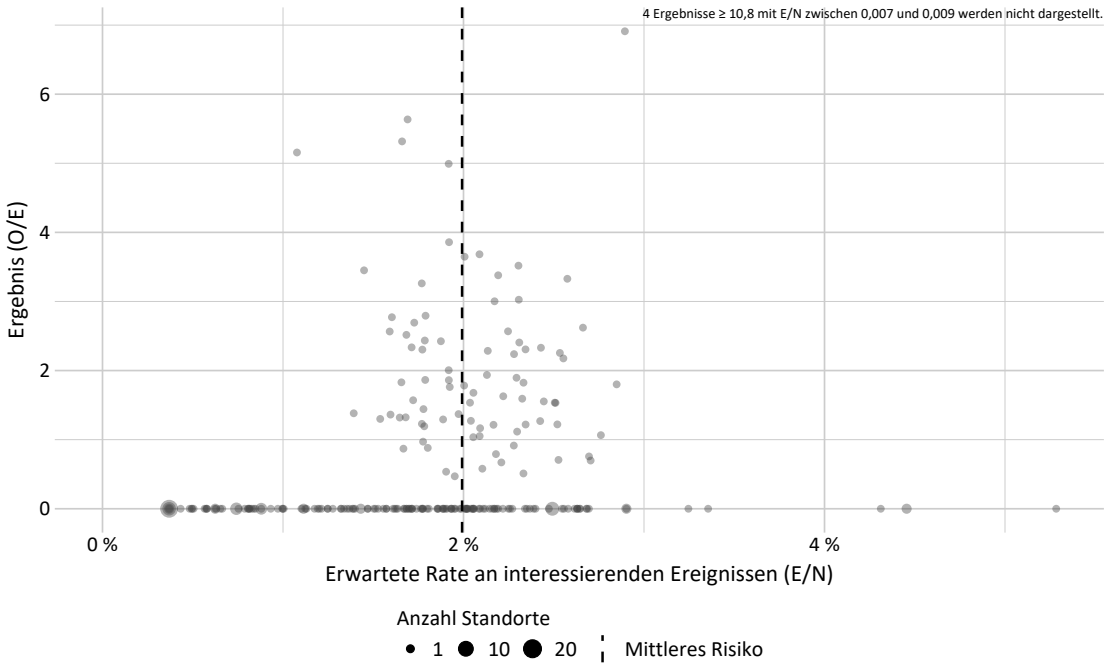
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	282	0	0,00	13,03	0,00

222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)

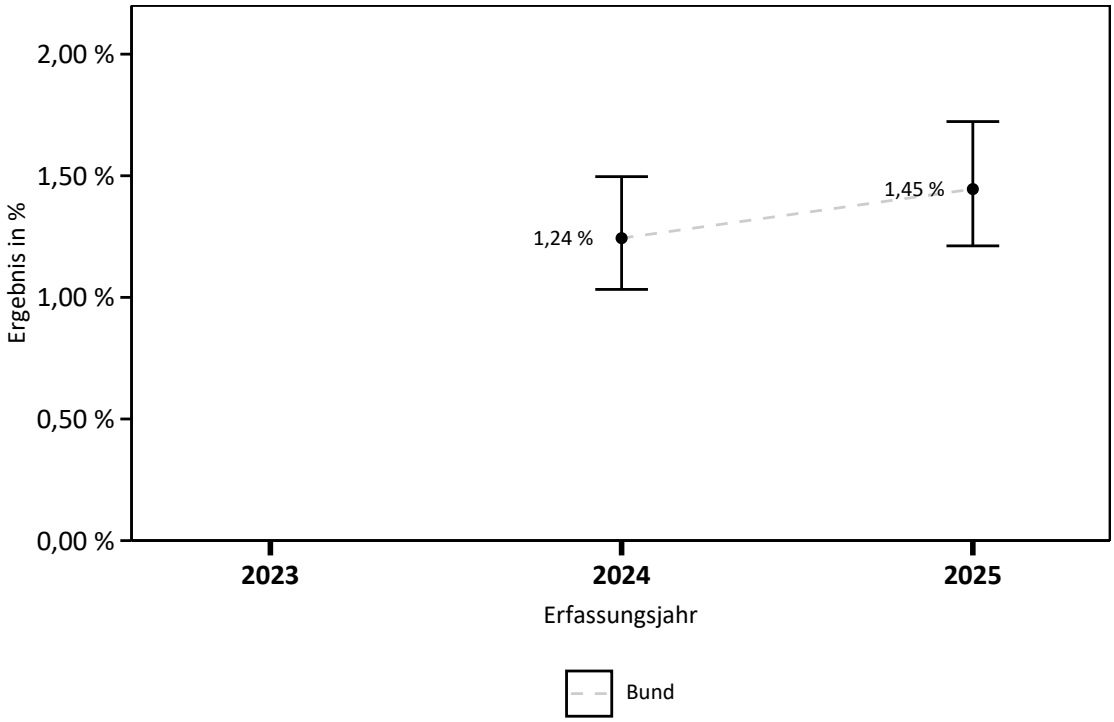
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

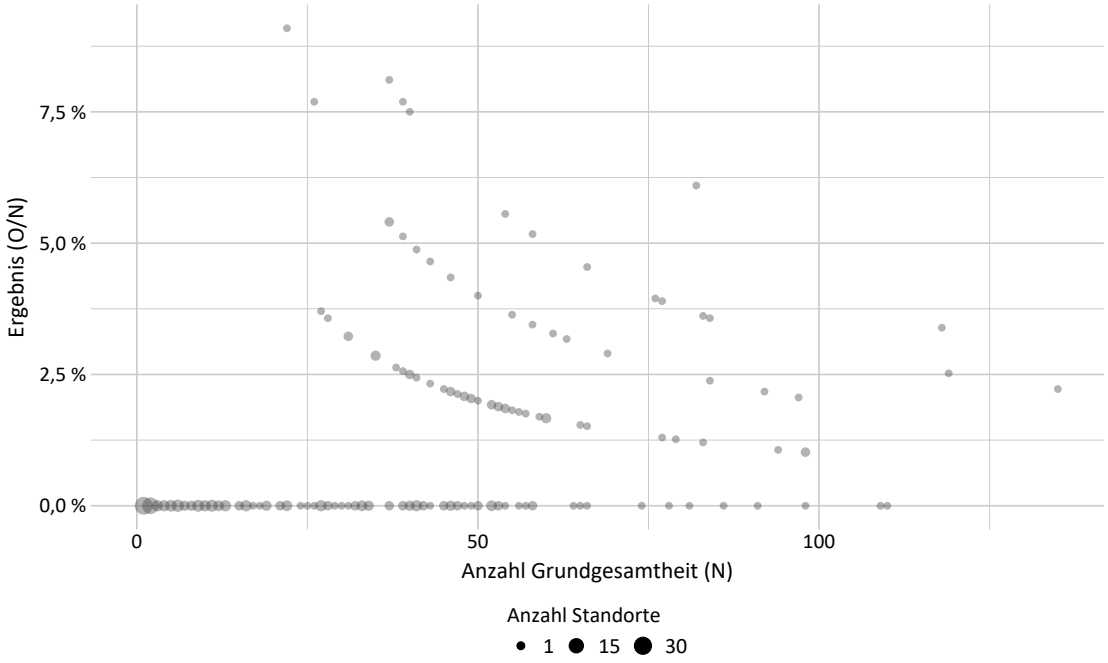
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	- / -	-	-
	2024	110 / 8.847	1,24	1,03 - 1,50
	2025	122 / 8.442	1,45	1,21 - 1,72

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	282	0	0,00	9,09	0,00

222401: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m
Zähler	Kinder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 222401
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

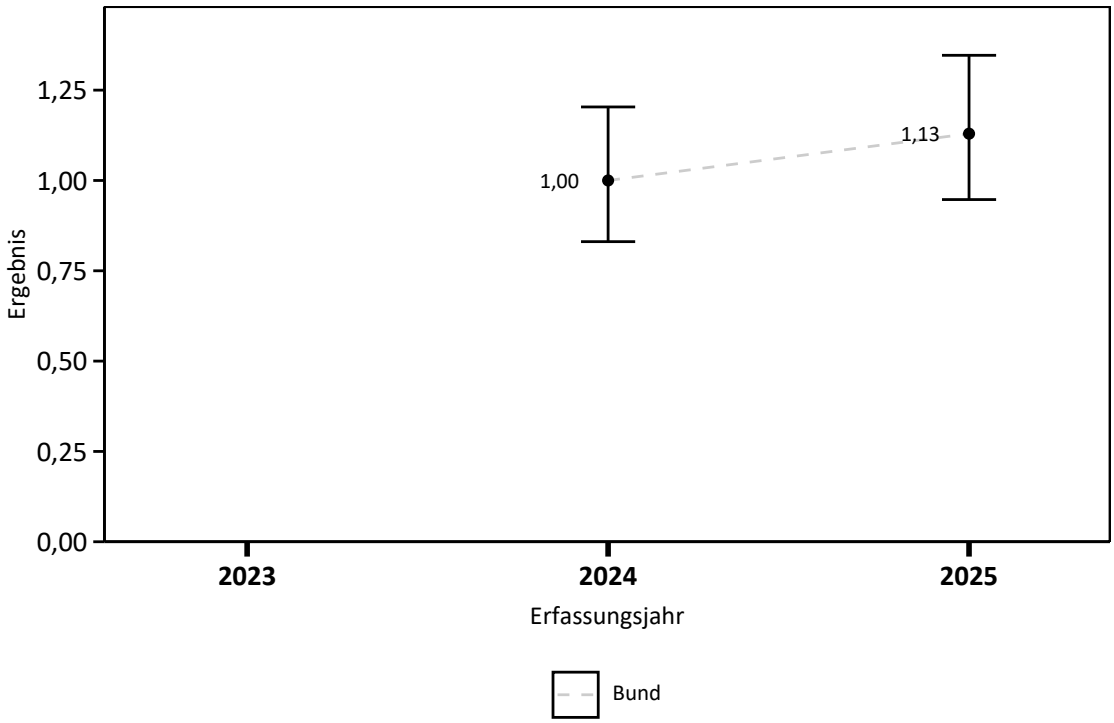
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	-	- / -	-	-
	2024	8.847	110 / 110,00	1,00	0,83 - 1,20
	2025	8.442	122 / 108,01	1,13	0,95 - 1,35

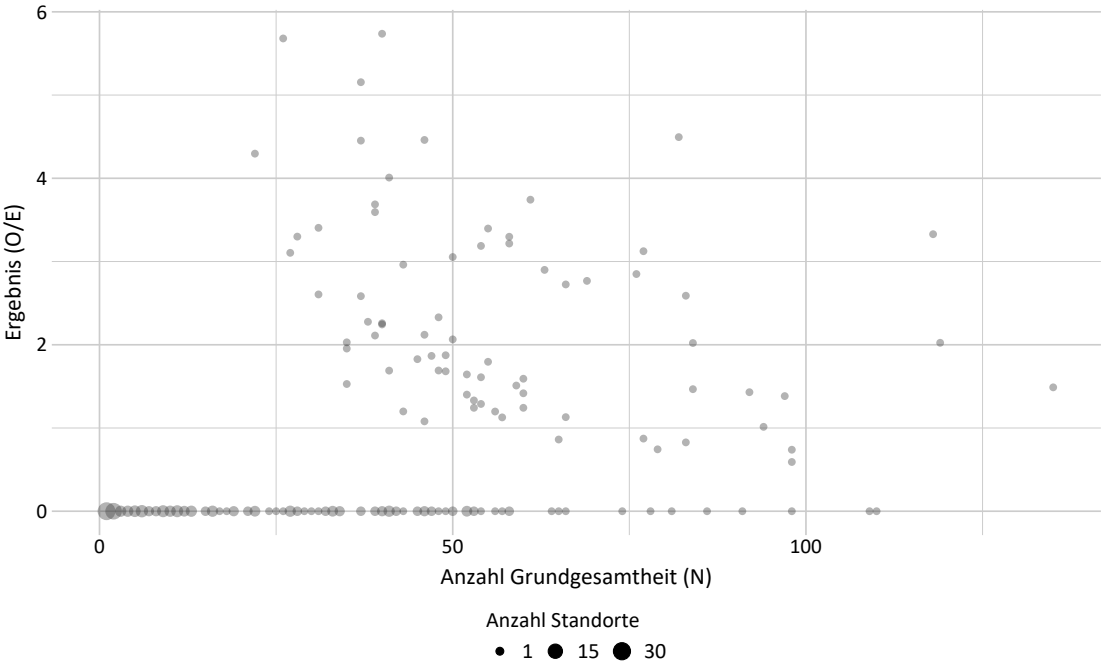
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

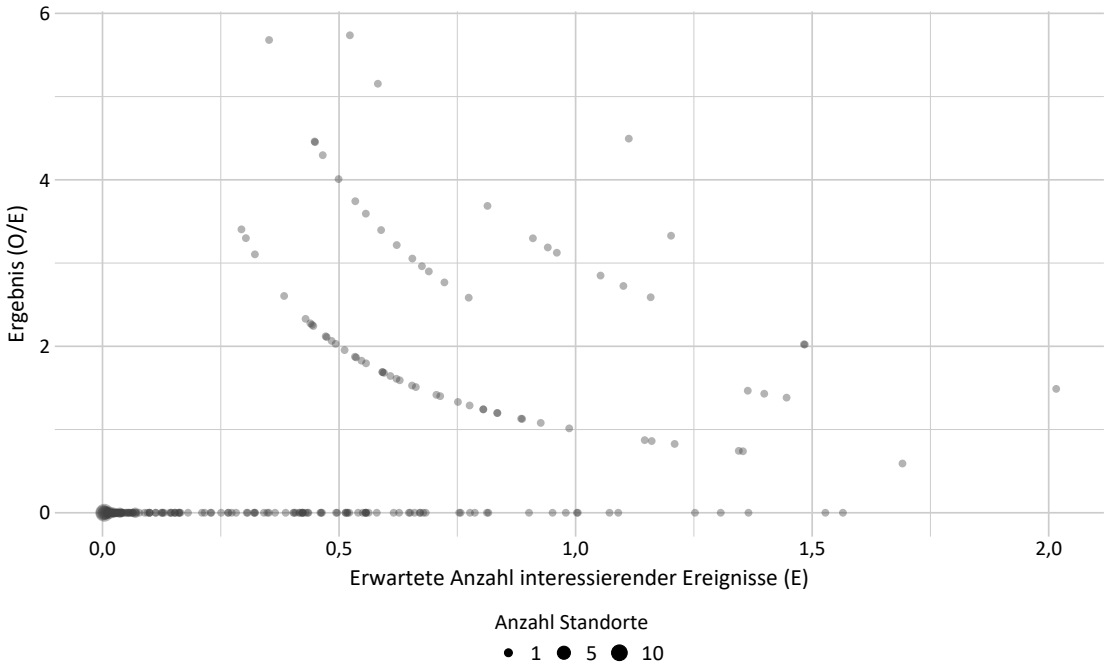
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



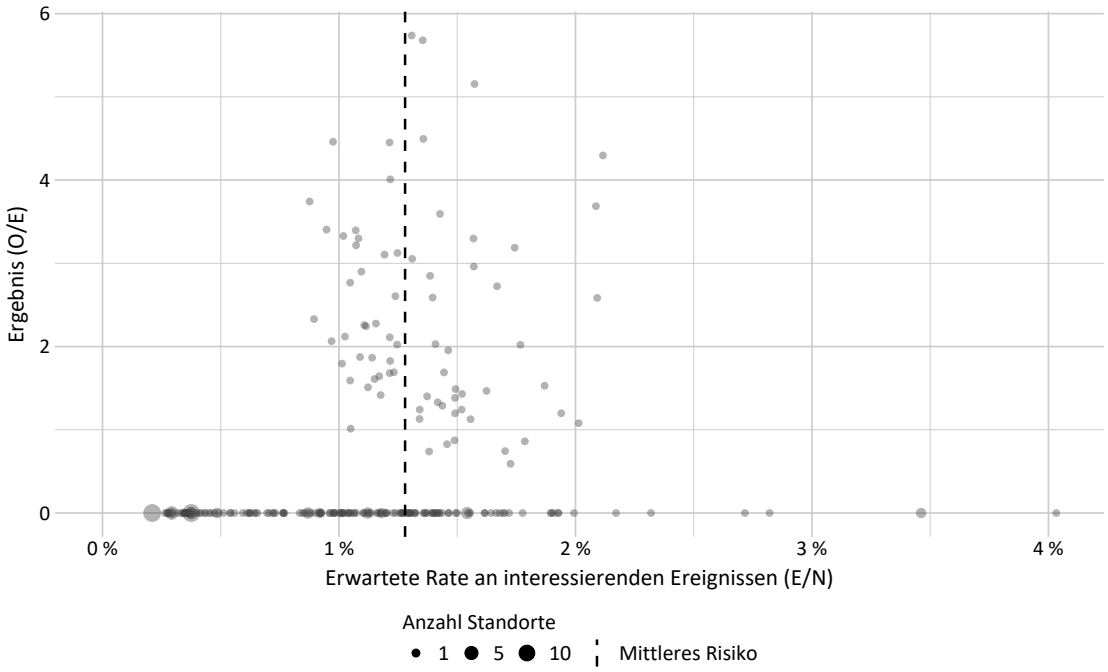
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	282	0	0,00	5,74	0,00

222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 222201
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

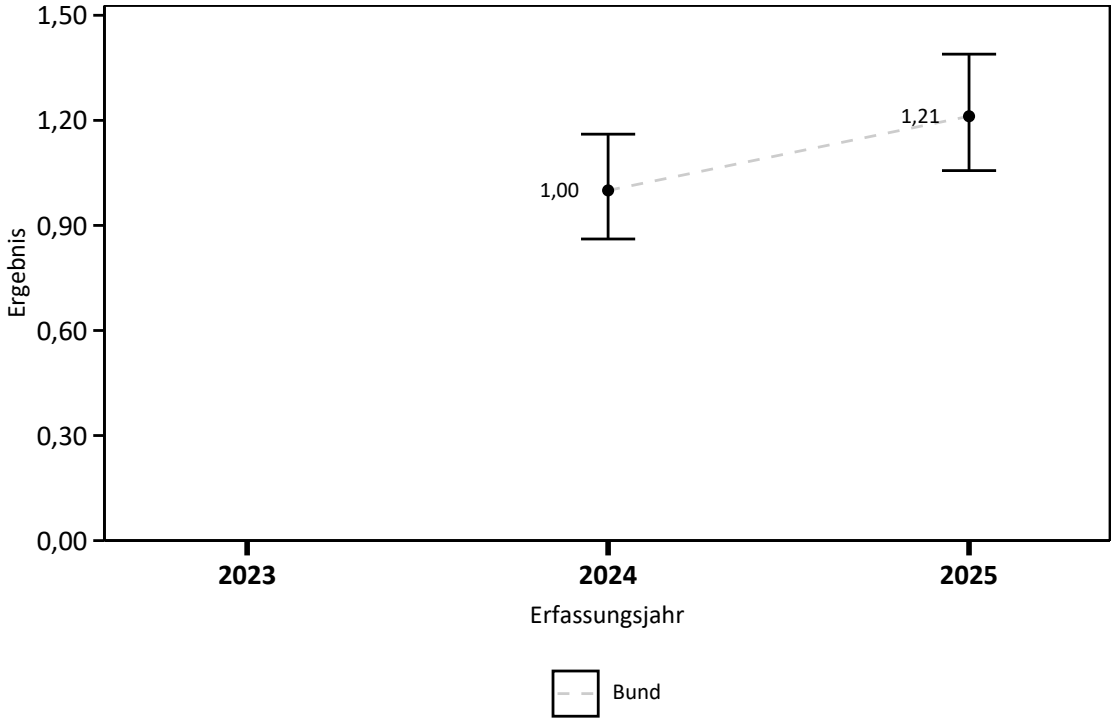
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	-	- / -	-	-
	2024	8.847	169 / 169,00	1,00	0,86 - 1,16
	2025	8.442	200 / 165,05	1,21	1,06 - 1,39

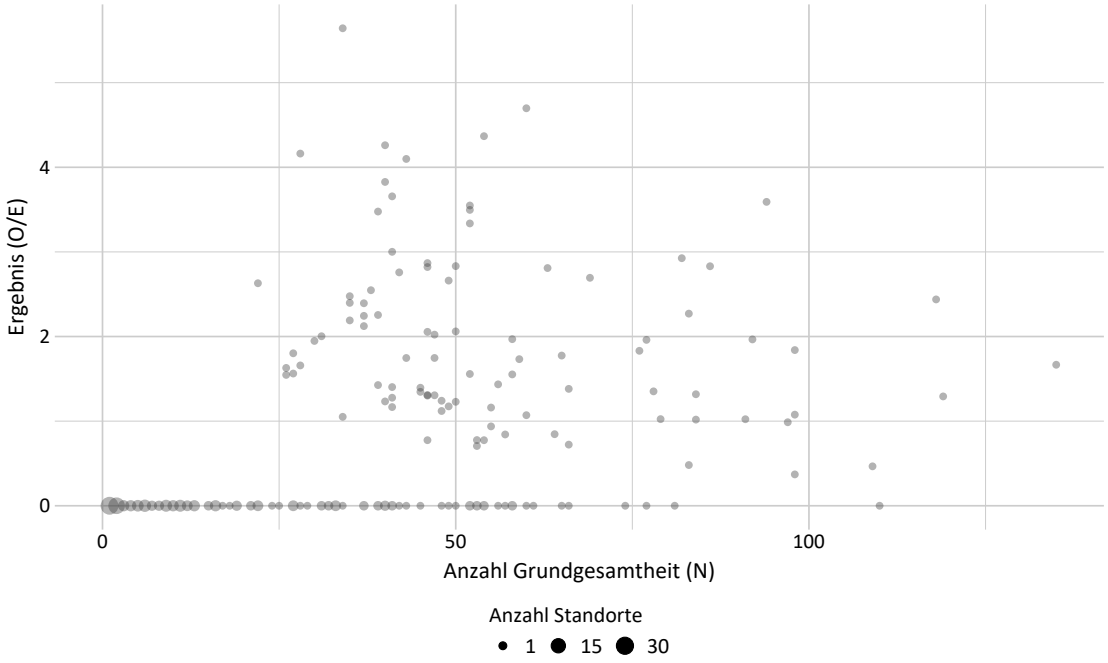
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

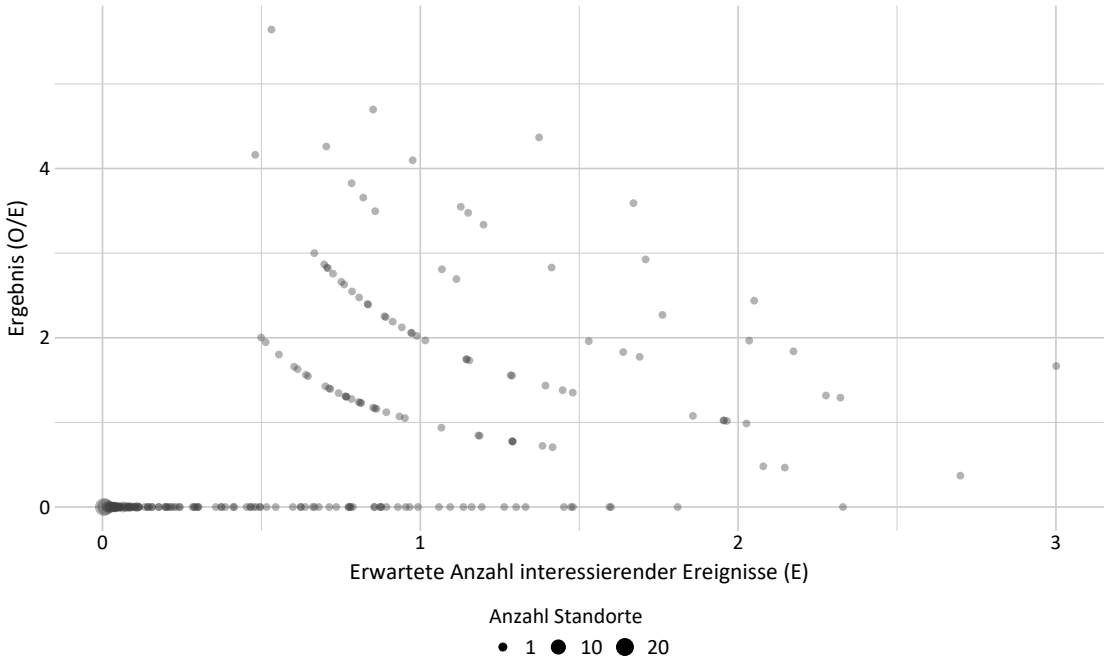
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



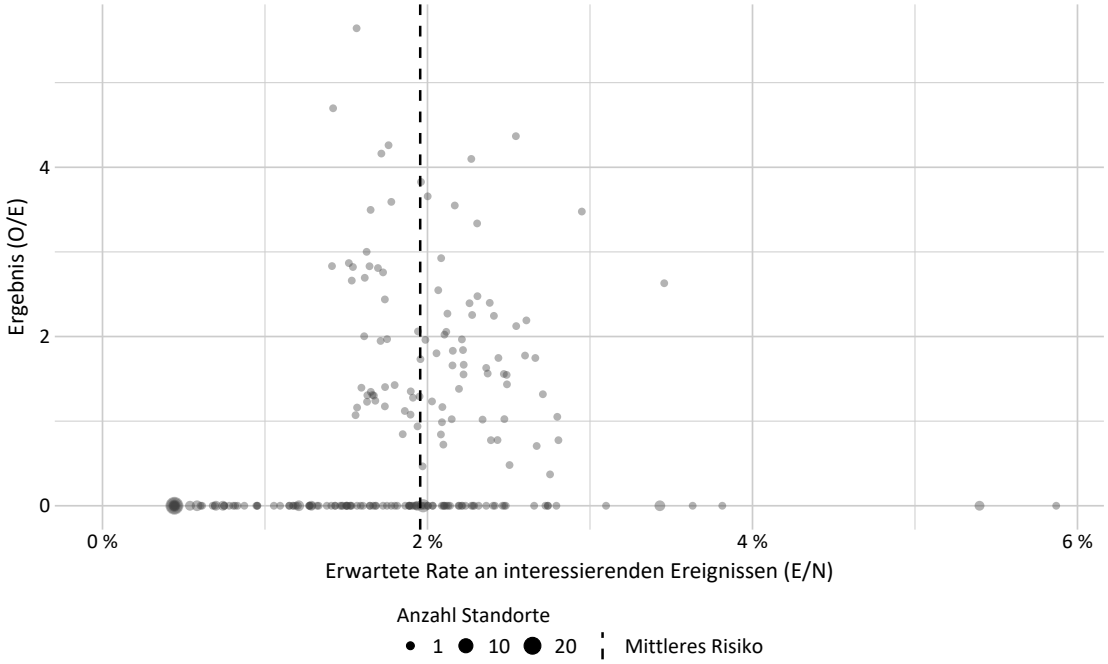
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	282	0	0,00	5,64	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 51838** **Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)**	2,06 % 174/8.442

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
3.2.1	ID: O_51843 O/N (observed, beobachtet)	2,06 % 174/8.442
3.2.2	ID: E_51843 E/N (expected, erwartet)	1,99 % 168,17/8.442
3.2.3	**ID: 51843** **O/E**	1,03

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	**ID: 222400** **Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)**	1,45 % 122/8.442

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.4	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[4]	
3.4.1	ID: O_222401 O/N (observed, beobachtet)	1,45 % 122/8.442
3.4.2	ID: E_222401 E/N (expected, erwartet)	1,28 % 108,01/8.442
3.4.3	**ID: 222401** **O/E**	1,13

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.5	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[5]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.5.1	ID: O_222201 O/N (observed, beobachtet)	2,37 % 200/8.442
3.5.2	ID: E_222201 E/N (expected, erwartet)	1,96 % 165,05/8.442
3.5.3	**ID: 222201** **O/E**	1,21

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

Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

Qualitätsziel	Selten zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)

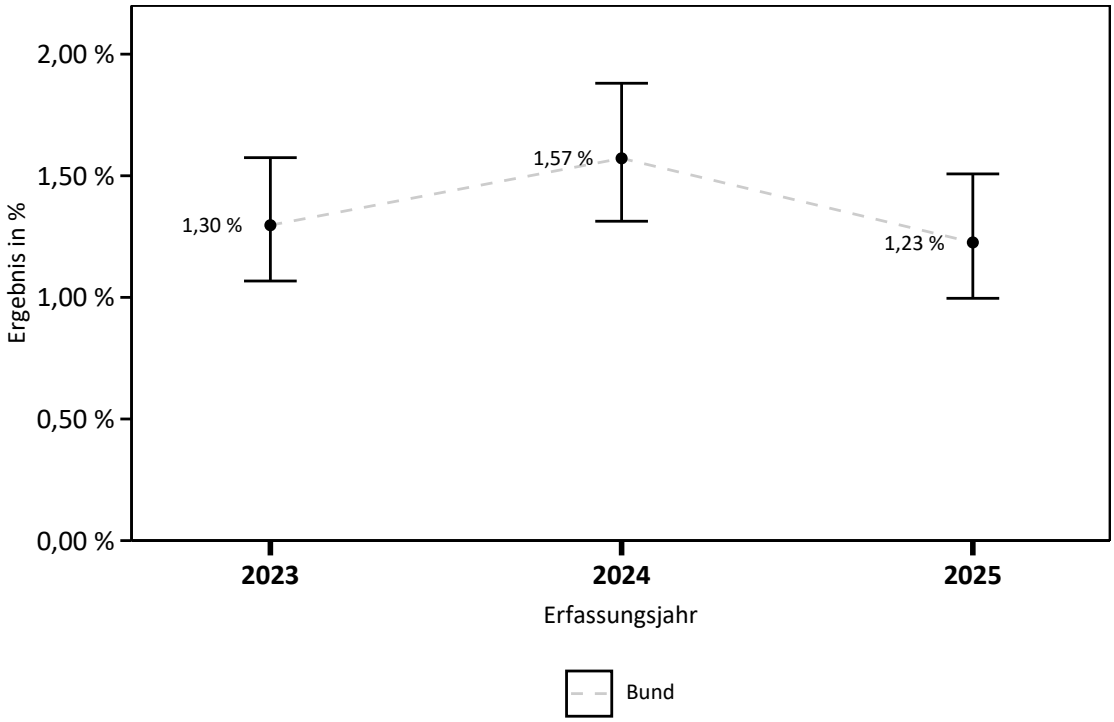
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde, und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen
Zähler	Kinder mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

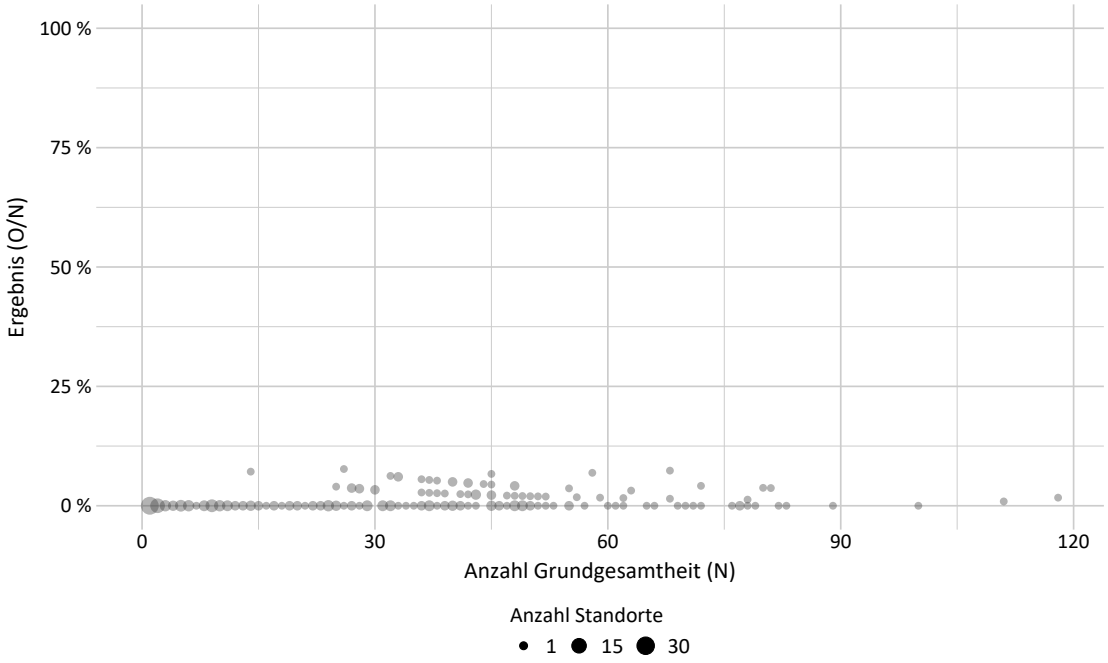
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	100 / 7.712	1,30	1,07 - 1,57
	2024	117 / 7.444	1,57	1,31 - 1,88
	2025	88 / 7.179	1,23	1,00 - 1,51

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	251	0	0,00	7,69	0,00

50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde, und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen
Zähler	Kinder mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50051
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW Gestationsalter 30 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

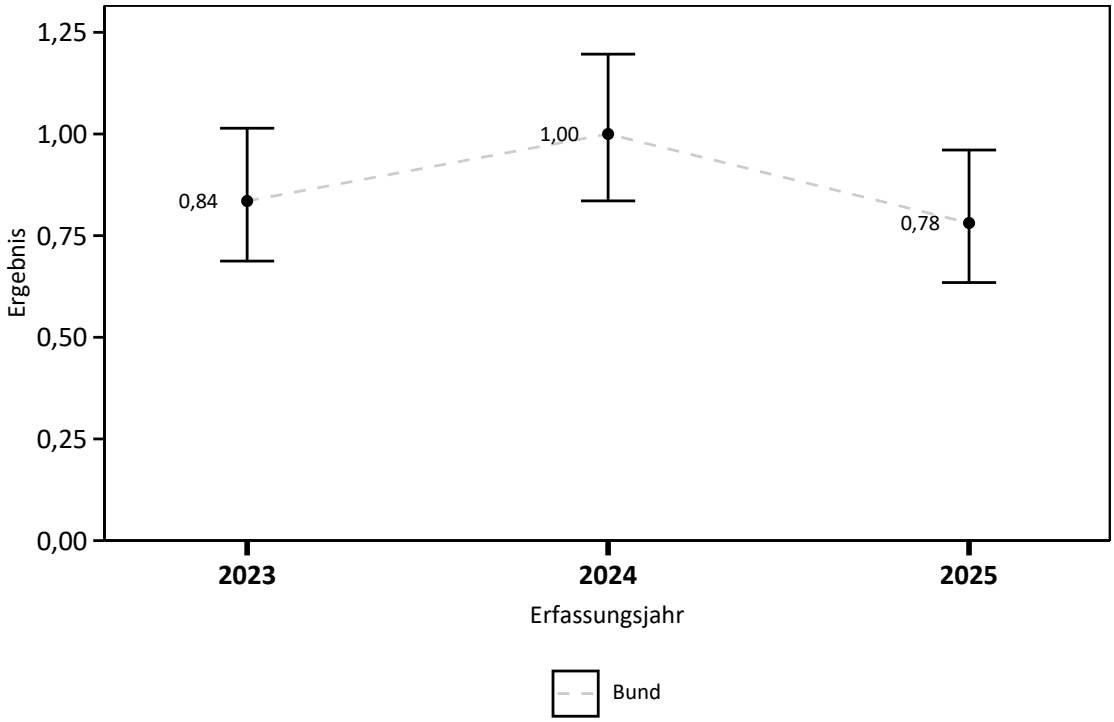
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	7.712	100 / 119,74	0,84	0,69 - 1,01
	2024	7.444	117 / 117,00	1,00	0,84 - 1,20
	2025	7.179	88 / 112,68	0,78	0,63 - 0,96

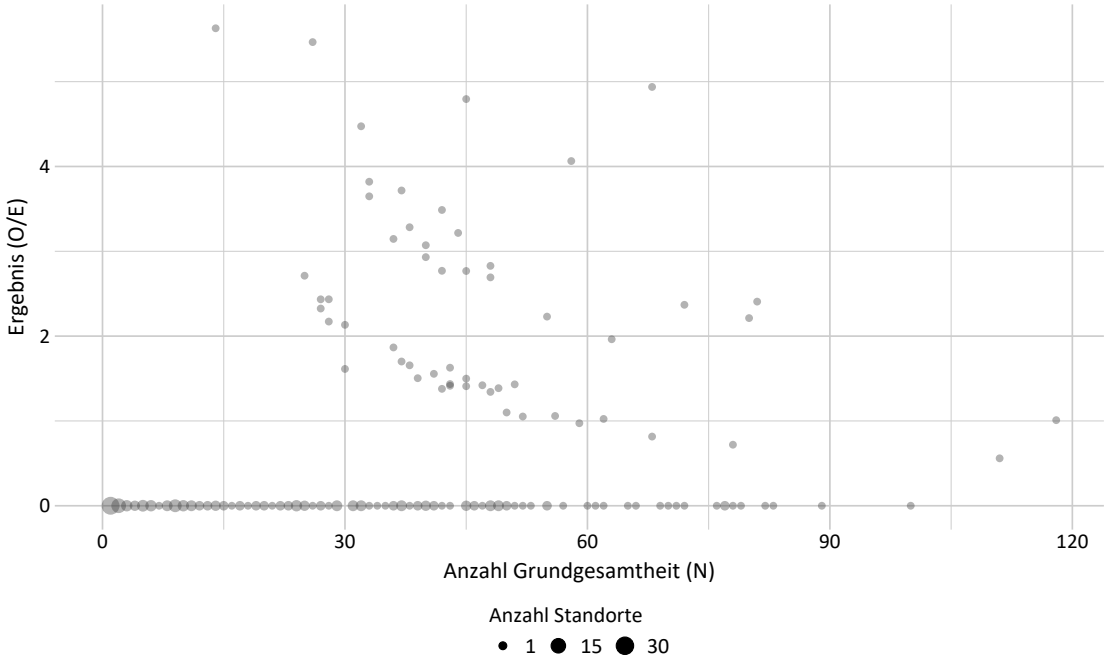
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

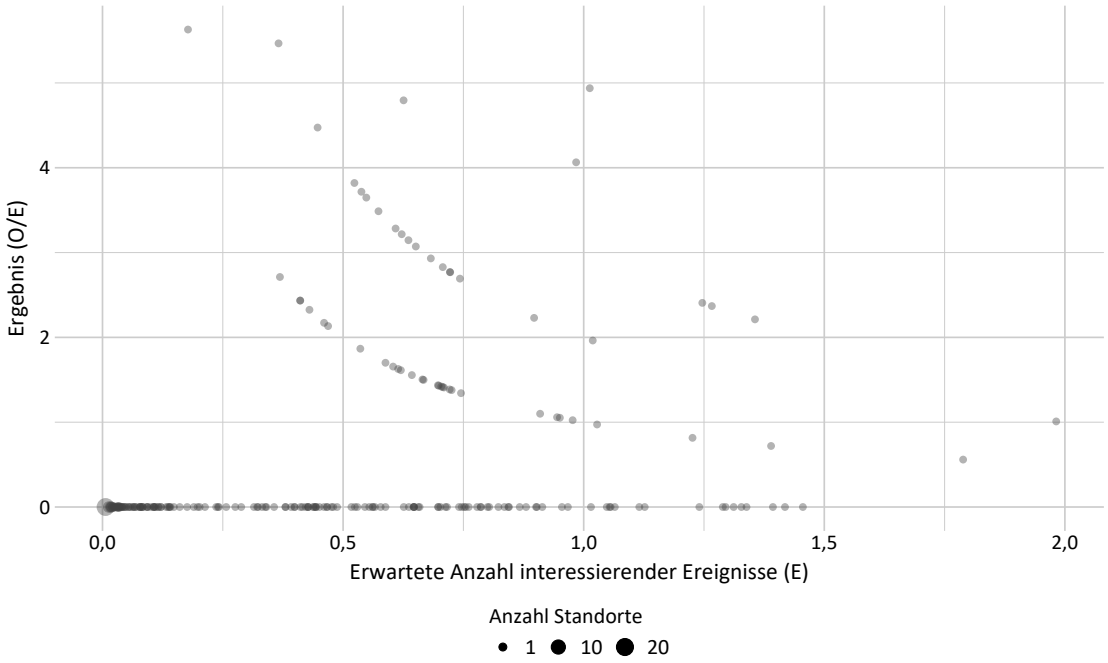
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



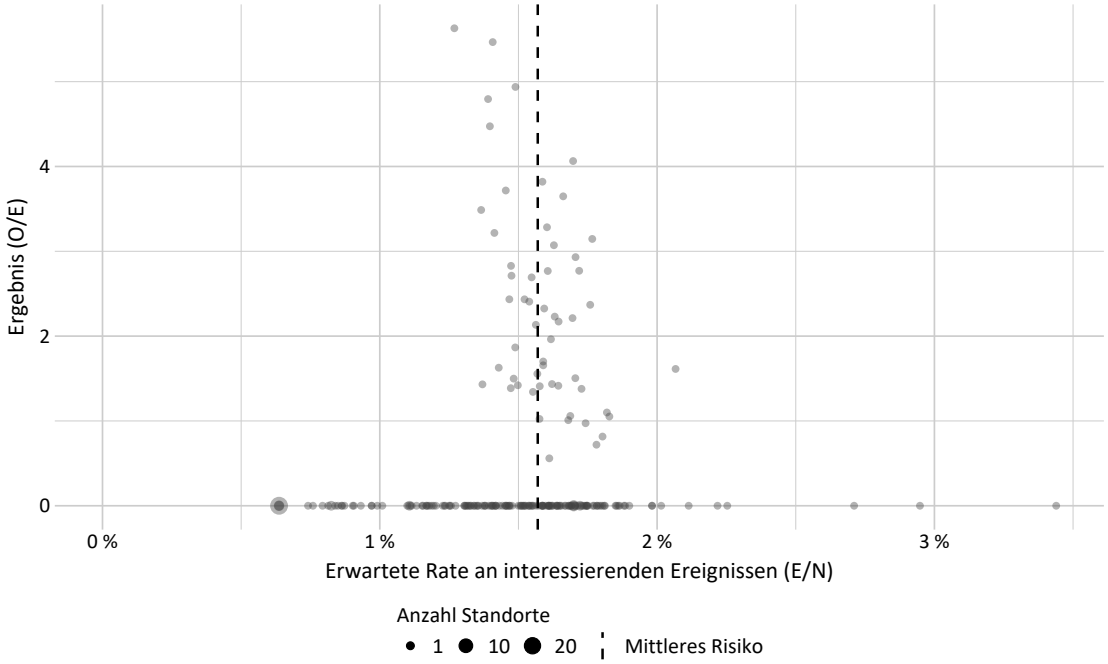
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	251	0	0,00	5,63	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	**ID: 51077** **Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)**	1,23 % 88/7.179

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[6]	
4.1.1	ID: O_50051 O/N (observed, beobachtet)	1,23 % 88/7.179
4.1.2	ID: E_50051 E/N (expected, erwartet)	1,57 % 112,68/7.179
4.1.3	**ID: 50051** **O/E**	0,78

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

Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)

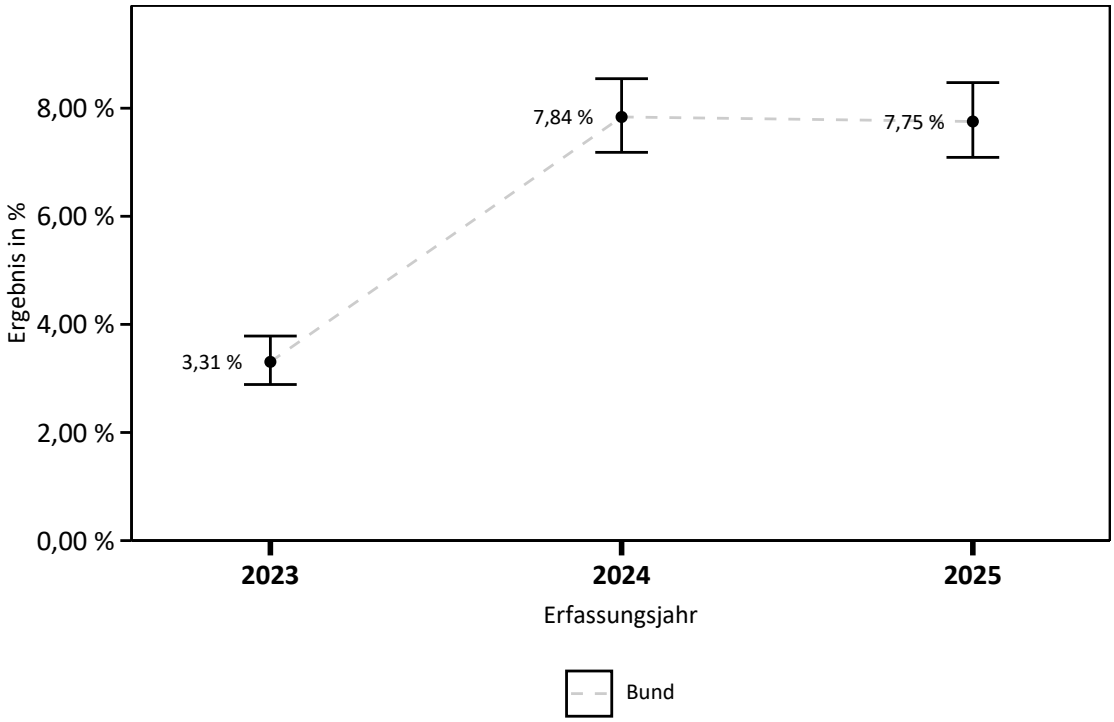
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren
Zähler	Kinder mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

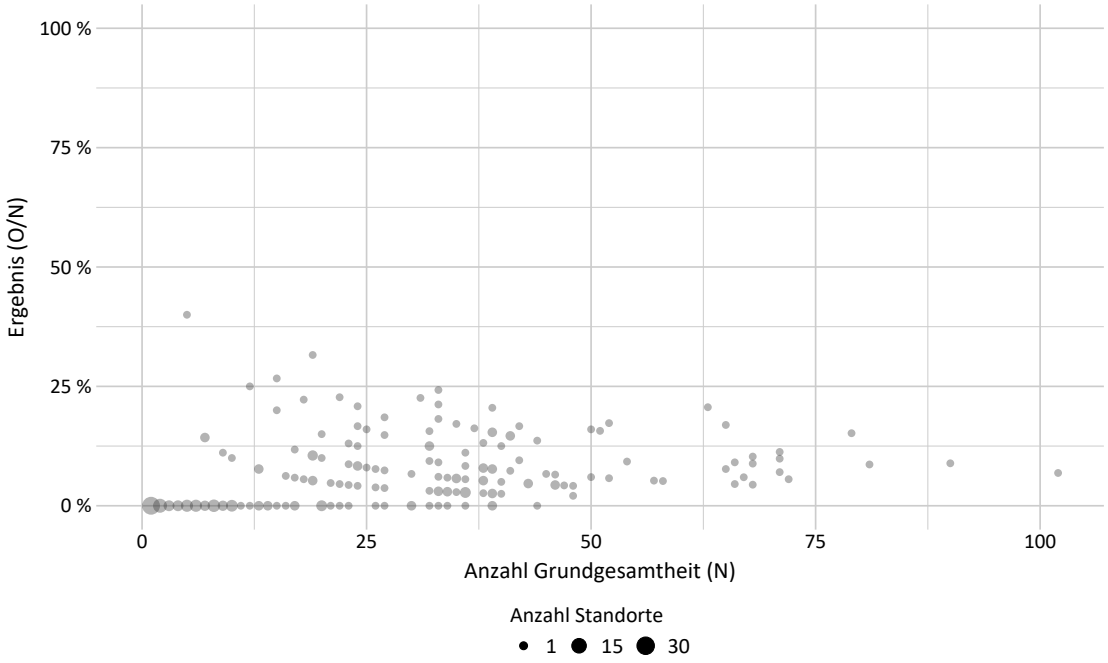
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	203 / 6.139	3,31	2,89 - 3,78
	2024	469 / 5.984	7,84	7,18 - 8,55
	2025	446 / 5.752	7,75	7,09 - 8,47

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	244	0	0,00	40,00	2,78

50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren
Zähler	Kinder mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50053
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

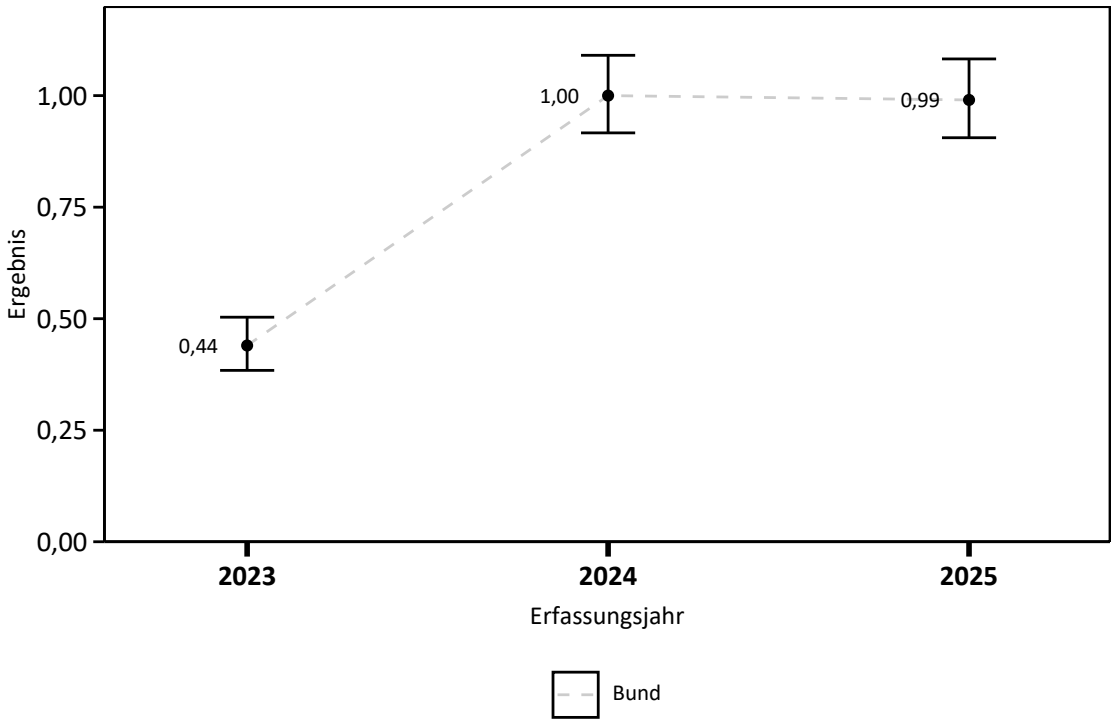
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	6.139	203 / 461,49	0,44	0,38 - 0,50
	2024	5.984	469 / 469,00	1,00	0,92 - 1,09
	2025	5.752	446 / 450,36	0,99	0,91 - 1,08

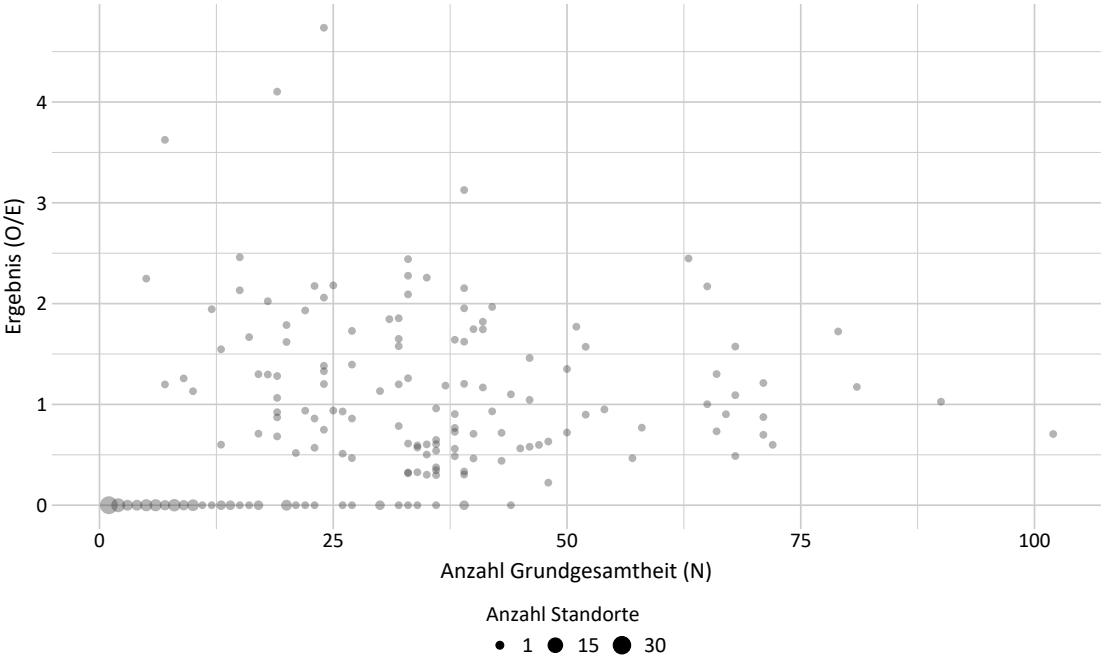
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

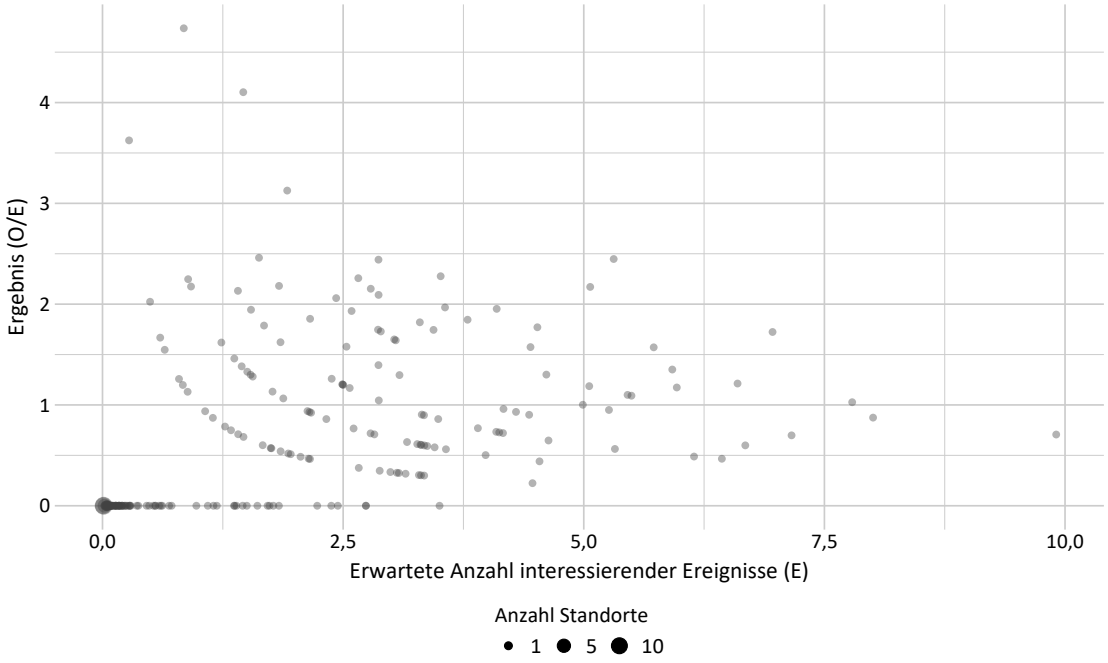
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



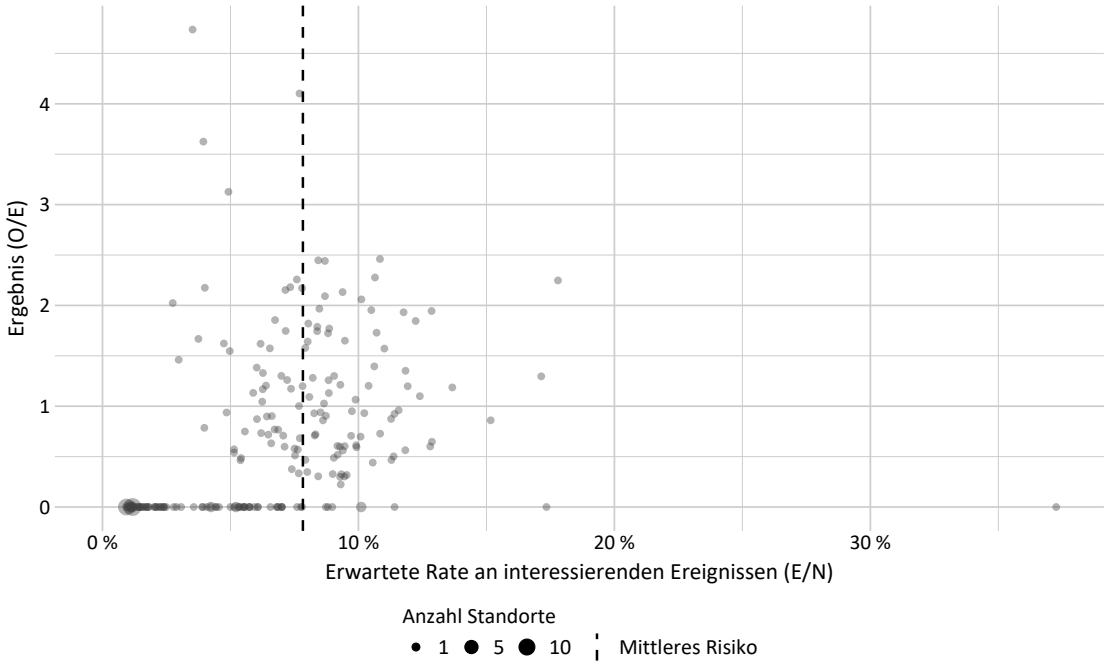
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	244	0	0,00	4,74	0,33

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	**ID: 51079** **Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)**	7,75 % 446/5.752

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[7]	
5.2.1	ID: O_50053 O/N (observed, beobachtet)	7,75 % 446/5.752
5.2.2	ID: E_50053 E/N (expected, erwartet)	7,83 % 450,36/5.752
5.2.3	**ID: 50053** **O/E**	0,99

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

Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)

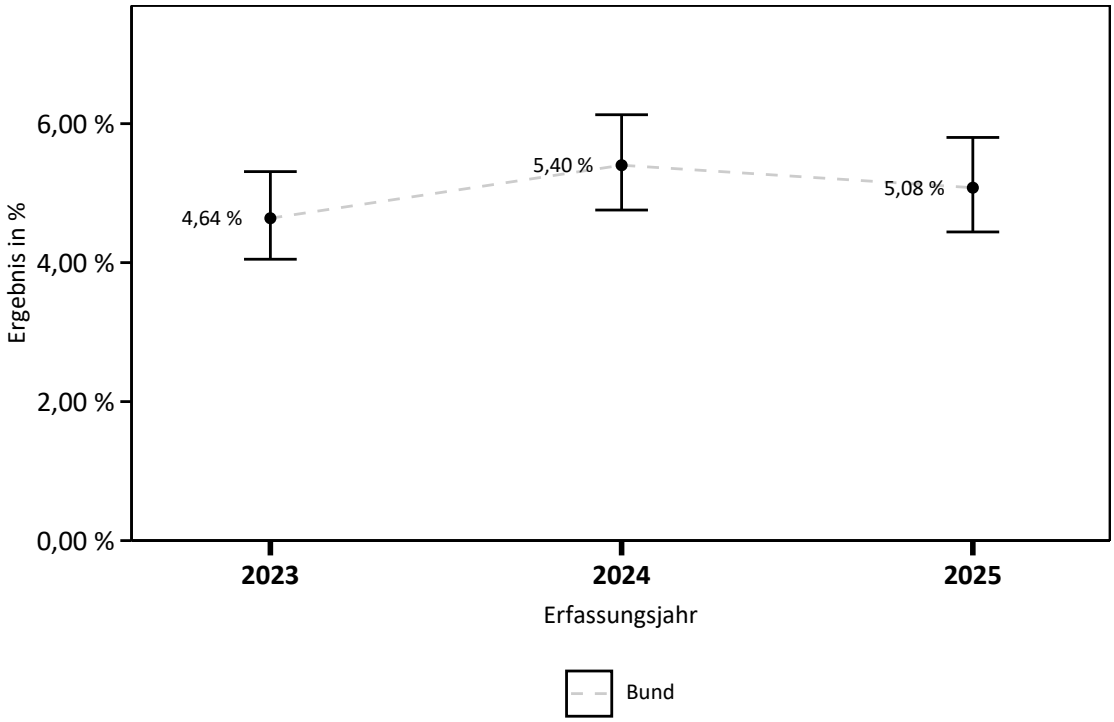
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme), oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

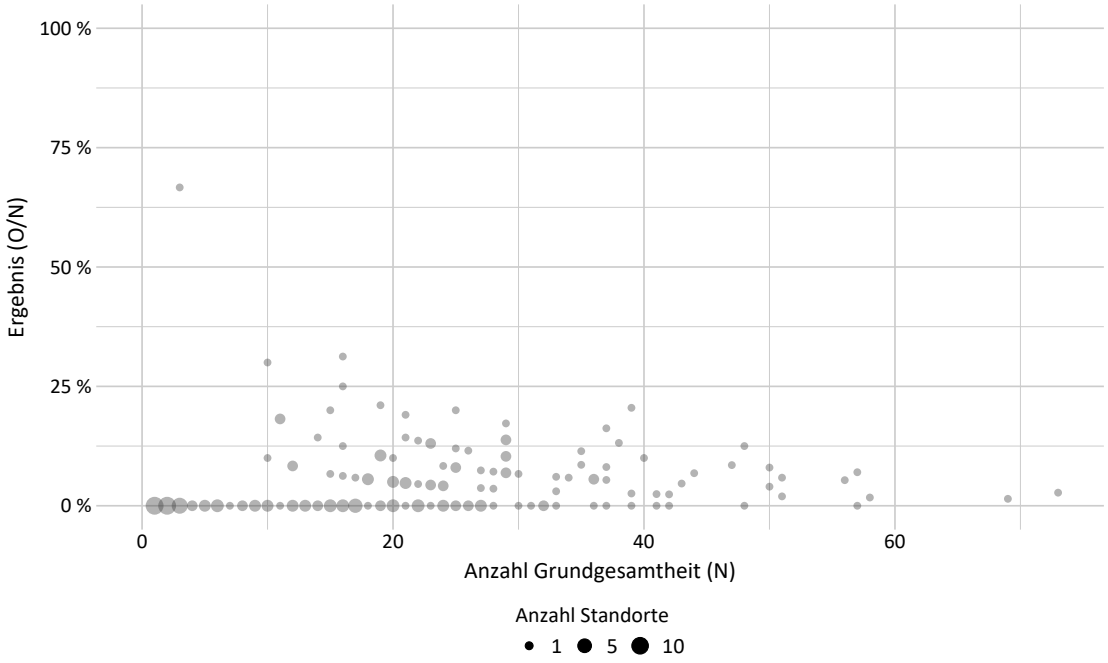
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	199 / 4.290	4,64	4,05 - 5,31
	2024	226 / 4.184	5,40	4,76 - 6,13
	2025	204 / 4.017	5,08	4,44 - 5,80

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	198	0	0,00	66,67	0,00

50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme), oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP)
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50052
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

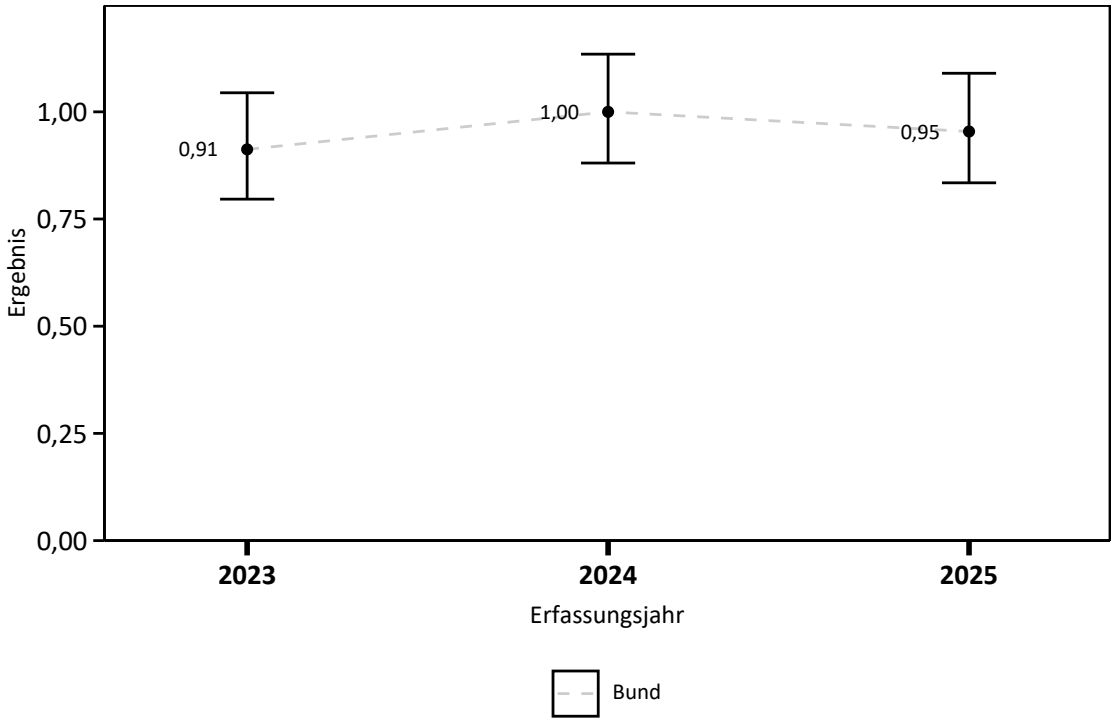
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	4.290	199 / 218,10	0,91	0,80 - 1,04
	2024	4.184	226 / 226,00	1,00	0,88 - 1,13
	2025	4.017	204 / 213,81	0,95	0,83 - 1,09

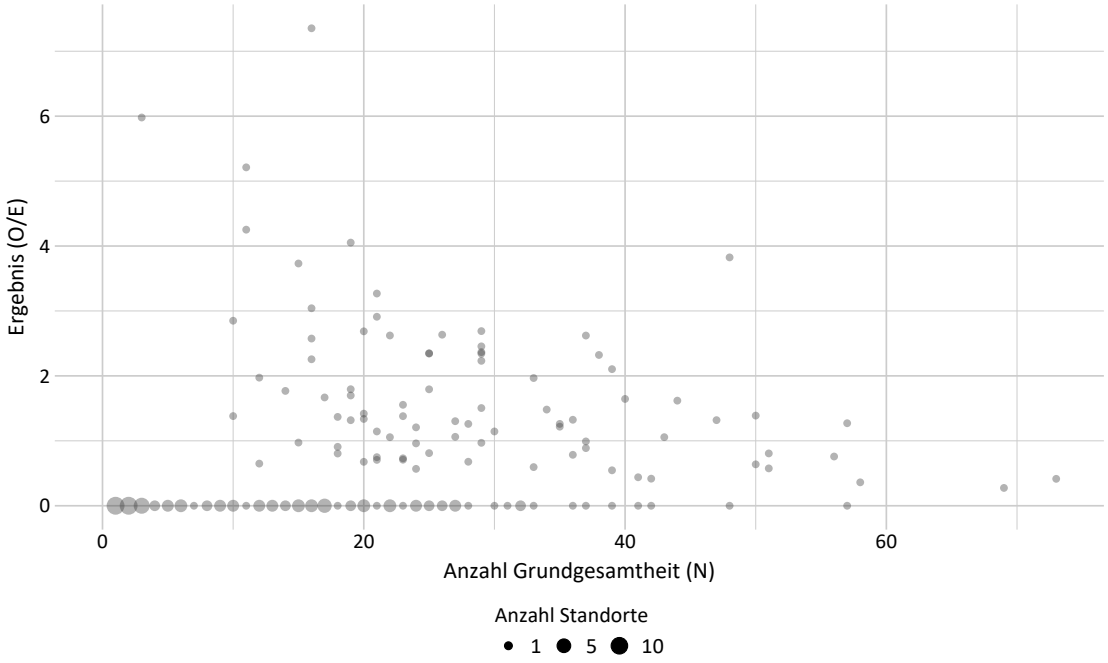
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

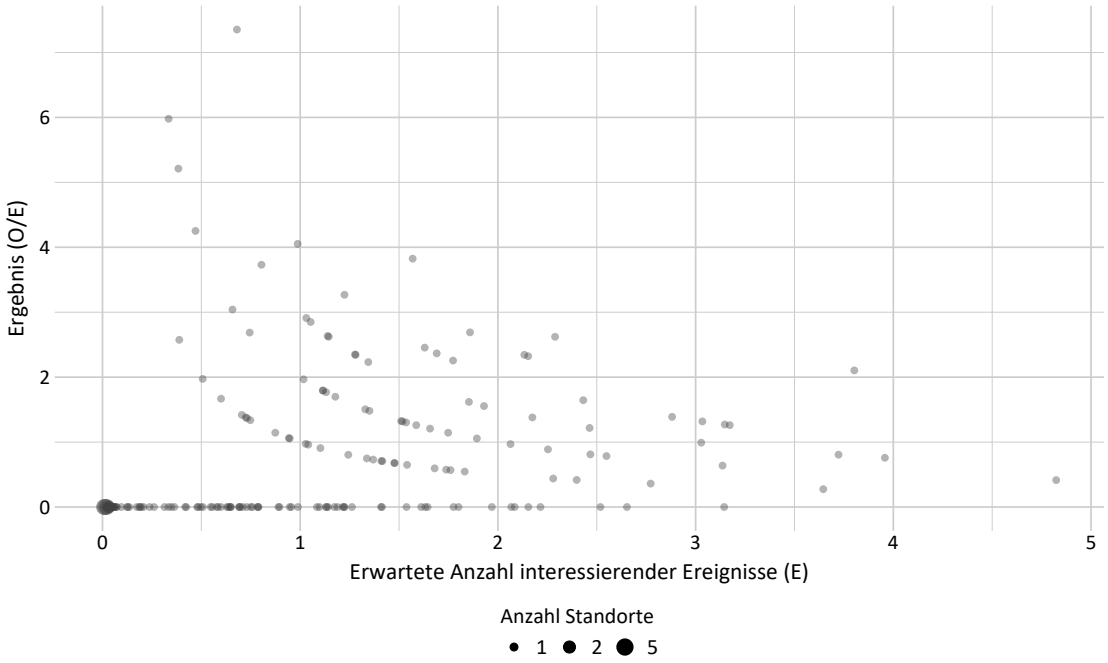
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



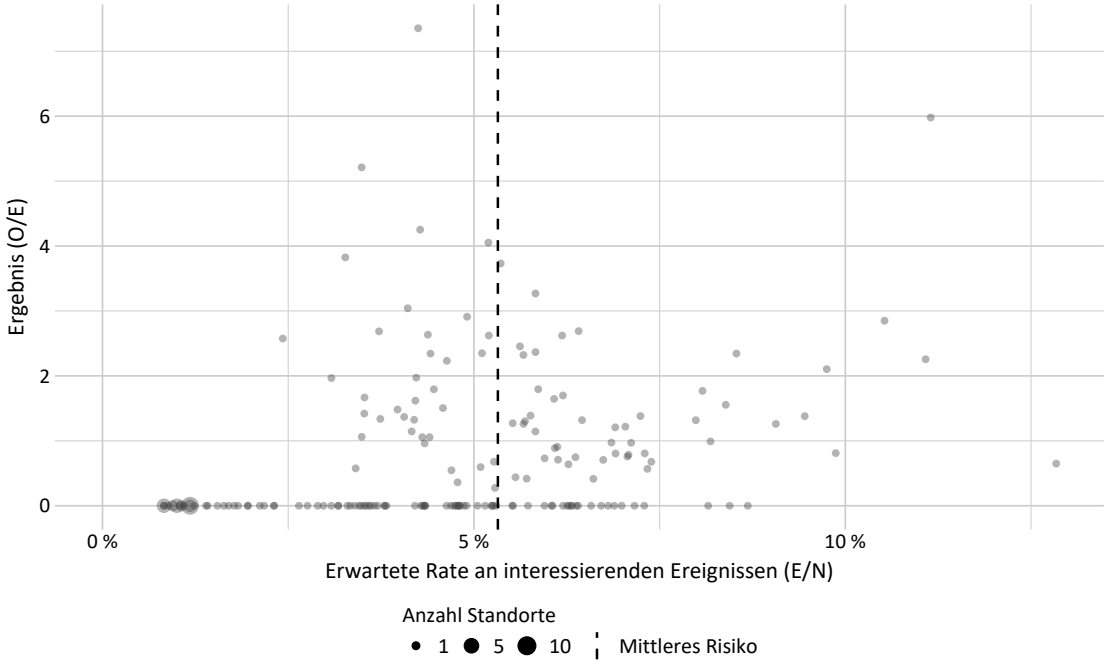
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	198	0	0,00	7,35	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	**ID: 51078** **Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)**	5,08 % 204/4.017

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[8]	
6.2.1	ID: O_50052 O/N (observed, beobachtet)	5,08 % 204/4.017
6.2.2	ID: E_50052 E/N (expected, erwartet)	5,32 % 213,81/4.017
6.2.3	**ID: 50052** **O/E**	0,95

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

51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutung, selten nekrotisierende Enterokolitis oder selten fokale intestinale Perforation / singuläre intestinale Perforation, selten bronchopulmonale Dysplasie oder selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Ebene 1: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. ODER Ebene 2: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde, unter Ausschluss des Zählers der 1. Ebene ODER Ebene 3: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., unter Ausschluss des Zählers der 1. und 2. Ebene ODER Ebene 4: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren, unter Ausschluss des Zählers der 1., 2. und 3. Ebene ODER Ebene 5: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Klinik behandelt wurden (Erstaufnahme), oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde, unter Ausschluss des Zählers der 1., 2., 3. und 4. Ebene
Zähler	Ebene 1: Verstorbene Kinder ODER Ebene 2: Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 3: Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 4: Kinder mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 5: Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2

O (observed)	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen ODER Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 5: Beobachtete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP)
E (expected)	Ebene 1: Erwartete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 5: Erwartete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 5. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

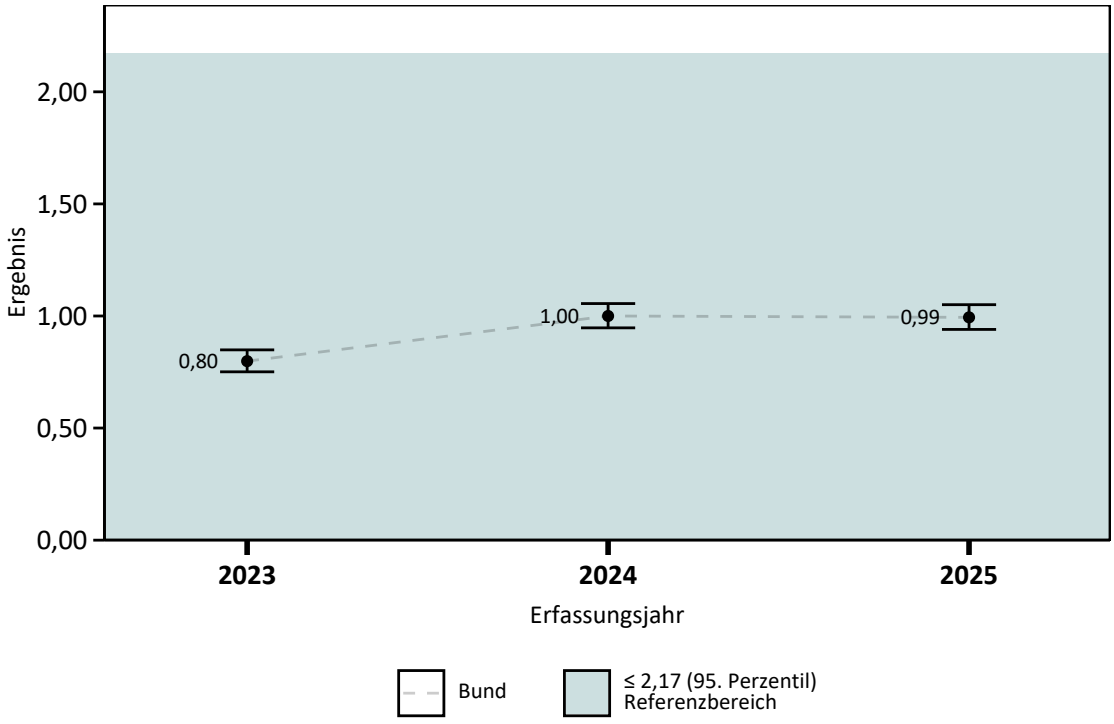
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	9.221	920 / 1.152,20	0,80	0,75 - 0,85
	2024	8.847	1.141 / 1.141,00	1,00	0,95 - 1,06
	2025	8.442	1.087 / 1.093,63	0,99	0,94 - 1,05

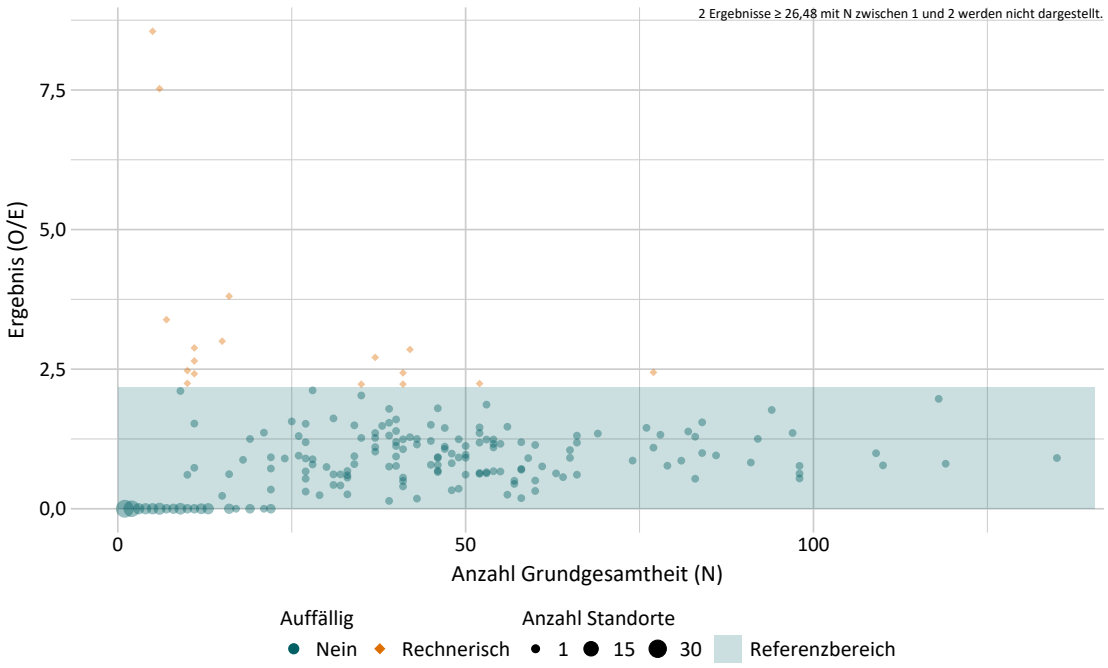
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

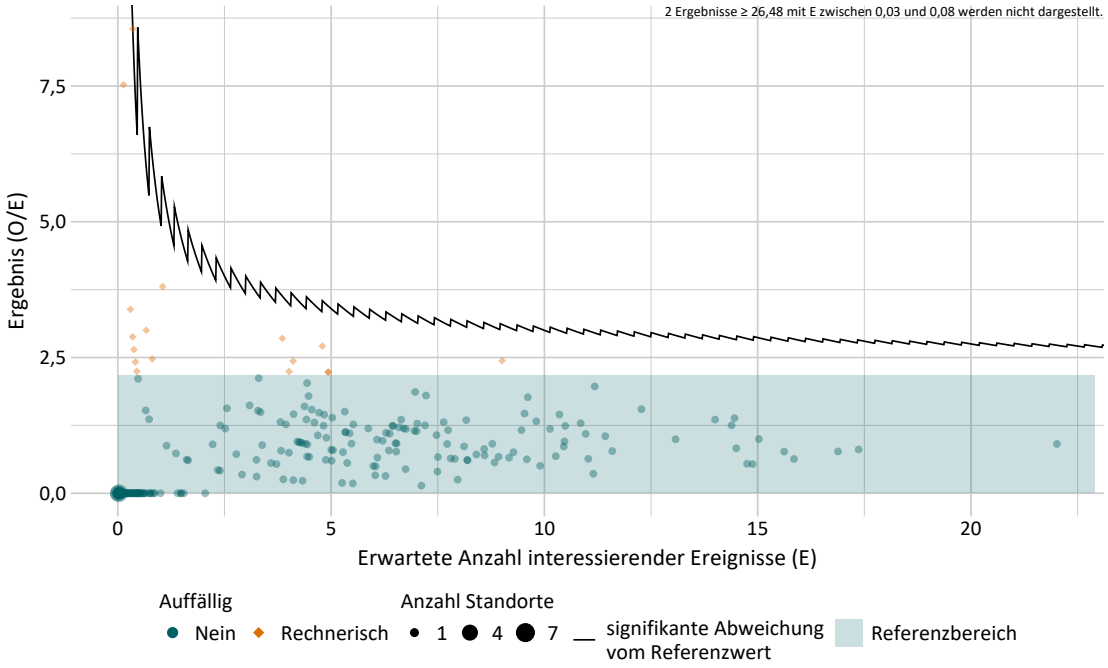
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



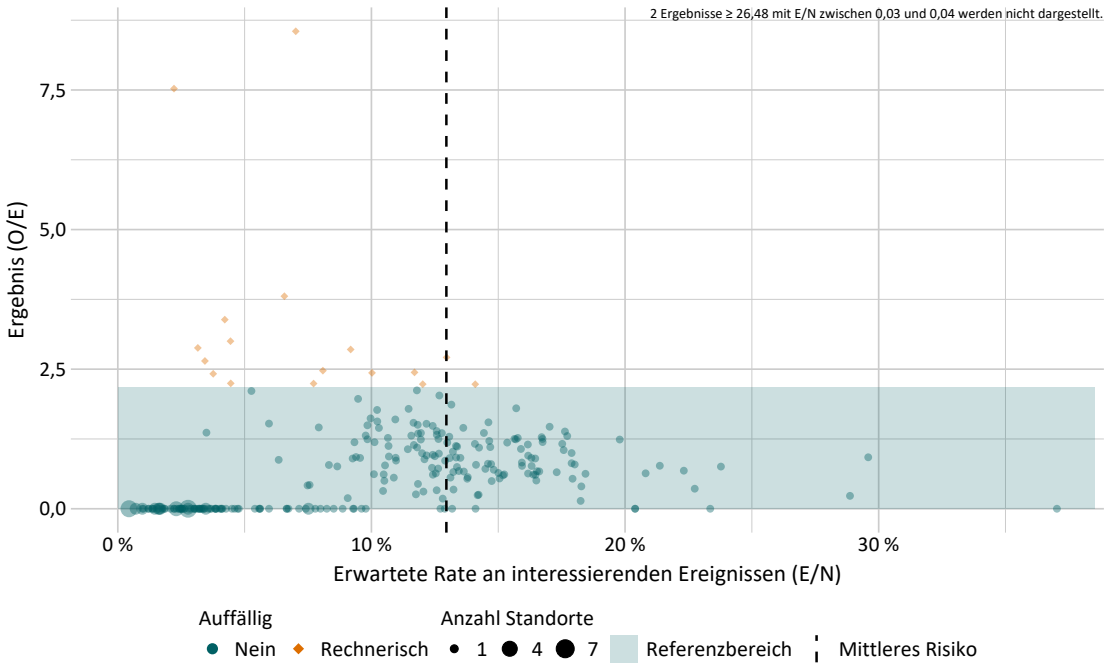
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	282	19	0,00	30,72	0,60

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[9]	
7.1.1	ID: O_51901 O/N (observed, beobachtet)	12,88 % 1.087/8.442
7.1.2	ID: E_51901 E/N (expected, erwartet)	12,95 % 1.093,63/8.442
7.1.3	**ID: 51901** **O/E**	0,99

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	Ebene 1: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	
7.2.1	ID: O_51136_51901 O/N (observed, beobachtet)	3,41 % 268/7.861
7.2.2	ID: E_51136_51901 E/N (expected, erwartet)	3,50 % 275,52/7.861
7.2.3	ID: 51136_51901 O/E	0,97

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.3	Ebene 2: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	
7.3.1	ID: O_51141_51901 O/N (observed, beobachtet)	2,10 % 158/7.507
7.3.2	ID: E_51141_51901 E/N (expected, erwartet)	2,31 % 173,15/7.507
7.3.3	ID: 51141_51901 O/E	0,91

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.4	Ebene 3: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.4.1	ID: O_51146_51901 O/N (observed, beobachtet)	2,69 % 216/8.016
7.4.2	ID: E_51146_51901 E/N (expected, erwartet)	2,43 % 194,48/8.016
7.4.3	ID: 51146_51901 O/E	1,11

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.5	Ebene 4: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	
7.5.1	ID: O_51156_51901 O/N (observed, beobachtet)	6,39 % 348/5.447
7.5.2	ID: E_51156_51901 E/N (expected, erwartet)	6,65 % 362,10/5.447
7.5.3	ID: 51156_51901 O/E	0,96

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.6	Ebene 5: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	
7.6.1	ID: O_51161_51901 O/N (observed, beobachtet)	2,87 % 97/3.385
7.6.2	ID: E_51161_51901 E/N (expected, erwartet)	2,61 % 88,39/3.385
7.6.3	ID: 51161_51901 O/E	1,10

50060: Nosokomiale Infektion

Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektion
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt und nicht von zu Hause aufgenommen wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt sind und am Tag der Geburt aufgenommen wurden
Zähler	Kinder mit Sepsis später als 3 Tage nach Geburt oder mit Pneumonie später als 3 Tage nach Geburt
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit nosokomialen Infektionen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit nosokomialen Infektionen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50060
Referenzbereich	≤ 2,74 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW Gestationsalter 30 abgeschlossene SSW Gestationsalter 31 abgeschlossene SSW Gestationsalter 32 abgeschlossene SSW Gestationsalter 33 abgeschlossene SSW Gestationsalter 34 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

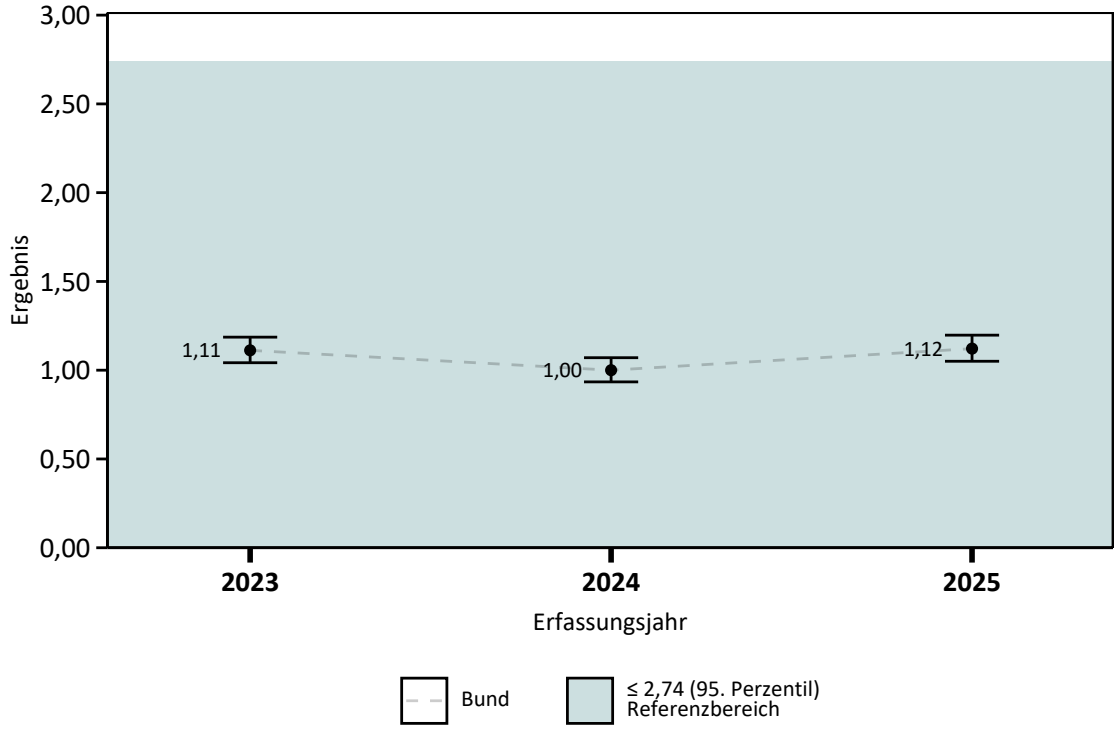
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	74.185	903 / 812,14	1,11	1,04 - 1,19
	2024	73.969	819 / 819,00	1,00	0,93 - 1,07
	2025	73.275	882 / 786,42	1,12	1,05 - 1,20

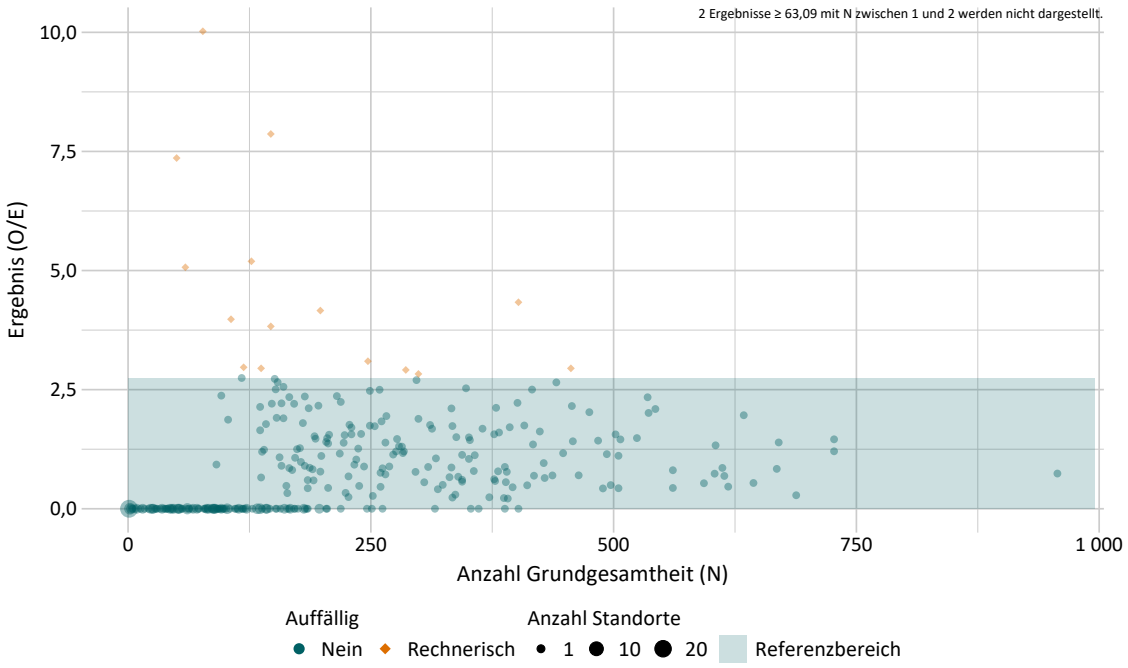
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

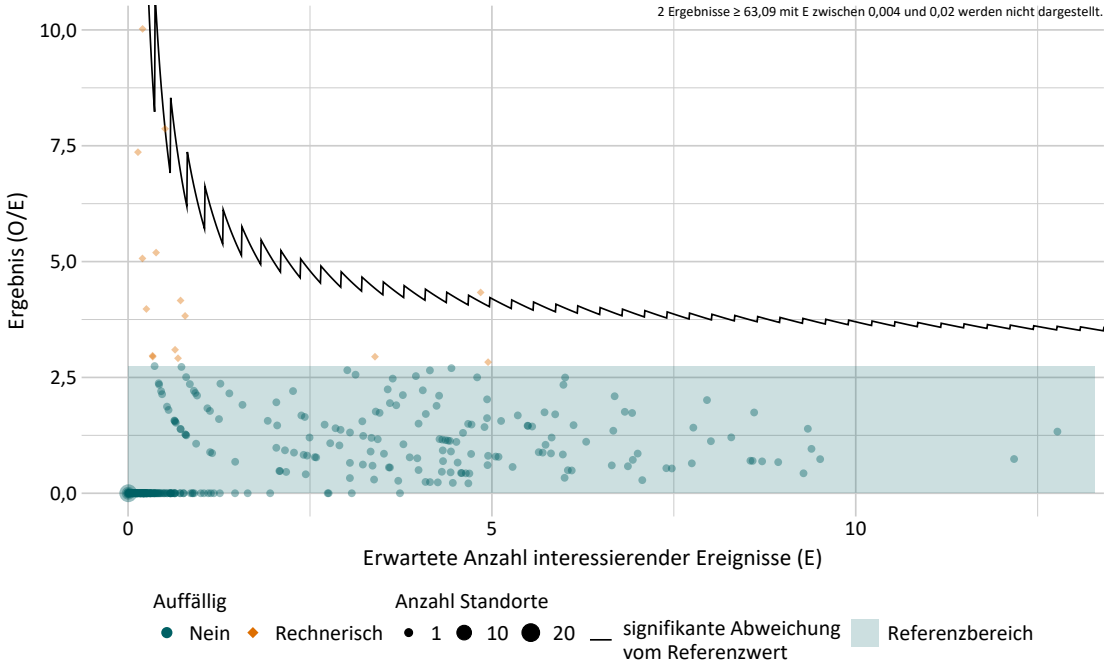
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



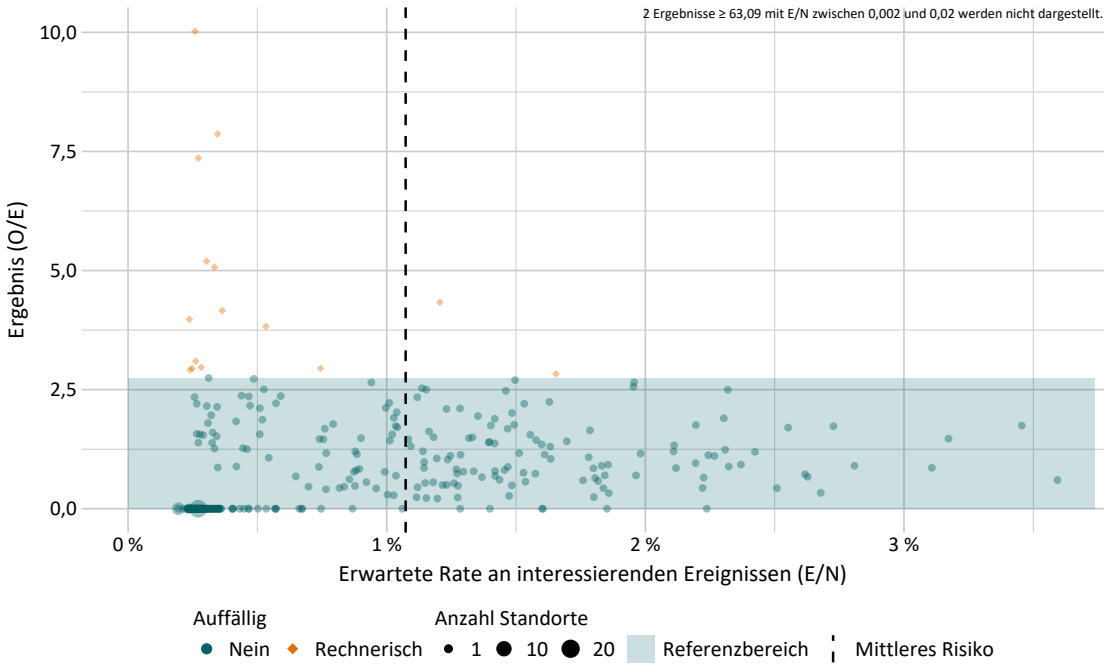
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	366	17	0,00	257,37	0,28

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 22_22017 Kinder mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	1,20 % 882/73.275

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[10]	
8.2.1	ID: O_50060 O/N (observed, beobachtet)	1,20 % 882/73.275
8.2.2	ID: E_50060 E/N (expected, erwartet)	1,07 % 786,42/73.275
8.2.3	**ID: 50060** **O/E**	1,12

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

50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung

Qualitätsziel	Selten Pneumothorax
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit nasaler/pharyngealer Atemhilfe und/oder intratrachealer Beatmung
Zähler	Kinder mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50062
Referenzbereich	≤ 2,72 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht = weiblich Gestationsalter 24 abgeschlossene SSW Gestationsalter 25 abgeschlossene SSW Gestationsalter 26 abgeschlossene SSW Gestationsalter 27 abgeschlossene SSW Gestationsalter 28 abgeschlossene SSW Gestationsalter 29 abgeschlossene SSW Gestationsalter 30 abgeschlossene SSW
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

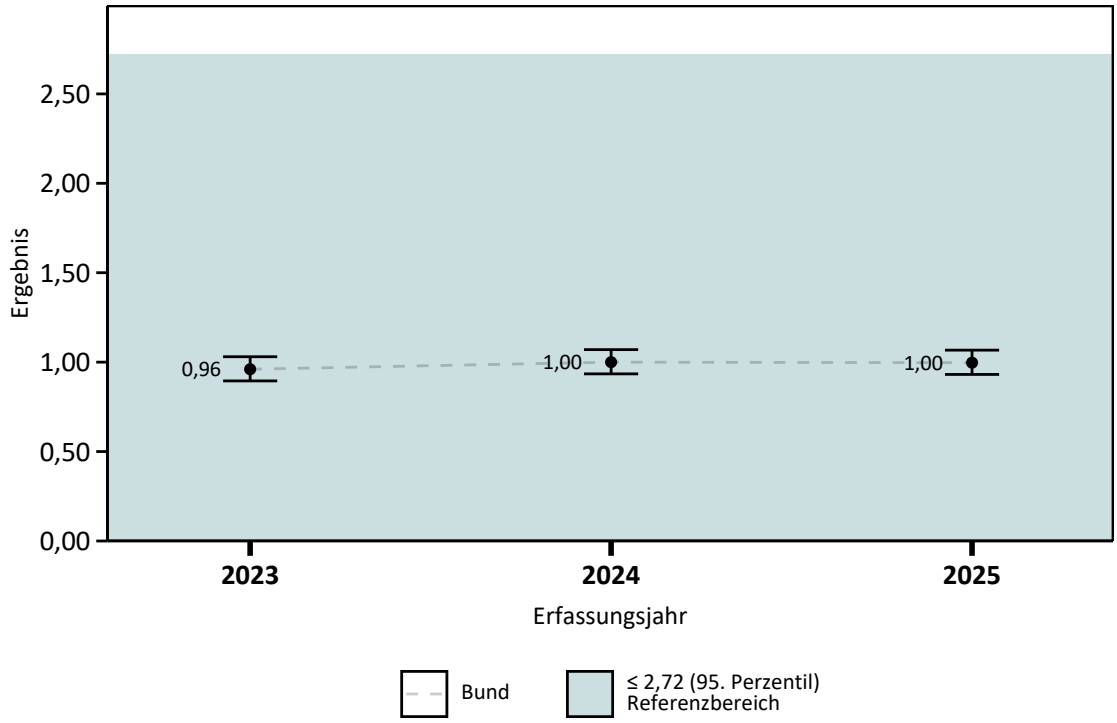
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	32.304	759 / 790,43	0,96	0,90 - 1,03
	2024	33.443	815 / 815,00	1,00	0,93 - 1,07
	2025	33.749	812 / 814,52	1,00	0,93 - 1,07

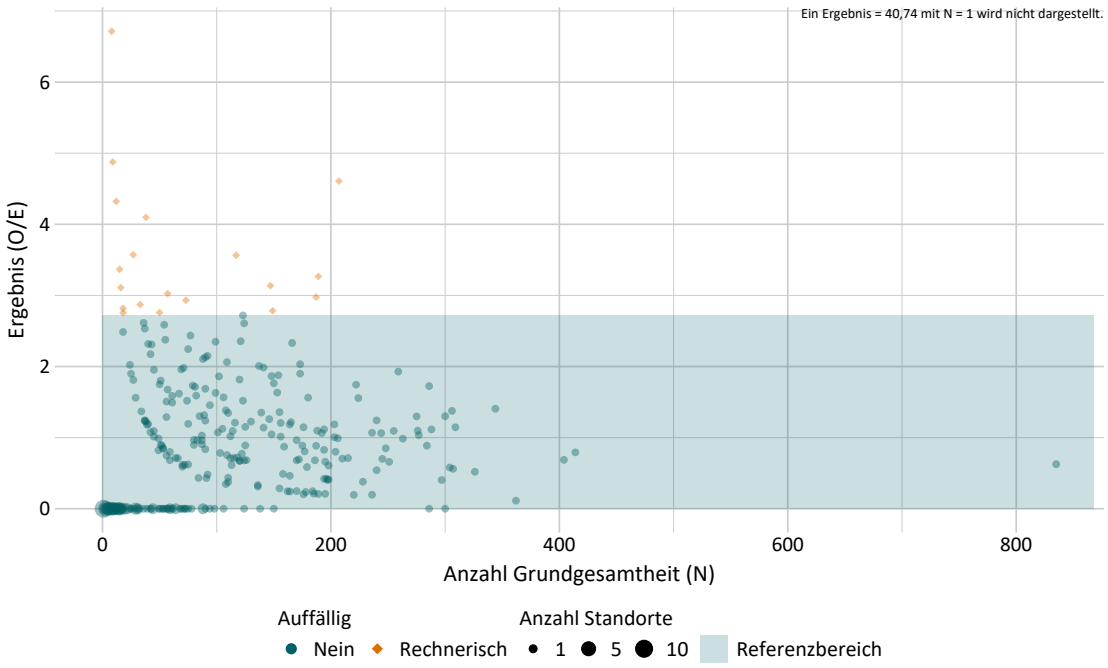
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

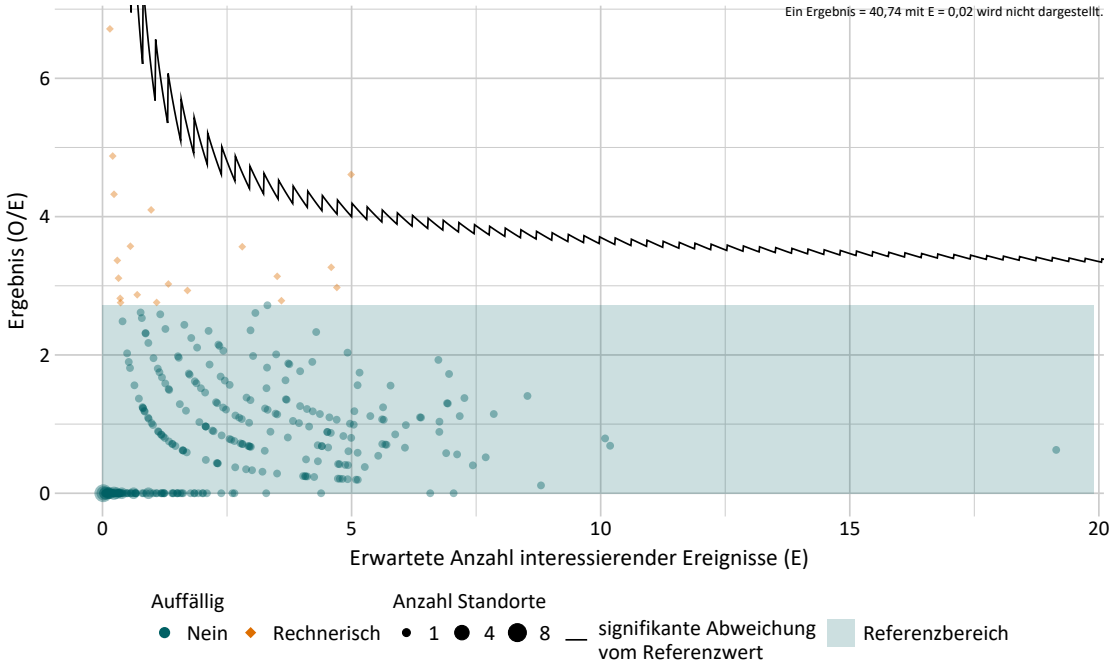
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



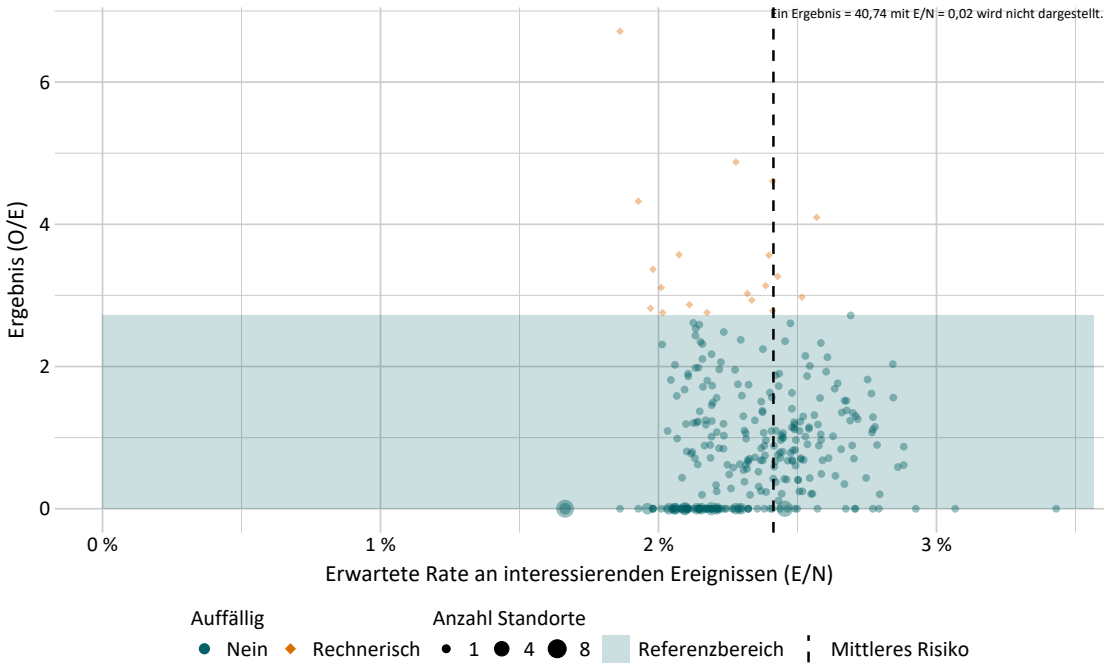
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	337	20	0,00	40,74	0,68

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 22_22020 Pneumothorax bei Kindern unter oder nach Beatmung	2,41 % 812/33.749

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[11]	
9.2.1	ID: O_50062 O/N (observed, beobachtet)	2,41 % 812/33.749
9.2.2	ID: E_50062 E/N (expected, erwartet)	2,41 % 814,52/33.749
9.2.3	**ID: 50062** **O/E**	1,00
9.2.3.3	ID: 222000_50062 Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax	1,03 % 346/33.749
9.2.3.4	ID: 222001_50062 Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion	0,13 % 45/33.749
9.2.3.5	ID: 222002_50062 Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage	1,25 % 421/33.749

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

52262: Zunahme des Kopfumfangs

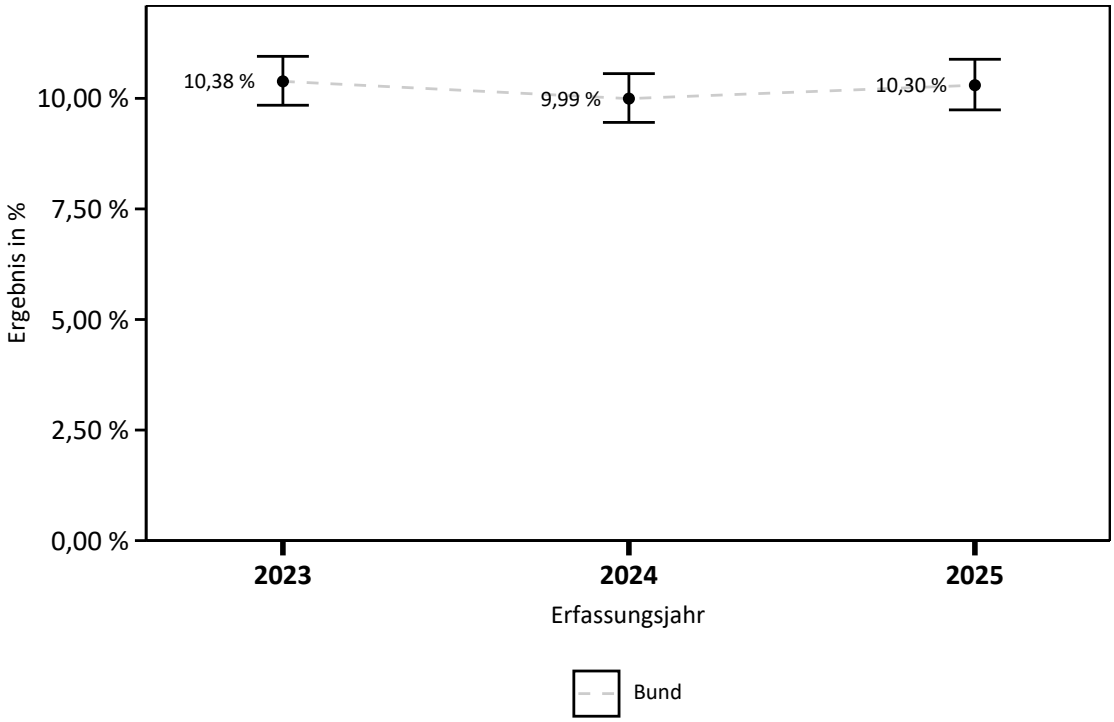
Qualitätsziel	Möglichst angemessene Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthaltes
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, sowie mit einer Verweildauer von mindestens 21 Tagen und einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat
Zähler	Kinder, bei denen die Differenz aus der relativen und der erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfangs bei Entlassung (unter Verwendung einer linearen Regression) unterhalb des 10. Perzentils bei Anwendung des Z-Scores liegt
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

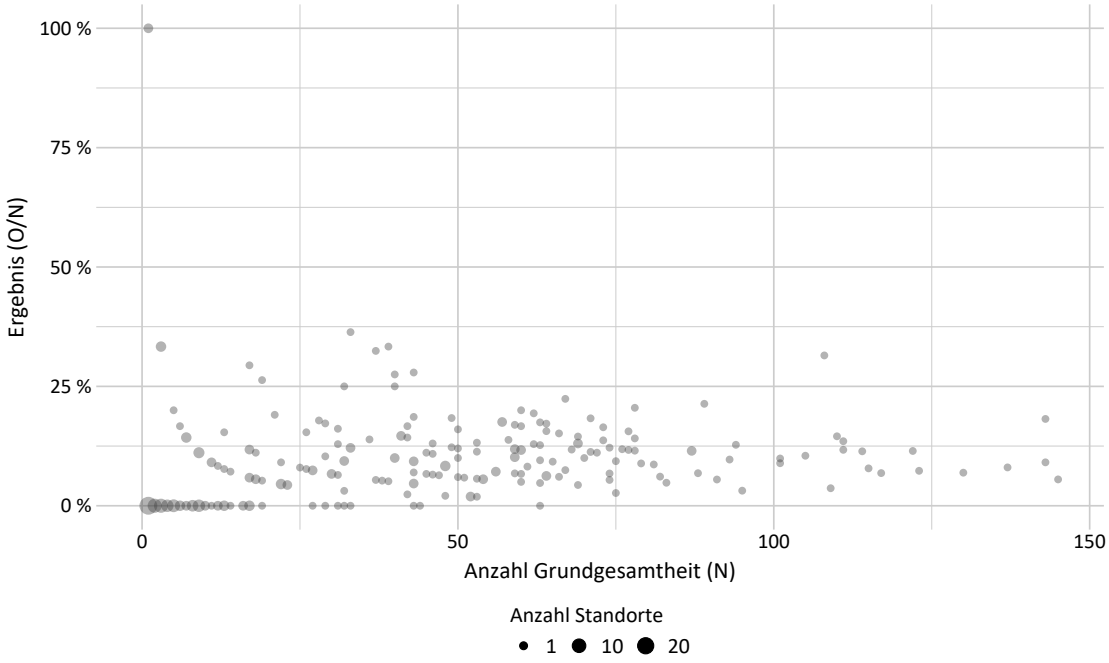
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	1.216 / 11.710	10,38	9,84 - 10,95
	2024	1.134 / 11.346	9,99	9,46 - 10,56
	2025	1.117 / 10.847	10,30	9,74 - 10,88

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	297	0	0,00	100,00	6,38

50063: Durchführung eines Hörtests

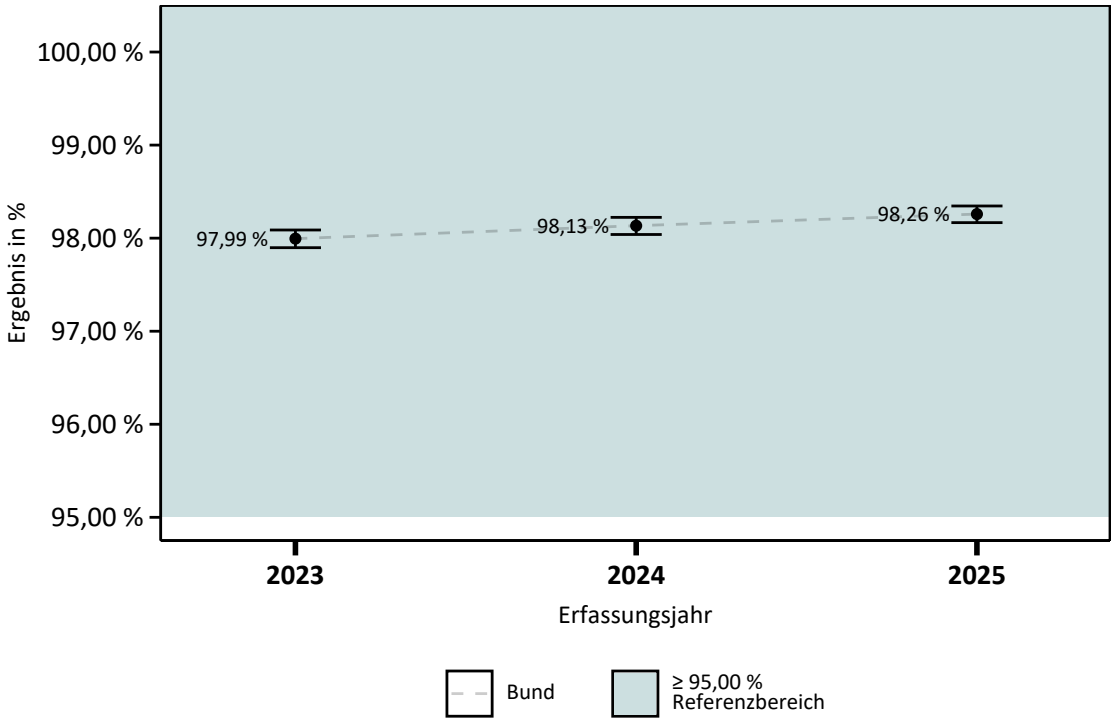
Qualitätsziel	Häufig Durchführung eines Hörtests
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebend nach Hause entlassenen Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 22+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit durchgeführtem Hörtest
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

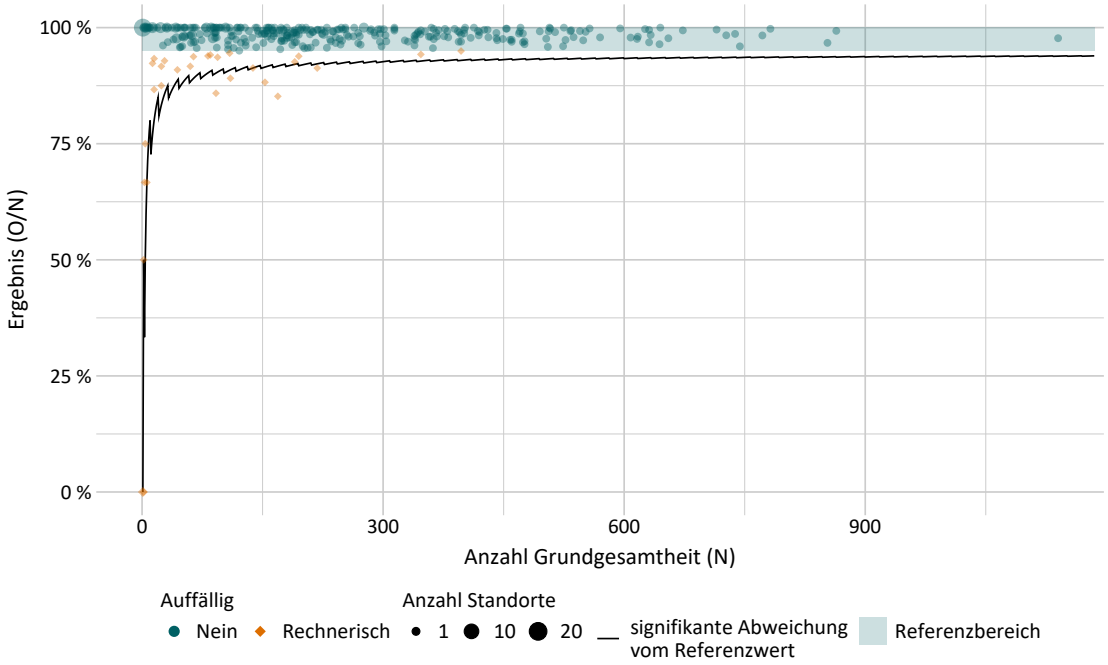
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	82.051 / 83.730	97,99	97,90 - 98,09
	2024	81.866 / 83.423	98,13	98,04 - 98,22
	2025	80.802 / 82.234	98,26	98,17 - 98,35

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	369	30	0,00	100,00	98,90

Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C

Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur

50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 22+0 Wochen p. m. und mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50069
Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Aufnahmegewicht unter 500 g Aufnahmegewicht 500-599 g Aufnahmegewicht 600-699 g Aufnahmegewicht 700-799 g Aufnahmegewicht 800-899 g Aufnahmegewicht 900-999 g Aufnahmegewicht 1.000-1.099 g Aufnahmegewicht 1.100-1.199 g Aufnahmegewicht 1.200-1.299 g Aufnahmegewicht 1.300-1.499 g
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

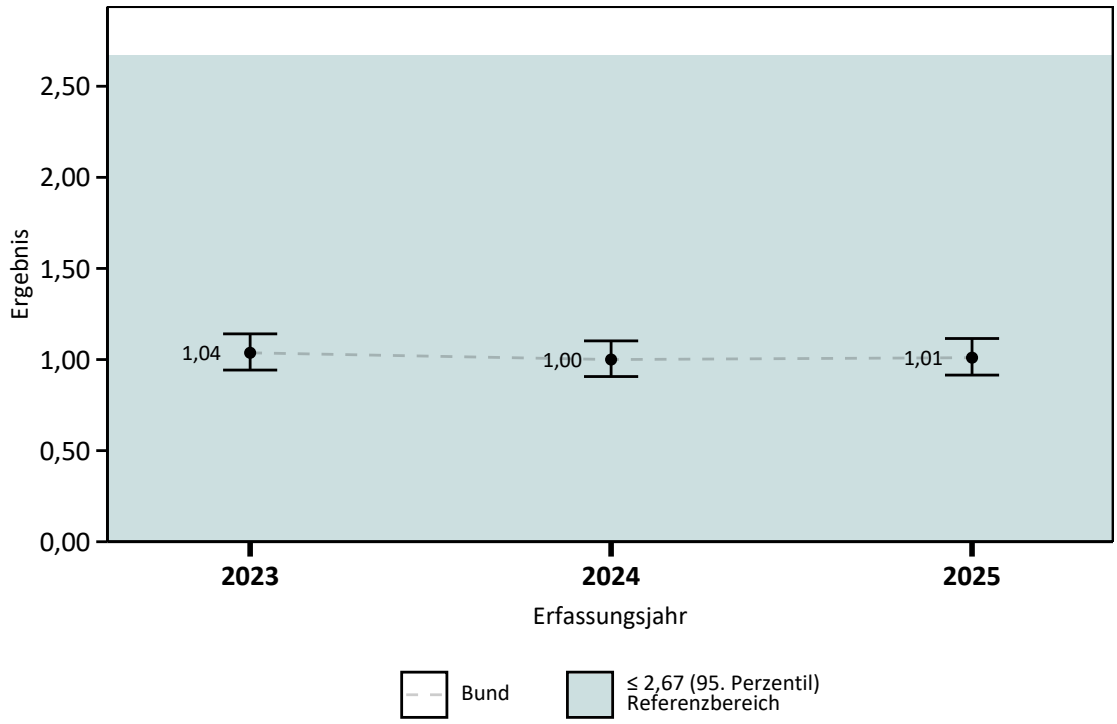
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	9.535	402 / 387,64	1,04	0,94 - 1,14
	2024	9.183	384 / 384,00	1,00	0,91 - 1,10
	2025	8.759	373 / 369,20	1,01	0,91 - 1,12

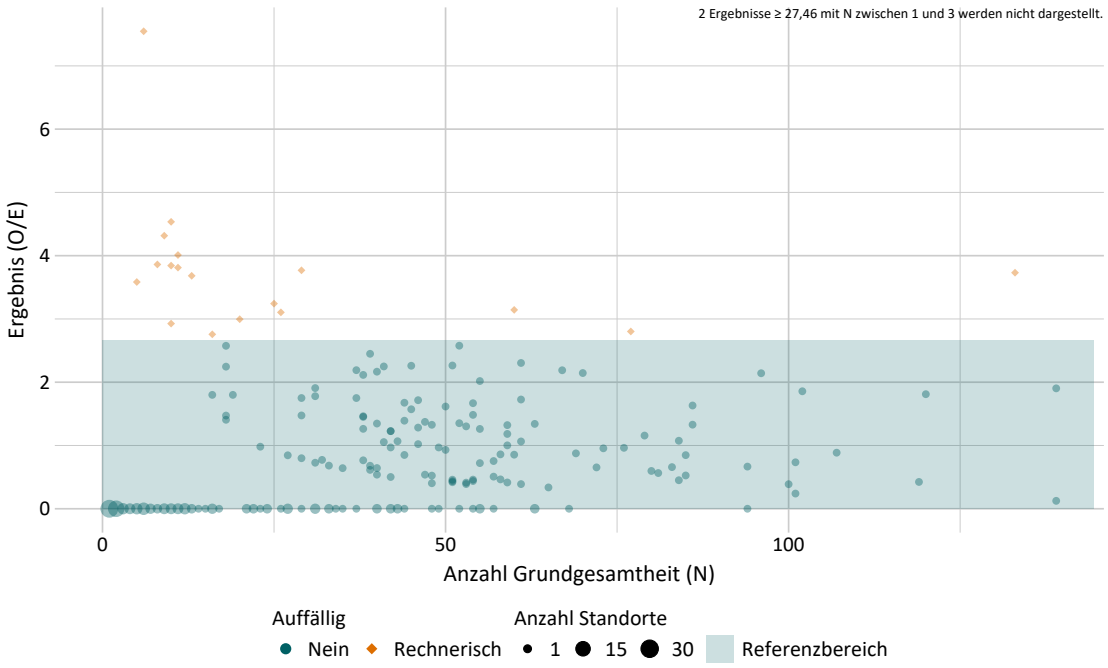
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

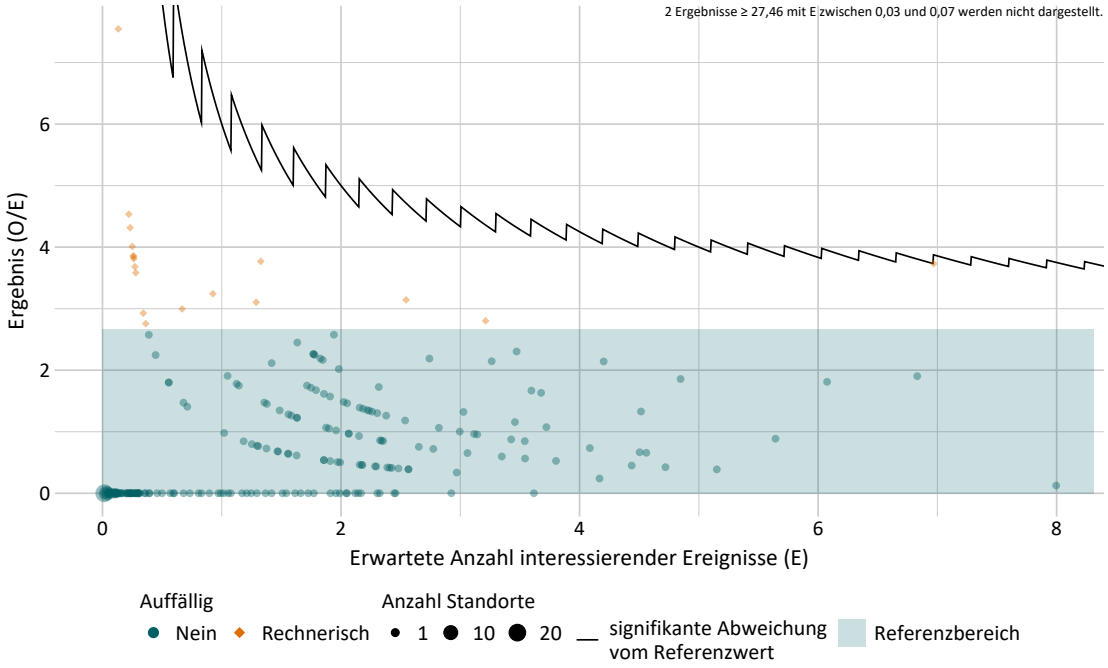
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



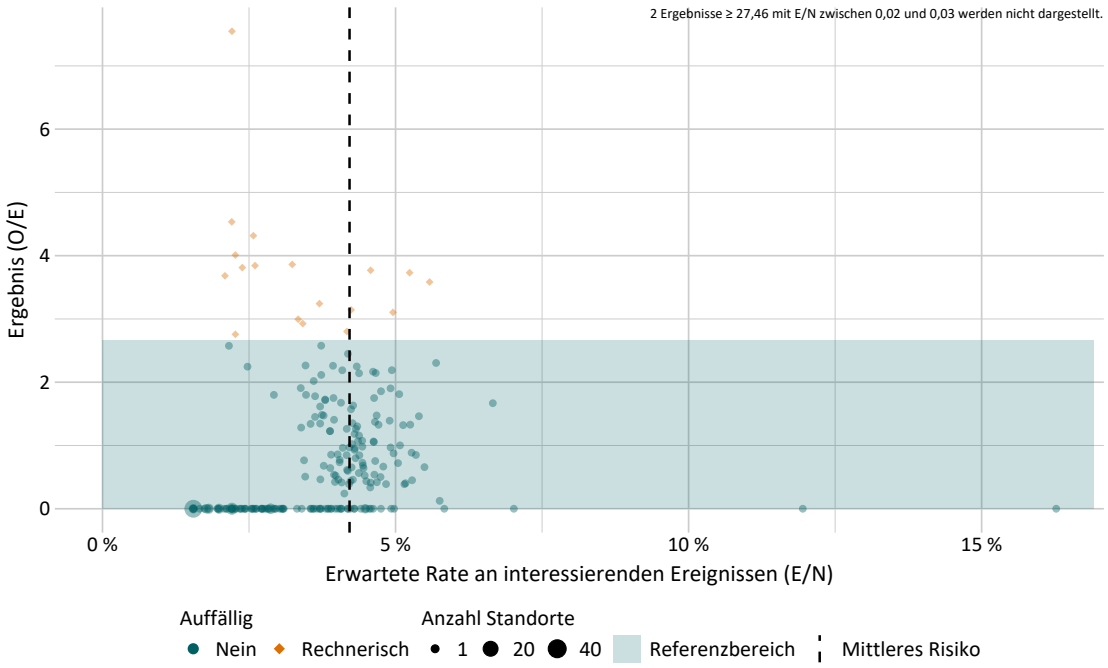
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	280	20	0,00	34,88	0,00

50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen und ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie und mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50074
Referenzbereich	≤ 2,48 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Aufnahmegewicht 1.500-2.099 g Aufnahmegewicht 2.100-2.399 g Aufnahmegewicht 2.400-2.699 g Aufnahmegewicht 2.700-2.999 g Aufnahmegewicht 3.000-3.299 g Aufnahmegewicht 3.300-3.599 g
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

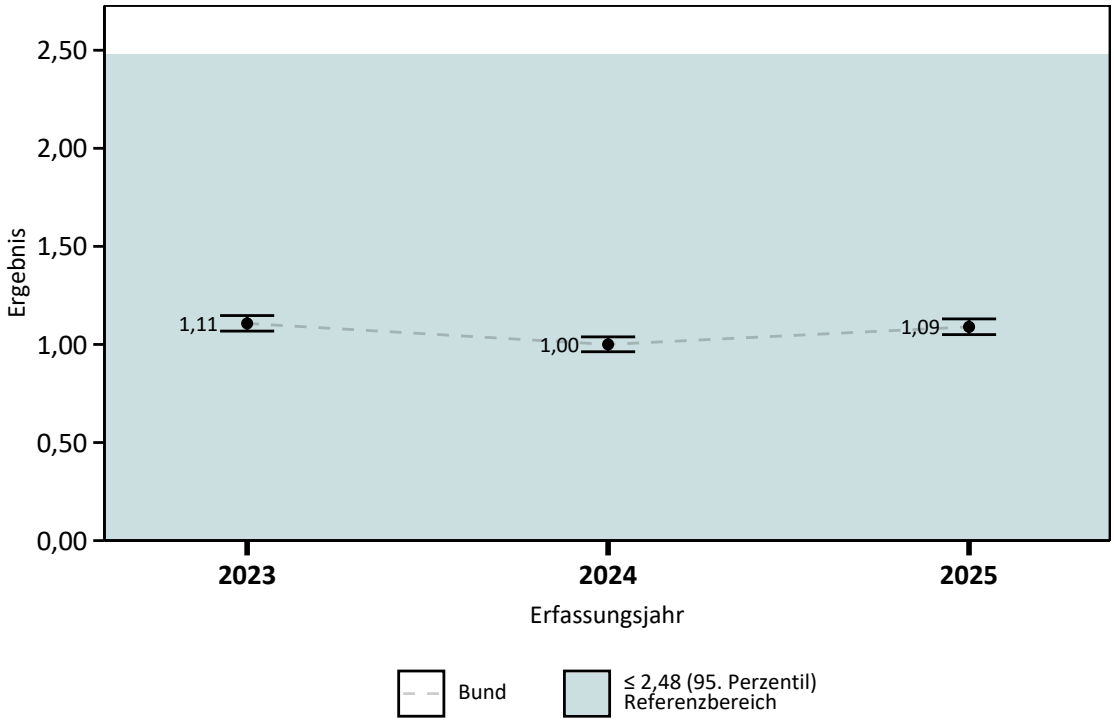
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	76.986	2.894 / 2.614,11	1,11	1,07 - 1,15
	2024	77.106	2.581 / 2.581,00	1,00	0,96 - 1,04
	2025	76.137	2.748 / 2.522,05	1,09	1,05 - 1,13

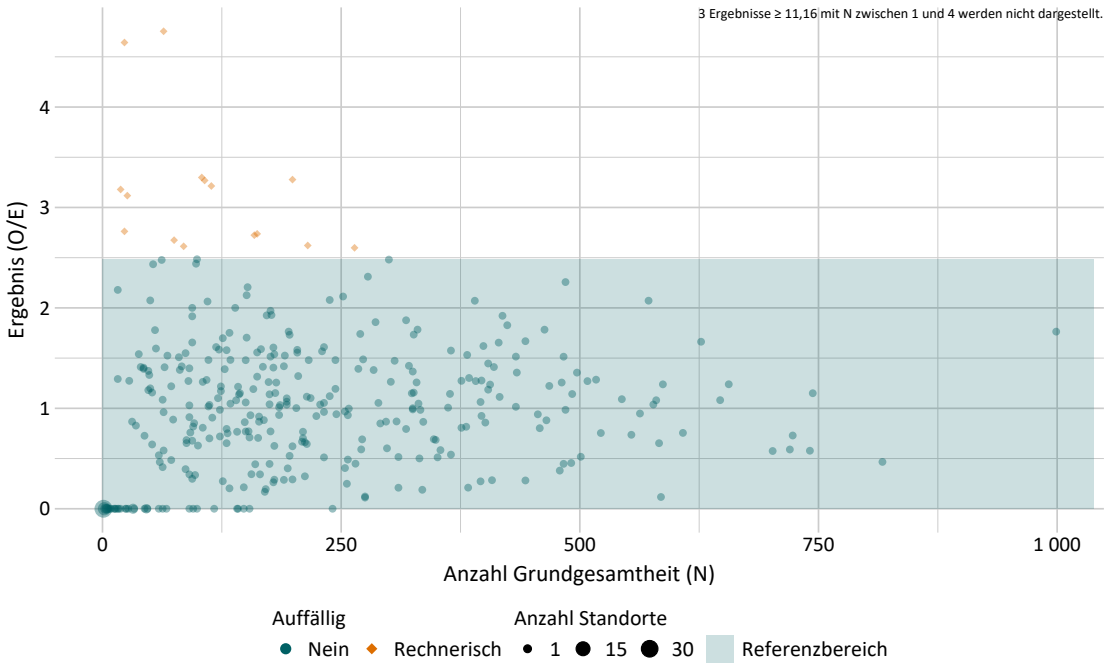
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

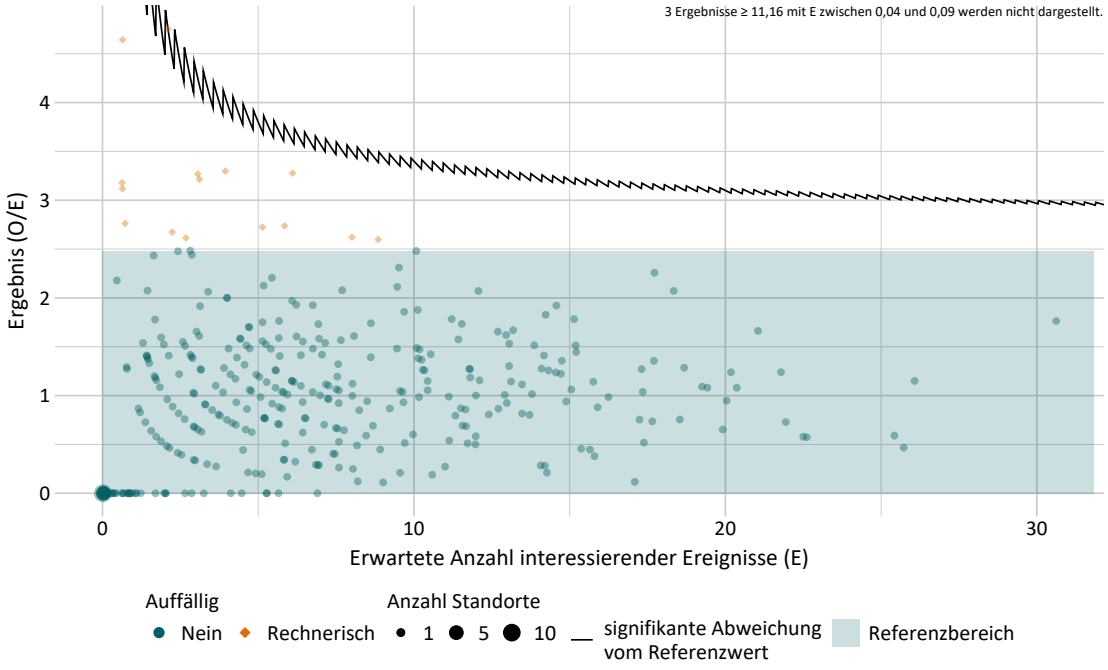
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



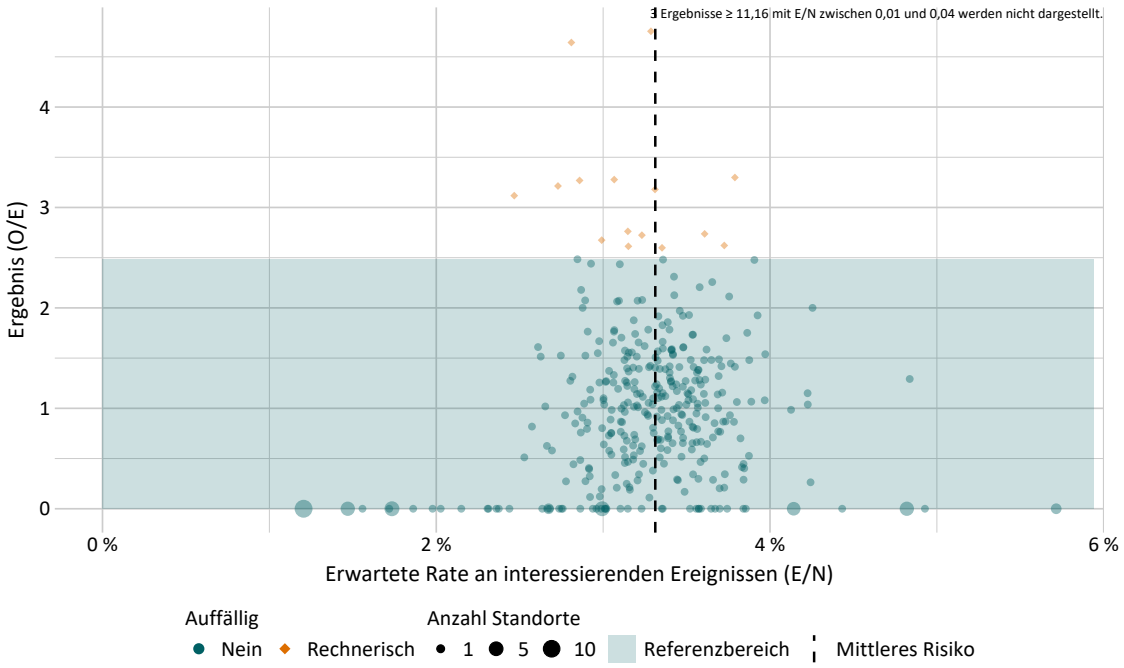
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	397	18	0,00	24,14	0,92

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.1	ID: 22_22022 Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	4,26 % 373/8.759

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[12]	
12.2.1	ID: O_50069 O/N (observed, beobachtet)	4,26 % 373/8.759
12.2.2	ID: E_50069 E/N (expected, erwartet)	4,22 % 369,20/8.759
12.2.3	**ID: 50069** **O/E**	1,01

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.3	ID: 22_22024 Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	3,61 % 2.748/76.137

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.4	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[13]	
12.4.1	ID: O_50074 O/N (observed, beobachtet)	3,61 % 2.748/76.137
12.4.2	ID: E_50074 E/N (expected, erwartet)	3,31 % 2.522,05/76.137
12.4.3	**ID: 50074** **O/E**	1,09

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

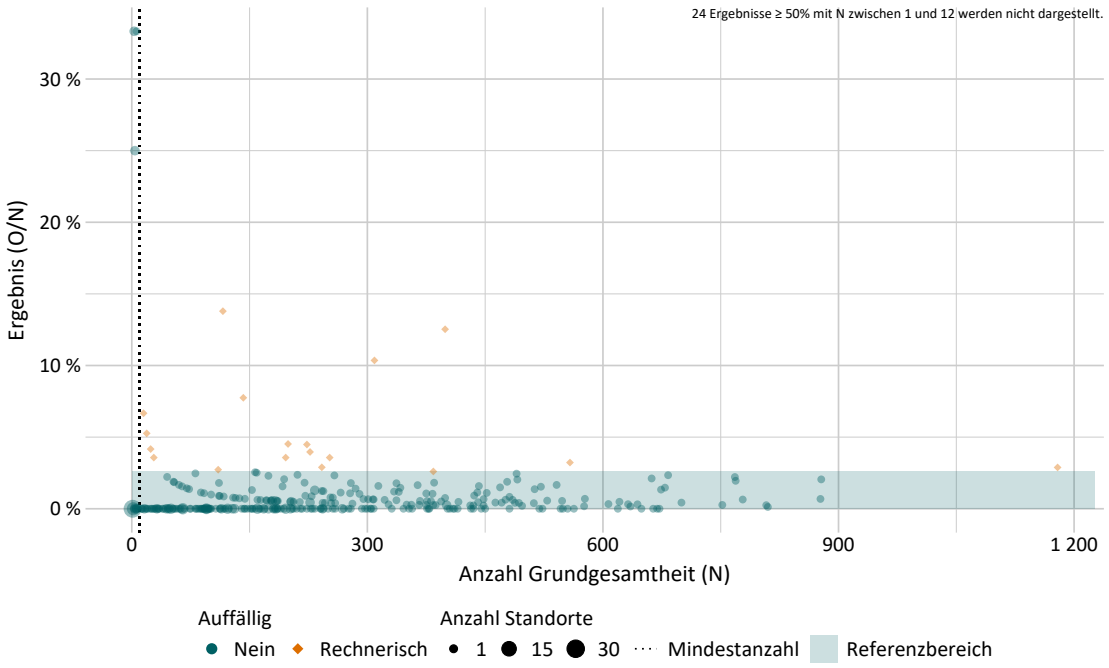
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle gehen ggf. nicht in den QI 50069 „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ oder in den QI 50074 „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ ein. Die Körpertemperatur des Kindes sollte bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen werden. **Hypothese** Fehl-/Unterdokumentation der Aufnahmetemperatur (tatsächlich wurde in der Patientenakte die Aufnahmetemperatur dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 22+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder, bei denen keine Aufnahmetemperatur angegeben wurde
Referenzbereich	≤ 2,59 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	414	19	0,00	100,00	0,00

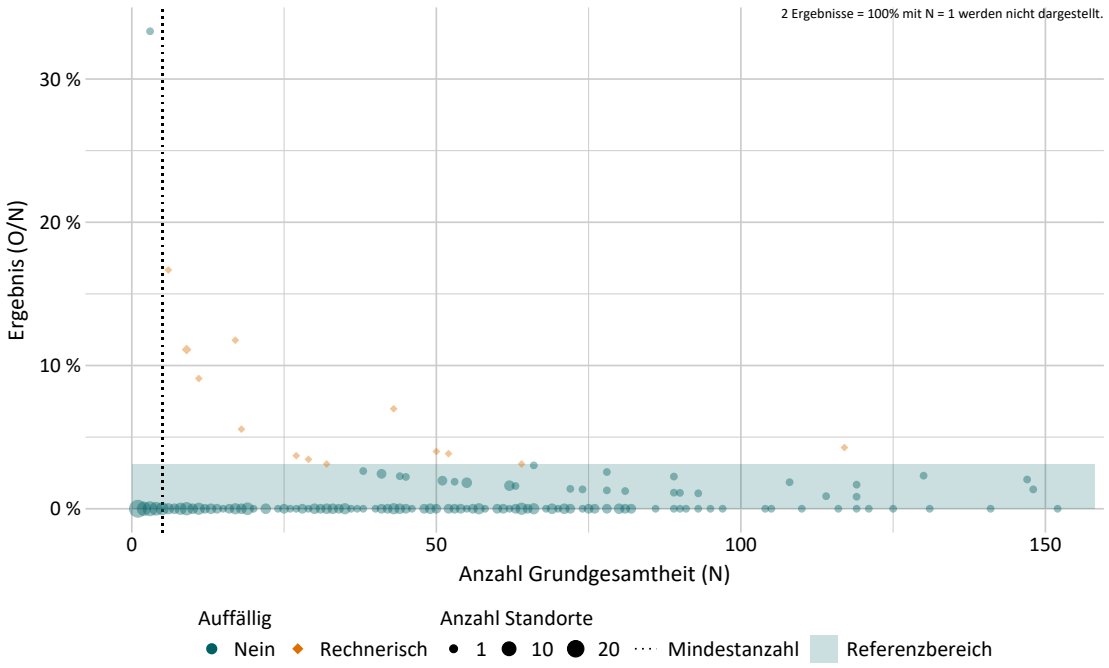
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	738 / 86.331	0,85	4,59 % 19 / 414

850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle gehen ggf. nicht in den Nenner des QI 52262 „Zunahme des Kopfumfangs“ ein. Der Kopfumfang sollte – mit Ausnahme von wenigen Ereignissen – während des stationären Aufenthaltes zunehmen. **Hypothese** Fehldokumentation des Kopfumfangs (tatsächlich wurde in der Patientenakte ein größerer Kopfumfang bei Entlassung als bei Aufnahme dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52262: Zunahme des Kopfumfangs
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, sowie mit einer Verweildauer von mindestens 21 Tagen und Angaben zum Kopfumfang bei Aufnahme sowie bei Entlassung
Zähler	Kinder, bei denen ein geringerer Kopfumfang bei Entlassung als bei Aufnahme angegeben wurde
Referenzbereich	≤ 3,08 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	303	14	0,00	100,00	0,00

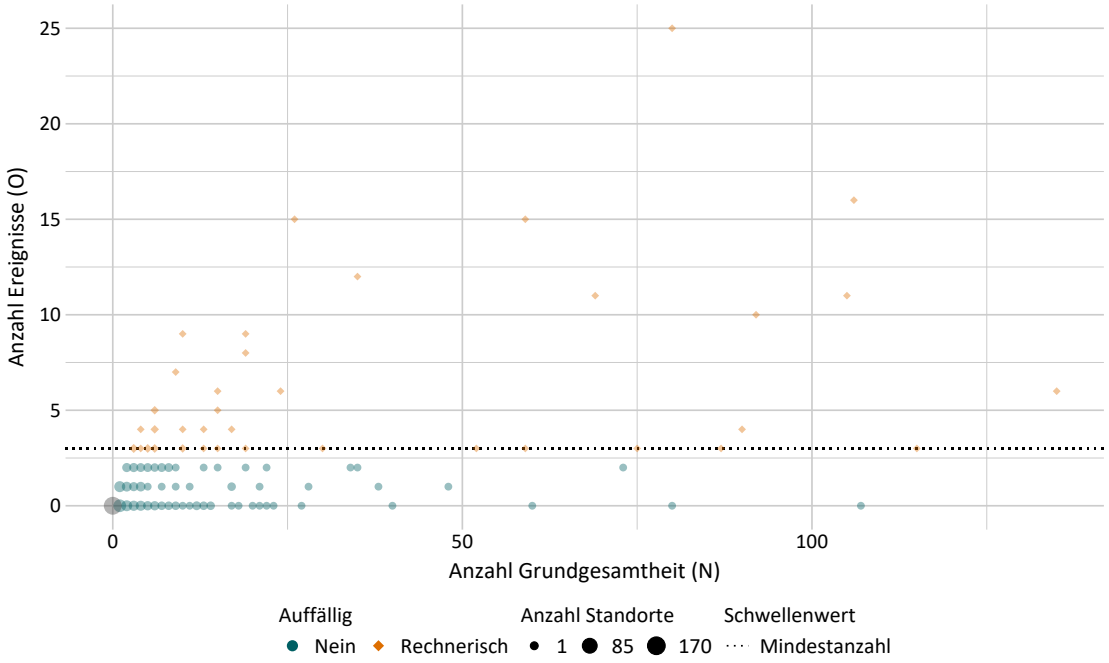
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	69 / 11.395	0,61	4,62 % 14 / 303

851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle mit schwerer oder letaler angeborener Erkrankung werden aus dem Nenner aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausgeschlossen. Bei Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung sollte ein ICD-Kode aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen vorliegen. **Hypothese** Fehldokumentation einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung (tatsächlich wurde in der Patientenakte ein ICD-Kode aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., bei denen angegeben wurde, dass eine schwere oder letale angeborene Erkrankung vorliegt
Zähler	Kinder, bei denen kein ICD-Kode aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	3
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



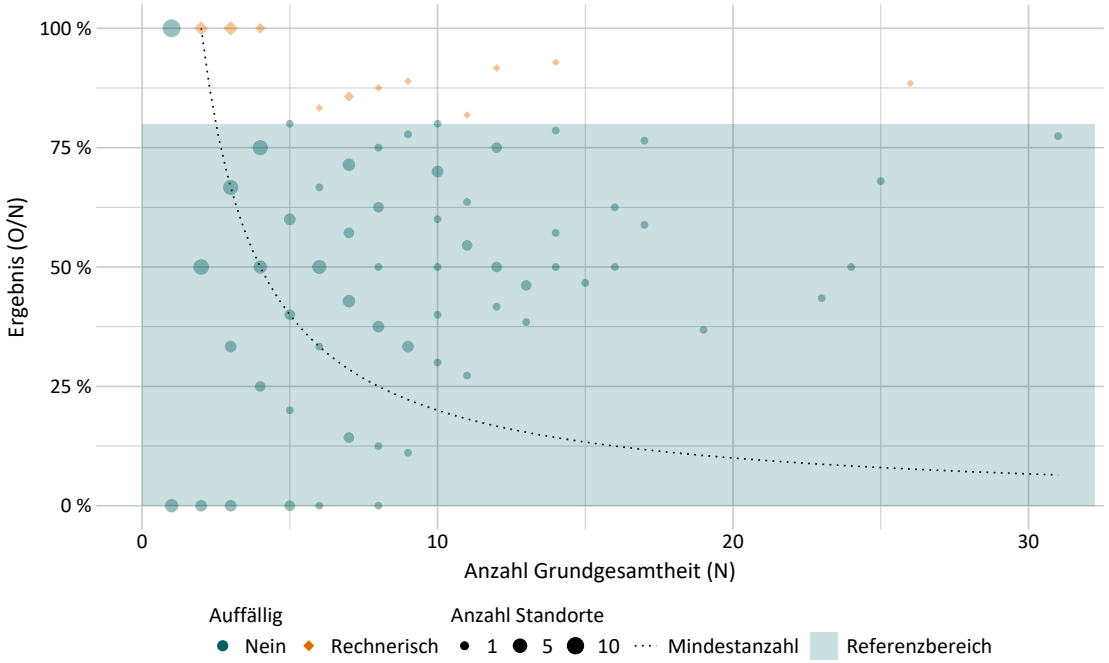
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	383 / 2.912	13,15	19,26 % 47 / 244

851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle gehen ggf. nicht in den Zähler der Kennzahl 51079 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ oder in den Zähler der Kennzahl 50053 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ oder in den Zähler des QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ ein. Bei Erfüllung bestimmter Kriterien zum Vorliegen einer moderaten oder schweren BPD gemäß Nennerdefinition sollte eine moderate oder schwere BPD angegeben werden. **Hypothese** Fehl-/Unterdokumentation einer moderaten oder schweren BPD (tatsächlich wurde in der Patientenakte eine moderate oder schwere BPD dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., die im Alter von 36+0 Wochen Sauerstoff bekommen haben oder die im Alter von 36+0 Wochen beatmet wurden oder die vor 36+0 SSW nach Hause entlassen wurden und Sauerstoff bekommen haben oder beatmet wurden (jeweils zum Tag der Entlassung) oder mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g, die im Alter von 56 Lebenstagen Sauerstoff bekommen haben oder die im Alter von 56 Lebenstagen beatmet wurden oder die vor 56 Lebenstagen nach Hause entlassen wurden und Sauerstoff bekommen haben oder beatmet wurden (jeweils zum Tag der Entlassung)
Zähler	Kinder, bei denen weder eine moderate noch eine schwere BPD angegeben wurde
Referenzbereich	≤ 80,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	161	24	0,00	100,00	58,82

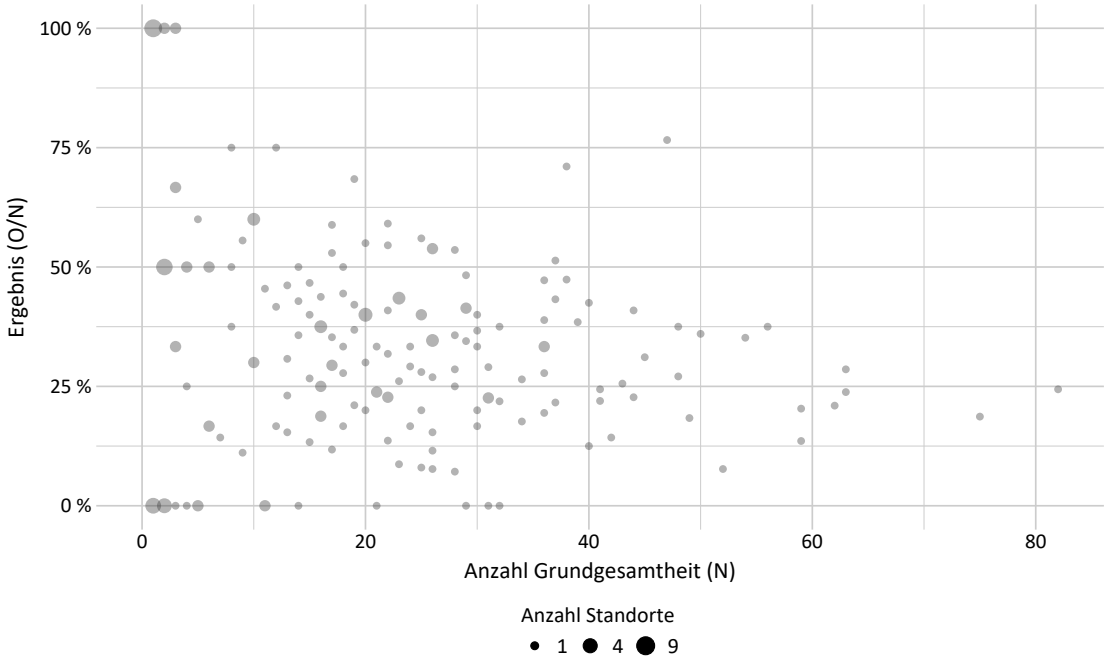
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	603 / 1.054	57,21	14,91 % 24 / 161

852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Das Datum des ersten ROP-Screenings sollte innerhalb des in der Leitlinie empfohlenen Zeitraums liegen. **Hypothese** Fehldokumentation des Datums des ersten ROP-Screenings (tatsächlich wurde in der Patientenakte das Datum des ersten ROP-Screenings im gemäß Leitlinie empfohlenen Zeitraum dokumentiert)
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme), oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde
Zähler	Erstes ROP-Screening bei Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 25+6 Wochen (bei Geburt) nicht zwischen einem postmenstruellen Alter von 31+0 bis 31+6 Wochen (nach Geburt) oder bei Kindern mit einem Gestationsalter von 26+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) nicht in der 6. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 36 bis 42) durchgeführt
Referenzbereich	Nicht definiert
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	200	0	0,00	100,00	33,33

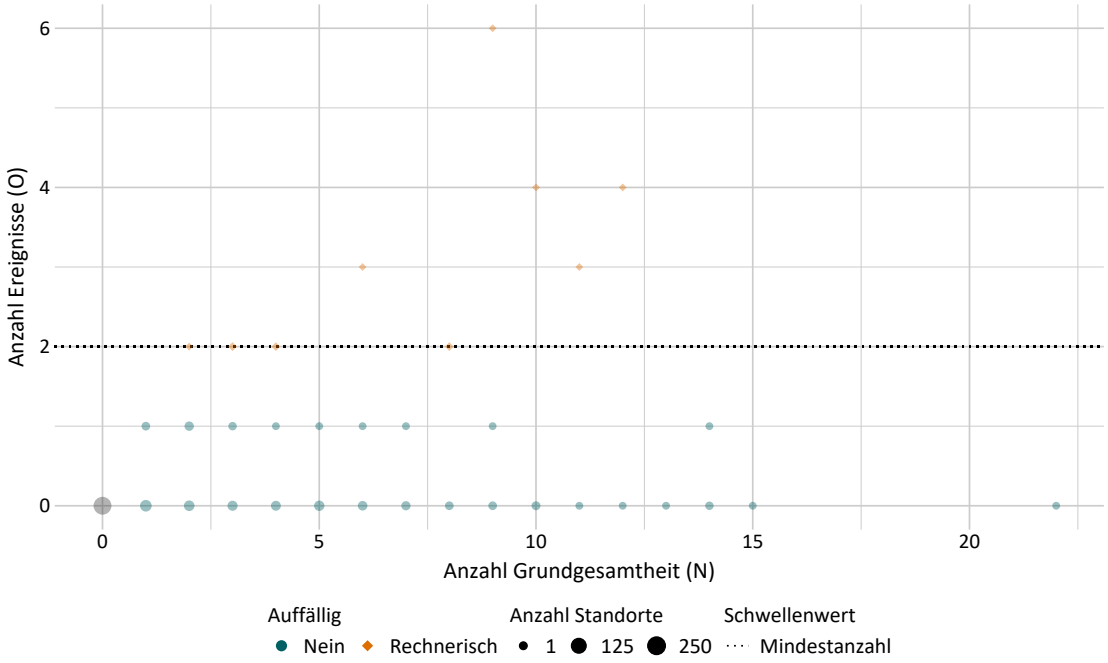
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	1.308 / 4.212	31,05	0,00 % 0 / 200

852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Es sollte eine HIE dokumentiert werden, wenn bei einem asphyktischen Kind eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde. **Hypothese** Fehldokumentation einer HIE (tatsächlich wurde in der Patientenakte eine HIE dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 34+0 Wochen p. m. und mit Angabe einer Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie
Zähler	Kinder, bei denen keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



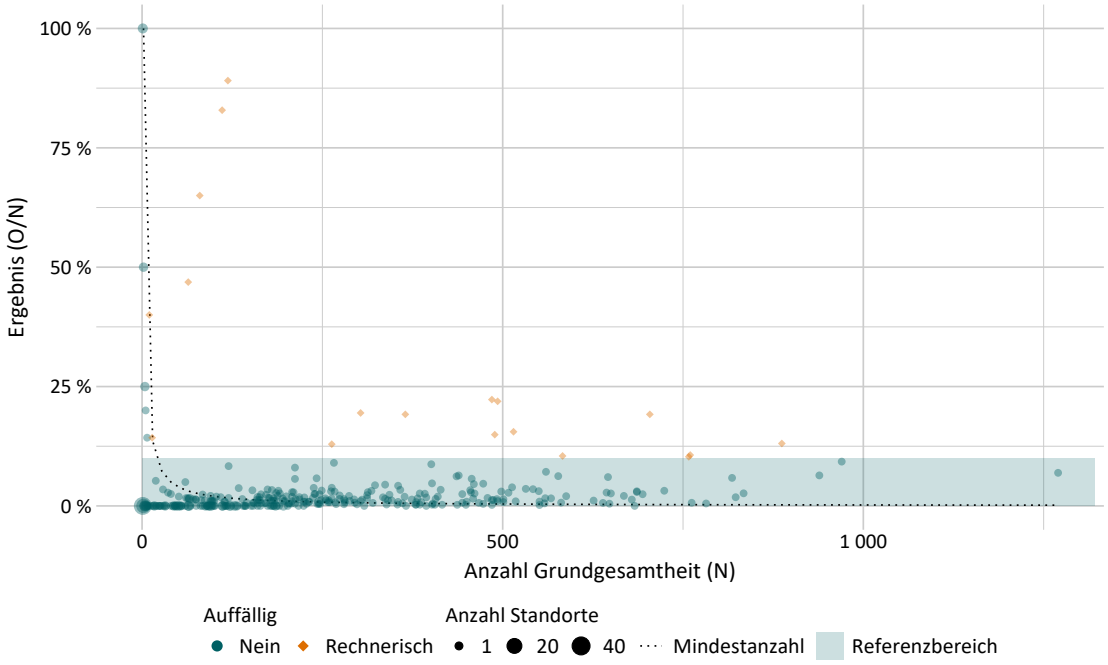
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	60 / 707	8,49	9,58 % 16 / 167

852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Fälle mit schwerer oder letaler angeborener Erkrankung werden aus dem Nenner aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausgeschlossen. Die Häufigkeit der Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung sollte daher in Bezug auf die übermittelten QS-Bögen plausibel sein. **Hypothese** Fehldokumentation einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung (tatsächlich wurde in der Patientenakte weder eine schwere noch eine letale angeborene Erkrankung dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter von mindestens 22+0 Wochen
Zähler	Kinder, bei denen angegeben wurde, dass eine schwere oder letale angeborene Erkrankung vorliegt
Referenzbereich	≤ 9,89 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	418	18	0,00	100,00	0,64

Detailergebnisse

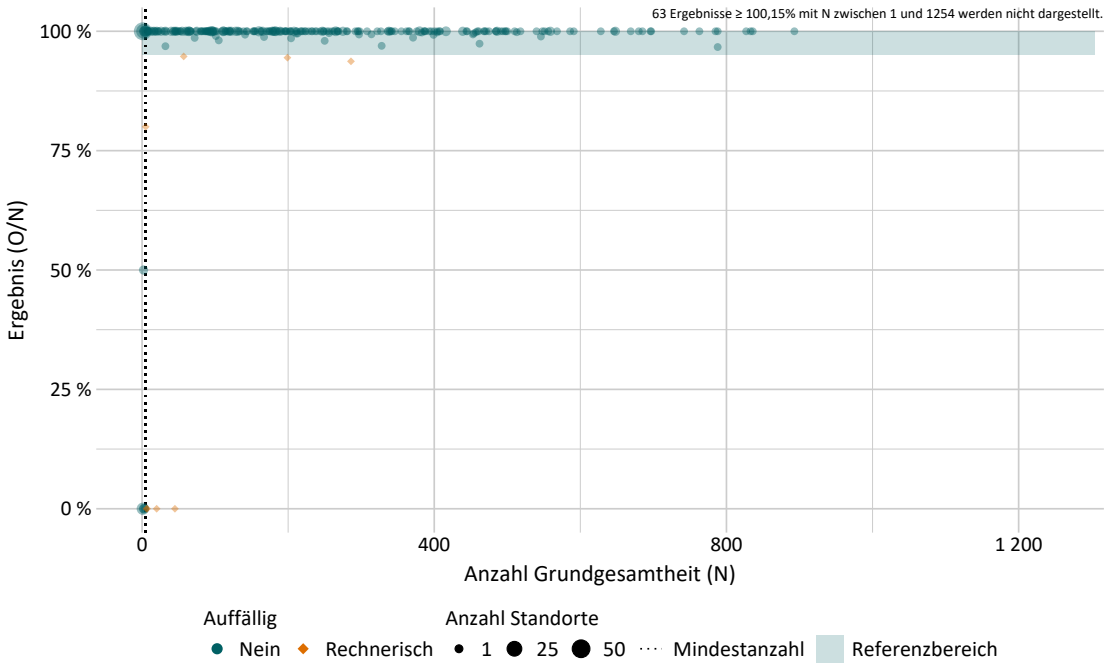
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	2.949 / 89.429	3,30	4,31 % 18 / 418

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	461	8	0,00	276,92	100,00

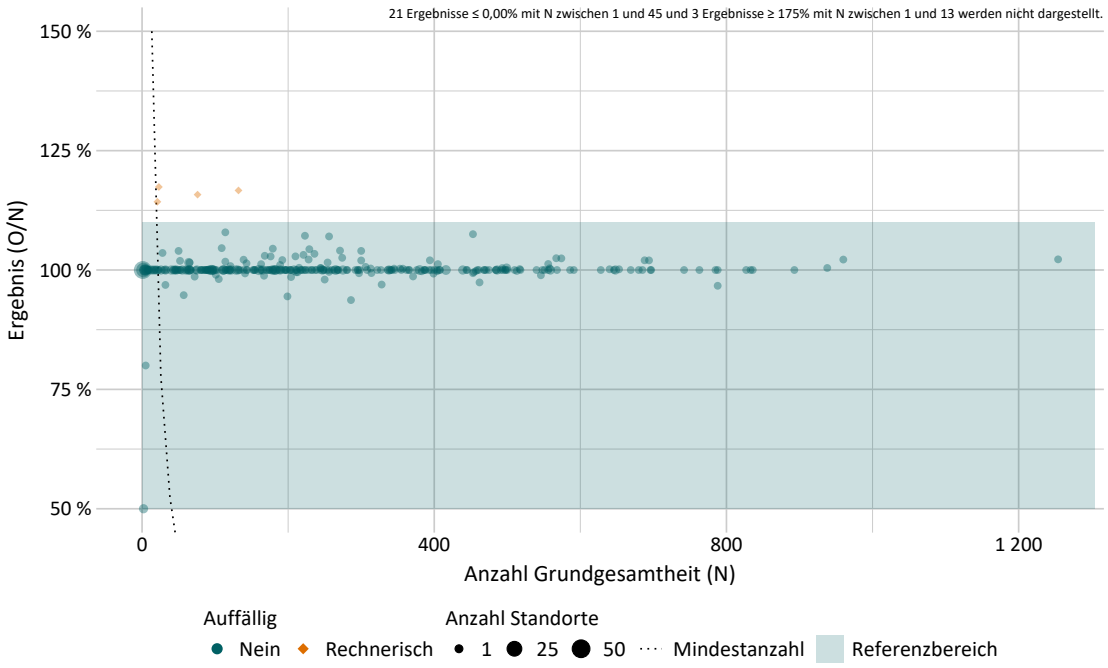
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	90.206 / 89.834	100,41	1,74 % 8 / 461

850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	461	5	0,00	276,92	100,00

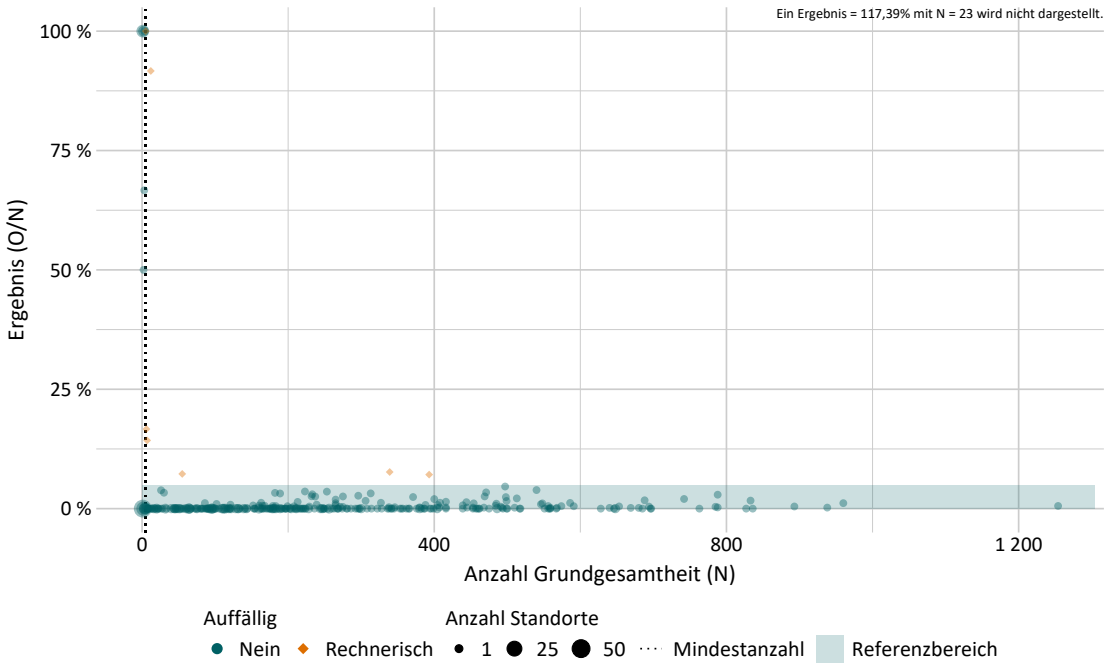
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	90.206 / 89.834	100,41	1,08 % 5 / 461

850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	461	8	0,00	117,39	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	549 / 89.834	0,61	1,74 % 8 / 461

Basisauswertung

Gesamtauswertung (Alle Kinder)

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 89.657**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	3.016	3,36
1. Quartal	21.744	24,25
2. Quartal	22.266	24,83
3. Quartal	23.810	26,56
4. Quartal	18.821	20,99

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	**N = 89.657**	
Lebendgeborene Kinder		
Lebendgeborene Kinder	89.652	99,99
davon: angeborene Erkrankungen		
(0) keine oder leichte angeborene Erkrankungen	86.658	96,66
(1) schwere oder letale angeborene Erkrankungen	2.994	3,34

Primär palliative Therapie (ab Geburt)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 89.652**	
Primär palliative Therapie (ab Geburt)		
Primär palliative Therapie (ab Geburt)	469	0,52
davon: Verstorben im Kreißsaal		
(1) ja	407	86,78

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 89.652**	
Geschlecht		
(1) männlich	49.974	55,74
(2) weiblich	39.666	44,24
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	10	0,01

Angaben zur Geburt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 89.652**	
Einlinge / Mehrlinge		
Einlinge	79.206	88,35
Zwillinge	9.994	11,15
≥ Drillinge	452	0,50

Angaben zur Geburt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 89.652**	
Gestationsalter (vollendete Schwangerschaftswochen)		
< 24 SSW	773	0,86
24 - 25 SSW	1.140	1,27
26 - 28 SSW	2.382	2,66
29 - 31 SSW	4.072	4,54
32 - 36 SSW	26.544	29,61
≥ 37 SSW	54.741	61,06
Geburtsgewicht		
< 500 g	703	0,78
500 - 749 g	1.382	1,54
750 - 999 g	1.692	1,89
1.000 - 1.249 g	1.878	2,09
1.250 - 1.499 g	2.349	2,62
1.500 - 2.499 g	22.124	24,68
≥ 2.500 g	59.524	66,39

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) von 22 bis 43 SSW	**N = 89.427**	
Geburtsgewichtsperzentile[14]		
< 10. Perzentile	15.263	17,07
10. - 90. Perzentile	65.169	72,87
> 90. Perzentile	8.995	10,06

[14] Für die Perzentilberechnung wurden die geschlechtsspezifischen Perzentilwerte für das Geburtsgewicht von Jungen und Mädchen für vollendete Schwangerschaftswochen nach Voigt et al. (2014) verwendet. Dabei werden Fälle mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 43+0 SSW berücksichtigt. Die Gesamtzahl kann aufgrund dessen von der ursprünglichen Gesamtzahl abweichen.

Grundlage zur Perzentilberechnung: Voigt, M; Rochow, N; Schneider, KTM; Hagenah, HP; Straube, S; Scholz, R; et al. (2014): Neue Perzentilwerte für die Körpermaße neugeborener Einlinge: Ergebnisse der deutschen Perinatalerhebung der Jahre 2007–2011 unter Beteiligung aller 16 Bundesländer. Z Geburtshilfe Neonatol 218(05): 210-217. DOI: 10.1055/s-0034-1385857.

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 89.652**	
Geburtsort		
(1) in Geburtsklinik	88.391	98,59
davon: Transport zur Neonatologie		
(0) kein Transport zur Neonatologie	11.465	12,97
(1) Transport ohne Kraftfahrzeug (Inborn)	66.786	75,56
(2) Transport mit Kraftfahrzeug (Outborn)	10.140	11,47
(2) in außerklinischer Geburtseinrichtung	645	0,72
(3) zu Hause	465	0,52
(9) sonstiges (z. B. während Transport)	151	0,17

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 89.652**	
Aufnahmestatus		
Inborn	72.805	81,21
Outborn	11.385	12,70
von zu Hause	2.394	2,67
Sekundäraufnahmen	2.607	2,91
Sonstiges	125	0,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
Aufnahmetemperatur		
< 32,0 °C	25	0,03
32,0 - 33,9 °C	186	0,21
34,0 - 35,9 °C	3.370	3,78
36,0 - 37,5 °C	76.487	85,75
> 37,5 °C	8.226	9,22

Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
Schädelsonogramm		
(0) nein	19.405	21,75
(1) ja	69.797	78,25
davon: Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie		
(0) nein	67.661	96,94
(1) IVH Grad I	1.136	1,63
(2) IVH Grad II	356	0,51
(3) IVH Grad III	344	0,49
(4) periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	300	0,43
davon: Status bei Aufnahme bei (1), (2), (3) oder (4)		
(1) IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	1.409	65,96
(2) IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor	727	34,04
davon: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)		
(0) nein	69.587	99,70
(1) ja	210	0,30
davon: Status bei Aufnahme		
(1) PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	142	67,62
(2) PVL lag bereits bei Aufnahme vor	68	32,38

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
ROP-Screening durchgeführt/vorhanden		
(0) nein	83.009	93,06
(1) ja, im aktuellen Aufenthalt	5.972	6,69
(2) ja, in einem vorherigen Aufenthalt	221	0,25
davon: Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)[15]		
(0) nein	4.564	73,70
(1) Stadium 1 (Demarkationslinie)	725	11,71
(2) Stadium 2 (Prominente Leiste)	528	8,53
(3) Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen)	373	6,02
(4) Stadium 4 (Partielle Amotio retinae)	≤3	x
(5) Stadium 5 (Totale Amotio retinae)	≤3	x
davon: ROP-Status bei Aufnahme bei (1), (2), (3), (4) oder (5)		
(1) ROP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	1.445	88,70
(2) ROP lag bereits bei Aufnahme vor	184	11,30

[15] maximales Stadium während des stationären Aufenthaltes

ROP-Screening nicht durchgeführt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die bei einem Gestationsalter von 22+0 bis 25+6 Wochen (bei Geburt) bei Entlassung ein postmenstruelles Alter von mindestens 31+6 Wochen (nach Geburt) aufweisen oder die bei einem Gestationsalter von 26+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) bei Entlassung mindestens 42 Lebenstage aufweisen, bei denen das ROP-Screening nicht in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt wurde	**N = 4.525**	
ROP-Screening nicht durchgeführt; nach Gestationsalter (in vollendeten Schwangerschaftswochen)		
22 SSW	≤3	x
23 SSW	11	0,24
24 SSW	17	0,38
25 SSW	14	0,31
26 SSW	32	0,71
27 SSW	18	0,40
28 SSW	55	1,22
29 SSW	48	1,06
30 SSW	90	1,99
Gesamt	287	6,34

Durchführung des ersten ROP-Screenings vor dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde	**N = 4.212**	
Erstes ROP-Screening bei Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 25+6 Wochen (bei Geburt) vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen (nach Geburt) oder bei Kindern mit einem Gestationsalter von 26+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) vor der 6. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 36) durchgeführt; nach Gestationsalter (in vollendeten Schwangerschaftswochen)[16]		
22 SSW	5	0,12
23 SSW	29	0,69
24 SSW	40	0,95
25 SSW	51	1,21
26 SSW	30	0,71
27 SSW	50	1,19
28 SSW	70	1,66
29 SSW	87	2,07
30 SSW	151	3,58
Gesamt	513	12,18

[16] Grundsätzlich sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42) erfolgen, aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen. Aktuelle Daten sprechen dafür, dass auch bei extrem unreifen Frühgeborenen die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh erfolgt (Maier et al. 2020).

Referenz:
Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand: 24.03.2020], Erstveröffentlichung: 06/1998, Überarbeitung von: 03/2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-010l_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2020-07.pdf (abgerufen am: 06.04.2022).

Durchführung des ersten ROP-Screenings nach dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde	**N = 4.212**	
Erstes ROP-Screening bei Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 25+6 Wochen (bei Geburt) nach einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen (nach Geburt) oder bei Kindern mit einem Gestationsalter von 26+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) nach der 6. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 42) durchgeführt; nach Gestationsalter (in vollendeten Schwangerschaftswochen)[17]		
22 SSW	6	0,14
23 SSW	38	0,90
24 SSW	81	1,92
25 SSW	100	2,37
26 SSW	113	2,68
27 SSW	105	2,49
28 SSW	128	3,04
29 SSW	126	2,99
30 SSW	98	2,33
Gesamt	795	18,87

[17] Grundsätzlich sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42) erfolgen, aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen. Aktuelle Daten sprechen dafür, dass auch bei extrem unreifen Frühgeborenen die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh erfolgt (Maier et al. 2020).

Referenz:
Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand: 24.03.2020], Erstveröffentlichung: 06/1998, Überarbeitung von: 03/2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-010l_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2020-07.pdf (abgerufen am: 06.04.2022).

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		
(0) nein	65.251	73,15
(1) ja	23.951	26,85
davon: Dauer der Sauerstoffzufuhr		
0 - 9 Tage	19.822	82,76
10 - 27 Tage	1.757	7,34
> 27 Tage	2.372	9,90
Beatmung (von mehr als 30 Minuten)		
(0) keine Atemhilfe	51.943	58,23
(1) nur nasale / pharyngeale Beatmung	30.442	34,13
(2) nur intratracheale Beatmung	929	1,04
(3) nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	5.888	6,60
davon: Beatmungsdauer bei (1), (2) oder (3)		
0 - 7 Tage	30.328	81,40
8 - 14 Tage	2.544	6,83
15 - 21 Tage	1.037	2,78
22 - 28 Tage	797	2,14
> 28 Tage	2.553	6,85

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)[18]		
(0) weder moderate noch schwere BPD	88.355	99,05
(2) moderate BPD	467	0,52
(3) schwere BPD	380	0,43
davon: Status bei Aufnahme bei (2) oder (3)		
(1) BPD ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	686	80,99
(2) BPD lag bereits bei Aufnahme vor	161	19,01

[18] mit erhöhtem Sauerstoffbedarf im Alter von 36+0 Wochen p. m.

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen bzw. nach Hause entlassene Kinder)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen p. m. oder nach Hause Entlassene)	**N = 86.466**	
Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		
(0) nein	64.191	74,24
(1) ja	22.275	25,76
davon: Dauer der Sauerstoffzufuhr		
0 - 9 Tage	18.646	83,71
10 - 27 Tage	1.506	6,76
> 27 Tage	2.123	9,53
Beatmung (von mehr als 30 Minuten)		
(0) keine Atemhilfe	51.326	59,36
(1) nur nasale / pharyngeale Beatmung	29.346	33,94
(2) nur intratracheale Beatmung	641	0,74
(3) nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	5.153	5,96
davon: Beatmungsdauer bei (1), (2) oder (3)		
0 - 7 Tage	28.931	82,33
8 - 14 Tage	2.285	6,50
15 - 21 Tage	907	2,58
22 - 28 Tage	693	1,97
> 28 Tage	2.324	6,61

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen bzw. nach Hause entlassene Kinder)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen p. m. oder nach Hause Entlassene)	**N = 86.466**	
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)[19]		
(0) weder moderate noch schwere BPD	85.742	99,16
(2) moderate BPD	397	0,46
(3) schwere BPD	327	0,38
davon: Status bei Aufnahme bei (2) oder (3)		
(1) BPD ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	641	88,54
(2) BPD lag bereits bei Aufnahme vor	83	11,46

[19] mit erhöhtem Sauerstoffbedarf im Alter von 36+0 Wochen p. m.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
Pneumothorax		
nein	87.863	98,50
ja, Pneumothorax	1.339	1,50
davon		
ja, ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	279	20,84
ja, nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	1.060	79,16
davon: Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax		
(1) während Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes aufgetreten	864	64,53
(2) bei Aufnahme aus dem Kreißsaal/der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes	338	25,24
(3) bei Verlegung aus der Neonatologie/Kinderklinik eines anderen Standortes schon bestehend	137	10,23
davon: Behandlung des Pneumothorax		
(0) nein, keine Punktion oder Drainage	619	46,23
(1) ja, Einmalpunktion	71	5,30
(2) ja, mehrere Punktionen oder Pleuradrainage	649	48,47

Pneumothorax mit Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	keine Atemhilfe	nur nasale / pharyngeale Beatmung	nur intra-tracheale Beatmung	nasale / pharyngeale und intra-tracheale Beatmung	Gesamt
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde					
Bund (gesamt)					
nein	51.880 **58,16 %**	29.801 **33,41 %**	842 **0,94 %**	5.340 **5,99 %**	87.863 **98,50 %**
ja, ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	35 **0,04 %**	173 **0,19 %**	12 **0,01 %**	59 **0,07 %**	279 **0,31 %**
ja, nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	28 **0,03 %**	468 **0,52 %**	75 **0,08 %**	489 **0,55 %**	1.060 **1,19 %**
Gesamt	51.943 **58,23 %**	30.442 **34,13 %**	929 **1,04 %**	5.888 **6,60 %**	89.202 **100,00 %**

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
Pneumonie		
(0) nein, keine Pneumonie während des stationären Aufenthalts	88.109	98,77
(1) ja, Pneumonie während des stationären Aufenthalts	1.093	1,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
Sepsis		
(0) nein	85.491	95,84
(1) ja	3.711	4,16
davon		
Beginn innerhalb von 72 Stunden nach Geburt	2.463	66,37
Beginn später als 72 Stunden nach Geburt	1.248	33,63
Perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)		
(0) nein	86.563	97,04
perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	2.639	2,96
davon		
(1) ja, ohne therapeutische Hypothermie	1.900	72,00
(2) ja, mit therapeutischer Hypothermie	739	28,00
davon: HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie) bei (1) oder (2)		
(0) nein	1.739	65,90
(1) ja	900	34,10
nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)		
(0) nein	88.826	99,58
(1) ja	376	0,42
davon		
(1) NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	312	82,98
(2) NEK lag bereits bei Aufnahme vor	64	17,02

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)		
(0) nein	88.961	99,73
(1) ja	241	0,27
davon		
(1) FIP/SIP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	202	83,82
(2) FIP/SIP lag bereits bei Aufnahme vor	39	16,18
Hörscreening		
(0) nein	4.218	4,73
(1) Hörscreening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt	81.715	91,61
(2) Hörscreening in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt	3.269	3,66

Operation(en) und Prozeduren

Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)		
(0) nein	88.884	99,64
OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)	318	0,36
davon		
(1) ja, Lasertherapie oder Kryotherapie	69	21,70
(2) ja, intravitreale Anti-VEGF-Therapie	239	75,16
(3) ja, sonstige	10	3,14
OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)		
(0) nein	88.970	99,74
OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)	232	0,26
davon		
(1) ja, Laparotomie	177	76,29
(2) ja, Drainage/Lavage	≤3	x
(3) ja, Drainage/Lavage und Laparotomie	53	22,84

Operation(en) und Prozeduren

Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	**N = 89.202**	
OP oder sonstige invasive Therapie einer fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP)		
(0) nein	88.959	99,73
OP oder sonstige invasive Therapie einer fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP)	243	0,27
davon		
(1) ja, Laparotomie	205	84,36
(2) ja, Drainage/Lavage	6	2,47
(3) ja, Drainage/Lavage und Laparotomie	32	13,17
OP eines posthämorrhagischen Hydrozephalus		
(0) nein	88.930	99,70
(1) ja	272	0,30

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde und die lebend entlassen oder verlegt wurden	**N = 88.205**	
Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung		
(1) ausschließlich mit Frauenmilch ernährt	44.647	50,62
(2) teilweise mit Frauenmilch ernährt	32.398	36,73
(3) ausschließlich mit Formula ernährt	11.160	12,65

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 89.652**	
Entlassungsgrund		
(01) Behandlung regulär beendet	75.658	84,39
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	8.330	9,29
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	78	0,09
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	589	0,66
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	3.216	3,59
(07) Tod	1.442	1,61
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[20]	121	0,13
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	68	0,08
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	27	0,03
(11) Entlassung in ein Hospiz	9	0,01
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	16	0,02
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	42	0,05
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[21]	20	0,02
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[22]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	8	0,01
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[23]		
(1) ja	25	0,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	**N = 89.652**	
Mortalität und Lebenstage		
Verstorbene Kinder	1.442	1,61
davon		
≤ 7. Lebenstag	1.037	71,91
8. - 28. Lebenstag	245	16,99
≥ 29. Lebenstag	160	11,10

[20] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[21] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[22] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[23] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

VLBW-Auswertung (Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g)

VLBW: Very Low Birth Weight

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g	**N = 8.004**	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	1.112	13,89
1. Quartal	1.965	24,55
2. Quartal	2.042	25,51
3. Quartal	1.948	24,34
4. Quartal	937	11,71

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g	**N = 8.004**	
angeborene Erkrankungen		
(0) keine oder leichte angeborene Erkrankungen	7.603	94,99
(1) schwere oder letale angeborene Erkrankungen	401	5,01

Primärer Verzicht auf kurative Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g	**N = 8.004**	
Primärer Verzicht auf kurative Therapie		
Primär palliative Therapie (ab Geburt)	384	4,80
davon: Verstorben im Kreißsaal		
(1) ja	360	93,75

Aufnahme

In den nachfolgenden Auswertungen werden ausschließlich lebend geborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g berücksichtigt

Geburtsort nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	219 **100,00 %**	201 **100,00 %**	349 **100,00 %**	557 **100,00 %**	577 **100,00 %**	688 **100,00 %**	757 **100,00 %**	913 **100,00 %**	853 **100,00 %**	930 **100,00 %**	718 **100,00 %**	1.242 **100,00 %**
davon verstorben	218 **99,54 %**	150 **74,63 %**	130 **37,25 %**	114 **20,47 %**	78 **13,52 %**	58 **8,43 %**	44 **5,81 %**	32 **3,50 %**	25 **2,93 %**	26 **2,80 %**	13 **1,81 %**	34 **2,74 %**
Inborn	218 **99,54 %**	196 **97,51 %**	348 **99,71 %**	551 **98,92 %**	570 **98,79 %**	684 **99,42 %**	755 **99,74 %**	905 **99,12 %**	850 **99,65 %**	928 **99,78 %**	716 **99,72 %**	1.229 **98,95 %**
davon verstorben	217 **99,54 %**	148 **75,51 %**	129 **37,07 %**	112 **20,33 %**	77 **13,51 %**	57 **8,33 %**	44 **5,83 %**	32 **3,54 %**	24 **2,82 %**	26 **2,80 %**	13 **1,82 %**	34 **2,77 %**
Outborn	≤3 **x %**	5 **2,49 %**	≤3 **x %**	6 **1,08 %**	7 **1,21 %**	4 **0,58 %**	≤3 **x %**	8 **0,88 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	13 **1,05 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**

Geburtsort nach Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	703 **100,00 %**	1.382 **100,00 %**	1.692 **100,00 %**	1.878 **100,00 %**	2.349 **100,00 %**	8.004 **100,00 %**
davon verstorben	428 **60,88 %**	273 **19,75 %**	106 **6,26 %**	59 **3,14 %**	56 **2,38 %**	922 **11,52 %**
Inborn	697 **99,15 %**	1.371 **99,20 %**	1.686 **99,65 %**	1.862 **99,15 %**	2.334 **99,36 %**	7.950 **99,33 %**
davon verstorben	427 **61,26 %**	270 **19,69 %**	103 **6,11 %**	57 **3,06 %**	56 **2,40 %**	913 **11,48 %**
Outborn	6 **0,85 %**	11 **0,80 %**	6 **0,35 %**	16 **0,85 %**	15 **0,64 %**	54 **0,67 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	9 **16,67 %**

© IQTIG 2026

Aufnahmestatus nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[24]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	218 **100,00 %**	198 **100,00 %**	348 **100,00 %**	557 **100,00 %**	576 **100,00 %**	688 **100,00 %**	757 **100,00 %**	912 **100,00 %**	852 **100,00 %**	928 **100,00 %**	718 **100,00 %**	1.240 **100,00 %**
davon verstorben	217 **99,54 %**	149 **75,25 %**	130 **37,36 %**	114 **20,47 %**	78 **13,54 %**	58 **8,43 %**	44 **5,81 %**	32 **3,51 %**	25 **2,93 %**	26 **2,80 %**	13 **1,81 %**	34 **2,74 %**
Primäraufnahmen	218 **100,00 %**	184 **92,93 %**	309 **88,79 %**	481 **86,36 %**	513 **89,06 %**	610 **88,66 %**	683 **90,22 %**	838 **91,89 %**	808 **94,84 %**	881 **94,94 %**	681 **94,85 %**	1.182 **95,32 %**
davon verstorben	217 **99,54 %**	149 **80,98 %**	125 **40,45 %**	111 **23,08 %**	73 **14,23 %**	55 **9,02 %**	40 **5,86 %**	30 **3,58 %**	22 **2,72 %**	23 **2,61 %**	13 **1,91 %**	32 **2,71 %**
Sekundäraufnahmen	0 **0,00 %**	14 **7,07 %**	39 **11,21 %**	76 **13,64 %**	63 **10,94 %**	78 **11,34 %**	74 **9,78 %**	74 **8,11 %**	44 **5,16 %**	47 **5,06 %**	37 **5,15 %**	58 **4,68 %**
davon verstorben	0 **-**	0 **0,00 %**	5 **12,82 %**	≤3 **x %**	5 **7,94 %**	≤3 **x %**	4 **5,41 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**

[24] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Aufnahmestatus nach Geburtsgewicht[25]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	701 **100,00 %**	1.378 **100,00 %**	1.691 **100,00 %**	1.877 **100,00 %**	2.345 **100,00 %**	7.992 **100,00 %**
davon verstorben	427 **60,91 %**	272 **19,74 %**	106 **6,27 %**	59 **3,14 %**	56 **2,39 %**	920 **11,51 %**
Primäraufnahmen	648 **92,44 %**	1.217 **88,32 %**	1.540 **91,07 %**	1.751 **93,29 %**	2.232 **95,18 %**	7.388 **92,44 %**
davon verstorben	421 **64,97 %**	262 **21,53 %**	101 **6,56 %**	53 **3,03 %**	53 **2,37 %**	890 **12,05 %**
Sekundäraufnahmen	53 **7,56 %**	161 **11,68 %**	151 **8,93 %**	126 **6,71 %**	113 **4,82 %**	604 **7,56 %**
davon verstorben	6 **11,32 %**	10 **6,21 %**	5 **3,31 %**	6 **4,76 %**	≤3 **x %**	30 **4,97 %**

[25] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Geburtsgewicht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	219 **100,00 %**	201 **100,00 %**	349 **100,00 %**	557 **100,00 %**	577 **100,00 %**	688 **100,00 %**	757 **100,00 %**	913 **100,00 %**	853 **100,00 %**	930 **100,00 %**	718 **100,00 %**	1.242 **100,00 %**
davon verstorben	218 **99,54 %**	150 **74,63 %**	130 **37,25 %**	114 **20,47 %**	78 **13,52 %**	58 **8,43 %**	44 **5,81 %**	32 **3,50 %**	25 **2,93 %**	26 **2,80 %**	13 **1,81 %**	34 **2,74 %**
< 500 g	204 **93,15 %**	136 **67,66 %**	114 **32,66 %**	112 **20,11 %**	73 **12,65 %**	40 **5,81 %**	11 **1,45 %**	9 **0,99 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**
davon verstorben	204 **100,00 %**	105 **77,21 %**	50 **43,86 %**	35 **31,25 %**	18 **24,66 %**	10 **25,00 %**	0 **0,00 %**	4 **44,44 %**	≤3 **x %**	0 **-**	0 **-**	≤3 **x %**
500 - 749 g	15 **6,85 %**	63 **31,34 %**	232 **66,48 %**	384 **68,94 %**	266 **46,10 %**	181 **26,31 %**	121 **15,98 %**	60 **6,57 %**	27 **3,17 %**	20 **2,15 %**	6 **0,84 %**	7 **0,56 %**
davon verstorben	14 **93,33 %**	43 **68,25 %**	78 **33,62 %**	69 **17,97 %**	33 **12,41 %**	17 **9,39 %**	15 **12,40 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**
750 - 999 g	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	61 **10,95 %**	233 **40,38 %**	401 **58,28 %**	334 **44,12 %**	283 **31,00 %**	144 **16,88 %**	105 **11,29 %**	67 **9,33 %**	59 **4,75 %**
davon verstorben	0 **-**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	10 **16,39 %**	26 **11,16 %**	28 **6,98 %**	9 **2,69 %**	10 **3,53 %**	5 **3,47 %**	5 **4,76 %**	4 **5,97 %**	5 **8,47 %**

Geburtsgewicht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
1000 - 1249 g	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	5 **0,87 %**	66 **9,59 %**	267 **35,27 %**	416 **45,56 %**	337 **39,51 %**	308 **33,12 %**	216 **30,08 %**	263 **21,18 %**
davon verstorben	0 -	0 -	0 -	0 -	≤3 **x %**	≤3 **x %**	18 **6,74 %**	9 **2,16 %**	≤3 **x %**	12 **3,90 %**	4 **1,85 %**	9 **3,42 %**
1250 - 1499 g	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	24 **3,17 %**	145 **15,88 %**	343 **40,21 %**	497 **53,44 %**	429 **59,75 %**	911 **73,35 %**
davon verstorben	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	≤3 **x %**	7 **4,83 %**	15 **4,37 %**	9 **1,81 %**	4 **0,93 %**	19 **2,09 %**

Geburtsgewichtsperzentile nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[26]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	0 -	201 **100,00 %**	349 **100,00 %**	557 **100,00 %**	577 **100,00 %**	688 **100,00 %**	757 **100,00 %**	913 **100,00 %**	853 **100,00 %**	930 **100,00 %**	718 **100,00 %**	1.242 **100,00 %**
davon verstorben	0 -	150 **74,63 %**	130 **37,25 %**	114 **20,47 %**	78 **13,52 %**	58 **8,43 %**	44 **5,81 %**	32 **3,50 %**	25 **2,93 %**	26 **2,80 %**	13 **1,81 %**	34 **2,74 %**

Geburtsgewichtsperzentile nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[26]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
< 10. Perzentile	0 -	21 **10,45 %**	33 **9,46 %**	69 **12,39 %**	72 **12,48 %**	58 **8,43 %**	59 **7,79 %**	64 **7,01 %**	73 **8,56 %**	115 **12,37 %**	175 **24,37 %**	972 **78,26 %**
davon verstorben	0 -	17 **80,95 %**	17 **51,52 %**	25 **36,23 %**	17 **23,61 %**	15 **25,86 %**	7 **11,86 %**	6 **9,38 %**	4 **5,48 %**	5 **4,35 %**	8 **4,57 %**	30 **3,09 %**
10 - 90. Perzentile	0 -	177 **88,06 %**	312 **89,40 %**	474 **85,10 %**	484 **83,88 %**	593 **86,19 %**	673 **88,90 %**	811 **88,83 %**	780 **91,44 %**	815 **87,63 %**	543 **75,63 %**	270 **21,74 %**
davon verstorben	0 -	131 **74,01 %**	111 **35,58 %**	87 **18,35 %**	58 **11,98 %**	42 **7,08 %**	34 **5,05 %**	24 **2,96 %**	21 **2,69 %**	21 **2,58 %**	5 **0,92 %**	4 **1,48 %**
> 90. Perzentile	0 -	≤3 **x %**	4 **1,15 %**	14 **2,51 %**	21 **3,64 %**	37 **5,38 %**	25 **3,30 %**	38 **4,16 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**
davon verstorben	0 -	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 -	0 -	0 -	0 -

[26] Für die Perzentilberechnung wurden die geschlechtsspezifischen Perzentilwerte für das Geburtsgewicht von Jungen und Mädchen für vollendete Schwangerschaftswochen nach Voigt et al. (2014) verwendet. Dabei werden Fälle mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 43+0 SSW berücksichtigt. Die Gesamtzahl kann aufgrund dessen von der ursprünglichen Gesamtzahl abweichen.

Grundlage zur Perzentilberechnung: Voigt, M; Rochow, N; Schneider, KTM; Hagenah, HP; Straube, S; Scholz, R; et al. (2014): Neue Perzentilwerte für die Körpermaße neugeborener Einlinge: Ergebnisse der deutschen Perinatalerhebung der Jahre 2007–2011 unter Beteiligung aller 16 Bundesländer. Z Geburtshilfe Neonatol 218(05): 210-217. DOI: 10.1055/s-0034-1385857.

Einlinge / Mehrlinge nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	219 **100,00 %**	201 **100,00 %**	349 **100,00 %**	557 **100,00 %**	577 **100,00 %**	688 **100,00 %**	757 **100,00 %**	913 **100,00 %**	853 **100,00 %**	930 **100,00 %**	718 **100,00 %**	1.242 **100,00 %**
davon verstorben	218 **99,54 %**	150 **74,63 %**	130 **37,25 %**	114 **20,47 %**	78 **13,52 %**	58 **8,43 %**	44 **5,81 %**	32 **3,50 %**	25 **2,93 %**	26 **2,80 %**	13 **1,81 %**	34 **2,74 %**
Einlinge	177 **80,82 %**	142 **70,65 %**	273 **78,22 %**	450 **80,79 %**	419 **72,62 %**	509 **73,98 %**	578 **76,35 %**	636 **69,66 %**	621 **72,80 %**	642 **69,03 %**	477 **66,43 %**	888 **71,50 %**
davon verstorben	176 **99,44 %**	109 **76,76 %**	96 **35,16 %**	88 **19,56 %**	55 **13,13 %**	47 **9,23 %**	37 **6,40 %**	26 **4,09 %**	22 **3,54 %**	22 **3,43 %**	8 **1,68 %**	23 **2,59 %**
Zwillinge	37 **16,89 %**	54 **26,87 %**	73 **20,92 %**	104 **18,67 %**	125 **21,66 %**	165 **23,98 %**	156 **20,61 %**	247 **27,05 %**	217 **25,44 %**	253 **27,20 %**	221 **30,78 %**	325 **26,17 %**
davon verstorben	37 **100,00 %**	39 **72,22 %**	32 **43,84 %**	26 **25,00 %**	19 **15,20 %**	9 **5,45 %**	7 **4,49 %**	6 **2,43 %**	≤3 **x %**	4 **1,58 %**	5 **2,26 %**	9 **2,77 %**
≥ Drillinge	5 **2,28 %**	5 **2,49 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	33 **5,72 %**	14 **2,03 %**	23 **3,04 %**	30 **3,29 %**	15 **1,76 %**	35 **3,76 %**	20 **2,79 %**	29 **2,33 %**
davon verstorben	5 **100,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	4 **12,12 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**

Geschlecht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	219 **100,00 %**	201 **100,00 %**	349 **100,00 %**	557 **100,00 %**	577 **100,00 %**	688 **100,00 %**	757 **100,00 %**	913 **100,00 %**	853 **100,00 %**	930 **100,00 %**	718 **100,00 %**	1.242 **100,00 %**
davon verstorben	218 **99,54 %**	150 **74,63 %**	130 **37,25 %**	114 **20,47 %**	78 **13,52 %**	58 **8,43 %**	44 **5,81 %**	32 **3,50 %**	25 **2,93 %**	26 **2,80 %**	13 **1,81 %**	34 **2,74 %**
männlich	114 **52,05 %**	111 **55,22 %**	199 **57,02 %**	288 **51,71 %**	291 **50,43 %**	408 **59,30 %**	419 **55,35 %**	490 **53,67 %**	442 **51,82 %**	470 **50,54 %**	342 **47,63 %**	571 **45,97 %**
davon verstorben	114 **100,00 %**	85 **76,58 %**	80 **40,20 %**	52 **18,06 %**	40 **13,75 %**	41 **10,05 %**	20 **4,77 %**	19 **3,88 %**	19 **4,30 %**	12 **2,55 %**	4 **1,17 %**	9 **1,58 %**
weiblich	104 **47,49 %**	90 **44,78 %**	150 **42,98 %**	268 **48,11 %**	286 **49,57 %**	280 **40,70 %**	338 **44,65 %**	423 **46,33 %**	411 **48,18 %**	460 **49,46 %**	376 **52,37 %**	669 **53,86 %**
davon verstorben	103 **99,04 %**	65 **72,22 %**	50 **33,33 %**	62 **23,13 %**	38 **13,29 %**	17 **6,07 %**	24 **7,10 %**	13 **3,07 %**	6 **1,46 %**	14 **3,04 %**	9 **2,39 %**	24 **3,59 %**
divers	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**
davon verstorben	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -

Geschlecht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
unbestimmt	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**
davon verstorben	≤3 **x %**	0 **-**	0 **-**	0 **0,00 %**	0 **-**	0 **-**	0 **-**	0 **-**	0 **-**	0 **-**	0 **-**	≤3 **x %**

Aufnahmetemperatur nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen[27]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	101 **100,00 %**	309 **100,00 %**	552 **100,00 %**	568 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	908 **100,00 %**	850 **100,00 %**	925 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.227 **100,00 %**	7.594 **100,00 %**
davon verstorben	52 **51,49 %**	91 **29,45 %**	109 **19,75 %**	70 **12,32 %**	55 **8,03 %**	43 **5,69 %**	28 **3,08 %**	23 **2,71 %**	23 **2,49 %**	8 **1,12 %**	21 **1,71 %**	523 **6,89 %**
Primäraufnahmen	87 **86,14 %**	270 **87,38 %**	476 **86,23 %**	505 **88,91 %**	607 **88,61 %**	682 **90,21 %**	834 **91,85 %**	806 **94,82 %**	878 **94,92 %**	676 **94,81 %**	1.169 **95,27 %**	6.990 **92,05 %**
davon verstorben	52 **59,77 %**	86 **31,85 %**	106 **22,27 %**	65 **12,87 %**	52 **8,57 %**	39 **5,72 %**	26 **3,12 %**	20 **2,48 %**	20 **2,28 %**	8 **1,18 %**	19 **1,63 %**	493 **7,05 %**
davon < 32,0 °C	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**
davon verstorben	0 -	0 -	0 -	0 **0,00 %**	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 **0,00 %**
davon 32,0 - 33,9 °C	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **1,05 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	4 **0,48 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	21 **0,30 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 -	≤3 **x %**	0 -	0 **0,00 %**	0 -	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	9 **42,86 %**

Aufnahmetemperatur nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen[27]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon 34,0 - 35,9 °C	14 **16,09 %**	38 **14,07 %**	48 **10,08 %**	37 **7,33 %**	32 **5,27 %**	28 **4,11 %**	16 **1,92 %**	14 **1,74 %**	28 **3,19 %**	15 **2,22 %**	55 **4,70 %**	325 **4,65 %**
davon verstorben	7 **50,00 %**	10 **26,32 %**	9 **18,75 %**	7 **18,92 %**	5 **15,63 %**	4 **14,29 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	46 **14,15 %**
davon 36,0 - 37,5 °C	58 **66,67 %**	201 **74,44 %**	382 **80,25 %**	397 **78,61 %**	471 **77,59 %**	550 **80,65 %**	700 **83,93 %**	666 **82,63 %**	736 **83,83 %**	609 **90,09 %**	1.029 **88,02 %**	5.799 **82,96 %**
davon verstorben	31 **53,45 %**	58 **28,86 %**	78 **20,42 %**	48 **12,09 %**	37 **7,86 %**	24 **4,36 %**	24 **3,43 %**	13 **1,95 %**	13 **1,77 %**	5 **0,82 %**	10 **0,97 %**	341 **5,88 %**
davon > 37,5 °C	≤3 **x %**	18 **6,67 %**	35 **7,35 %**	62 **12,28 %**	94 **15,49 %**	97 **14,22 %**	110 **13,19 %**	118 **14,64 %**	107 **12,19 %**	47 **6,95 %**	74 **6,33 %**	764 **10,93 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	7 **38,89 %**	12 **34,29 %**	6 **9,68 %**	5 **5,32 %**	7 **7,22 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	4 **3,74 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	48 **6,28 %**

[27] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde und unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges".

Diagnostik und Therapie

In den nachfolgenden Auswertungen werden ausschließlich lebend geborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g berücksichtigt

Operationen nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[28]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
davon verstorben	53 **50,96 %**	91 **29,35 %**	109 **19,75 %**	70 **12,30 %**	55 **8,03 %**	43 **5,69 %**	28 **3,08 %**	23 **2,70 %**	23 **2,48 %**	8 **1,12 %**	21 **1,71 %**	524 **6,89 %**
Operation einer ROP	18 **17,31 %**	64 **20,65 %**	85 **15,40 %**	49 **8,61 %**	23 **3,36 %**	14 **1,85 %**	5 **0,55 %**	≤3 **x %**	5 **0,54 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	267 **3,51 %**
davon verstorben	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **-**	0 **0,00 %**	4 **1,50 %**
OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK	4 **3,85 %**	14 **4,52 %**	35 **6,34 %**	22 **3,87 %**	27 **3,94 %**	25 **3,31 %**	18 **1,98 %**	6 **0,71 %**	8 **0,86 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	164 **2,16 %**
davon verstorben	0 **0,00 %**	4 **28,57 %**	10 **28,57 %**	6 **27,27 %**	8 **29,63 %**	4 **16,00 %**	5 **27,78 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	43 **26,22 %**
OP oder sonstige invasive Therapie einer FIP / SIP	9 **8,65 %**	33 **10,65 %**	51 **9,24 %**	33 **5,80 %**	13 **1,90 %**	15 **1,98 %**	6 **0,66 %**	11 **1,29 %**	5 **0,54 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	182 **2,39 %**
davon verstorben	≤3 **x %**	8 **24,24 %**	11 **21,57 %**	6 **18,18 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	35 **19,23 %**

Operationen nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[28]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus	≤3 **x %**	14 **4,52 %**	26 **4,71 %**	26 **4,57 %**	22 **3,21 %**	13 **1,72 %**	12 **1,32 %**	8 **0,94 %**	5 **0,54 %**	≤3 **x %**	5 **0,41 %**	135 **1,78 %**
davon verstorben	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	7 **5,19 %**

[28] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde. Mehrfachnennung möglich

Sauerstoffzufuhr und Beatmung nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[29]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**

Sauerstoffzufuhr und Beatmung nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[29]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	35 **33,65 %**	152 **49,03 %**	324 **58,70 %**	412 **72,41 %**	566 **82,63 %**	647 **85,58 %**	841 **92,52 %**	798 **93,77 %**	885 **95,47 %**	691 **96,91 %**	1.197 **97,40 %**	6.548 **86,10 %**
davon O2-Zufuhr	33 **94,29 %**	140 **92,11 %**	297 **91,67 %**	380 **92,23 %**	503 **88,87 %**	544 **84,08 %**	649 **77,17 %**	579 **72,56 %**	573 **64,75 %**	393 **56,87 %**	403 **33,67 %**	4.494 **68,63 %**
davon Beatmete Kinder	34 **97,14 %**	148 **97,37 %**	312 **96,30 %**	392 **95,15 %**	547 **96,64 %**	622 **96,14 %**	789 **93,82 %**	772 **96,74 %**	837 **94,58 %**	634 **91,75 %**	868 **72,51 %**	5.955 **90,94 %**
davon nur nasale / pharyngeale Beatmung	10 **29,41 %**	19 **12,84 %**	67 **21,47 %**	136 **34,69 %**	281 **51,37 %**	382 **61,41 %**	596 **75,54 %**	606 **78,50 %**	697 **83,27 %**	556 **87,70 %**	789 **90,90 %**	4.139 **69,50 %**
davon nur intratracheale Beatmung	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	5 **0,65 %**	4 **0,48 %**	4 **0,63 %**	≤3 **x %**	26 **0,44 %**
davon nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	24 **70,59 %**	127 **85,81 %**	244 **78,21 %**	253 **64,54 %**	264 **48,26 %**	238 **38,26 %**	193 **24,46 %**	161 **20,85 %**	136 **16,25 %**	74 **11,67 %**	76 **8,76 %**	1.790 **30,06 %**
davon Kinder ohne Atemhilfe	≤3 **x %**	4 **2,63 %**	12 **3,70 %**	20 **4,85 %**	19 **3,36 %**	25 **3,86 %**	52 **6,18 %**	26 **3,26 %**	48 **5,42 %**	57 **8,25 %**	329 **27,49 %**	593 **9,06 %**

[29] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Dauer der Sauerstoffzufuhr nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[30]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	35 **33,65 %**	152 **49,03 %**	324 **58,70 %**	412 **72,41 %**	566 **82,63 %**	647 **85,58 %**	841 **92,52 %**	798 **93,77 %**	885 **95,47 %**	691 **96,91 %**	1.197 **97,40 %**	6.548 **86,10 %**
davon O2-Zufuhr	33 **94,29 %**	140 **92,11 %**	297 **91,67 %**	380 **92,23 %**	503 **88,87 %**	544 **84,08 %**	649 **77,17 %**	579 **72,56 %**	573 **64,75 %**	393 **56,87 %**	403 **33,67 %**	4.494 **68,63 %**
davon 0 - 7 Tage	≤3 **x %**	5 **3,57 %**	11 **3,70 %**	36 **9,47 %**	108 **21,47 %**	210 **38,60 %**	331 **51,00 %**	408 **70,47 %**	467 **81,50 %**	337 **85,75 %**	350 **86,85 %**	2.265 **50,40 %**
davon 8 - 14 Tage	4 **12,12 %**	≤3 **x %**	8 **2,69 %**	11 **2,89 %**	19 **3,78 %**	38 **6,99 %**	42 **6,47 %**	27 **4,66 %**	30 **5,24 %**	18 **4,58 %**	19 **4,71 %**	219 **4,87 %**
davon 15 - 21 Tage	≤3 **x %**	≤3 **x %**	4 **1,35 %**	12 **3,16 %**	40 **7,95 %**	39 **7,17 %**	46 **7,09 %**	30 **5,18 %**	23 **4,01 %**	14 **3,56 %**	6 **1,49 %**	217 **4,83 %**
davon 22 - 28 Tage	≤3 **x %**	4 **2,86 %**	6 **2,02 %**	26 **6,84 %**	54 **10,74 %**	46 **8,46 %**	62 **9,55 %**	32 **5,53 %**	17 **2,97 %**	7 **1,78 %**	6 **1,49 %**	261 **5,81 %**

Dauer der Sauerstoffzufuhr nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[30]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon > 28 Tage	24 **72,73 %**	127 **90,71 %**	268 **90,24 %**	295 **77,63 %**	282 **56,06 %**	211 **38,79 %**	168 **25,89 %**	82 **14,16 %**	36 **6,28 %**	17 **4,33 %**	22 **5,46 %**	1.532 **34,09 %**

[30] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Dauer der Beatmungsart nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Nasale / pharyngeale Beatmung[31]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	35 **33,65 %**	152 **49,03 %**	324 **58,70 %**	412 **72,41 %**	566 **82,63 %**	647 **85,58 %**	841 **92,52 %**	798 **93,77 %**	885 **95,47 %**	691 **96,91 %**	1.197 **97,40 %**	6.548 **86,10 %**

Dauer der Beatmungsart nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Nasale / pharyngeale Beatmung[31]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon nur nasale / pharyngeale Beatmung	10 **28,57 %**	19 **12,50 %**	67 **20,68 %**	136 **33,01 %**	281 **49,65 %**	382 **59,04 %**	596 **70,87 %**	606 **75,94 %**	697 **78,76 %**	556 **80,46 %**	789 **65,91 %**	4.139 **63,21 %**
davon 0 - 7 Tage	≤3 **x %**	5 **26,32 %**	10 **14,93 %**	5 **3,68 %**	13 **4,63 %**	14 **3,66 %**	29 **4,87 %**	89 **14,69 %**	211 **30,27 %**	294 **52,88 %**	576 **73,00 %**	1.248 **30,15 %**
davon 8 - 14 Tage	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **3,68 %**	6 **2,14 %**	16 **4,19 %**	56 **9,40 %**	104 **17,16 %**	184 **26,40 %**	124 **22,30 %**	124 **15,72 %**	623 **15,05 %**
davon 15 - 21 Tage	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	7 **10,45 %**	≤3 **x %**	11 **3,91 %**	20 **5,24 %**	47 **7,89 %**	95 **15,68 %**	93 **13,34 %**	59 **10,61 %**	47 **5,96 %**	383 **9,25 %**
davon 22 - 28 Tage	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	7 **5,15 %**	7 **2,49 %**	38 **9,95 %**	77 **12,92 %**	106 **17,49 %**	93 **13,34 %**	36 **6,47 %**	14 **1,77 %**	381 **9,21 %**
davon > 28 Tage	6 **60,00 %**	9 **47,37 %**	48 **71,64 %**	117 **86,03 %**	244 **86,83 %**	294 **76,96 %**	387 **64,93 %**	212 **34,98 %**	116 **16,64 %**	43 **7,73 %**	28 **3,55 %**	1.504 **36,34 %**

[31] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Intratracheale Beatmung[32]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	35 **33,65 %**	152 **49,03 %**	324 **58,70 %**	412 **72,41 %**	566 **82,63 %**	647 **85,58 %**	841 **92,52 %**	798 **93,77 %**	885 **95,47 %**	691 **96,91 %**	1.197 **97,40 %**	6.548 **86,10 %**
davon Intratracheale Beatmung[34]	24 **68,57 %**	129 **84,87 %**	245 **75,62 %**	256 **62,14 %**	266 **47,00 %**	240 **37,09 %**	193 **22,95 %**	166 **20,80 %**	140 **15,82 %**	78 **11,29 %**	79 **6,60 %**	1.816 **27,73 %**
davon 0 - 7 Tage	≤3 **x %**	≤3 **x %**	4 **1,63 %**	4 **1,56 %**	9 **3,38 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	16 **9,64 %**	21 **15,00 %**	25 **32,05 %**	26 **32,91 %**	115 **6,33 %**
davon 8 - 14 Tage	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **1,95 %**	≤3 **x %**	7 **2,92 %**	10 **5,18 %**	25 **15,06 %**	28 **20,00 %**	17 **21,79 %**	12 **15,19 %**	112 **6,17 %**
davon 15 - 21 Tage	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	7 **2,63 %**	8 **3,33 %**	5 **2,59 %**	24 **14,46 %**	18 **12,86 %**	8 **10,26 %**	7 **8,86 %**	80 **4,41 %**
davon 22 - 28 Tage	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	4 **1,50 %**	10 **4,17 %**	17 **8,81 %**	15 **9,04 %**	21 **15,00 %**	6 **7,69 %**	7 **8,86 %**	83 **4,57 %**

Intratracheale Beatmung[32]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon > 28 Tage	20 **83,33 %**	124 **96,12 %**	236 **96,33 %**	245 **95,70 %**	244 **91,73 %**	212 **88,33 %**	158 **81,87 %**	86 **51,81 %**	52 **37,14 %**	22 **28,21 %**	27 **34,18 %**	1.426 **78,52 %**

[32] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

[34] intratracheale Beatmung oder nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung

Pneumothorax nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[35]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
kein Pneumothorax	93 **89,42 %**	291 **93,87 %**	515 **93,30 %**	535 **94,02 %**	653 **95,33 %**	719 **95,11 %**	883 **97,14 %**	829 **97,41 %**	897 **96,76 %**	699 **98,04 %**	1.220 **99,27 %**	7.334 **96,44 %**
Pneumothorax	11 **10,58 %**	19 **6,13 %**	37 **6,70 %**	34 **5,98 %**	32 **4,67 %**	37 **4,89 %**	26 **2,86 %**	22 **2,59 %**	30 **3,24 %**	14 **1,96 %**	9 **0,73 %**	271 **3,56 %**
davon ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	4 **15,38 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	23 **8,49 %**
davon nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	10 **90,91 %**	17 **89,47 %**	34 **91,89 %**	32 **94,12 %**	30 **93,75 %**	35 **94,59 %**	22 **84,62 %**	22 **100,00 %**	27 **90,00 %**	12 **85,71 %**	7 **77,78 %**	248 **91,51 %**

[35] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[36]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
weder moderate noch schwere BPD	80 **76,92 %**	191 **61,61 %**	384 **69,57 %**	419 **73,64 %**	559 **81,61 %**	684 **90,48 %**	843 **92,74 %**	818 **96,12 %**	902 **97,30 %**	701 **98,32 %**	1.226 **99,76 %**	6.807 **89,51 %**
BPD	24 **23,08 %**	119 **38,39 %**	168 **30,43 %**	150 **26,36 %**	126 **18,39 %**	72 **9,52 %**	66 **7,26 %**	33 **3,88 %**	25 **2,70 %**	12 **1,68 %**	≤3 **x %**	798 **10,49 %**
davon moderate BPD	12 **50,00 %**	57 **47,90 %**	93 **55,36 %**	89 **59,33 %**	72 **57,14 %**	37 **51,39 %**	41 **62,12 %**	17 **51,52 %**	15 **60,00 %**	8 **66,67 %**	≤3 **x %**	443 **55,51 %**
davon schwere BPD	12 **50,00 %**	62 **52,10 %**	75 **44,64 %**	61 **40,67 %**	54 **42,86 %**	35 **48,61 %**	25 **37,88 %**	16 **48,48 %**	10 **40,00 %**	4 **33,33 %**	≤3 **x %**	355 **44,49 %**
davon BPD ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	18 **75,00 %**	101 **84,87 %**	137 **81,55 %**	126 **84,00 %**	102 **80,95 %**	53 **73,61 %**	56 **84,85 %**	26 **78,79 %**	21 **84,00 %**	10 **83,33 %**	≤3 **x %**	651 **81,58 %**
davon BPD lag bereits bei Aufnahme vor	6 **25,00 %**	18 **15,13 %**	31 **18,45 %**	24 **16,00 %**	24 **19,05 %**	19 **26,39 %**	10 **15,15 %**	7 **21,21 %**	4 **16,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	147 **18,42 %**

[36] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Sepsis/Pneumonie nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[37]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
Keine Sepsis	74 **71,15 %**	219 **70,65 %**	368 **66,67 %**	413 **72,58 %**	537 **78,39 %**	630 **83,33 %**	829 **91,20 %**	775 **91,07 %**	878 **94,71 %**	675 **94,67 %**	1.189 **96,75 %**	6.587 **86,61 %**
Sepsis	30 **28,85 %**	91 **29,35 %**	184 **33,33 %**	156 **27,42 %**	148 **21,61 %**	126 **16,67 %**	80 **8,80 %**	76 **8,93 %**	49 **5,29 %**	38 **5,33 %**	40 **3,25 %**	1.018 **13,39 %**
davon innerhalb 72 Stunden nach Geburt	12 **40,00 %**	20 **21,98 %**	40 **21,74 %**	39 **25,00 %**	36 **24,32 %**	49 **38,89 %**	25 **31,25 %**	31 **40,79 %**	14 **28,57 %**	10 **26,32 %**	9 **22,50 %**	285 **28,00 %**
davon später als 72 Stunden nach Geburt	18 **60,00 %**	71 **78,02 %**	144 **78,26 %**	117 **75,00 %**	112 **75,68 %**	77 **61,11 %**	55 **68,75 %**	45 **59,21 %**	35 **71,43 %**	28 **73,68 %**	31 **77,50 %**	733 **72,00 %**
Keine Pneumonie	101 **97,12 %**	294 **94,84 %**	523 **94,75 %**	541 **95,08 %**	662 **96,64 %**	744 **98,41 %**	905 **99,56 %**	842 **98,94 %**	922 **99,46 %**	710 **99,58 %**	1.222 **99,43 %**	7.466 **98,17 %**
Pneumonie	≤3 **x %**	16 **5,16 %**	29 **5,25 %**	28 **4,92 %**	23 **3,36 %**	12 **1,59 %**	4 **0,44 %**	9 **1,06 %**	5 **0,54 %**	≤3 **x %**	7 **0,57 %**	139 **1,83 %**

[37] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde. Mehrfachnennung möglich

Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[38]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
Keine Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	99 **95,19 %**	287 **92,58 %**	505 **91,49 %**	532 **93,50 %**	648 **94,60 %**	723 **95,63 %**	885 **97,36 %**	841 **98,82 %**	915 **98,71 %**	709 **99,44 %**	1.223 **99,51 %**	7.367 **96,87 %**
Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	5 **4,81 %**	23 **7,42 %**	47 **8,51 %**	37 **6,50 %**	37 **5,40 %**	33 **4,37 %**	24 **2,64 %**	10 **1,18 %**	12 **1,29 %**	4 **0,56 %**	6 **0,49 %**	238 **3,13 %**

[38] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[39]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	539 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
Keine fokale intestinale Perforation (FIP) / keine singuläre intestinale Perforation (SIP)	91 **87,50 %**	274 **88,39 %**	500 **90,58 %**	531 **93,32 %**	670 **97,81 %**	734 **97,09 %**	902 **99,23 %**	842 **98,94 %**	920 **99,24 %**	711 **99,72 %**	538 **99,81 %**	7.402 **97,33 %**
Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	13 **12,50 %**	36 **11,61 %**	52 **9,42 %**	38 **6,68 %**	15 **2,19 %**	22 **2,91 %**	7 **0,77 %**	9 **1,06 %**	7 **0,76 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	203 **2,67 %**
davon erstmalig aufgetreten während des stationären Aufenthaltes	12 **92,31 %**	35 **97,22 %**	45 **86,54 %**	31 **81,58 %**	15 **100,00 %**	17 **77,27 %**	7 **100,00 %**	7 **77,78 %**	7 **100,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	178 **87,68 %**
davon bereits bei Aufnahme vorliegend	≤3 **x %**	≤3 **x %**	7 **13,46 %**	7 **18,42 %**	0 **0,00 %**	5 **22,73 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	25 **12,32 %**

[39] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Schädelsonogramm nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[40]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
Kinder mit Verweildauer > 2 Tage	79 **75,96 %**	275 **88,71 %**	529 **95,83 %**	549 **96,49 %**	669 **97,66 %**	733 **96,96 %**	897 **98,68 %**	837 **98,35 %**	920 **99,24 %**	706 **99,02 %**	1.213 **98,70 %**	7.407 **97,40 %**
davon Schädelsonogramm durchgeführt	76 **96,20 %**	270 **98,18 %**	520 **98,30 %**	542 **98,72 %**	652 **97,46 %**	724 **98,77 %**	887 **98,89 %**	828 **98,92 %**	904 **98,26 %**	702 **99,43 %**	1.195 **98,52 %**	7.300 **98,56 %**
davon keine IVH[44]	40 **52,63 %**	150 **55,56 %**	336 **64,62 %**	395 **72,88 %**	511 **78,37 %**	595 **82,18 %**	757 **85,34 %**	759 **91,67 %**	850 **94,03 %**	673 **95,87 %**	1.155 **96,65 %**	6.221 **85,22 %**
davon IVH Grad I	8 **10,53 %**	23 **8,52 %**	43 **8,27 %**	34 **6,27 %**	47 **7,21 %**	68 **9,39 %**	69 **7,78 %**	34 **4,11 %**	33 **3,65 %**	21 **2,99 %**	28 **2,34 %**	408 **5,59 %**
davon IVH Grad II	5 **6,58 %**	27 **10,00 %**	49 **9,42 %**	46 **8,49 %**	27 **4,14 %**	29 **4,01 %**	27 **3,04 %**	16 **1,93 %**	9 **1,00 %**	4 **0,57 %**	4 **0,33 %**	243 **3,33 %**
davon IVH Grad III	9 **11,84 %**	53 **19,63 %**	55 **10,58 %**	36 **6,64 %**	37 **5,67 %**	17 **2,35 %**	22 **2,48 %**	9 **1,09 %**	6 **0,66 %**	≤3 **x %**	4 **0,33 %**	250 **3,42 %**
davon PVH[45]	14 **18,42 %**	17 **6,30 %**	37 **7,12 %**	31 **5,72 %**	30 **4,60 %**	15 **2,07 %**	12 **1,35 %**	10 **1,21 %**	6 **0,66 %**	≤3 **x %**	4 **0,33 %**	178 **2,44 %**

Schädelsonogramm nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[40]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon PVL[46]	≤3 **x %**	12 **4,44 %**	19 **3,65 %**	20 **3,69 %**	19 **2,91 %**	10 **1,38 %**	15 **1,69 %**	14 **1,69 %**	12 **1,33 %**	4 **0,57 %**	6 **0,50 %**	133 **1,82 %**

[40] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde. Mehrfachnennung möglich

[44] IVH: Intraventrikuläre Hämorrhagie

[45] PVH: Periventrikuläre Hämorrhagie

[46] PVL: Zystische periventrikuläre Leukomalazie

ROP-Screening nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

ROP-Screening[47]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
Kinder stationär versorgt innerhalb der ersten 6 Wochen[49]	49 **47,12 %**	214 **69,03 %**	423 **76,63 %**	479 **84,18 %**	607 **88,61 %**	657 **86,90 %**	814 **89,55 %**	724 **85,08 %**	612 **66,02 %**	290 **40,67 %**	216 **17,58 %**	5.085 **66,86 %**
davon ROP-Screening durchgeführt	46 **93,88 %**	192 **89,72 %**	398 **94,09 %**	460 **96,03 %**	575 **94,73 %**	638 **97,11 %**	757 **93,00 %**	680 **93,92 %**	541 **88,40 %**	167 **57,59 %**	90 **41,67 %**	4.544 **89,36 %**

[47] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

[49] stationär versorgt bis bzw. über den 42. Lebenstag hinaus

Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)[50]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
ROP-Screening durchgeführt	46 **44,23 %**	192 **61,94 %**	398 **72,10 %**	460 **80,84 %**	578 **84,38 %**	645 **85,32 %**	771 **84,82 %**	717 **84,25 %**	695 **74,97 %**	250 **35,06 %**	165 **13,43 %**	4.917 **64,65 %**
davon keine ROP	6 **13,04 %**	32 **16,67 %**	117 **29,40 %**	196 **42,61 %**	330 **57,09 %**	446 **69,15 %**	612 **79,38 %**	605 **84,38 %**	615 **88,49 %**	234 **93,60 %**	152 **92,12 %**	3.345 **68,03 %**
davon ROP Stadium 1	≤3 **x %**	33 **17,19 %**	68 **17,09 %**	88 **19,13 %**	115 **19,90 %**	123 **19,07 %**	90 **11,67 %**	79 **11,02 %**	61 **8,78 %**	12 **4,80 %**	8 **4,85 %**	680 **13,83 %**
davon ROP Stadium 2	20 **43,48 %**	51 **26,56 %**	97 **24,37 %**	91 **19,78 %**	93 **16,09 %**	55 **8,53 %**	60 **7,78 %**	28 **3,91 %**	16 **2,30 %**	≤3 **x %**	4 **2,42 %**	518 **10,53 %**
davon ROP Stadium 3	16 **34,78 %**	75 **39,06 %**	115 **28,89 %**	85 **18,48 %**	40 **6,92 %**	21 **3,26 %**	9 **1,17 %**	5 **0,70 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	371 **7,55 %**
davon ROP Stadium 4	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**
davon ROP Stadium 5	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**

[50] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Hörscreening nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)[51]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	104 **100,00 %**	310 **100,00 %**	552 **100,00 %**	569 **100,00 %**	685 **100,00 %**	756 **100,00 %**	909 **100,00 %**	851 **100,00 %**	927 **100,00 %**	713 **100,00 %**	1.229 **100,00 %**	7.605 **100,00 %**
davon Hörscreening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt	35 **33,65 %**	174 **56,13 %**	346 **62,68 %**	410 **72,06 %**	553 **80,73 %**	622 **82,28 %**	797 **87,68 %**	763 **89,66 %**	847 **91,37 %**	657 **92,15 %**	1.115 **90,72 %**	6.319 **83,09 %**
davon Hörscreening in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt	≤3 **x %**	7 **2,26 %**	21 **3,80 %**	19 **3,34 %**	22 **3,21 %**	25 **3,31 %**	30 **3,30 %**	21 **2,47 %**	22 **2,37 %**	15 **2,10 %**	32 **2,60 %**	217 **2,85 %**
nach Hause entlassene Kinder	30 **28,85 %**	142 **45,81 %**	308 **55,80 %**	389 **68,37 %**	523 **76,35 %**	592 **78,31 %**	758 **83,39 %**	742 **87,19 %**	825 **89,00 %**	639 **89,62 %**	1.105 **89,91 %**	6.053 **79,59 %**
davon Hörscreening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt	28 **93,33 %**	140 **98,59 %**	297 **96,43 %**	370 **95,12 %**	508 **97,13 %**	578 **97,64 %**	729 **96,17 %**	723 **97,44 %**	807 **97,82 %**	624 **97,65 %**	1.065 **96,38 %**	5.869 **96,96 %**
davon Hörscreening in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **1,62 %**	10 **2,57 %**	11 **2,10 %**	13 **2,20 %**	23 **3,03 %**	17 **2,29 %**	17 **2,06 %**	10 **1,56 %**	25 **2,26 %**	134 **2,21 %**

[51] Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Entlassung

In den nachfolgenden Auswertungen werden ausschließlich lebend geborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g berücksichtigt

Entlassung nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	219 **100,00 %**	201 **100,00 %**	349 **100,00 %**	557 **100,00 %**	577 **100,00 %**	688 **100,00 %**	757 **100,00 %**	913 **100,00 %**	853 **100,00 %**	930 **100,00 %**	718 **100,00 %**	1.242 **100,00 %**
nach Hause entlassen	≤3 **x %**	30 **14,93 %**	142 **40,69 %**	308 **55,30 %**	389 **67,42 %**	523 **76,02 %**	592 **78,20 %**	758 **83,02 %**	742 **86,99 %**	825 **88,71 %**	639 **89,00 %**	1.105 **88,97 %**
davon mit Sauerstoffbedarf bei Entlassung	0 **0,00 %**	6 **20,00 %**	25 **17,61 %**	34 **11,04 %**	29 **7,46 %**	21 **4,02 %**	16 **2,70 %**	16 **2,11 %**	8 **1,08 %**	7 **0,85 %**	5 **0,78 %**	4 **0,36 %**
verlegt in andere Klinik/Abteilung	0 **0,00 %**	21 **10,45 %**	70 **20,06 %**	131 **23,52 %**	104 **18,02 %**	104 **15,12 %**	114 **15,06 %**	117 **12,81 %**	80 **9,38 %**	76 **8,17 %**	59 **8,22 %**	92 **7,41 %**
davon mit Sauerstoffbedarf bei Verlegung	0 -	10 **47,62 %**	40 **57,14 %**	85 **64,89 %**	57 **54,81 %**	42 **40,38 %**	48 **42,11 %**	23 **19,66 %**	22 **27,50 %**	12 **15,79 %**	9 **15,25 %**	6 **6,52 %**
verstorben	218 **99,54 %**	150 **74,63 %**	130 **37,25 %**	114 **20,47 %**	78 **13,52 %**	58 **8,43 %**	44 **5,81 %**	32 **3,50 %**	25 **2,93 %**	26 **2,80 %**	13 **1,81 %**	34 **2,74 %**

Entlassung nach Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	703 **100,00 %**	1.382 **100,00 %**	1.692 **100,00 %**	1.878 **100,00 %**	2.349 **100,00 %**	8.004 **100,00 %**
nach Hause entlassen	181 **25,75 %**	832 **60,20 %**	1.334 **78,84 %**	1.604 **85,41 %**	2.103 **89,53 %**	6.054 **75,64 %**
davon mit Sauerstoffbedarf bei Entlassung	40 **22,10 %**	73 **8,77 %**	28 **2,10 %**	18 **1,12 %**	12 **0,57 %**	171 **2,82 %**
verlegt in andere Klinik/Abteilung	89 **12,66 %**	262 **18,96 %**	246 **14,54 %**	198 **10,54 %**	173 **7,36 %**	968 **12,09 %**
davon mit Sauerstoffbedarf bei Verlegung	64 **71,91 %**	130 **49,62 %**	93 **37,80 %**	46 **23,23 %**	21 **12,14 %**	354 **36,57 %**
verstorben	428 **60,88 %**	273 **19,75 %**	106 **6,26 %**	59 **3,14 %**	56 **2,38 %**	922 **11,52 %**

Mortalität und Lebenstage nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	219 **100,00 %**	201 **100,00 %**	349 **100,00 %**	557 **100,00 %**	577 **100,00 %**	688 **100,00 %**	757 **100,00 %**	913 **100,00 %**	853 **100,00 %**	930 **100,00 %**	718 **100,00 %**	1.242 **100,00 %**
verstorben	218 **99,54 %**	150 **74,63 %**	130 **37,25 %**	114 **20,47 %**	78 **13,52 %**	58 **8,43 %**	44 **5,81 %**	32 **3,50 %**	25 **2,93 %**	26 **2,80 %**	13 **1,81 %**	34 **2,74 %**
davon bis 7. Lebenstag	215 **98,62 %**	134 **89,33 %**	98 **75,38 %**	62 **54,39 %**	41 **52,56 %**	32 **55,17 %**	31 **70,45 %**	19 **59,38 %**	20 **80,00 %**	16 **61,54 %**	8 **61,54 %**	26 **76,47 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	≤3 **x %**	13 **8,67 %**	21 **16,15 %**	34 **29,82 %**	23 **29,49 %**	12 **20,69 %**	8 **18,18 %**	8 **25,00 %**	4 **16,00 %**	6 **23,08 %**	≤3 **x %**	6 **17,65 %**
davon nach 28. Lebenstag	≤3 **x %**	≤3 **x %**	11 **8,46 %**	18 **15,79 %**	14 **17,95 %**	14 **24,14 %**	5 **11,36 %**	5 **15,63 %**	≤3 **x %**	4 **15,38 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**

Mortalität und Lebenstage nach Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	703 **100,00 %**	1.382 **100,00 %**	1.692 **100,00 %**	1.878 **100,00 %**	2.349 **100,00 %**	8.004 **100,00 %**
verstorben	428 **60,88 %**	273 **19,75 %**	106 **6,26 %**	59 **3,14 %**	56 **2,38 %**	922 **11,52 %**
davon bis 7. Lebenstag	363 **84,81 %**	187 **68,50 %**	64 **60,38 %**	43 **72,88 %**	45 **80,36 %**	702 **76,14 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	45 **10,51 %**	50 **18,32 %**	24 **22,64 %**	13 **22,03 %**	7 **12,50 %**	139 **15,08 %**
davon nach 28. Lebenstag	20 **4,67 %**	36 **13,19 %**	18 **16,98 %**	≤3 **x %**	4 **7,14 %**	81 **8,79 %**

© IQTIG 2026

Mortalität nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen[52]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	218 **100,00 %**	198 **100,00 %**	348 **100,00 %**	557 **100,00 %**	576 **100,00 %**	688 **100,00 %**	757 **100,00 %**	912 **100,00 %**	852 **100,00 %**	928 **100,00 %**	718 **100,00 %**	1.240 **100,00 %**
Primäraufnahmen	218 **100,00 %**	184 **92,93 %**	309 **88,79 %**	481 **86,36 %**	513 **89,06 %**	610 **88,66 %**	683 **90,22 %**	838 **91,89 %**	808 **94,84 %**	881 **94,94 %**	681 **94,85 %**	1.182 **95,32 %**
davon verstorben	217 **99,54 %**	149 **80,98 %**	125 **40,45 %**	111 **23,08 %**	73 **14,23 %**	55 **9,02 %**	40 **5,86 %**	30 **3,58 %**	22 **2,72 %**	23 **2,61 %**	13 **1,91 %**	32 **2,71 %**
davon weiterverlegt	0 **0,00 %**	14 **7,61 %**	54 **17,48 %**	88 **18,30 %**	76 **14,81 %**	69 **11,31 %**	84 **12,30 %**	102 **12,17 %**	72 **8,91 %**	68 **7,72 %**	52 **7,64 %**	79 **6,68 %**
davon nicht weiterverlegt	218 **100,00 %**	170 **92,39 %**	255 **82,52 %**	393 **81,70 %**	437 **85,19 %**	541 **88,69 %**	599 **87,70 %**	736 **87,83 %**	736 **91,09 %**	813 **92,28 %**	629 **92,36 %**	1.103 **93,32 %**
davon verstorben	217 **99,54 %**	149 **87,65 %**	125 **49,02 %**	111 **28,24 %**	73 **16,70 %**	55 **10,17 %**	40 **6,68 %**	30 **4,08 %**	22 **2,99 %**	23 **2,83 %**	13 **2,07 %**	32 **2,90 %**
davon bis 7. Lebenstag	214 **98,62 %**	133 **89,26 %**	98 **78,40 %**	61 **54,95 %**	41 **56,16 %**	32 **58,18 %**	30 **75,00 %**	19 **63,33 %**	18 **81,82 %**	15 **65,22 %**	8 **61,54 %**	26 **81,25 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	≤3 **x %**	13 **8,72 %**	20 **16,00 %**	34 **30,63 %**	21 **28,77 %**	12 **21,82 %**	6 **15,00 %**	7 **23,33 %**	4 **18,18 %**	5 **21,74 %**	≤3 **x %**	4 **12,50 %**

Mortalität nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen[52]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
davon nach 28. Lebenstag	≤3 **x %**	≤3 **x %**	7 **5,60 %**	16 **14,41 %**	11 **15,07 %**	11 **20,00 %**	4 **10,00 %**	4 **13,33 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**

[52] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Mortalität nach Geburtsgewicht - Primäraufnahmen[53]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	701 **100,00 %**	1.378 **100,00 %**	1.691 **100,00 %**	1.877 **100,00 %**	2.345 **100,00 %**	7.992 **100,00 %**
Primäraufnahmen	648 **92,44 %**	1.217 **88,32 %**	1.540 **91,07 %**	1.751 **93,29 %**	2.232 **95,18 %**	7.388 **92,44 %**
davon verstorben	421 **64,97 %**	262 **21,53 %**	101 **6,56 %**	53 **3,03 %**	53 **2,37 %**	890 **12,05 %**
davon weiterverlegt	63 **9,72 %**	184 **15,12 %**	186 **12,08 %**	173 **9,88 %**	152 **6,81 %**	758 **10,26 %**
davon nicht weiterverlegt	585 **90,28 %**	1.033 **84,88 %**	1.354 **87,92 %**	1.578 **90,12 %**	2.080 **93,19 %**	6.630 **89,74 %**
davon verstorben	421 **71,97 %**	262 **25,36 %**	101 **7,46 %**	53 **3,36 %**	53 **2,55 %**	890 **13,42 %**
davon bis 7. Lebenstag	361 **85,75 %**	186 **70,99 %**	64 **63,37 %**	40 **75,47 %**	44 **83,02 %**	695 **78,09 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	44 **10,45 %**	47 **17,94 %**	23 **22,77 %**	11 **20,75 %**	5 **9,43 %**	130 **14,61 %**

Mortalität nach Geburtsgewicht - Primäraufnahmen[53]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
davon nach 28. Lebenstag	16 **3,80 %**	29 **11,07 %**	14 **13,86 %**	≤3 **x %**	4 **7,55 %**	65 **7,30 %**

[53] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Mortalität nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Sekundäraufnahmen[54]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	218 **100,00 %**	198 **100,00 %**	348 **100,00 %**	557 **100,00 %**	576 **100,00 %**	688 **100,00 %**	757 **100,00 %**	912 **100,00 %**	852 **100,00 %**	928 **100,00 %**	718 **100,00 %**	1.240 **100,00 %**
Sekundäraufnahmen	0 **0,00 %**	14 **7,07 %**	39 **11,21 %**	76 **13,64 %**	63 **10,94 %**	78 **11,34 %**	74 **9,78 %**	74 **8,11 %**	44 **5,16 %**	47 **5,06 %**	37 **5,15 %**	58 **4,68 %**
davon verstorben	0 **-**	0 **0,00 %**	5 **12,82 %**	≤3 **x %**	5 **7,94 %**	≤3 **x %**	4 **5,41 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**
davon weiterverlegt	0 **-**	6 **42,86 %**	16 **41,03 %**	43 **56,58 %**	27 **42,86 %**	35 **44,87 %**	30 **40,54 %**	15 **20,27 %**	8 **18,18 %**	7 **14,89 %**	7 **18,92 %**	13 **22,41 %**
davon nicht weiterverlegt	0 **-**	8 **57,14 %**	23 **58,97 %**	33 **43,42 %**	36 **57,14 %**	43 **55,13 %**	44 **59,46 %**	59 **79,73 %**	36 **81,82 %**	40 **85,11 %**	30 **81,08 %**	45 **77,59 %**
davon verstorben	0 **-**	0 **0,00 %**	5 **21,74 %**	≤3 **x %**	5 **13,89 %**	≤3 **x %**	4 **9,09 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**
davon bis 7. Lebenstag	0 **-**	0 **-**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **-**	0 **0,00 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	0 **-**	0 **-**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	0 **-**	≤3 **x %**

Mortalität nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Sekundäraufnahmen[54]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
davon nach 28.	0	0	4	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3	0	0
Lebenstag	-	-	**80,00 %**	**x %**	**x %**	**x %**	**x %**	**x %**	**x %**	**x %**	-	**0,00 %**

[54] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Mortalität nach Geburtsgewicht - Sekundäraufnahmen[55]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	701 **100,00 %**	1.378 **100,00 %**	1.691 **100,00 %**	1.877 **100,00 %**	2.345 **100,00 %**	7.992 **100,00 %**
Sekundäraufnahmen	53 **7,56 %**	161 **11,68 %**	151 **8,93 %**	126 **6,71 %**	113 **4,82 %**	604 **7,56 %**
davon verstorben	6 **11,32 %**	10 **6,21 %**	5 **3,31 %**	6 **4,76 %**	≤3 **x %**	30 **4,97 %**
davon weiterverlegt	25 **47,17 %**	77 **47,83 %**	60 **39,74 %**	25 **19,84 %**	20 **17,70 %**	207 **34,27 %**
davon nicht weiterverlegt	28 **52,83 %**	84 **52,17 %**	91 **60,26 %**	101 **80,16 %**	93 **82,30 %**	397 **65,73 %**
davon verstorben	6 **21,43 %**	10 **11,90 %**	5 **5,49 %**	6 **5,94 %**	≤3 **x %**	30 **7,56 %**
davon bis 7. Lebenstag	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	0 **0,00 %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	5 **16,67 %**
davon 8. - 28. Lebenstag	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	≤3 **x %**	9 **30,00 %**

Mortalität nach Geburtsgewicht - Sekundäraufnahmen[55]

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
davon nach 28. Lebenstag	4 **66,67 %**	7 **70,00 %**	4 **80,00 %**	≤3 **x %**	0 **0,00 %**	16 **53,33 %**

[55] unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Hüftgelenkversorgung

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

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

Tabellenverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 8
Vorbemerkung 9
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung 10
1 Hintergrund 11
2 Einordnung der Ergebnisse 14
2.1 Datengrundlage 14
2.1.1 Überblick 14
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 14
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 14
2.2.1 Überblick 14
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 17
2.2.3 Detailergebnisse 20
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 29
2.3.1 Überblick 29
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 30
2.3.3 Detailergebnisse 32
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 38
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 38
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 40
Hüftendoprothesenversorgung 43
1 Hintergrund 44
2 Einordnung der Ergebnisse 49
2.1 Datengrundlage 49
2.1.1 Überblick 49
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 49
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 50
2.2.1 Überblick 50
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 53

2.2.3 Detailergebnisse 59
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 80
2.3.1 Überblick 80
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 82
2.3.3 Detailergebnisse 88
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 100
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 100
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 103
4 Evaluation 106
5 Ausblick 108
Literatur 110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HGV-OSFRAK 12
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HGV-OSFRAK 13
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-OSFRAK 14
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - HGV-OSFRAK 17
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HGV-OSFRAK 18
Tabelle 6: QI 54030: Präoperative Verweildauer 20
Tabelle 7: QI 54050: Sturzprophylaxe 23
Tabelle 8: QI 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 23
Tabelle 9: QI 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 25
Tabelle 10: QI 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 27
Tabelle 11: TKez 54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 28
Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - HGV-OSFRAK 30
Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HGV-OSFRAK 31
Tabelle 14: AK 850147: Angabe von ASA 5 32
Tabelle 15: AK 850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation 33
Tabelle 16: AK 850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen 34
Tabelle 17: AK 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 35
Tabelle 18: AK 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 36
Tabelle 19: AK 850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 37
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK 38
Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK 40
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HGV-HEP 45
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HGV-HEP 47
Tabelle 24: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP 49
Tabelle 25: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP 50
Tabelle 26: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP 50

Tabelle 27: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - HGV-HEP 53
Tabelle 28: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HGV-HEP 57
Tabelle 29: QI 54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation 59
Tabelle 30: QI 54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 59
Tabelle 31: QI 54003: Präoperative Verweildauer 60
Tabelle 32: QI 54004: Sturzprophylaxe 63
Tabelle 33: QI 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 65
Tabelle 34: QI 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 66
Tabelle 35: QI 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 68
Tabelle 36: QI 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 69
Tabelle 37: QI 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 70
Tabelle 38: QI 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 72
Tabelle 39: QI 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 74
Tabelle 40: QI 192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung 76
Tabelle 41: QI 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 77
Tabelle 42: TKez 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur 78
Tabelle 43: QI 10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen 78
Tabelle 44: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - HGV-HEP 82
Tabelle 45: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HGV-HEP 84
Tabelle 46: AK 850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen 88
Tabelle 47: AK 850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation 89
Tabelle 48: AK 851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen 90
Tabelle 49: AK 851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer 91
Tabelle 50: AK 851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes 92
Tabelle 51: AK 852102: Angabe von ASA 5 93
Tabelle 52: AK 850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten 94
Tabelle 53: AK 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation) 95

Tabelle 54: AK 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)..... 96
Tabelle 55: AK 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)..... 96
Tabelle 56: AK 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)..... 98
Tabelle 57: AK 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)..... 99
Tabelle 58: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP.....100
Tabelle 59: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP.....103

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
ASA	American Society of Anesthesiologists
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DOAK	direkte orale Antikoagulanzien
EJ	Erfassungsjahr
EXG	Expertengremium
GBA	Gemeinsamer Bundessauschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HGV-HEP	Auswertungsmodul *Hüftendoprothesenversorgung*
HGV-OSFRAK	Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
KIS	Krankenhausinformationssystem
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
NOAK	neue orale Antikoagulanzien
O/E	Verhältnis aus der beobachteten und der erwarteten Rate (*observed to expected ratio*)
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS HGV	QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SOP	Standardvorgehensweise (*Standard Operating Procedure*)
STNV	Stellungnahmeverfahren

Vorbemerkung

Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahen Femurfraktur wird grundsätzlich zwischen hüftkopferhaltenden und hüftkopfersetzenden Methoden unterschieden. Das QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung* (*QS HGV*) beinhaltet entsprechend zwei Auswertungsmodule.

Im Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (*HGV-OS-FRAK*) werden hüftkopferhaltend (osteosynthetisch) versorgte hüftgelenknahe Femurfrakturen betrachtet. Das Auswertungsmodul *Hüftendoprothesenversorgung* (*HGV-HEP*) nimmt dagegen hüftgelenknahe Femurfrakturen in den Blick, die hüftkopfersetzend (endoprothetisch) versorgt werden. Größtenteils betrachtet dieses Auswertungsmodul jedoch geplante Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und Hüftendoprothesenwechsel bzw. –Komponentenwechsel.

Das Verfahren wurde im Rahmen der Eckpunktebeauftragung des GBA überprüft. Ziel war es, das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Die bisherigen QS-dokumentationsbasierten Indikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen, zur Sterblichkeit sowie zu frühzeitigen Wechseln werden im Auswertungsjahr 2026 letztmalig berichtet. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden diese Qualitätsaspekte in Form von Kennzahlen berechnet, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle basieren.

© IQTIG 2026

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

1 Hintergrund

Als hüftgelenknahe Femurfraktur wird ein Bruch (Fraktur) im oberen, d. h. zum Hüftgelenk gerichteten Teil des Oberschenkelknochens (Femur) bezeichnet. Ein solcher Bruch ist, bedingt durch die im Alter abnehmende Festigkeit der Knochensubstanz bis hin zur Osteoporose und durch die zunehmende Bewegungsunsicherheit, eine häufige Verletzung älterer Menschen. Oft wird sie durch einen Sturz verursacht.

Während viele andere Knochenbrüche konservativ behandelt werden können, um wieder ausreichend zu verheilen, z. B. mit einer Ruhigstellung im Gips, ist eine solche Therapie bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur zumeist nicht möglich. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Verbindung der Knochen durch Metallteile nennt man Osteosynthese. Jährlich erleiden ca. 65.000 Patientinnen und Patienten einen hüftgelenknahen Oberschenkelbruch, der mit einer Osteosynthese versorgt wird.

Im Verfahren *QS HGV* bildet das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* die Qualität der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten (ab einem Alter von 18 Jahren) ab. Die Krankenhäuser dokumentieren zu jeder Operation die während des Eingriffs und danach aufgetretenen Komplikationen, die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Sterblichkeit. Das Ziel der operativen Behandlung ist eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung oder Verbesserung der Mobilität und der körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten.

Aus dem Verfahren ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen eine Osteosynthese aufgrund sehr spezifischer Erkrankungen nötig ist. Dazu zählen beispielsweise Krebserkrankungen oder bereits im Kindesalter aufgetretene Fehlbildungen bzw. Gelenkentzündungen. Die Operationen sind in diesen Fällen meist sehr komplex und nicht mit den Operationen der Regelversorgung zu vergleichen. Darüber hinaus werden auch Patientinnen und Patienten mit Polytrauma oder anderen Begleitverletzungen ausgeschlossen. Bei einem Polytrauma liegen gleichzeitig mehrere schwere Verletzungen an verschiedenen Körperregionen oder Organen vor, die gemeinsam potenziell lebensbedrohlich sind.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* umfasst 5 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Eine besonders wichtige Rolle bei der osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur spielt der Zeitraum von der Aufnahme in eine Klinik bis zur Operation. Je mehr Zeit zwischen Frakturereignis und Operation vergeht, desto mehr Komplikationen können auftreten. Der Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) prüft, ob Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 (bei Einnahme gerinnungshemmender Medikamente innerhalb von 48) Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus operativ versorgt werden. Darüber hinaus werden die mit der Operation zusammenhängenden spezifischen (ID 54029) und allgemeinen (ID 54042) Komplikationen erfasst.

Der Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung" (ID 54033) bildet ab, ob Patientinnen und Patienten bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig gehen können. Betrachtet werden dabei nur diejenigen, die auch vor dem Krankenhausaufenthalt dazu in der Lage waren. Die Sterblichkeit während und nach der Operation wird durch eine Kennzahl erfasst (ID 54046). Für den Indikator zur Sturzprophylaxe (ID 54050) wird infolge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung der Referenzbereich für das Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54030	Präoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2025
54050	Sturzprophylaxe	QS-Dokumentation	2025
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2025
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2025
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2025
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* gibt es 3 Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit.

Eines der 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (ID 850147) bezieht sich auf die Angabe der ASA-Kategorie 5. Die ASA-Klassifikation dient der Abschätzung des präoperativen Gesundheitszustands einer Patientin oder eines Patienten und wird in allen Risikoadjustierungsmodellen verwendet. Fehldokumentationen haben somit Einfluss auf die Einschätzung des Risikoprofils der Leistungserbringer.

Die anderen beiden Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (IDs 850148 und 850149) beziehen sich auf fehlerhafte oder unplausible Dokumentationen von unterschiedlichen Komplikationen. Zum einen werden Fälle erfasst, bei denen eine „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation" eingegeben wurde, zum anderen Fälle, bei denen Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen kodiert wurden. Nicht angegebene Komplikationen fallen aus der Berechnung der Indikatoren zu den allgemeinen oder spezifischen Komplikationen heraus. Das kann eine Unterschätzung der Komplikationsraten nach sich ziehen.

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit dienen dazu, Über- und Unterdokumentationen (IDs 850351 und 850352) oder ein gehäuftes Anlegen von Minimaldatensätzen (MDS) (ID 850368) festzustellen.

Folgende Auffälligkeitskriterien werden im Auswertungsjahr 2026 letztmalig ausgewertet:

- Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation (ID 850148)
- Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen (ID 850149)

Grund dafür sind die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* ab dem Erfassungsjahr 2026 und die damit verbundenen Anpassungen des QS-Dokumentationsbogens.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850147	Angabe von ASA 5	QS-Dokumentation
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	QS-Dokumentation
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Die Anzahl der für das Auswertungsjahr 2026 übermittelten Datensätze und der entlassenden Standorte auf Bundesebene ist im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* geringfügig höher als erwartet. Die Vollzähligkeit der Datensätze liegt für das Auswertungsjahr 2026 bei 100,41 % und damit in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr. Insgesamt wurden im Vergleich zum Vorjahr 556 Datensätze weniger übermittelt.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Die Anzahl der Leistungserbringer im Auswertungsmodul nimmt weiterhin ab (EJ 2025: 934; EJ 2024: 993). Dies ist vor allem auf die zunehmende Zentralisierung der Krankenhausversorgung zurückzuführen. Komplexe Behandlungen sollen dadurch stärker auf spezialisierte Zentren konzentriert werden. Aufgrund höherer Fallzahlen werden dort bessere Behandlungsergebnisse erwartet. Die Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen wird somit zunehmend auf größere Leistungserbringer verlagert.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-OSFRAK

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	64.516 64.444 72	64.255	100,41
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	934		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.003	1.001	100,20
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	847	843	100,47

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) hat sich seit dem Erfassungsjahr 2015 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) stetig

verringert und ist im Auswertungsjahr 2026 erneut um 0,35 Prozentpunkte gesunken. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wird also innerhalb des angestrebten Zeitraums operiert; die Zahl derjenigen, bei denen das nicht der Fall ist, sinkt kontinuierlich. Das IQTIG und das Expertengremium auf Bundesebene erachten diese Entwicklung als äußerst positiv. Sie ist auf die Arbeit aller Beteiligten (Leistungserbringer, LAG, Expertengremien und IQTIG) und auf die Umsetzung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) zurückzuführen.

Zwar hat dieser Indikator von allen Indikatoren des Moduls im Auswertungsjahr 2026 erneut den höchsten Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (8,12 %). Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dieser Anteil jedoch um ca. 2 Prozentpunkte verringert. Im Auswertungsjahr 2024 lag dieser Wert bei 14,64 % und im Auswertungsjahr 2023 bei 19,65 %. Der Verlauf zeigt, dass trotz der bereits erzielten Verbesserungen bei vielen Leistungserbringern weiterhin Optimierungspotenzial besteht.

Im Ländervergleich der Ergebnisse dieses Indikators zeigen sich in einigen Ländern Verschlechterungen vom Erfassungsjahr 2024 zu 2025. Dieser Trend in einzelnen Ländern sollte weiter beobachtet werden, insbesondere vor dem Hintergrund der verringerten Anzahl an teilnehmenden Leistungserbringern und der damit einhergehenden Zentralisierung der Leistungen. Obwohl Klinikschließungen zur Folge haben können, dass sich die Fallzahl in den umliegenden Krankenhäusern erhöht, ist in vielen Bundesländern trotz geringerer Leistungserbringeranzahl keine Verschlechterung der präoperativen Verweildauer zu beobachten. Das IQTIG wird die Ergebnisse auf Landesebene weiterhin aufmerksam beobachten, bei Bedarf ergänzende Prüfungen durchführen und die Entwicklungen mit dem Expertengremium erörtern.

30 Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahres 2025 wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die Rückmeldungen aus den LAG zeigen, dass vor allem Defizite im Gerinnungsmanagement sowie fehlende OP-Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Qualitätsziel nicht eingehalten werden konnte. 9 der 30 Leistungserbringer waren bereits im Vorjahr qualitativ auffällig, bei diesen wurden insgesamt 15 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Die rohen Bundesraten der Indikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen (IDs 54029 und 54042) liegen im Auswertungsjahr 2026 auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Im Vorjahr waren bei den allgemeinen Komplikationen vor allem die Anzahl der Fälle mit Harnwegsinfektionen und Delir sowie die Angabe „Sonstige Komplikationen“ deutlich gestiegen. Dieser Trend setzte sich aktuell nur für das Delir fort. Bei den spezifischen Komplikationen ist der größte Anstieg ebenfalls für diese Kategorie zu beobachten.

Mit der Integration der Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* entfallen diese Kategorien. Der Großteil der allgemeinen und spezifischen Komplikationen wird zukünftig über diese Datenquelle gewonnen. Die manuelle QS-Dokumentation von Komplikationen ist nur noch notwendig, wenn durch den Diagnosekode nicht klar ist, ob es sich um eine bereits präoperativ vorliegende Diagnose handelt oder eine intra- oder postoperative Komplikation aufgetreten ist.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die gehunfähig aus dem Krankenhaus entlassen wurden (ID 54033), ist im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 nahezu unverändert. Zum

Auswertungsjahr 2024 war der Anteil gesunken, da seitdem Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus stattfand.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Sturzprophylaxe (ID 54050) hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 nicht verändert. Da der Indikator zum Erfassungsjahr 2026 zur Abschaffung empfohlen wurde, ist der Referenzbereich seit dem Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten nach osteosynthetischer Versorgung der Femurfraktur (ID 54046) liegt im Auswertungsjahr 2025 weiterhin unter 5 % und sogar leicht unter dem Niveau des Vorjahres.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54030	Präoperative Verweildauer	7,57 % O = 4.851 N = 64.052	7,22 % O = 4.581 N = 63.428 (≤ 15,00 %)	vergleichbar
54050	Sturzprophylaxe	97,93 % O = 56.186 N = 57.373	97,82 % O = 56.003 N = 57.254 (nicht definiert)	vergleichbar
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00 O/E = 6.932 / 6.932,00 15,63 % O/N = 6.932 / 44.348	1,00 O/E = 6.949 / 6.952,77 15,73 % O/N = 6.949 / 44.180 (≤ 2,32; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 1.286 / 1.286,00 1,98 % O/N = 1.286 / 64.972	0,89 O/E = 1.149 / 1.291,15 1,78 % O/N = 1.149 / 64.409 (≤ 2,75; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 8.743 / 8.743,00 13,46 % O/N = 8.743 / 64.972	0,99 O/E = 8.791 / 8.841,56 13,65 % O/N = 8.791 / 64.409 (≤ 2,06; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	1,00 O/E = 3.046 / 3.046,00 4,69 % O/N = 3.046 / 64.972	0,95 O/E = 2.919 / 3.060,68 4,53 % O/N = 2.919 / 64.409	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54030	Präoperative Verweildauer	2024	99 / 976	10,14	44
		2025	75 / 924	8,12	29
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2024	63 / 984	6,40	13
		2025	55 / 926	5,94	16
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	61 / 993	6,14	17
		2025	54 / 934	5,78	9

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	52 / 993	5,24	18
		2025	50 / 934	5,35	15

2.2.3 Detailergebnisse

Vorbemerkung zur Risikoadjustierung

Bei den Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen sowie dem Indikator zur Gehunfähigkeit und der Transparenzkennzahl zur Sterblichkeit handelt es sich um risikoadjustierte Indikatoren/Kennzahlen. Dabei wird eine indirekte Standardisierung per logistischer Regression angewandt.

Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Komorbiditäten sowie Einnahme von Antikoagulanzien. Darüber hinaus werden pro Indikator bzw. Transparenzkennzahl weitere Faktoren berücksichtigt. Die vollständigen Listen zu den Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 entnommen werden. Die Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle erfolgte auf den Vorjahresdaten (Erfassungsjahr 2024).

Bei dem Risikoadjustierungsmodell für Sterblichkeit gibt es eine Besonderheit: Hier werden die Datensätze der Auswertungsmodule *HGV-HEP* und *HGV-OSFRAK* zur Schätzung des Modells kombiniert. Der Grund für dieses Vorgehen liegt in der geringen Gesamtfallzahl. Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgten eine Prüfung des Risikoadjustierungsmodells und eine Neuschätzung des Einflusses einzelner Risikofaktoren. Die Vergleichbarkeit zum Vorjahr ist daher eingeschränkt gegeben.

Präoperative Verweildauer (ID 54030)

Tabelle 6: QI 54030: Präoperative Verweildauer

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	8,80 % O = 5.645 N = 64.138	7,57 % O = 4.851 N = 64.052	**7,22 %** **O = 4.581** **N = 63.428**
rechnerische Auffälligkeiten	148 / 1.011 14,64 %	99 / 976 10,14 %	**75 / 924** **8,12 %** **(Refbereich: ≤ 15,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	42 / 148 28,38 %	**30 / 99** **30,30 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	42 / 1.011 4,15 %	**30 / 976** **3,07 %**	n. a.

Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus operativ versorgt werden. Davon ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, die neue und/oder direkte orale Antikoagulanzien (NOAK/DOAK) einnehmen. Diese sollten innerhalb von 48 Stunden operiert werden.

Das Bundesergebnis dieses Indikators ist zum Auswertungsjahr 2026 erneut gesunken. Damit liegt es unter dem Niveau des Auswertungsjahrs 2025 und folgt dem seit Jahren positiven Trend.

Ohne die genannten Antikoagulanzien konnte das Qualitätsziel – eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden nach der Krankenhausaufnahme oder dem Sturz im Krankenhaus – im Auswertungsjahr 2026 in 91,94 % der Fälle erreicht werden. Bei Patientinnen und Patienten, die diese Antikoagulanzien einnahmen, lag die Quote für eine Operation innerhalb von 48 Stunden bei 95,83 %.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt im Auswertungsjahr 2026 deutlich unter dem des Vorjahres. In diesem Indikator gibt es im Auswertungsjahr 2026 von allen Indikatoren die meisten rechnerischen Auffälligkeiten. Ca. 40 % (29/75) der Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Vorjahr (AJ 2025) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden wie im Vorjahr ca. 30 % (30/99) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, zumeist davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel.

Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass in vielen Fällen fehlende OP-Kapazitäten sowie Priorisierungsprobleme oder Schwierigkeiten beim Gerinnungsmanagement zu dieser Bewertung führten. Vereinzelt wurden von den LAG auch Verstöße gegen die QSFFx-RL, nicht nachvollziehbares konservatives Vorgehen sowie die Empfehlung einer generellen Prozessstraffung als Gründe für diese Bewertung zurückgemeldet. Auch aufgrund anhaltender Auffälligkeit und Verschlechterung im QI-Ergebnis wurde ein Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Einmal wurde von einer LAG berichtet, dass die Verzögerungen der Operationen nicht ausreichend von den Expertinnen und Experten der Fachkommission nachvollzogen werden konnten und auf eine Rückfrage keine Antwort mehr folgte.

In wenigen Fällen wurden von den Leistungserbringern keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, sodass ihre Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden.

In diesem Qualitätsindikator werden häufig Leistungserbringer mit kleinerer und mittlerer Fallzahl in der Grundgesamtheit rechnerisch auffällig. Es gab aber auch beispielsweise 3 Leistungserbringer mit QI-Ergebnissen von über 25 % und jeweils mindestens 100 operierten Patientinnen und Patienten im Auswertungsjahr 2025. Diese Leistungserbringer wurden aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel als qualitativ auffällig bewertet.

Bei einem dieser Leistungserbringer führte die LAG das QI-Ergebnis von über 30 % auf fehlende OP-Kapazitäten sowie auf ein mangelndes perioperatives Gerinnungsmanagement hinsichtlich der Marcumar-Patientinnen und -Patienten zurück. Das Leistungserbringerergebnis hat sich im Auswertungsjahr 2026 zwar verringert, liegt jedoch weiterhin bei ca. 26 %.

Beim zweiten Leistungserbringer, der im Auswertungsjahr 2025 ein QI-Ergebnis von über 28 % aufwies, führten laut der LAG Kapazitätsprobleme zu einer Bewertung als qualitativ auffällig. Diesem Leistungserbringer hat die LAG geraten, die Priorisierung anzupassen. Das Leistungserbringerergebnis ist im Auswertungsjahr 2026 nicht rechnerisch auffällig.

Beim dritten Leistungserbringer, der im Auswertungsjahr 2025 ein QI-Ergebnis von 26 % aufwies, erkannte die Fachkommission das dritte Jahr in Folge Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Dies ist laut der LAG auf ein nicht nachvollziehbares perioperatives Gerinnungsmanagement, eine nicht erkennbare Priorisierung der Eingriffe sowie verzögerte Vorbereitungszeiten durch die Anästhesie zurückzuführen. Die LAG hat mit diesem Leistungserbringer im Kollegialgespräch Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet und eine Zielvereinbarung zum Festhalten der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen abgeschlossen. Das QI-Ergebnis des Leistungserbringers hat sich im Auswertungsjahr 2026 verbessert, ist mit ca. 17 % jedoch weiterhin rechnerisch auffällig.

45 % der Leistungserbringerergebnisse (45/99) wurden als qualitativ unauffällig eingestuft. Am häufigsten wurde die Kategorie „unauffällig aufgrund von Einzelfällen (Bewertung ‚U62')" ohne weitere Begründung vergeben. Eine weiterführende Prüfung des IQTIG ergab, dass sich innerhalb dieser Bewertungskategorie durchaus Leistungserbringer mit hohen Fallzahlen im Zähler und deutlich vom Referenzwert abweichendem Ergebnis befanden. Die Bewertung wird laut dem Expertengremium auf Bundesebene auch gewählt, wenn es sich jeweils um nachvollziehbare Einzelfälle handele und keine strukturellen oder prozeduralen Defizite erkennbar seien.

Bei 15 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten die LAG keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität feststellen. Jedoch lagen vereinzelte Dokumentationsprobleme vor. Diese Bewertung als qualitativ unauffällig hat auch ein großer Leistungserbringer mit einem QI-Ergebnis von ca. 25 % erhalten. Das Leistungserbringerergebnis liegt im Auswertungsjahr 2026 wieder im Referenzbereich.

Zu 20 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet – dies zumeist aufgrund von Einzelfällen, kleiner Fallzahl oder weil das Ergebnis laut LAG nicht signifikant vom Referenzwert abgewichen ist. Bei 9 Leistungserbringern wurden insgesamt 15 Maßnahmen der Stufe 1 und keine der Stufe 2 eingeleitet.

Die im Dezember 2024 beschlossene grundlegende Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) sieht eine Zentralisierung der Leistungen vor. Dies betrifft auch hüftgelenknahe Femurfrakturen. Bereits seit Jahren stellen immer mehr Leistungserbringer die Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen ein (siehe Abschnitt 2.1.2). Seit Inkrafttreten der Reform setzt sich der Trend weiter fort.

Die Mitglieder des Expertengremiums (EXG) haben in der Frühjahrssitzung 2026 zurückgemeldet, dass sich durch Klinikschließungen die Fallzahl in den umliegenden Krankenhäusern erhöhe. Dies kann zu Veränderungen in den klinischen Strukturen und Prozessen führen.

Die Auswirkungen der Krankenhausreform und die Änderungen aufgrund der parallel geltenden QSFFx-RL sind jedoch nicht isoliert voneinander bewertbar.

Aufgrund der derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitswesen und der QI-Entwicklung sind die Auswirkungen weiterer Verschärfungen des Indikators schwer beurteilbar. Im Expertengremium besteht aktuell kein Konsens darüber, den Qualitätsindikator weiter zu verschärfen.

Ab dem Erfassungsjahr 2027 werden im Indikator auch subtrochantäre Femurfrakturen berücksichtigt. Diese Frakturen sollten möglichst innerhalb von 48 Stunden operativ versorgt werden.

Sturzprophylaxe (ID 54050)

Tabelle 7: QI 54050: Sturzprophylaxe

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	97,59 % O = 55.755 N = 57.132	97,93 % O = 56.186 N = 57.373	**97,82 %** **O = 56.003** **N = 57.254**
rechnerische Auffälligkeiten	31 / 1.018 3,05 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 31 6,45 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 1.018 0,20 %	**n. a.**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Erfassung des Sturzrisikos sowie die Durchführung geeigneter Maßnahmen zur Sturzprophylaxe nach operativer osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Der Anteil der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, für die nach der Operation keine Erfassung des Sturzrisikos und keine Sturzprophylaxe erfolgt ist, soll so gering wie möglich sein.

Der Qualitätsindikator wird aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da die Eignungskriterien Validität, Reliabilität, Objektivität und Datenqualität nicht vollständig erfüllt sind. Der Referenzbereich wurde deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt und der Qualitätsindikator ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54033)

Tabelle 8: QI 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,01 O/E = 7.018 / 6.979,66 15,73 % O/N = 7.018 / 44.603	1,00 O/E = 6.932 / 6.932,00 15,63 % O/N = 6.932 / 44.348	**1,00** **O/E = 6.949 / 6.952,77** **15,73 %** **O/N = 6.949 / 44.180**
rechnerische Auffälligkeiten	59 / 1.014 5,82 %	63 / 984 6,40 %	**55 / 926** **5,94 %** **(Refbereich: ≤ 2,32; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 59 8,47 %	**6 / 63** **9,52 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.014 0,49 %	**6 / 984** **0,61 %**	n. a.

Mit diesem Indikator wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten ermittelt, die bei Aufnahme, nicht aber bei Entlassung gehfähig waren. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die ein Polytrauma erlitten haben oder nach der Operation in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden. Bei diesen muss die Gehfähigkeit zum Entlasszeitpunkt aus dem Akutkrankenhaus nicht wiederhergestellt sein. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden in diesem Indikator zudem Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung entlassen worden sind.

Die Risikoadjustierung enthält seit dem Auswertungsjahr 2026 auch Komorbiditäten. Damit wurde eine Empfehlung aus der Eckpunktebeauftragung umgesetzt.

Das Ergebnis des Indikators liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 1,0. Das bedeutet, dass genau so viele Fälle in den Zähler eingegangen sind wie anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate zeigt, dass bei der Entlassung 15,73 % der Patientinnen und Patienten gehunfähig waren, obwohl sie dazu bei der Aufnahme noch in der Lage waren. Dieser Anteil ist über die letzten drei Jahre konstant.

Zu diesem Indikator wurden zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 55 Stellungnahmeverfahren geführt. Dabei wurden die Ergebnisse von 5 Leistungserbringern als qualitativ auffällig bewertet. In einem Fall sah die LAG Mängel in der adäquaten Erfassung der Gehfähigkeit bei Aufnahme. In einem anderen stellte die LAG fest, dass das Vorgehen nicht leitliniengerecht war. Der Leistungserbringer wurde darauf hingewiesen, dass die operative Versorgung der Patientinnen und Patienten so erfolgen muss, dass sie mit voller Belastung mobilisiert werden können. Viermal wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, sodass das Ergebnis als qualitativ auffällig eingeschätzt wurde.

35 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig eingestuft, meist aufgrund von Einzelfällen. Bei einigen Leistungserbringern sei das rechnerisch auffällige Ergebnis auf vereinzelte Dokumentationsprobleme zurückzuführen gewesen.

Im Vergleich mit anderen Indikatoren wurden für die Gehunfähigkeit häufig Dokumentationsfehler (10/63) festgestellt. In einigen Fällen forderten die LAG die betroffenen Leistungserbringer auf, ein unterjähriges Monitoring der QS-Ergebnisse durchzuführen und auf diesem Weg die Dokumentationsprobleme kenntlich zu machen und möglichst zu beheben.

4 Leistungserbringerergebnisse wurden mit „Sonstiges“ bewertet. Einmal war kein Stellungnahmeverfahren möglich, da durch einen IT-Zwischenfall Patientinnen und Patienten keine

Vorgangsnummern zugeordnet werden konnten. Zweimal wurde der Betrieb am Standort eingestellt. Bei dem vierten Leistungserbringer lag eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit vor.

3 LAG haben bei insgesamt 8 Leistungserbringern kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Gründe hierfür waren vor allem eine erstmalige und/oder geringe Abweichung vom Referenzwert.

Zu diesem Qualitätsindikator wurde bei 2 Leistungserbringern je eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Einer wurde zur Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien aufgefordert, um festgestelltes Verbesserungspotenzial umzusetzen. Der andere Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde zur Erstellung einer Standardvorgehensweise (SOP) aufgefordert. Die von ihm vorgelegten Begründungen können laut LAG die wiederholte Entlassung ohne Gehfähigkeit entgegen der Leitlinienempfehlung nicht erklären. Die Patientinnen und Patienten müssen gemäß Leitlinie so versorgt werden, dass sie mit voller Belastung mobilisiert werden können.

Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54042 und 54029)

Anhand dieser Qualitätsindikatoren wird erfasst, wie viele allgemeine bzw. spezifische Komplikationen nach einer osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur auftreten. Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Modul *HGV-OSFRAK* ab Erfassungsjahr 2026 werden die Informationen zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen zukünftig über Sozialdaten erfasst.

Tabelle 9: QI 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,95 O/E = 8.253 / 8.713,67 12,71 % O/N = 8.253 / 64.915	1,00 O/E = 8.743 / 8.743,00 13,46 % O/N = 8.743 / 64.972	**0,99** **O/E = 8.791 / 8.841,56** **13,65 %** **O/N = 8.791 / 64.409**
rechnerische Auffälligkeiten	56 / 1.023 5,47 %	52 / 993 5,24 %	**50 / 934** **5,35 %** **(Refbereich: ≤ 2,06; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 56 19,64 %	**6 / 52** **11,54 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 1.023 1,08 %	**6 / 993** **0,60 %**	n. a.

In dem Qualitätsindikator zu allgemeinen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- Pneumonie
- kardiovaskuläre Komplikation
- tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
- Lungenembolie
- katheterassoziierte Harnwegsinfektion
- Schlaganfall
- akute gastrointestinale Blutung
- akute Niereninsuffizienz
- Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz

Der Dokumentationsbogen erfasst zusätzlich auch „sonstige allgemeine Komplikationen". Auf diese Gruppe entfallen mit 8,38 % (5.397/64.409) die meisten Fälle. Diese fließen jedoch nicht in die Berechnung des Indikators ein.

Im Auswertungsjahr 2026 wurden bundesweit 1 % weniger allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dokumentiert, als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet wurde. Die rohe Rate steigt jedoch wie im Vorjahr leicht an.

Rund ein Drittel (15/50) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hatte auch im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse. Im Auswertungsjahr 2025 wurden zu 39 der 52 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Die Ergebnisse von 6 Leistungserbringern wurden als qualitativ auffällig bewertet. Diese Häufung lag begründet im insuffizienten perioperativen Flüssigkeitsmanagement, gehäuften perioperativen akuten Niereninsuffizienzen und in fehlenden Prozessen der Pneumonieprophylaxe (Einzelnennungen). Zweimal sollen die Strukturen und Prozesse zur Verwendung der Blasendauerkatheter verbessert werden.

In 7 Fällen konnte aufgrund von Dokumentationsfehlern keine Bewertung erfolgen. Zweimal wurde angegeben, dass die Standorte bereits geschlossen wurden.

25 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig eingestuft, wovon 15 Leistungserbringer die Bewertung „unauffällig aufgrund von Einzelfällen" ohne Angabe von Gründen erhalten haben. Für ein Ergebnis wurde die Einschätzung „unauffällig" gewählt, da sich die Alterstraumatologie mit geriatrischer Klinik im Haus befindet. Diese Fälle werden erst mit dem Erfassungsjahr 2026 aus dem Qualitätsindikator ausgeschlossen.

4 LAG haben in 13 Fällen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde vor allem mit geringen Abweichungen vom Referenzwert oder erstmaliger Auffälligkeit begründet.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden mit 2 Leistungserbringern insgesamt 3 Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. In einem Fall soll die Durchführung von Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien die korrekte Dokumentation sicherstellen. In dem anderen Fall sollen darüber hinaus Behandlungspfade etabliert werden, um das festgestellte Verbesserungspotenzial umzusetzen.

© IQTIG 2026

Tabelle 10: QI 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,98 O/E = 1.247 / 1.278,34 1,92 % O/N = 1.247 / 64.915	1,00 O/E = 1.286 / 1.286,00 1,98 % O/N = 1.286 / 64.972	**0,89** **O/E = 1.149 / 1.291,15** **1,78 %** **O/N = 1.149 / 64.409**
rechnerische Auffälligkeiten	71 / 1.023 6,94 %	61 / 993 6,14 %	**54 / 934** **5,78 %** **(Refbereich: ≤ 2,75; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 71 9,86 %	**10 / 61** **16,39 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 1.023 0,68 %	**10 / 993** **1,01 %**	n. a.

In dem Qualitätsindikator zu spezifischen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- primäre Implantatfehllage
- sekundäre Implantatdislokation
- Nachblutung/Wundhämatom
- Gefäßläsion
- Nervenschaden
- Fraktur
- Wunddehiszenz
- Wundinfektion
- Nekrose der Wundränder

Wie im Indikator zu den allgemeinen Komplikationen geht die Kategorie „Sonstige" nicht in die QI-Berechnung ein. In dieser Kategorie wurden wie im Vorjahr die meisten Komplikationen dokumentiert (1,14 %, 732/64.409).

Das risikoadjustierte Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2026 11 % unter dem erwarteten Wert. Somit wurden deutlich weniger spezifische Komplikationen dokumentiert, als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet wurde. Auch die rohe Rate hat abgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr wurden alle Komplikationen seltener dokumentiert.

Der Indikator wird ab Erfassungsjahr 2026 aus QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten berechnet. Die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen ermöglicht dabei Beobachtungszeiträume, die über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes hinausgehen.

Von den 48 Leistungserbringerergebnissen, zu denen zum Auswertungsjahr 2025 ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden 10 als qualitativ auffällig bewertet. Ein Leistungserbringer hat die gehäuften Komplikationen laut der LAG sehr ausführlich und selbstkritisch aufgearbeitet. Auch seiner Einschätzung nach ist die Komplikationsrate zu hoch. Die geschilderten Maßnahmen sollten laut der LAG die Komplikationsraten im Folgejahr reduzieren. Bei anderen qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringern stellten die LAG Probleme beim Procedere von Wundheilungsstörungen und prolongierter Wundsekretion oder bei der Platzierung der Trägerschraube fest. Bei einem Leistungserbringer kann laut LAG die Implementierung eines anderen Implantatsystems - ggf. mit Zementaugmentation bei Osteoporose - zur Reduktion der gehäuften Cutting Outs führen. In 2 Fällen wurde trotz entsprechender Anfrage keine Stellungnahme vorgelegt. Auch diese Fälle wurden als qualitativ auffällig bewertet.

35 Leistungserbringerergebnisse wurden als unauffällig bewertet. Von den LAG erhielt das IQTIG keine Gründe für eine qualitativ unauffällige Bewertung. 60 % der Stellungnahmen resultierten in einer Bewertung „U62 – unauffällig aufgrund von Einzelfällen". Im Vergleich zu den anderen QI-Ergebnissen ist dieser Anteil hoch.

Sehr selten wurden Dokumentationsprobleme (N = 2) oder sonstige Gründe (N = 1) beschrieben.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurde bei 20 % der 61 rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründungen waren zumeist geringe oder erstmalige Abweichungen vom Referenzwert sowie Einzelfälle. Einmal gab eine LAG an, dass das Stellungnahmeverfahren im Vorjahr erfolgt sei. Dabei wurde das Ergebnis als qualitativ unauffällig bewertet und nun sei eine positive Tendenz des rechnerischen Ergebnisses erkennbar. Daher erfolge eine Verlaufskontrolle. In einem Fall wurde der Standort geschlossen.

Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54046)

Tabelle 11: TKez 54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,03 O/E = 3.172 / 3.071,52 4,89 % O/N = 3.172 / 64.915	1,00 O/E = 3.046 / 3.046,00 4,69 % O/N = 3.046 / 64.972	**0,95** **O/E = 2.919 / 3.060,68** **4,53 %** **O/N = 2.919 / 64.409**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Mittels dieser Kennzahl wird die Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten erfasst, die mit einer osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus im Zusammenhang steht. Eine Transparenzkennzahl wird hier statt eines Qualitätsindikators verwendet, weil es sich oftmals um nicht vermeidbare Todesfälle handelt, die dem Leistungserbringer nicht anzulasten sind.

Die rohe Rate verstorbener Patientinnen und Patienten nach osteosynthetischer Versorgung der Femurfraktur (ID 54046) liegt weiterhin zwischen 4 und 5 %. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich eine leichte Abnahme der Sterbefälle nach Osteosynthese im Klinikaufenthalt. Im Auswertungsjahr 2026 verstarben zudem 5 % weniger Patientinnen und Patienten, als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet wurde.

Seit dem Erfassungsjahr 2026 wird diese Kennzahl anhand von Informationen aus Sozialdaten bei den Krankenkassen ausgewertet, sodass auch Patientinnen und Patienten, die nach der Entlassung verstorben sind, erfasst werden können. Ab dem Erfassungsjahr 2027 wird diese Kennzahl in einen risikoadjustierten Indikator umgewandelt werden. Als Referenzbereich ist das 95. Perzentil festgelegt. Somit werden ab dem Auswertungsjahr 2028 erstmalig Stellungnahmeverfahren zu Sterbefällen nach osteosynthetischer Versorgung einer Hüftgelenkfraktur geführt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* werden 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Alle 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit haben Bezug zu den Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen, das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“ (ID 850147) bezieht sich darüber hinaus auf den Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) und die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54046).

Die Auffälligkeitskriterien adressieren zum einen die Falschdokumentation von ASA 5 und zum anderen kodierte Komplikationen ohne passende Angaben im QS-Dokumentationsbogen. Die Bundesergebnisse hinsichtlich des Anteils der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind für diese 3 Auffälligkeitskriterien vergleichbar zum Vorjahr (AJ 2025) oder geringfügig besser.

Wegen der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Erfassungsjahr 2026 fallen folgende Auffälligkeitskriterien weg:

- Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation (ID 850148)
- Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen (ID 850149)

Zu diesen beiden Auffälligkeitskriterien werden somit im Auswertungsjahr 2026 letztmalig aktuelle Ergebnisse berichtet.

Das Auffälligkeitskriterium „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen“ (ID 850149) hat im Auswertungsjahr 2026 von den 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die höchste Anzahl an Zählerfällen (108/510; 21,18 %). Die anderen beiden liegen mit 18 und 31 Fällen deutlich darunter.

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zu Über- und Unterdokumentation zeigen im Auswertungsjahr 2026 eine leichte Überdokumentation (100,41 %). Im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation hatten 1,50 % (15/1.001) aller Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse, im Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation waren es 1,00 % (10/1.001).

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums zum Mindestdatensatz liegt mit 0,11 % (72/64.255) auf dem Niveau des Vorjahres. 0,30 % (3/1.001) aller Leistungserbringer hatten in diesem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällige Ergebnisse.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850147	Angabe von ASA 5	0,05 % 31/64.444 (= 0)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	32,14 % 18/56 (= 0)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	21,18 % 108/510 (≤ 50,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,41 % 64.516/64.255 (≥ 95,00 %)
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,41 % 64.516/64.255 (≤ 110,00 %)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,11 % 72/64.255 (≤ 5,00 %)

Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850147	Angabe von ASA 5	54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54029 Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54046: Sterblichkeit im Krankenhaus	2025	29 / 934	3,10	6
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2025	18 / 50	36,00	1
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2025	5 / 333	1,50	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	15 / 1.001	1,50	4
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	10 / 1.001	1,00	1
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	3 / 1.001	0,30	0

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 14: AK 850147: Angabe von ASA 5

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,06 % O = 39 N = 64.927	0,06 % O = 40 N = 64.986	**0,05 %** **O = 31** **N = 64.444**
rechnerische Auffälligkeiten	37 / 1.023 3,62 %	33 / 993 3,32 %	**29 / 934** **3,10 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	14 / 37 37,84 %	**19 / 33** **57,58 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	14 / 1.023 1,37 %	**19 / 993** **1,91 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine zu hohe (unwahrscheinliche) ASA-Einstufung zu detektieren. Die dem Auffälligkeitskriterium zugrunde liegende Hypothese ist, dass in den meisten Fällen eine niedrigere ASA-Einstufung korrekt wäre und ASA 5 somit inkorrekt dokumentiert wurde.

Die ASA-Kategorie 5 ist die höchste Stufe der ASA-Kategorien. Patientinnen und Patienten mit diesem ASA-Wert sind gemäß der Definition moribund (todkrank) und würden ohne Operation voraussichtlich nicht überleben. Die operative Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dient jedoch in den meisten Fällen nicht der Lebensrettung und stellt eine starke Belastung für die Patientin oder den Patienten dar. Daher sollten zuvor Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten ergriffen werden. Dies kann eine bessere Ausgangssituation mit einer ggf. niedrigeren ASA-Klassifikation für die operative Versorgung des Hüftgelenkes schaffen. Eine Angabe von ASA 5 in Zusammenhang mit der Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur erscheint vor diesem Hintergrund folglich unplausibel. Der Referenzbereich in diesem Auffälligkeitskriterium liegt entsprechend bei 0. Darüber hinaus führt eine hohe inkorrekte ASA-Einstufung zu einem zu hoch prognostizierten Risikoprofil des Leistungserbringers.

Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den Qualitätsindikatoren „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) und „Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54042) sowie zur Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54046).

Das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 und der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen auf dem Niveau der Vorjahre. Das Auffälligkeitskriterium hat im Vergleich zu den anderen Auffälligkeitskriterien dieses Auswertungsmoduls die meisten qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnisse.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 40 Operationen eine ASA 5-Einstufung angegeben. 33 Leistungserbringer haben in diesem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. 19 davon wurden als qualitativ auffällig bewertet.

Laut einer übermittelten LAG-Rückmeldung wurden die präoperativen Befunde nicht korrekt in die QS-Dokumentation übertragen.

In 7 Fällen wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, da entweder die rechnerische Auffälligkeit erstmalig auftrat oder die Abweichung durch Einzelfälle erklärt wurde.

Zum Erfassungsjahr 2027 wird zur Angabe von ASA 5 eine weiche Plausibilitätsregel eingeführt. Bei Angabe von ASA 5 werden die Dokumentierenden gebeten, die Korrektheit ihrer Angabe zu prüfen. Damit soll die Anzahl der Dokumentationsfehler direkt im Dokumentationsprozess verringert werden.

Tabelle 15: AK 850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	46,77 % O = 29 N = 62	40,79 % O = 31 N = 76	**32,14 %** **O = 18** **N = 56**
rechnerische Auffälligkeiten	24 / 54 44,44 %	27 / 65 41,54 %	**18 / 50** **36,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 24 25,00 %	**14 / 27** **51,85 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 54 11,11 %	**14 / 65** **21,54 %**	n. a.

Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums sollen Dokumentationsfehler erfasst werden, bei denen die Diagnose mit dem ICD-Kode M96.6 – Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantats – kodiert wird, die entsprechende Angabe als Komplikation im QS-Dokumentationsbogen jedoch fehlt. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu dem Indikator „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur" (ID 54029). Nicht angegebene Frakturen fallen in der Folge aus dem Zähler dieses Indikators heraus. Der Referenzbereich liegt bei 0, sodass jeder Fall mit dieser inkorrekten Dokumentation eine rechnerische Auffälligkeit verursacht.

Das Bundesergebnis hat sich im dritten Jahr in Folge verringert. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2026 liegt unter dem Vorjahresniveau. 18 Leistungserbringer hatten jeweils aufgrund eines Falls ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Das sind etwas mehr als ein Drittel aller Fälle, in denen die M96.6 kodiert wurde. Im Auswertungsjahr 2025 wurden die Hälfte der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Aus den Rückmeldungen dazu gehen Kodierfehler und

eine nachträgliche Korrektur der Diagnose M96.6 hervor, die jedoch im zugehörigen QS-Bogen nicht korrigiert wurde.

Die Ergebnisse von 5 Leistungserbringern wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 3 Fällen haben die LAG weitere Rückmeldungen übermittelt. Bei 2 davon lagen Dokumentationsfehler vor. Im dritten Fall handelte es sich um eine Aufnahmediagnose und nicht um eine intra- oder postoperative Komplikation. 7 Stellungnahmeverfahren wurden nicht eingeleitet, weil eine rechnerische Auffälligkeit erstmals vorgelegen oder es sich um eine geringe Fallzahl gehandelt habe.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden bei einem Leistungserbringer mit als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Die LAG hat dies mit der wiederholt auffälligen Fehldokumentation begründet. Daher erfolgte eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 16: AK 850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	20,98 % O = 107 N = 510	19,83 % O = 117 N = 590	**21,18 %** **O = 108** **N = 510**
rechnerische Auffälligkeiten	8 / 337 2,37 %	10 / 377 2,65 %	**5 / 333** **1,50 %** **(Refbereich: ≤ 50,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 8 50,00 %	**8 / 10** **80,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 337 1,19 %	**8 / 377** **2,12 %**	n. a.

Kodierungen von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von spezifischen intra- oder postoperativen Komplikationen deuten auf Dokumentationsfehler hin. Der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums liegt bei ≤ 50,00 %. Leistungserbringer kommen zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis, wenn in mehr als der Hälfte ihrer Fälle mit den ICD-Diagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 keine spezifische Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben wurde und gleichzeitig mindestens 5 Fälle im Nenner vorlagen. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu dem Indikator „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54029). Nicht angegebene Komplikationen fallen in der Folge aus dem Zähler dieses Indikators heraus.

Das Bundesergebnis des Auswertungsjahrs 2026 liegt auf einem ähnlichen Niveau wie in den Vorjahren. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im

Vergleich zu den beiden Vorjahren verringert. Alle 8 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen im Auswertungsjahr 2025 Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Bei einem Leistungserbringer trat neben bestätigten Dokumentationsfehlern jedoch auch ein Fall auf, bei dem es sich nicht um einen Dokumentationsfehler handelte. Die von der LAG nicht näher beschriebene Komplikation trat im Zusammenhang mit einer Koronarintervention auf. Diese fand im selben Krankenhausaufenthalt statt wie die Hüftoperation.

Zu 2 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 wurden keine Stellungnahmeverfahren geführt. Die LAG begründete dies mit der jeweils erstmalig bestehenden rechnerischen Auffälligkeit. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten befasst sich die Fachkommission laut der LAG verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 17: AK 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,97 % O = 65.001 N = 64.378	100,56 % O = 65.072 N = 64.707	**100,41 %** **O = 64.516** **N = 64.255**
rechnerische Auffälligkeiten	18 / 1.080 1,67 %	16 / 1.037 1,54 %	**15 / 1.001** **1,50 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 18 66,67 %	**14 / 16** **87,50 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	12 / 1.080 1,11 %	**14 / 1.037** **1,35 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 und der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen auf dem Niveau der Vorjahre.

Alle 14 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen im Auswertungsjahr 2025 Stellungnahmeverfahren geführt worden sind, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Eine LAG hat zu einem Fall weitere Informationen übermittelt. Bei diesem Leistungserbringer hätten EDV- und Anwenderprobleme die Unterdokumentation verursacht. Damit diese zukünftig nicht mehr auftreten, wurden laut der LAG entsprechende Maßnahmen ergriffen.

2 LAG haben zu 2 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen im Auswertungsjahr 2025 keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde bei 2 qualitativ auffälligen Leistungserbringern jeweils eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Bei einem Leistungserbringer traten laut der LAG über mehrere Auffälligkeitskriterien hinweg systematische Dokumentationsprobleme auf. Darüber hinaus habe der Leistungserbringer unzureichende Stellungnahmen übermittelt. Daher fand ein kollegiales Gespräch mit anschließender Zielvereinbarung statt. Mit dem anderen Leistungserbringer fanden zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials geeignete Fortbildungen, Fachgespräche oder Kolloquien statt.

Tabelle 18: AK 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,97 % O = 65.001 N = 64.378	100,56 % O = 65.072 N = 64.707	**100,41 %** **O = 64.516** **N = 64.255**
rechnerische Auffälligkeiten	9 / 1.080 0,83 %	8 / 1.037 0,77 %	**10 / 1.001** **1,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 9 33,33 %	**5 / 8** **62,50 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.080 0,28 %	**5 / 1.037** **0,48 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 und der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse liegen auf dem Niveau der Vorjahre.

Dieses Auffälligkeitskriterium ist das einzige im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK*, bei dem im Auswertungsjahr 2025 zu jedem rechnerisch auffälligen Ergebnis ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. 5 der 8 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Eine LAG führte zu einem Ergebnis aus, dass die erfolgten Stornierungen von QS-Bögen nicht an die Datenannahmestelle übermittelt worden sind.

Ein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, da laut der LAG kein Hinweis auf Mängel in der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme vorgelegen hätten. 2 Leistungserbringer wurden mit „Sonstiges“ bewertet. Eine LAG begründete diese Bewertung damit, dass nach Abschluss der Falldokumentation eine Änderung der Abrechnungsdaten stattgefunden hätte. Die andere LAG meldete zurück, dass die Ursache für die Überdokumentation trotz entsprechender Analysen des Krankenhauses nicht aufgeklärt werden konnte.

Tabelle 19: AK 850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,11 % O = 74 N = 64.378	0,13 % O = 86 N = 64.707	**0,11 %** **O = 72** **N = 64.255**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 1.080 0,19 %	2 / 1.037 0,19 %	**3 / 1.001** **0,30 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 2 0,00 %	**0 / 2** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.080 0,00 %	**0 / 1.037** **0,00 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft Minimaldatensätze übermittelt wurden. Das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 und der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen auf dem Niveau der Vorjahre. Zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis kommen Leistungserbringer, bei denen in mehr als 5 % der Fälle ein MDS übermittelt wird. Im Auswertungsjahr 2025 waren 2 Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig. Eines wurde als qualitativ unauffällig bewertet. Die LAG hat keine weiteren Informationen zu diesem Fall übermittelt. Zu dem anderen rechnerisch auffälligen Ergebnis wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die LAG hat dies damit begründet, dass sich die Fachkommission aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren befasse.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	5.089	-	4.935	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	5.089	100,00	3.946	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	365	7,17	275	6,97
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	365	100,00	275	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	365	100,00	275	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	97	26,58	54	19,64
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	268	73,42	221	80,36
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	268	100,00	221	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	1,12	1	0,45
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	160	43,84	140	50,91
Bewertung als qualitativ auffällig	67	18,36	52	18,91
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	28	7,67	20	7,27
Sonstiges	13	3,56	9	3,27

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	12	n. a.	20	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* wurden im Auswertungsjahr 2025 weniger Indikatorenergebnisse mit definiertem Referenzbereich ausgewertet als im Vorjahr. Grund dafür ist, dass der Referenzbereich des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“ (ID 54050) im Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt war. Zu diesem Qualitätsindikator wurden somit keine Stellungnahmeverfahren geführt.

Der Anteil der geführten Stellungnahmeverfahren liegt leicht über dem Niveau des Vorjahrs (AJ 2025: ca. 80 %; AJ 2024: ca. 73 %). Der Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen bleibt dabei gleich (AJ 2025: ca. 19 %; AJ 2024: ca. 18 %), jedoch steigt der Anteil an qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnissen (AJ 2025: ca. 51 %; AJ 2024: ca. 44 %).

23 % (52/221) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren stattfanden, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die meisten betrafen den Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) (30/52). Qualitativ auffällige Ergebnisse waren meist auf Struktur- und Prozessmängel bei den Qualitätsindikatoren zurückzuführen (36/52). Bei dem Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) betraf dies präoperative Prozesse; bei den Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit (ID 54033) und zu den Komplikationen (IDs 54029 und 54042) darüber hinaus auch postoperative Prozesse.

Am häufigsten lagen Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit bei Entlassung und zu den allgemeinen Komplikationen vor, weshalb keine Bewertung möglich war. Die von den LAG zurückgemeldeten Dokumentationsprobleme beim Qualitätsindikator zur Gehunfähigkeit bei Entlassung decken sich mit den Rückmeldungen des Expertengremiums aus der Frühjahrssitzung 2026.

Eine Bewertung als „Sonstiges“ wurde selten vorgenommen. In der Hälfte der Fälle wurde die Verwendung dieser Auswahl mit der Schließung des Klinikstandortes begründet. Das IQTIG beobachtet seit mehreren Jahren eine abnehmende Zahl der Leistungserbringer im Verfahren *QS HGV*. Einzelne Mitglieder des Expertengremiums gehen davon aus, dass sich dieser Trend aufgrund der Bildung von Leistungsgruppen fortsetzen wird.

Die LAG haben zu ca. 20 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde z. B. mit einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit, einer geringen oder nicht signifikanten Abweichung vom Referenzwert oder einer kleinen Fallzahl begründet. Ungefähr die Hälfte aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde als qualitativ unauffällig

bewertet, meistens aufgrund von Einzelfällen (90 von 140). Zu 13 der 140 Bewertungen haben die LAG genauere Rückmeldungen übermittelt, die indikatorspezifische Begründungen beinhalteten.

Bei weniger Stellungnahmeverfahren und gleichbleibendem Anteil qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse wurden mehr Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet als im Vorjahr (AJ 2025: 20 Maßnahmen bei 13 Leistungserbringern; AJ 2024: 12 Maßnahmen bei 10 Leistungserbringern). Am häufigsten wurden Maßnahmen zum Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer eingeleitet (9 von 13 Leistungserbringern). Dabei wurden v. a. sonstige Maßnahmen (z. B. Erstellung von präoperativen Maßnahmenkatalogen oder Durchführung von kollegialen Gesprächen) eingeleitet oder Behandlungspfade implementiert. Zu den Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit bei Entlassung und zu den spezifischen Komplikationen wurden bei je 2 Leistungserbringern insgesamt 5 Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Bei 3 der 4 Leistungserbringer wurden Fortbildungen durchgeführt.

Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden 2025 weniger Gespräche (AJ 2024: 3; AJ 2025: 1) geführt. Begehungen fanden wie im Vorjahr nicht statt. Indikatorübergreifende Hinweise haben die LAG an die Leistungserbringer nicht übermittelt. Bei einzelnen Qualitätsindikatoren haben die LAG jedoch darum gebeten, auf die korrekte Dokumentation oder die Ausfüllhinweise zu achten. Teilweise wurde auch empfohlen, ein unterjähriges Monitoring der Ergebnisse (z. B. Quartalsberichte) zu implementieren, um Dokumentationsfehler zu vermeiden.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	4.684	100,00	4.568	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	98	2,09	96	2,10
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	98	100,00	96	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	25	25,51	19	19,79
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	73	74,49	77	80,21
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	73	100,00	77	100,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	19	19,39	13	13,54
Bewertung als qualitativ auffällig	39	39,80	60	62,50
Sonstiges	15	15,31	4	4,17
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	1	n. a.	3	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Auswertungsmodul *HGV-OS-FRAK* insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft. Die Anzahl der AK-Ergebnisse und der rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Auswertungsjahrs 2025 haben sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 nicht verändert.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurden häufiger Stellungnahmeverfahren eingeleitet als im Vorjahr. Der Anteil lag im Auswertungsjahr 2025 bei ca. 80 % (AJ 2024: ca. 74 %). 3 LAG haben mit Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen teilweise keine Stellungnahmeverfahren geführt. Eine LAG begründete dies mit dem Vorliegen von Einzelfällen. Aufgrund der hohen Anzahl von rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen bei den AK-Ergebnissen legte die zweite LAG den Fokus auf das Führen von Stellungnahmeverfahren zu rechnerisch auffälligen Indikator-Ergebnissen. Die dritte LAG meldete zurück, dass in 2 der 3 Fälle aufgrund der kleinen Fallzahl kein Stellungnahmeverfahren notwendig sei.

Der Anteil der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen lag im Auswertungsjahr 2025 über dem des Vorjahres (AJ 2025: ca. 63 %; AJ 2024: ca. 40 %). In 5 der 6 Auffälligkeitskriterien (Ausnahme: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz [MDS]) wurden zwischen ca. 52 % und 88 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Bei fast allen Fällen hat sich die fehlerhafte Dokumentation bestätigt. Nach Einschätzung der LAG wurden z. B. die Angaben aus den Patientenakten nicht korrekt in die QS-Dokumentation übernommen oder es lagen Kodierfehler vor.

Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnisse betrafen das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“. Zum Erfassungsjahr 2027 wird zur Angabe von ASA 5 eine weiche Plausibilitätsregel eingeführt, bei der die Dokumentierenden gebeten werden, die

Korrektheit ihrer Angabe zu prüfen. Damit soll die Anzahl der Dokumentationsfehler direkt im Dokumentationsprozess verringert werden.

Im Vergleich zum Vorjahr wurden zum Auswertungsjahr 2025 anteilig weniger Leistungserbringerergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet (AJ 2025: ca. 14 %, AJ 2024: ca. 19 %). Unter anderem liegen laut LAG zwar vereinzelt Dokumentationsprobleme vor, diese hätten jedoch keinen Einfluss auf medizinische Leistung gehabt. In einem Fall zum Auffälligkeitskriterium „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation" bestätigte die LAG, dass die Dokumentation korrekt sei, da es sich um eine Aufnahmediagnose gehandelt habe und nicht um eine postoperative Komplikation.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurden anteilig weniger Leistungserbringerergebnisse mit „Sonstiges" bewertet als zum Auswertungsjahr 2024 (AJ 2025: ca. 4 %; AJ 2024: ca. 15 %). 3 LAG haben diese Bewertung zu 3 verschiedenen Auffälligkeitskriterien aus jeweils unterschiedlichen Gründen vorgenommen.

Die Anzahl der eingeleiteten Maßnahmen der Stufe 1 hat sich von 1 (AJ 2024) auf 3 (AJ 2025) erhöht.

2 LAG haben diese Bewertung zu 2 verschiedenen Auffälligkeitskriterien vorgenommen. Mit einem Leistungserbringer fanden Fortbildungen zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials in Bezug auf das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation statt. Ein anderer Leistungserbringer hatte eine wiederholt auffällige Fehldokumentation, sodass er im Auffälligkeitskriterium „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation" als qualitativ auffällig bewertet wurde. Es erfolgte eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität. Mit dem dritten Leistungserbringer wurde ein kollegiales Gespräch geführt, da bei diesem Leistungserbringer über mehrere Auffälligkeitskriterien hinweg systematische Dokumentationsprobleme aufgefallen sind. Darüber hinaus erachtete die LAG die Stellungnahme als unzureichend.

Hüftendoprothesenversorgung

1 Hintergrund

Das Auswertungsmodul *HGV-HEP* des Verfahrens *QS HGV* untersucht die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen eines künstlichen Hüftgelenks (Hüftendoprothese) sowie bei Eingriffen, bei denen ein bestehendes Implantat bzw. Teile davon gewechselt werden. Bei allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen eine Erstimplantation oder ein Wechsel einer Hüftendoprothese oder ein Wechsel eines Teils der Prothese durchgeführt wird, müssen die Krankenhäuser die Begründung für den Eingriff (Indikationsstellung), die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Komplikationen und die Sterblichkeit während des stationären Aufenthaltes dokumentieren.

Das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks gehört inzwischen zu den 20 häufigsten Operationen im Krankenhaus. Im Jahr 2024 wurde ein endoprothetischer Hüftgelenkersatz ungefähr 280.000-mal durchgeführt. Die mit Abstand häufigste Indikation für die Implantation einer Hüftgelenkendoprothese ist die Hüftgelenksarthrose (Koxarthrose). Die damit oftmals einhergehenden Ruhe- oder Belastungsschmerzen und Bewegungseinschränkungen treten vor allem im fortgeschrittenen Stadium auf und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Ein künstlicher Hüftgelenkersatz kann außerdem bei der Versorgung von hüftgelenknahen Brüchen des Oberschenkels (Femurfrakturen wie z. B. Schenkelhalsfraktur) durchgeführt werden. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Fälle werden im Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (*HGV-OSFRAK*) betrachtet.

Bei korrekter Indikationsstellung sowie einem chirurgisch fachgerechten Eingriff und komplikationslosen Verlauf kann in der Regel von einer Standzeit der Implantate von 15 bis 20 Jahren und mehr ausgegangen werden. Weil mit dieser Operation aber der natürliche Knochen für immer ersetzt wird und zudem ein späterer Wechsel in höherem Lebensalter nicht unproblematisch ist, sollte der Ersatz eines Hüftgelenks sorgfältig abgewogen werden.

Beim Einbau wird das künstliche Hüftgelenk in den körpereigenen Knochen eingebracht. In sehr seltenen Fällen können bei oder nach der Operation so schwerwiegende Komplikationen auftreten, dass ein Wechsel der Prothese oder einzelner Komponenten notwendig wird. Ein (vorzeitiger) Wechsel kann z. B. bei einer Lockerung des Implantats, einem Bruch des umliegenden Knochens oder einer Infektion erforderlich sein. Die Wechseloperationen selbst sind chirurgisch anspruchsvolle Eingriffe, die im Vorfeld eine präzise Indikationsstellung erfordern.

Bei oder nach den Operationen können darüber hinaus auch allgemeine Komplikationen wie Harnwegsinfekte, Schlaganfälle oder Herzinfarkte auftreten.

Ziel des Auswertungsmoduls *HGV-HEP* ist es, die Indikationsstellung und die Ergebnisqualität bei den genannten Eingriffen abzubilden und zu verbessern sowie die Komplikationsraten während und nach der Operation zu verringern. Mobilität und körperliche Belastbarkeit der Patientinnen

und Patienten sollten möglichst schnell und komplikationslos wiederhergestellt oder verbessert werden.

Aus dem Verfahren ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks aufgrund sehr spezifischer Erkrankungen nötig ist. Das sind beispielsweise Krebserkrankungen, bereits im Kindesalter aufgetretene Fehlbildungen bzw. Gelenkentzündungen. Die Operationen sind in diesen Fällen meist sehr komplex und nicht mit den Operationen der Regelversorgung zu vergleichen. Darüber hinaus werden auch Patientinnen und Patienten mit Polytrauma oder anderen Begleitverletzungen ausgeschlossen. Bei einem Polytrauma liegen gleichzeitig mehrere schwere Verletzungen an verschiedenen Körperregionen oder Organen vor, die gemeinsam potenziell lebensbedrohlich sind.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Auswertungsmodul *HGV-HEP* umfasst 14 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Betrachtet wird, ob die Operation nach einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 48 Stunden erfolgt (ID 54003) und ob die Indikationsstellung bei der geplanten Implantation (ID 54001) oder dem Wechsel (bzw. Komponentenwechsel) (ID 54002) einer Hüftendoprothese angemessen war. Darüber hinaus werden die mit der Operation zusammenhängenden allgemeinen (IDs 54015–54017) und spezifischen (IDs 54018–54020) Komplikationen erfasst. Die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig zu gehen (ID 54012) und Treppen zu steigen (ID 192300), wird ebenfalls abgebildet. Weiterhin wird beobachtet, ob nach der Hüftendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 90 Tagen ein Wechseleingriff durchgeführt wurde (ID 10271). Schließlich wird die Sterblichkeit nach Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel von Hüftendoprothesen (ID 54013) wie auch bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 191914) innerhalb des stationären Aufenthaltes erfasst.

Für die Indikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe werden aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung des GBA die Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt.

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2025
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2025
54003	Präoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2025
54004	Sturzprophylaxe	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Allgemeine Komplikationen			
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2025
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2025
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Spezifische Komplikationen			
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2025
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2025
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2025
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2025
192300	Kein Treppensteigen bei Entlassung	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung			
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2025
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	QS-Dokumentation	2025
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* gibt es 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit. 4 der 6 Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität und Vollständigkeit betreffen die Qualität der Erfassung von Komplikationen. Nicht angegebene Komplikationen fallen aus der Berechnung der Indikatorergebnisse heraus. Das kann eine Unterschätzung der Komplikationsraten nach sich ziehen.

Im ersten Auffälligkeitskriterium werden Patientenfälle erfasst, bei denen eine „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“ (ID 850151) eingegeben wurde. Im zweiten Auffälligkeitskriterium werden Fälle erfasst, bei denen Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen kodiert wurden

(ID 850152). Im dritten Auffälligkeitskriterium werden diejenigen Fälle erfasst, bei denen trotz hoher Verweildauer keine Komplikationen dokumentiert werden („Komplikationen bei hoher Verweildauer"; ID 851905). Da Folgeeingriffe nach Erstimplantationen meist aufgrund von Komplikationen durchgeführt werden, erfasst ein viertes Auffälligkeitskriterium die Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes (ID 851907).

Ein weiteres Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit (ID 852102) bezieht sich auf die Angabe der ASA-Kategorie 5.Die ASA-Klassifikation dient der Abschätzung des präoperativen Gesundheitszustands einer Patientin oder eines Patienten und wird in allen Risikoadjustierungsmodellen verwendet. Fehldokumentationen haben somit Einfluss auf die Einschätzung des Risikoprofils der Leistungserbringer.

Schließlich bezieht sich ein Auffälligkeitskriterium auf irrtümlich angelegte Prozedurbögen (ID 851804). Diese stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar, verzerren potenziell alle QI-Ergebnisse und sollten somit vermieden werden.

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit dienen dazu, Über- und Unterdokumentationen (IDs 850376, 850274 und 850275–850277) oder ein gehäuftes Anlegen von Minimaldatensätzen (ID 850369) festzustellen. Geprüft werden Falschangaben sowohl in ganzen Datensätzen wie innerhalb von Datensätzen. So kann bspw. im Falle einer Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (ID 850376) keine Aussage bezüglich frühzeitiger Wechsel getätigt werden, da in diesem Indikator nur GKV-versicherte Patientinnen und –Patienten betrachtet werden.

Folgende Auffälligkeitskriterien werden im Auswertungsjahr 2026 letztmalig ausgewertet:

- Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation (ID 850151)
- Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen (ID 850152)
- Komplikationen bei hoher Verweildauer (ID 851905)
- Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes (ID 851907)

Grund dafür sind die Integration von Sozialdaten in das Verfahren *QS HGV* ab dem Erfassungsjahr 2026 und die damit verbundenen Anpassungen des QS-Dokumentationsbogens.

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	QS-Dokumentation
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	QS-Dokumentation
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	QS-Dokumentation

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	QS-Dokumentation
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	QS-Dokumentation
852102	Angabe von ASA 5	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Die Anzahl der für das Auswertungsjahr 2026 übermittelten Datensätze und der entlassenden Standorte auf Bundesebene ist im Auswertungsmodul *HGV-HEP* geringfügig höher als erwartet. Die Vollzähligkeit der Datensätze liegt für das Auswertungsjahr 2026 bei 100,10 % und damit in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr. Insgesamt wurden im Vergleich zum Vorjahr 7.943 Datensätze mehr übermittelt. Dies ist v. a. auf eine Zunahme der elektiven Erstimplantationen zurückzuführen. Aufgrund der Bevölkerungspyramide in Deutschland (Destatis / Statistisches Bundesamt) ist davon auszugehen, dass der Fallzahlanstieg bei den elektiven Erstimplantationen bis voraussichtlich 2034 anhalten wird.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Die Anzahl der Leistungserbringer im Auswertungsmodul *HGV-HEP* nimmt seit mehreren Jahren ab (EJ 2025: 1.059; EJ 2024: 1.108). Dies ist vor allem auf die zunehmende Zentralisierung der Krankenhausversorgung zurückzuführen. Komplexe Behandlungen sollen dadurch stärker auf spezialisierte Zentren konzentriert werden. Aufgrund höherer Fallzahlen werden dort bessere Behandlungsergebnisse erwartet. Notfallbedingte oder elektive Operationen am Hüftgelenk werden somit zunehmend auf größere Leistungserbringer verlagert.

Tabelle 24: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	302.669 302.441 228	302.379	100,10
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.059		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.125	1.118	100,63
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	936	929	100,75

Zählleistungsbereiche

Auf Bundesebene zeigt sich mit einer Vollzähligkeit von ca. 100 % in beiden Zählleistungsbereichen ein hohes Niveau. Es kann davon ausgegangen werden, dass alle Prozeduren von den Leistungserbringern dokumentiert und an das IQTIG übermittelt wurden.

Tabelle 25: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	284.556 284.401 155	284.368	100,07
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.058		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.124	1.116	100,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	935	927	100,86

Tabelle 26: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.171 20.062 109	20.141	100,15
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	970		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	995	995	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	867	866	100,12

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Indikation von Erstimplantationen (ID 54001) liegt leicht unter dem Niveau des Vorjahres, das des Indikators zur Indikation eines Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. -Komponentenwechsels (ID 54002) leicht darüber. Die Referenzbereiche wurden wie im Vorjahr entsprechend der Empfehlung zur Abschaffung der Indikatoren zum Erfassungsjahr 2026 ausgesetzt.

Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54003) hat sich seit dem Erfassungsjahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) stetig verringert. Im Auswertungsjahr 2026 ist er erneut um 0,37 Prozentpunkte gesunken. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wird also innerhalb des angestrebten Zeitraums operiert; die Zahl derjenigen, bei denen das nicht der Fall ist, sinkt kontinuierlich. Das IQTIG und das Expertengremium auf Bundesebene erachten diese Entwicklung als äußerst positiv. Sie ist auf die Arbeit aller Beteiligten (Leistungserbringer, LAG, Expertengremien und IQTIG) und die Umsetzung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) zurückzuführen.

Im Ländervergleich der Ergebnisse dieses Indikators zeigen sich in einigen Ländern Verschlechterungen vom Erfassungsjahr 2024 zu 2025. Dieser Trend in einzelnen Ländern sollte weiter beobachtet werden, insbesondere vor dem Hintergrund der verringerten Anzahl an teilnehmenden Leistungserbringern und der damit einhergehenden Zentralisierung der Leistungen. Obwohl Klinikschließungen zur Folge haben können, dass sich die Fallzahl in den umliegenden Krankenhäusern erhöht, ist in vielen Bundesländern trotz geringerer Leistungserbringeranzahl keine Verschlechterung der präoperativen Verweildauer zu beobachten. Das IQTIG wird die Ergebnisse auf Landesebene weiterhin aufmerksam beobachten, bei Bedarf ergänzende Prüfungen durchführen und die Entwicklungen mit dem Expertengremium erörtern.

33 Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahres 2025 wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die Rückmeldungen aus den LAG zeigen, dass vor allem Defizite im Gerinnungsmanagement sowie fehlende OP-Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Qualitätsziel nicht eingehalten werden konnte. 11 der 33 Leistungserbringer hatten bereits im Vorjahr qualitativ auffällige Ergebnisse. In diesem Indikator wurden bei 15 Leistungserbringern insgesamt 17 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Die rohen Bundesraten der Indikatoren zu den allgemeinen (IDs 54015, 54016 und 54017) und spezifischen Komplikationen (IDs 54018, 54019 und 54120) liegen im Auswertungsjahr 2026 auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Allgemeine Komplikationen treten v. a. nach endoprothetischer Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen auf. In 15 % der Fälle wurde mindestens eine allgemeine Komplikation dokumentiert. Grund dafür ist, dass die Patientinnen und Patienten häufig hochaltrig und multimorbide sind. Spezifische Komplikationen treten hingegen v. a. nach Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln auf. Aufgrund der Voroperation und der damit verbundenen Komplexität der Wechseloperation besteht bei diesen Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko für das Auftreten spezifischer Komplikationen bei oder nach dieser Operation.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Sturzprophylaxe (ID 54004) hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 nicht verändert. Da der Indikator zum Erfassungsjahr 2026 zur Abschaffung empfohlen wurde, ist der Referenzbereich seit dem Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die gehunfähig aus dem Krankenhaus entlassen wurden (ID 54012), ist im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 unverändert. Über 97 % der in diesem Indikator betrachteten Patientinnen und Patienten konnten zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus wieder gehen.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht Treppen steigen (ID 192300) können, liegt im Auswertungsjahr 2026 bei unter 2 %. Zum Auswertungsjahr 2026 wurde die Transparenzkennzahl in einen Indikator umgewandelt und grundlegend überarbeitet. Der Indikator erhält zudem zum Auswertungsjahr 2026 eine Risikoadjustierung.

Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten liegt für alle Eingriffsarten (elektive und akute Erstimplantation und Wechsel) auf dem Niveau des Vorjahres. Bei elektiven Operationen liegt dieser Anteil seit mehreren Jahren bei unter 1 % und bei den hüftgelenknahen Femurfrakturen bei etwas über 5 %. Dies ist vor allem auf die jeweils unterschiedliche Patientenklientel zurückzuführen. Den größten Einfluss hat dabei die Multimorbidität vieler Patientinnen und Patienten.

Frühzeitige Wechsel von Endoprothesen (also innerhalb von 90 Tagen) (ID 10271) fanden im Auswertungsjahr 2026 seltener als in den Vorjahren statt. Der häufigste Grund für diesen Eingriff war dabei mit 1.243 Fällen die periprothetische Fraktur, also ein Bruch in der Nähe der Hüftendoprothese.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 27: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	97,73 % O = 201.806 N = 206.502	97,43 % O = 207.185 N = 212.657 (nicht definiert)	vergleichbar
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	90,84 % O = 18.408 N = 20.265	90,93 % O = 17.970 N = 19.762 (nicht definiert)	vergleichbar
54003	Präoperative Verweildauer	8,15 % O = 5.744 N = 70.479	7,78 % O = 5.641 N = 72.536 (≤ 15,00 %)	vergleichbar
54004	Sturzprophylaxe	97,64 % O = 211.773 N = 216.892	97,50 % O = 218.420 N = 224.015 (nicht definiert)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Allgemeine Komplikationen				
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 10.839 / 10.839,00 15,35 % O/N = 10.839 / 70.594	0,98 O/E = 10.957 / 11.158,62 15,08 % O/N = 10.957 / 72.653 (≤ 1,98; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,00 O/E = 3.363 / 3.363,00 1,64 % O/N = 3.363 / 204.985	0,92 O/E = 3.192 / 3.488,40 1,51 % O/N = 3.192 / 210.936 (≤ 3,18; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponenten-wechsel	1,00 O/E = 1.757 / 1.757,00 9,92 % O/N = 1.757 / 17.708	0,96 O/E = 1.697 / 1.764,84 9,72 % O/N = 1.697 / 17.457 (≤ 2,13; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Spezifische Komplikationen				
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 3.360 / 3.360,00 4,75 % O/N = 3.360 / 70.745	0,96 O/E = 3.318 / 3.455,88 4,56 % O/N = 3.318 / 72.806 (≤ 2,20; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,00 O/E = 4.431 / 4.431,00 2,15 % O/N = 4.431 / 206.502	0,97 O/E = 4.416 / 4.552,16 2,08 % O/N = 4.416 / 212.657 (≤ 2,61; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponenten-wechsel	1,00 O/E = 3.348 / 3.348,00 16,52 % O/N = 3.348 / 20.265	0,98 O/E = 3.137 / 3.188,93 15,87 % O/N = 3.137 / 19.762 (≤ 1,91; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00 O/E = 6.782 / 6.782,00 2,78 % O/N = 6.782 / 243.925	0,96 O/E = 6.786 / 7.063,64 2,70 % O/N = 6.786 / 251.248 (≤ 2,75; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
192300	Kein Treppensteigen bei Entlassung	1,00 O/E = 2.967 / 2.967,00 1,53 % O/N = 2.967 / 194.193	0,98 O/E = 2.869 / 2.923,84 1,45 % O/N = 2.869 / 197.683 (nicht definiert)	nicht vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung				
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,00 O/E = 782 / 782,00 0,35 % O/N = 782 / 222.693	0,89 O/E = 707 / 790,21 0,31 % O/N = 707 / 228.393 (≤ 4,18; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	1,00 O/E = 3.899 / 3.899,00 5,52 % O/N = 3.899 / 70.594	0,99 O/E = 3.968 / 3.997,31 5,46 % O/N = 3.968 / 72.653	eingeschränkt vergleichbar
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	0,99 O/E = 3.896 / 3.941,77 1,37 % O/N = 3.896 / 284.075	0,89 O/E = 3.600 / 4.044,22 1,25 % O/N = 3.600 / 288.755 (≤ 2,39; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 28: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54003	Präoperative Verweildauer	2024	117 / 988	11,84	59
		2025	90 / 935	9,63	38
Gruppe: Allgemeine Komplikationen					
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	53 / 990	5,35	15
		2025	46 / 935	4,92	10
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2024	67 / 1.053	6,36	10
		2025	55 / 1.012	5,43	11
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2024	114 / 966	11,80	29
		2025	103 / 932	11,05	25
Gruppe: Spezifische Komplikationen					
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	61 / 990	6,16	13
		2025	55 / 935	5,88	12
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2024	66 / 1.054	6,26	19
		2025	65 / 1.012	6,42	15
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2024	150 / 995	15,08	55
		2025	175 / 969	18,06	47

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2024	64 / 1.102	5,81	11
		2025	56 / 1.056	5,30	14
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2024	56 / 1.065	5,26	10
		2025	52 / 1.023	5,08	6
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	2024	59 / 1.116	5,29	16
		2025	53 / 1.075	4,93	9

2.2.3 Detailergebnisse

Indikationsstellung (IDs 54001 und 54002)

Tabelle 29: QI 54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	97,60 % O = 195.111 N = 199.907	97,73 % O = 201.806 N = 206.502	**97,43 %** **O = 207.185** **N = 212.657**
rechnerische Auffälligkeiten	79 / 1.077 7,34 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 79 7,59 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 1.077 0,56 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 30: QI 54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	91,68 % O = 18.357 N = 20.022	90,84 % O = 18.408 N = 20.265	**90,93 %** **O = 17.970** **N = 19.762**
rechnerische Auffälligkeiten	251 / 1.026 24,46 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 251 3,98 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 1.026 0,97 %	**n. a.**	n. a.

Diese beiden Qualitätsindikatoren adressieren die Indikationsstellung bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven, nicht frakturbedingten Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54001) oder einem Hüftendoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54002). Das Bundesergebnis der beiden Indikatoren liegt auf dem Vorjahresniveau.

Die Qualitätsindikatoren werden aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da die Eignungskriterien Validität und Datenqualität nicht vollständig erfüllt sind. Die Referenzbereiche wurden deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Aktuell wird am IQTIG im Auftrag des GBA eine Patientenbefragung zu primären Hüft- und Knieendoprothesen entwickelt. Dabei wird geprüft, ob sich Qualitätsaspekte, die über die QS-

Dokumentation nicht oder nur unzureichend adressiert werden können, z. B. die korrekte Indikationsstellung, über eine Patientenbefragung abbilden lassen.

Präoperative Verweildauer (ID 54003)

Tabelle 31: QI 54003: Präoperative Verweildauer

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	8,96 % O = 6.239 N = 69.665	8,15 % O = 5.744 N = 70.479	**7,78 %** **O = 5.641** **N = 72.536**
rechnerische Auffälligkeiten	162 / 1.034 15,67 %	117 / 988 11,84 %	**90 / 935** **9,63 %** **(Refbereich: ≤ 15,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	39 / 162 24,07 %	**33 / 117** **28,21 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	39 / 1.034 3,77 %	**33 / 988** **3,34 %**	n. a.

Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die Patientinnen und Patienten innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme bzw. nach einem Inhouse-Sturz im Krankenhaus operativ versorgt werden. Das Bundesergebnis dieses Indikators hat sich zum Auswertungsjahr 2026 erneut verbessert. Dies folgt dem seit Jahren positiven Trend. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls gesunken (AJ 2026: 9,63 %; AJ 2025: 11,84 %). Im Auswertungsjahr 2026 hatten 42 % (38/90) der Leistungserbringer ein wiederholt rechnerisch auffälliges Ergebnis in diesem Indikator.

28 % (33/117) der im Auswertungsjahr 2025 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Damit nahmen die durch die LAG und Fachkommissionen bestätigten qualitativen Defizite um 4 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr zu (AJ 2024: 39/162). 24-mal erfolgte diese Bewertung aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass in vielen Fällen Schwierigkeiten beim Gerinnungsmanagement oder Kapazitätsprobleme zu dieser Bewertung führten. Auch aufgrund wiederholter Auffälligkeit und Verschlechterung des QI-Ergebnisses wurden Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Vereinzelt wurden von den LAG auch Verstöße gegen die QSFFx-RL und nicht nachvollziehbares konservatives Vorgehen zurückgemeldet. In 3 Fällen wurden von den Leistungserbringern keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, sodass ihre Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden.

In diesem Qualitätsindikator werden häufig Leistungserbringer mit kleinerer und mittlerer Fallzahl in der Grundgesamtheit rechnerisch auffällig. Es gab aber auch beispielsweise drei Leistungserbringer, die im Auswertungsjahr 2025 QI-Ergebnisse zwischen 19 % und 25 % und jeweils

über 100 Patientinnen und Patienten operiert hatten. Diese Leistungserbringer wurden aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel als qualitativ auffällig bewertet.

Bei einem Leistungserbringer führte die LAG das QI-Ergebnis von ca. 19 % auf mangelnde Kapazitäten zurück. Laut der LAG war bereits im vierten Quartal des Erfassungsjahres 2024 eine Verbesserung der Kapazitäten erkennbar gewesen. Das QI-Ergebnis lag im Auswertungsjahr 2026 wieder im Referenzbereich.

Der zweite Leistungserbringer, der im Auswertungsjahr 2025 ein QI-Ergebnis von ca. 25 % aufwies, wurde von der LAG als qualitativ auffällig bewertet. Laut der LAG führten Kapazitätsprobleme und Probleme mit Antikoagulantien zu dem rechnerisch auffälligen Ergebnis. Das QI-Ergebnis des Leistungserbringers liegt im Auswertungsjahr 2026 mit 19 % zwar unterhalb des Vorjahresergebnisses, ist jedoch erneut rechnerisch auffällig.

Bei dem dritten großen Leistungserbringer, dessen QI-Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 bei ca. 21 % lag, erkannte die Fachkommission das zweite Jahr in Folge Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Diese seien auf ein nicht nachvollziehbares perioperatives Gerinnungsmanagement, eine nicht erkennbare Priorisierung der Eingriffe sowie verzögerte Vorbereitungszeiten durch die Anästhesie zurückzuführen. Die LAG hat mit diesem Leistungserbringer im Kollegialgespräch Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet und eine Zielvereinbarung zum Festhalten der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen abgeschlossen. Das QI-Ergebnis des Leistungserbringers hat sich im Auswertungsjahr 2026 weiter verschlechtert und liegt bei 25 %.

Die Hälfte der Leistungserbringerergebnisse (60/117) sind als qualitativ unauffällig eingestuft worden, meist aufgrund von Einzelfällen. Für 3 der qualitativ unauffälligen Bewertungen haben die LAG weitere Informationen übermittelt. Bei einem Leistungserbringer sei in einem Fall die stationäre Aufnahme aufgrund einer angestrebten geriatrischen Komplexbehandlung erfolgt und dabei eine ältere Fraktur diagnostiziert worden. Bei einem anderen Leistungserbringer handelte es sich laut der LAG um einen Zentrumversorger mit nachvollziehbaren Organisationsproblemen und „besonders aktuellem Umgang mit den neuen Antikoagulanzien“. Der Leistungserbringer hat ca. 21 % der 170 operierten Patientinnen und Patienten nicht innerhalb von 48 Stunden operiert. Das QI-Ergebnis dieses Leistungserbringers liegt im Auswertungsjahr 2026 weiterhin bei ca. 21 %.

Bei einem Leistungserbringer habe sich das Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert.

Die Bewertungskategorie „Abweichungen aufgrund von Einzelfällen“ wurde wie im Vorjahr häufig vergeben, obwohl die Leistungserbringer viele Patientinnen und Patienten nicht zeitnah versorgten (hohe Zähleranzahl und Abweichung vom Referenzwert). Die Bewertung wird laut EXG-Mitgliedern jedoch auch dann gewählt, wenn es sich um jeweils nachvollziehbare Einzelfälle handle und keine strukturellen oder prozeduralen Defizite erkennbar seien. Neben dem beschriebenen Zentrumversorger mit nachvollziehbaren Organisationsproblemen wurden bei einem weiteren Leistungserbringer mit sehr vielen Fällen in der Grundgesamtheit und nicht zeitnah versorgten Patientinnen und Patienten keine Qualitätsdefizite festgestellt. Die LAG sah in diesem Fall keine Mängel in der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme.

Bei 18 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten die LAG keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität feststellen. Jedoch lagen vereinzelte Dokumentationsprobleme vor. Diese Bewertung als qualitativ unauffällig hat auch ein großer Leistungserbringer mit einem QI-Ergebnis von ca. 23 % erhalten. Das Leistungserbringerergebnis liegt im Auswertungsjahr 2026 bei ca. 19 %und somit weiterhin außerhalb des Referenzbereichs.

Bei 14 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringern wurden insgesamt 17 Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Dabei handelte es sich vornehmlich um „Sonstige" Maßnahmen (9-mal), gefolgt von der Implementierung von Behandlungspfaden (5-mal), Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien (2-mal) und einer Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien. Zu 5 Leistungserbringern hat eine LAG vermerkt, dass die festgelegten Maßnahmen zur Umsetzung des Verbesserungspotenzials beitragen sollen.

5 LAG haben zu 15 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (18/117). Begründet wurde dies von einer LAG in 8 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Bestehen von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle. 3 LAG führten in insgesamt 7 Fällen aufgrund von Einzelfallabweichungen oder geringer Anzahl auffälliger Vorgänge kein Stellungnahmeverfahren. Eine LAG hat bei 2 Leistungserbringern darauf verwiesen, dass im Vorjahr Stellungnahmeverfahren erfolgt seien. Bei qualitativ unauffälliger Bewertung und nun positiver Tendenz der rechnerischen Ergebnisse erfolge daher zunächst eine Verlaufskontrolle.

Mit einem Leistungserbringer wurde eine Maßnahme der Stufe 2 eingeleitet. Dabei handelte es sich um eine Korrektur der Vereinbarung im Einvernehmen mit dem Leistungserbringer (Maßnahme 2A). Laut der LAG hat der Leistungserbringer trotz Vorlage mehrerer SOPs gemäß der QSFFx-RL das angestrebte Qualitätsziel weiterhin nicht erreicht. Daher komme es zu nicht nachvollziehbaren Verzögerungen der Operationen.

Der zuletzt anhaltende positive Bundestrend, dass mehr Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur zeitnah versorgt werden, könnte sich in den Folgejahren verlangsamen, abebben oder sogar umkehren. Grund dafür sind die Entwicklungen in der bundesweiten Kliniklandschaft.

Die im Dezember 2024 beschlossene grundlegende Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) sieht eine weitere Zentralisierung der Leistungen vor. Bereits seit Jahren stellen immer mehr Leistungserbringer die Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen ein (siehe Abschnitt 2.1.2). Seit Inkrafttreten der Reform setzt sich der Trend weiter fort.

Die EXG-Mitglieder meldeten in der Frühjahrssitzung 2026 zurück, dass sich durch Klinikschließungen die Fallzahl in den jeweils umliegenden Krankenhäusern erhöhe. Dies kann zu Verzögerungen in den klinischen Strukturen und Prozessen führen.

Die Auswirkungen der Krankenhausreform und die Änderungen aufgrund der parallel geltenden QSFFx-RL sind jedoch nicht isoliert voneinander bewertbar.

Aufgrund der derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitswesen und der QI-Entwicklung sind die Auswirkungen weiterer Verschärfungen des Indikators schwer beurteilbar. Im Expertengremium besteht aktuell kein Konsens darüber, den Qualitätsindikator weiter zu verschärfen.

Sturzprophylaxe (ID 54004)

Tabelle 32: QI 54004: Sturzprophylaxe

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	97,29 % O = 205.692 N = 211.430	97,64 % O = 211.773 N = 216.892	**97,50 %** **O = 218.420** **N = 224.015**
rechnerische Auffälligkeiten	47 / 1.132 4,15 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 47 6,38 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 1.132 0,27 %	**n. a.**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Erfassung des Sturzrisikos sowie die Durchführung geeigneter Maßnahmen zur Sturzprophylaxe nach Erstimplantation oder Wechsel einer Hüftendoprothese bzw. einer Komponente. Der Anteil der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, für die nach der Operation keine Erfassung des Sturzrisikos und keine Sturzprophylaxe erfolgt ist, soll so gering wie möglich sein.

Der Qualitätsindikator wird aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da die Eignungskriterien Validität, Reliabilität, Objektivität und Datenqualität nicht vollständig erfüllt sind. Der Referenzbereich wurde deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt und der Qualitätsindikator ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Gruppen: Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54015–54020)

Anhand der Qualitätsindikatoren dieser beiden Gruppen wird erfasst, wie viele allgemeine und spezifische Komplikationen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und nach -Wechseln bzw. –Komponentenwechseln auftreten.

Bei diesen Indikatoren werden Leistungserbringerergebnisse am häufigsten nach Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln rechnerisch auffällig (ID 54017: ca. 11 %; ID 54120: ca. 18 %). Dies ist darauf zurückzuführen, dass bei Indikatoren, in denen viele Leistungserbringer nur wenig Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit haben, trotz perzentilbasiertem Referenzbereich anteilig mehr Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse haben, als vorgesehen ist.

Alle Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen wurden mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Komorbiditäten sowie Einnahme von Antikoagulanzien. Die Risikoadjustierungsmodelle wurden auf den Vorjahresdaten (EJ 2024) geschätzt. Eine Ausnahme bilden die Qualitätsindikatoren zu Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. Komponentenwechseln (IDs 54017 und 54120), bei denen wegen der geringen Fallzahl die Datensätze aus den Erfassungsjahren 2023 und 2024 zur Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle kombiniert wurden.

Die vollständigen Listen zu Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 entnommen werden.

Die Indikatorergebnisse des Auswertungsjahrs 2026 zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen sind nur eingeschränkt vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Grund dafür ist die jährliche Aktualisierung der Risikoadjustierungsmodelle inklusive der Risikofaktoren.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Modul *HGV-HEP* ab Erfassungsjahr 2026 werden die Informationen zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen zukünftig über Sozialdaten erfasst. Informationen zu Komplikationen sind im QS-Dokumentationsbogen von diesem Zeitpunkt an nur noch zu dokumentieren, wenn Leistungserbringer bestimmte ICD-Kodes zu Erkrankungen kodieren, bei denen unklar ist, ob sie bereits vor der Operation vorlagen oder eine Folge der Operation sind.

Bei den allgemeinen und spezifischen Komplikationen stellt die Kategorie „Sonstige" jeweils die größte Gruppe dar. Dabei handelt es sich um Komplikationen, die sich keiner vorgegebenen Kategorie zuordnen lassen und auch nicht in die Indikatorberechnung einfließen. Mit der Integration der Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* entfällt die Angabe dieser Kategorien.

Der Großteil der allgemeinen und spezifischen Komplikationen wird zukünftig über die Sozialdaten gewonnen. Die manuelle QS-Dokumentation von Komplikationen ist nur noch notwendig, wenn durch die zugehörige Kodierung der ICD/OPS-Kodes nicht klar ist, ob es sich um eine bereits präoperativ vorliegende Diagnose handelt oder eine intra- oder postoperative Komplikation aufgetreten ist.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen
In den 3 Qualitätsindikatoren zu allgemeinen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- Pneumonie
- behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen
- tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
- Lungenembolie
- katheterassoziierte Harnwegsinfektion
- Schlaganfall

- akute gastrointestinale Blutung
- akute Niereninsuffizienz
- Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz

Tabelle 33: QI 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,95 O/E = 10.158 / 10.641,17 14,56 % O/N = 10.158 / 69.750	1,00 O/E = 10.839 / 10.839,00 15,35 % O/N = 10.839 / 70.594	**0,98** **O/E = 10.957 / 11.158,62** **15,08 %** **O/N = 10.957 / 72.653**
rechnerische Auffälligkeiten	54 / 1.033 5,23 %	53 / 990 5,35 %	**46 / 935** **4,92 %** **(Refbereich: ≤ 1,98; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 54 14,81 %	**7 / 53** **13,21 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 1.033 0,77 %	**7 / 990** **0,71 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur" liegt im Auswertungsjahr 2026 etwas unter der des Auswertungsjahrs 2025, jedoch über dem des Auswertungsjahrs 2024. Als Referenzbereich ist das 95. Perzentil definiert. Somit hatten ca. 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse. Im Gegensatz zum äquivalenten Qualitätsindikator in *HGV-OSFRAK* ist bei diesem Qualitätsindikator kein jährlicher Anstieg der rohen Rate zu beobachten.

Nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur treten anteilig mehr allgemeine Komplikationen auf als nach elektiven Erstimplantationen oder Wechseloperationen. Dies ist vor allem auf das höhere Alter und damit verbundene Morbidität der Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur sowie der Komplexität des Eingriffs bei vorliegender Fraktur zurückzuführen. Sie sind im Mittel 81 Jahre alt und somit 12 bzw. 6 Jahre älter als Patientinnen und Patienten mit elektiven Erstimplantationen (Mittelwert: 69 Jahre) oder Wechseloperationen (Mittelwert: 75,18 Jahre).

28 % (10/46) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. 13 % (7/53) der im Auswertungsjahr 2025 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass die Bewertung aufgrund von vermehrten Harnwegsinfekten und Niereninsuffizienzen erfolgte. Mit 3 der 7

Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen wurden Maßnahmen der Stufe 1 initiiert. Mit einem vereinbarte eine LAG die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien, mit einem weiteren die Einreichung der (hausinternen) Kriterien zur Definition eines akuten perioperativen Nierenversagens. Mit dem dritten Leistungserbringer soll die Maßnahme zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials führen. Dabei hat sich die LAG vom Leistungserbringer die fehlenden Epikrisen übermitteln lassen.

Fast die Hälfte der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Dies wurde in einem Fall begründet. Die LAG gab an, dass sich das Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr verbessert hätte.

5 LAG haben zu insgesamt einem Drittel aller bundesweit rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (18/53). 8-mal begründete eine LAG dies mit Ausreißer-Ergebnissen (> 3(O/E)) oder dem Ausschluss von Einzelfällen. Zu 6 nicht geführten Stellungnahmeverfahren meldete die dazugehörige LAG eine Liste verschiedener Gründe zurück. So könne es sich entweder um wenig ausgeprägte Abweichungen vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit, rechnerische Auffälligkeiten in nur einem Qualitätsindikator oder nur um eine auffällige Vorgangsnummer gehandelt haben.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 3 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen und zu einem Ergebnis mit Bewertung „Unvollständige oder falsche Dokumentation" eingeleitet. Bei letztgenanntem Leistungserbringer und bei einem Leistungserbringer mit vermehrtem Auftreten von Harnwegsinfekten wurde die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart. In den anderen beiden Fällen wurden sonstige Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Diese beinhalteten bei einem Leistungserbringer das Einholen von Epikrisen und beim anderen die Einreichung der (hausinternen) Kriterien zur Definition eines akuten perioperativen Nierenversagens.

Tabelle 34: QI 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,08 O/E = 3.556 / 3.294,71 1,79 % O/N = 3.556 / 198.372	1,00 O/E = 3.363 / 3.363,00 1,64 % O/N = 3.363 / 204.985	**0,92** **O/E = 3.192 / 3.488,40** **1,51 %** **O/N = 3.192 / 210.936**
rechnerische Auffälligkeiten	59 / 1.077 5,48 %	67 / 1.053 6,36 %	**55 / 1.012** **5,43 %** **(Refbereich: ≤ 3,18; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 59 18,64 %	**11 / 67** **16,42 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 1.077 1,02 %	**11 / 1.053** **1,04 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau des Vorjahres. 20 % (11/55) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Zu 9 der 11 als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorergebnisse wurden von den LAG Rückmeldungen übermittelt. Sie beziehen sich meist auf Struktur- und Prozessmängel, die zu Niereninsuffizienzen oder Harnwegsinfekten geführt haben. Die jeweiligen Probleme waren jedoch leistungserbringerspezifisch unterschiedlich.

Fast 60 % (39/67) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 3 Ergebnissen wurden Gründe von den LAG genannt. Bei 2 Leistungserbringern führten laut den LAG Dokumentationsprobleme zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen; in einem Fall hat eine LAG aufgrund des Vorliegens von Einzelfällen einen Hinweis an den Leistungserbringer übermittelt.

3 LAG haben zu insgesamt 9 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen des Auswertungsjahrs 2025 kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründet wurde dies von einer LAG in 7 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Bestehen von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle.

Eine weitere LAG begründete die Entscheidung, kein Stellungnahmeverfahren zu führen, damit, dass das Ergebnis nicht signifikant vom Referenzwert abgewichen sei. Die dritte LAG führte gemäß der Empfehlung der Fachkommission Stellungnahmeverfahren nur bei Ausreißer-Ergebnissen (> 3(O/E)). Darüber hinaus erfolgt laut der LAG ein Ausschluss von rechnerisch auffälligen Ergebnissen aufgrund von Einzelfällen.

Eine LAG hat zu 3 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen insgesamt 4 Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Dabei sollten die festgestellten Verbesserungspotenziale umgesetzt werden. Zur Vermeidung von postoperativen Harnwegsinfektionen hat die LAG mit einem Leistungserbringer die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart. Mit dem anderen vereinbarte die LAG zusätzlich die Implementierung von Behandlungspfaden, um das Auftreten von akuten Niereninsuffizienzen zu verringern.

Tabelle 35: QI 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,09 O/E = 1.887 / 1.730,38 10,77 % O/N = 1.887 / 17.528	1,00 O/E = 1.757 / 1.757,00 9,92 % O/N = 1.757 / 17.708	**0,96** **O/E = 1.697 / 1.764,84** **9,72 %** **O/N = 1.697 / 17.457**
rechnerische Auffälligkeiten	97 / 996 9,74 %	114 / 966 11,80 %	**103 / 932** **11,05 %** **(Refbereich: ≤ 2,13; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 96 8,33 %	**7 / 114** **6,14 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 996 0,80 %	**7 / 966** **0,72 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" liegt im Auswertungsjahr 2026 leicht unter dem Niveau des Vorjahres. Etwa 24 % (25/103) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

8,6 % (7/81) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Auswertungsjahrs 2025, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind als qualitativ auffällig bewertet worden. Bei 2 Leistungserbringern haben die LAG Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. In einem Fall sind laut der LAG Verbesserungsmaßnahmen beim Flüssigkeitsmanagement und beim Umgang mit Blasenkathetern und entzündungshemmenden Schmerzmitteln notwendig. In dem anderen Fall führte eine dreistündige Wechseloperation zu einem für die LAG nicht nachvollziehbaren Abfall des Hämoglobins. Dazu stellte die Fachkommission das operative Vorgehen zur Behandlung der Fraktur infrage. Bei den anderen 5 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt.

Fast 88 % (71 von 81) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind als qualitativ unauffällig bewertet worden. 2 LAG haben zu insgesamt 6 Fällen zusätzliche Rückmeldungen übermittelt. Diese Bewertung erfolgte laut 6 Rückmeldungen aufgrund von gut begründeten Einzelfällen.

6 LAG haben zu 29 % (33/114) aller rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse in diesem Indikator im Auswertungsjahr 2025 kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Eine LAG führte gemäß der Empfehlung der Fachkommission Stellungnahmeverfahren nur bei Ausreißer-Ergebnissen (> 3(O/E)). Darüber hinaus erfolgt laut der LAG ein Ausschluss von rechnerisch auffälligen Ergebnissen aufgrund von Einzelfällen. Die LAG führte daher mit 13 Leistungserbringern keine

Stellungnahmeverfahren in diesem Indikator. Eine LAG begründete den Verzicht auf das Führen von Stellungnahmeverfahren in 14 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Bestehen von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle. In einem Fall wurde die Klinik geschlossen, sodass kein Stellungnahmeverfahren geführt werden konnte. Bei den restlichen Fällen lagen Abweichungen durch Einzelfälle, erstmalig geringe Abweichungen vom Referenzbereich oder kleine Fallzahlen vor.

Zu einem Ergebnis wurde aufgrund einer wiederholten Fehldokumentation eine sonstige Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Diese beinhaltete eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität.

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Tabelle 36: QI 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,04 O/E = 3.450 / 3.309,98 4,93 % O/N = 3.450 / 69.963	1,00 O/E = 3.360 / 3.360,00 4,75 % O/N = 3.360 / 70.745	**0,96** **O/E = 3.318 / 3.455,88** **4,56 %** **O/N = 3.318 / 72.806**
rechnerische Auffälligkeiten	62 / 1.034 6,00 %	61 / 990 6,16 %	**55 / 935** **5,88 %** **(Refbereich: ≤ 2,20; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 62 14,52 %	**16 / 61** **26,23 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	9 / 1.034 0,87 %	**16 / 990** **1,62 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ liegt im Auswertungsjahr 2026 leicht unter dem Niveau des Vorjahres. Etwa 22 % (12/55) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 52 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 16 als qualitativ auffällig bewertet worden; dies v. a. aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Bei einem Leistungserbringer erfolgte laut LAG bei mehreren Patienten trotz erheblicher Morbidität und Eingriffen mit hohem Thromboserisiko keine adäquate Antikoagulation. Die Fachkommission hat daher hinterfragt, ob interne Regelungen im Rahmen einer SOP vorhanden waren. Sie übermittelte entsprechende Empfehlungen und wird das Ergebnis des

Leistungserbringers in den Folgejahren besonders beobachten. Mängel im perioperativen sowie im Gerinnungsmanagement führten auch bei einem anderen Leistungserbringer zu einer qualitativ auffälligen Bewertung. In einem anderen Fall hat die LAG berichtet, dass die Fachkommission intraoperative Mängel aufgrund des auffällig häufigen Auftretens von Hämatoseromen erkannt habe. Das operative Vorgehen des Leistungserbringers solle daher dringend überarbeitet werden. In zwei Fällen führte das Auftreten von vermehrten Hüftluxationen zu dieser Bewertung. In 4 Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt. In einem Fall wurden darüber hinaus zudem die klinische Aufarbeitung und die Benennung konkreter Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung nicht ausreichend dargestellt. In einem anderen Fall führte ein krankheitsbedingter Ausfall des zuständigen Mitarbeiters / der zuständigen Mitarbeiterin dazu, dass der Leistungserbringer keine Antwort an die LAG übermittelt hat.

30 der 52 Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind als qualitativ unauffällig bewertet worden, vor allem aufgrund von Einzelfallabweichungen. Die LAG haben dazu keine Rückmeldungen übermittelt.

Zu etwa 15 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (9/61). Die LAG begründen dies mit einer wenig ausgeprägten Abweichung vom Referenzbereich, einer erstmaligen Auffälligkeit in diesem Indikator oder einer einzelnen rechnerischen Auffälligkeit in nur einem Qualitätsindikator. Lag lediglich eine auffällige Vorgangsnummer vor, erfolgte laut einer LAG zunächst eine Verlaufskontrolle.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet.

Tabelle 37: QI 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,07 O/E = 4.654 / 4.335,89 2,33 % O/N = 4.654 / 199.907	1,00 O/E = 4.431 / 4.431,00 2,15 % O/N = 4.431 / 206.502	**0,97** **O/E = 4.416 / 4.552,16** **2,08 %** **O/N = 4.416 / 212.657**
rechnerische Auffälligkeiten	76 / 1.077 7,06 %	66 / 1.054 6,26 %	**65 / 1.012** **6,42 %** **(Refbereich: ≤ 2,61; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	19 / 76 25,00 %	**20 / 66** **30,30 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	19 / 1.077 1,76 %	**20 / 1.054** **1,90 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ liegt im Auswertungsjahr 2026 leicht unter dem Niveau des Vorjahres. Etwa 23 %

(15/65) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten bereits im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 54 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 20 als qualitativ auffällig bewertet worden; dies v. a. aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Häufig waren die vermehrten Komplikationen auf zu wenig Erfahrung aufgrund kleiner Fallzahlen zurückzuführen. Sehr komplexe Fälle mit orthopädischen Voroperationen und anatomischen Besonderheiten sollen laut der LAG an Endoprothesen-Zentren der Maximalversorgung weitergeleitet werden. Weiter berichtet wurden hohe Raten an Läsionen des Femoralnervs oder an periprothetischen Frakturen. Bei einigen Leistungserbringern lagen insuffiziente Prozesse vor, die das Auftreten von Komplikationen begünstigten. Bei einem Leistungserbringer habe beispielsweise der Verzicht auf Zementierung der Hüftendoprothese zu einer Häufung von periprothetischen Frakturen geführt. Laut der LAG hat der Leistungserbringer bereits Maßnahmen initiiert, um diese zukünftig zu vermeiden. Bei einem anderen Leistungserbringer empfahl die zuständige LAG, die Implantatwahl und das operative Vorgehen zu überprüfen und anzupassen.

Über 60 % (33/54) der geführten Stellungnahmeverfahren ergaben ein qualitativ unauffälliges Ergebnis und dies fast immer mit der Begründung „Abweichungen aufgrund von Einzelfällen". 2 LAG haben zu 2 Leistungserbringerergebnissen weitere Rückmeldungen übermittelt. Zu einem Fall hat die LAG zurückgemeldet, dass begründete Einzelfälle vorgelegen hätten. In dem anderen Fall hat sich die dazugehörige LAG für die Analyse der angefragten Fälle bedankt.

Zu 12 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden keine Stellungnahmeverfahren geführt. Begründet wurde dies von einer LAG in 4 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Vorhandensein von rechnerischen Auffälligkeiten in einem einzelnen Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG zunächst eine Verlaufskontrolle. In 6 Fällen haben die LAG darauf hingewiesen, dass es sich um Einzelfälle gehandelt habe. Bei einem Fall wich das Ergebnis nicht signifikant vom Referenzwert ab, sodass die LAG kein Stellungnahmeverfahren geführt hat. Bei einem Leistungserbringer erkannte die LAG eine positive Tendenz im Vergleich zum Vorjahr, in dem dessen Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet wurden. Daher erfolge zunächst eine Verlaufskontrolle.

Tabelle 38: QI 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,98 O/E = 3.247 / 3.297,61 16,22 % O/N = 3.247 / 20.022	1,00 O/E = 3.348 / 3.348,00 16,52 % O/N = 3.348 / 20.265	**0,98** **O/E = 3.137 / 3.188,93** **15,87 %** **O/N = 3.137 / 19.762**
rechnerische Auffälligkeiten	195 / 1.026 19,01 %	150 / 995 15,08 %	**175 / 969** **18,06 %** **(Refbereich: ≤ 1,91; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	21 / 195 10,77 %	**23 / 150** **15,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	21 / 1.026 2,05 %	**23 / 995** **2,31 %**	n. a.

Die Spezifikationsänderung zum Erfassungsjahr 2023 führte zwar zu einem Anstieg in den der rohen Raten des Indikators „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" vom Auswertungsjahr 2023 auf das Auswertungsjahr 2024. Seitdem liegt die rohe Rate jedoch auf einem ähnlichen Niveau.

In diesem Qualitätsindikator hatten regelhaft mehr als 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse, obwohl als Referenzbereich das 95. Perzentil festgelegt ist. Grund dafür ist, dass für die Berechnung des Referenzwerts nur Leistungserbringer mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators betrachtet werden. Da es hier jedoch eine große Anzahl an Leistungserbringern mit weniger als 20 Fällen im Nenner gibt, sind insgesamt deutlich mehr als 5 % der Ergebnisse rechnerisch auffällig.

27 % (47/175) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 110 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 23 als qualitativ auffällig bewertet worden; v. a. aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Zu 5 dieser Ergebnisse haben die LAG zurückgemeldet, dass diese Mängel zu infekt- und implantatassoziierten Komplikationen geführt haben. Zu einem anderen Leistungserbringerergebnis hat die LAG zurückgemeldet, dass bei unauffälligen Ergebnissen in den Vorjahren eine auffallend hohe Rate an Wundheilungsstörungen bzw. Infektionen vorlag. Die Fachkommission hat diesem Leistungserbringer u. a. ein unterjähriges Monitoring der Ergebnisse z. B. anhand der Quartalsauswertungen, empfohlen. Bei einem anderen Leistungserbringer hat die dazugehörige LAG berichtet, dass die Abläufe zwischen Praxen und dem Belegkrankenhaus nicht optimal seien. Sie hat dem Leistungserbringer empfohlen, die Keimbestimmung bei Frühinfektionen früher durchzuführen. Wegen der „kleinen" Fallzahlen empfiehlt die Fachkommission dem

Leistungserbringer außerdem, die komplexen Wechseleingriffe zukünftig an ein Zentrum zu verlegen.

Zu anderen qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen haben die LAG zurückgemeldet, dass die Leistungserbringer auch in einem der beiden anderen Indikatoren zu spezifischen Komplikationen rechnerisch auffällige Ergebnisse erzielt haben. Die Fachkommission empfiehlt den beiden Leistungserbringern u. a., die Prozesse zu analysieren und die SOP zu prüfen und zu überarbeiten. Die Fachkommission wird die Ergebnisse in den Folgejahren besonders aufmerksam beobachten.

62 % (69/110) der geführten Stellungnahmeverfahren führten zu einem qualitativ unauffälligen Ergebnis und dies häufig mit der Begründung „Abweichungen aufgrund von Einzelfällen". Zu einem Fall hat die LAG berichtet, dass keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität vorlagen, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme festgestellt wurden. Ein Leistungserbringerergebnis hat sich laut der LAG im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert. Das Ergebnis wurde von der LAG dennoch als qualitativ unauffällig (U99) bewertet.

Bei 10 % (16/110) der Leistungserbringer führten Dokumentationsfehler zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis. Dies ist der höchste Wert aller Indikatoren dieses Auswertungsmoduls.

Zu über einem Viertel der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (40/150). Begründet wurde dies von einer LAG in 19 Fällen damit, dass ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Empfehlung der Fachkommission nur bei Ausreißer-Ergebnissen (> 3(O/E)) erfolge und zu Einzelfällen keine Stellungnahmeverfahren geführt würden. Eine LAG begründete den Verzicht auf das Führen von Stellungnahmeverfahren in 13 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Vorhandensein von rechnerischen Auffälligkeiten in einem einzelnen Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 2 qualitativ auffälligen und zu 3 nicht qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen eingeleitet. Zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis wurde laut der LAG zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials eine kritische Analyse durchgeführt. Bei diesem Leistungserbringer traten vermehrt postoperative Serome auf, prolongierte Wundsekretion und Wundinfektionen. Bei einem anderen als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringer sah die Fachkommission Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und vermisste eine kritische, strukturierte Analyse der Fälle. Zur Unterstützung, Begleitung und Prüfung der angestoßenen Maßnahmen wurde die Empfehlung der Maßnahmenstufe 1 ausgesprochen. Dies beinhaltete die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien, die Implementierung von Behandlungspfaden, Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und als sonstige Maßnahme die Prüfung der Quartalsergebnisse.

Mit 2 Leistungserbringern, bei denen es zu Problemen bei der Dokumentation kam (Bewertung D80), vereinbarte die für beide zuständige LAG die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen,

Fachgesprächen oder Kolloquien. Mit einem als qualitativ unauffällig bewerteten Leistungserbringer wurde zur Verbesserung der Dokumentationsqualität eine Zielvereinbarung geschlossen.

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54012)

Tabelle 39: QI 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,10 O/E = 7.228 / 6.544,37 3,07 % O/N = 7.228 / 235.424	1,00 O/E = 6.782 / 6.782,00 2,78 % O/N = 6.782 / 243.925	**0,96** **O/E = 6.786 / 7.063,64** **2,70 %** **O/N = 6.786 / 251.248**
rechnerische Auffälligkeiten	63 / 1.129 5,58 %	64 / 1.102 5,81 %	**56 / 1.056** **5,30 %** **(Refbereich: ≤ 2,75; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 63 3,17 %	**4 / 64** **6,25 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 1.129 0,18 %	**4 / 1.102** **0,36 %**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Gehunfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung nach Erstimplantation einer Hüftendoprothese oder nach einem Wechsel, wenn die Patientin oder der Patient auch zum Aufnahmezeitpunkt gehen konnte. Seit dem Auswertungsjahr 2025 werden in diesem Indikator Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden oder in eine geriatrische Frührehabilitation entlassen wurden. Diese Patientinnen und Patienten müssen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Akutbehandlung für eine selbstständige Versorgung nicht zwingend gehen können, da die weitere Mobilisation und Versorgung im weiterbehandelnden Krankenhaus sichergestellt sind.

Dieser Indikator wird mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Das Risikoadjustierungsmodell beinhaltet Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Voroperationen am Hüftgelenk, Eingriffsart, zum Vorliegen einer Wundkontamination oder einer periprothetischen Fraktur sowie zur Frakturlokalisation. Die vollständigen Listen zu Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 entnommen werden. Die Schätzung des Risikoadjustierungsmodells erfolgte auf Basis der Vorjahresdaten (EJ 2023).

Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau der letzten 2 Vorjahre. 25 % (14/56) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 50 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 4 als qualitativ auffällig bewertet worden, 2 davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel (A71) und 2, weil die Leistungserbringer keine ausreichend erklärenden Gründe übermittelt haben. Bei einem Leistungserbringer konnte die LAG aus den Beschreibungen nicht nachvollziehen, weshalb die Gehfähigkeit nicht wieder hergestellt werden konnte. Bei dem anderen Leistungserbringer hat die Fachkommission nach Sichtung der Stellungnahme Mängel bei der Führung der Patientenakten in Bezug auf die präoperative Gehfähigkeit gesehen.

60 % (30/50) der geführten Stellungnahmeverfahren führten zu einem qualitativ unauffälligen Ergebnis und dies häufig mit der Begründung „Abweichungen aufgrund von Einzelfällen" oder „keine Mängel in der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme". Zu einem Leistungserbringerergebnis meldete eine LAG zurück, dass sich das abweichende Ergebnis teilweise durch Übertragung- bzw. Dokumentationsfehler oder durch Besonderheiten im Krankheitsverlauf ergeben habe. Zu einem anderen Leistungserbringerergebnis hat die LAG berichtet, dass die Fachkommission begründete Einzelfälle gesehen hat.

Bei 13 % der Leistungserbringer wurden die rechnerisch auffälligen Ergebnisse von den LAG auf Dokumentationsfehler zurückgeführt. Nur im Qualitätsindikator „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (ID 54120) wurde diese Bewertung häufiger vorgenommen. Das Expertengremium auf Bundesebene hat in der Frühjahrssitzung 2026 bestätigt, dass bei dem Qualitätsindikator zur Gehunfähigkeit bei Entlassung häufiger Dokumentationsprobleme auftreten.

Zu 22 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (14/64). In 4 Fällen hat eine LAG aufgrund der Empfehlung der zuständigen Fachkommission wegen statistischer, methodischer oder inhaltlicher Gründe kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Eine LAG begründete den Verzicht auf das Führen von Stellungnahmeverfahren in 3 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Vorhandensein von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle. Zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis konnte kein Stellungnahmeverfahren geführt werden, da die Klinik geschlossen wurde. In den anderen 6 Fällen wurden aufgrund der geringen Fallzahl oder aufgrund von Einzelfällen keine Stellungnahmeverfahren geführt.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet. Dieser hatte keine ausreichend erklärenden Gründe für das rechnerisch auffällige Ergebnis übermittelt. Zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials hat die LAG mit dem Leistungserbringer die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart.

Treppensteigen bei Entlassung (ID 192300)

Tabelle 40: QI 192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,02 O/E = 3.046 / 2.993,12 1,62 % O/N = 3.046 / 187.601	1,00 O/E = 2.967 / 2.967,00 1,53 % O/N = 2.967 / 194.193	**0,98** **O/E = 2.869 / 2.923,84** **1,45 %** **O/N = 2.869 / 197.683**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Dieser Indikator adressiert die durch eine elektive Erstimplantation einer Hüftendoprothese oder durch einen Hüftendoprothesen-Wechsel verursachte Unfähigkeit, bei Entlassung selbstständig Treppen zu steigen. Das Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau der beiden Vorjahre. Nach elektiven Erstimplantationen können 1,02 % Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung keine Treppen steigen. Nach Wechseloperationen ist dies bei 10,98 % (einzeitiger Wechsel) bzw. 7,51 % (zweizeitige Wechsel) der Fall.

Seit dem Erfassungsjahr 2025 gehen in den Zähler die Fälle ein, bei denen das Qualitätsziel „Treppensteigen bei Entlassung“ nicht erreicht wird. Das QI-Ergebnis kann dadurch als risikoadjustiertes Ergebnis (O/E) ausgewertet werden. Die Bezeichnung des Indikators wurde in „Kein Treppensteigen bei Entlassung“ geändert. Aufgrund der Überarbeitung wurde im Auswertungsjahr 2026 kein Referenzbereich festgelegt. Ab dem Auswertungsjahr 2027 wird als Referenzbereich das 95. Perzentil definiert.

Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung (IDs 54013 und 191914)

Die Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts nach einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation und nach dem Wechsel der Hüftendoprothese bzw. einer Komponente wird als risikoadjustierter Qualitätsindikator ausgewertet; die Sterblichkeit nach einer hüftgelenknahen Femurfraktur hingegen als risikoadjustierte Transparenzkennzahl.

Indikator und Kennzahl werden mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten z. B. Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung sowie Gehstrecke/Gehhilfe. Zur Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle wurden die Vorjahresdaten (EJ 2024) verwendet.

Tabelle 41: QI 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,11 O/E = 850 / 766,27 0,39 % O/N = 850 / 215.900	1,00 O/E = 782 / 782,00 0,35 % O/N = 782 / 222.693	**0,89** **O/E = 707 / 790,21** **0,31 %** **O/N = 707 / 228.393**
rechnerische Auffälligkeiten	59 / 1.091 5,41 %	56 / 1.065 5,26 %	**52 / 1.023** **5,08 %** **(Refbereich: ≤ 4,18; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 59 6,78 %	**5 / 56** **8,93 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.091 0,37 %	**5 / 1.065** **0,47 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau der beiden Vorjahre. 12 % (6/52) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 50 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 5 als qualitativ auffällig bewertet worden. 4 davon, weil die Leistungserbringer keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit übermittelt haben. Zu einem Fall hat die LAG berichtet, dass der betroffene Leistungserbringer auf ihre Rückfrage nach den Gründen keine Antwort übermittelt habe. Die LAG berichtete außerdem, dass bei diesem Leistungserbringer über mehrere Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien hinweg systematische Dokumentationsprobleme vorlagen. Die LAG führte mit diesem Leistungserbringer ein kollegiales Gespräch als Maßnahme der Stufe 1. Eine andere LAG leitete bei einem Leistungserbringer mit qualitativ auffällig bewertetem Ergebnis ebenfalls eine Maßnahme der Stufe 1 ein. Die LAG gab hierzu an, dass der Leistungserbringer keine aussagekräftige Epikrise übermittelt hat.

Bei dem 5. Leistungserbringer hat die dazugehörige LAG Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Die LAG hat zusätzlich übermittelt, dass die Fachkommission den Fall, der zu dem rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt hat, sehr ausführlich und kritisch diskutiert habe. Die Fachkommission hat dem Leistungserbringer empfohlen, den Fall unter Einbeziehung aller am Fall beteiligten Akteure erneut intern aufzuarbeiten, und wird das Ergebnis im Folgejahr beobachten.

84 % (42/50) der geführten Stellungnahmeverfahren führten zu einem qualitativ unauffälligen Ergebnis und dies in fast allen Fällen aufgrund von Einzelfällen. Eine LAG hat einen Kommentar zurückgemeldet, wonach die Fachkommission gut begründete Einzelfälle gesehen habe.

Zu 11 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (6/56). In 4 Fällen hat eine LAG dies damit begründet, dass das rechnerisch auffällige Ergebnis auf einer Einzelfallkonstellation basiert. Die Leistungserbringer wurden von der LAG auf das Ergebnis hingewiesen und aufgefordert, die Hintergründe intern zu analysieren. Die andere LAG, die mit 2 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern kein Stellungnahmeverfahren geführt hat, begründet dies ebenfalls mit dem Vorliegen von Einzelfällen.

Tabelle 42: TKez 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,07 O/E = 4.126 / 3.857,37 5,92 % O/N = 4.126 / 69.750	1,00 O/E = 3.899 / 3.899,00 5,52 % O/N = 3.899 / 70.594	**0,99** **O/E = 3.968 / 3.997,31** **5,46 %** **O/N = 3.968 / 72.653**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2026 sind fast so viele Patientinnen und Patienten nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur verstorben, wie anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2026 mit 5,46 % unter dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2025: 5,52 %; AJ 2024: 5,92 %).

Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen (ID 10271)

Tabelle 43: QI 10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,00 O/E = 3.845 / 3.850,70 1,39 % O/N = 3.845 / 275.694	0,99 O/E = 3.896 / 3.941,77 1,37 % O/N = 3.896 / 284.075	**0,89** **O/E = 3.600 / 4.044,22** **1,25 %** **O/N = 3.600 / 288.755**
rechnerische Auffälligkeiten	62 / 1.142 5,43 %	59 / 1.116 5,29 %	**53 / 1.075** **4,93 %** **(Refbereich: ≤ 2,39; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 62 17,74 %	**9 / 59** **15,25 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 1.142 0,96 %	**9 / 1.116** **0,81 %**	n. a.

Der Indikator „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen" adressiert die frühen Wechsel von knochenverankerten Endoprothesenteilen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Da es sich um einen Follow-up-Indikator in Periodensichtweise handelt, wurde hier eine Risikoadjustierung mittels der Subject-Years-Methode verwendet, wobei die Art des Eingriffs als einziger Risikofaktor verwendet wurde. Die Schätzung des Risikoadjustierungsmodells erfolgte auf den Vorjahresdaten (EJ 2024).

Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau der beiden Vorjahre. 17 % (9/53) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 49 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 9 als qualitativ auffällig bewertet worden, dies v. a. aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Bei 2 Leistungserbringern hat die LAG eine kritische, strukturierte Auseinandersetzung bzw. eine Analyse der Fälle der Leistungserbringer vermisst.

Bei einem anderen Leistungserbringer fand laut der LAG eine hohe Anzahl implantat- und infektbedingter Wechsel statt. Die LAG hat dem Leistungserbringer empfohlen, dringend die Implantatwahl und das operative Vorgehen zu überprüfen. Bei einem weiteren Leistungserbringer hat eine andere LAG ebenfalls eine auffallend hohe Rate an Wundheilungsstörungen bzw. Infektionen registriert und ein unterjähriges Monitoring empfohlen. Bei einem Leistungserbringer war das rechnerisch auffällige Ergebnis laut LAG auf die niedrige Zahl an Belegärztinnen und -ärzten zurückzuführen. Die Abweichung lag nach Einschätzung der Fachkommission im Normalbereich, wobei die internen Prozesse jedoch durch den Leistungserbringer überprüft und evaluiert werden sollten. Zu einem Leistungserbringer hat die LAG berichtet, dass dieser ein Konzept zur Verhinderung von Komplikationen in Bezug auf die präoperative Risikostratifizierung und das operative Vorgehen (Wundverschluss, Zementierung) vorgelegt und implementiert habe.

78 % (38/49) der geführten Stellungnahmeverfahren führten zu einem qualitativ unauffälligen Ergebnis und dies fast immer aufgrund von Einzelfällen. 2 LAG haben weitere Informationen übermittelt. Bei einem Leistungserbringer, der diese Bewertung aufgrund „sonstiger" Gründe (U99) erhalten hat, hat die LAG bei der Hälfte der Zählerfälle eine falsche Kodierung erkannt. Zu einem anderen Leistungserbringer mit derselben Bewertung hat die LAG berichtet, dass der Leistungserbringer eigene Maßnahmen abgeleitet habe.

Zu 17 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (10/59). Begründet wurde dies von einer LAG in 3 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Bestehen von rechnerischen Auffälligkeiten in einem einzigen Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle. In 2 Fällen berichtete eine LAG, dass eine positive Tendenz des rechnerischen Ergebnisses vorgelegen und eine Bewertung als qualitativ unauffällig im Vorjahr stattgefunden habe. Daher erfolge in beiden Fällen zunächst eine Verlaufskontrolle. Mit 4 Leistungserbringern wurden laut den LAG aufgrund des Vorliegens von Einzelfällen keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet. Dies betraf einen Leistungserbringer, bei dem die LAG eine kritische, strukturierte Auseinandersetzung bzw. eine Analyse der Fälle der Leistungserbringer vermisst hat. Zur Unterstützung, Begleitung und Prüfung der angestoßenen Maßnahmen wurden 4 Maßnahmen der Stufe 1 ausgesprochen, u. a. die unterjährige Prüfung der Zwischenergebnisse. Dies ist jedoch nicht möglich, da der Qualitätsindikator im Auswertungsjahr 2026 letztmalig in dieser Form ausgewertet wird. Aufgrund der Überarbeitung des Verfahrens enthalten die Quartalsberichte im Auswertungsmodul *HGV-HEP* zum Auswertungsjahr 2027 nur Ergebnisse der Indikatoren zur präoperativen Verweildauer und zur Mobilität („Gehunfähigkeit bei Entlassung“ und „kein Treppensteigen bei Entlassung“).

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. 16 % (186/1.132) der Leistungserbringer mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium weisen mindestens ein Ergebnis mit rechnerischer Auffälligkeit auf.

Alle 6 Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit haben Bezug zu den Qualitätsindikatoren zu den allgemeinen und/oder spezifischen Komplikationen. Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit liegen zwischen 0,01 % („Angabe von ASA“; ID 852102) und 63,38 % („Komplikationen bei hoher Verweildauer“; ID 851905). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt zwischen 0,47 % („Angabe von ASA 5“) und 3,75 % („Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“; ID 850151).

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der Dokumentationsbögen liegen durchweg auf einem hohen Niveau. Somit werden bundesweit die QS-Fälle dokumentiert, die laut dem QS-Filter auch dokumentationspflichtig sind. Zwischen 0,18 % („Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)“; ID 850275) und 5,63 % („Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)“; ID 850276) aller Leistungserbringerergebnisse waren im Auswertungsjahr 2026 in diesen Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig.

Sofern Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind die Ergebnisse in den meisten Fällen als qualitativ auffällig bewertet worden. Bei diesen Leistungserbringern hat sich in fast allen Fällen bestätigt, dass manuelle Kodier- bzw. Dokumentationsfehler vorlagen. Bei dem Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten führten teilweise Softwarefehler zu Fehldokumentationen. Diese Fälle wurden jedoch ebenfalls als qualitativ auffällig bewertet.

Ca. 9,7 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Auswertungsjahrs 2025, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden als qualitativ unauffällig bewertet.

Bei der Hälfte der als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse wurde von den LAG zurückgemeldet, dass die Dokumentation korrekt gewesen sei. Bei der anderen Hälfte lagen „sonstige" Gründe vor. Diese Einstufung wurde von 2 verschiedenen LAG vorgenommen und betraf v. a. das Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)".

3 LAG haben zu insgesamt 42 rechnerisch auffälligen Ergebnissen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies betraf in 35 Fällen eine LAG. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien und den Qualitätsindikatoren befasse sich die Fachkommission dieser LAG verstärkt mit den Qualitätsindikatoren. Den Rückmeldungen dieser LAG ist darüber hinaus zu entnehmen, dass teilweise eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit vorgelegen habe oder der Leistungserbringer darüber hinaus nur in einem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis hatte. In einem Fall hat die LAG darauf hingewiesen, dass im Vorjahr bereits ein Stellungnahmeverfahren erfolgt sei. Aufgrund der Bewertung als qualitativ unauffällig und positiver Tendenz des rechnerischen Ergebnisses erfolge daher eine Verlaufskontrolle.

Die zweite LAG hat den Verzicht auf Stellungnahmeverfahren in 4 Fällen damit begründet, dass ein solches nicht erforderlich sei, jedoch ein Hinweis an den Leistungserbringer übermittelt wurde, dass die Dokumentationsqualität überprüft werden solle. Die dritte LAG hat in 3 Fällen kein Stellungnahmeverfahren geführt. In 2 Fällen seien die Ergebnisse aufgrund von Einzelfallabweichungen entstanden und in einem Fall wurde die Einrichtung unterjährig geschlossen. Aufgrund rechnerisch auffälliger AK-Ergebnisse wurden z. B. dann keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet, wenn es sich um eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit handelte oder nur eine geringe Abweichung vom Referenzwert vorlag. Der Fokus liegt laut einer LAG, die mehrfach keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet hat, im Falle der Auffälligkeitskriterien bei den wiederholt auffälligen Leistungserbringern.

Im Rahmen der Integration von Sozialdaten in das Verfahren *QS HGV* werden 4 der 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit nicht mehr benötigt und daher ab dem Auswertungsjahr 2027 nicht mehr ausgewertet. Die beiden Auffälligkeitskriterien „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen (ID 851904) und „Angabe von ASA 5" (ID 852102) werden weiterhin ausgewertet.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 44: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	17,77 % 641/3.608 (≤ 50,00 %)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	15,10 % 368/2.437 (≤ 30,00 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	8,10 % 339/4.185 (≤ 200,00 %)
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	63,38 % 8.475/13.372 (≤ 90,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	7,43 % 150/2.018 (= 0)
852102	Angabe von ASA 5	0,01 % 44/306.749 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,35 % 257.950/257.050 (≥ 95,00 %)
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	100,07 % 284.556/284.368 (≥ 95,00 %)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	100,07 % 284.556/284.368 (≤ 110,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	100,15 % 20.171/20.141 (≥ 95,00 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	100,15 % 20.171/20.141 (≤ 110,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,08 % 228/302.379 (≤ 5,00 %)

Tabelle 45: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2025	16 / 891	1,80	2
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2025	27 / 720	3,75	4
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	29 / 842	3,44	2

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2025	28 / 961	2,91	7
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2025	21 / 746	2,82	3

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
852102	Angabe von ASA 5	54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2025	5 / 1.059	0,47	1

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	2025	30 / 1.113	2,70	7
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.	2025	25 / 1.116	2,24	4
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.	2025	2 / 1.116	0,18	0
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.	2025	56 / 995	5,63	19
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.	2025	7 / 995	0,70	0
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	4 / 1.118	0,36	1

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 46: AK 850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	17,42 % O = 627 N = 3.599	16,82 % O = 600 N = 3.568	**17,77 %** **O = 641** **N = 3.608**
rechnerische Auffälligkeiten	16 / 929 1,72 %	9 / 881 1,02 %	**16 / 891** **1,80 %** **(Refbereich: ≤ 50,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 16 62,50 %	**5 / 9** **55,56 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	10 / 929 1,08 %	**5 / 881** **0,57 %**	n. a.

Die Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und postoperativer Komplikationen kann bei Wechseleingriffen sowohl postoperativ aufgetreten als auch der präoperative Grund (Indikation) für den Wechsel sein. Da dies in der QS-Dokumentation bis zum Erfassungsjahr 2026 nicht abgebildet wird, liegt der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums bei ≤ 50,00 %. Leistungserbringerergebnisse werden demnach rechnerisch auffällig, wenn in mehr als 50 % der Fälle mit den ICD-Diagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 keine spezifische Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben wurde und gleichzeitig mindestens 5 Fälle im Nenner vorlagen. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den beiden Indikatoren zu spezifischen Komplikationen nach Erstimplantation (IDs 54018 und 54019).

Das Bundesergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums und die Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse liegen leicht über dem Niveau der beiden Vorjahre. 5 der 7 im Auswertungsjahr 2025 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet.1 rechnerisch auffälliges Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, da sich die Dokumentation des Leistungserbringers als richtig erwies.

Zu 2 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen im Auswertungsjahr 2025 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die LAG begründet dies mit dem Vorliegen einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit. Darüber hinaus würde sich die Fachkommission der LAG aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten verstärkt mit den Qualitätsindikatoren befassen.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 47: AK 850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	15,96 % O = 367 N = 2.300	13,98 % O = 313 N = 2.239	**15,10 %** **O = 368** **N = 2.437**
rechnerische Auffälligkeiten	27 / 710 3,80 %	23 / 693 3,32 %	**27 / 720** **3,75 %** **(Refbereich: ≤ 30,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	18 / 27 66,67 %	**18 / 23** **78,26 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	18 / 710 2,54 %	**18 / 693** **2,60 %**	n. a.

Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums sollen die Fälle aufgezeigt werden, in denen nach Einsetzen eines orthopädischen Implantats eine Fraktur kodiert wurde (Entlassungsdiagnose M96.6), ohne dass im QS-Dokumentationsbogen eine Fraktur als Komplikation angegeben wurde. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den 3 Qualitätsindikatoren zu den spezifischen Komplikationen (IDs 54018–54120). Nicht angegebene Frakturen fallen in der Folge aus den Zählern der Indikatoren heraus. Der Referenzbereich liegt bei ≤ 30,00 %, sodass nicht jeder Fall eine rechnerische Auffälligkeit verursacht.

Das Bundesergebnis und die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse dieses Auffälligkeitskriteriums liegen im Auswertungsjahr 2026 auf dem Niveau der beiden Vorjahre.

Alle rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahres 2025, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet. 3 LAG haben zu 8 dieser Bewertungen weitere Rückmeldungen übermittelt. Bei 4 Leistungserbringern erfolgten laut der LAG jeweils interne Analysen. Diese hätten die Dokumentationsfehler bestätigt. Die Leistungserbringer führten daraufhin Schulungen durch. Darüber hinaus sei bei den Leistungserbringern eine ergänzende Kontrolle der Dokumentation für die Qualitätssicherung geplant. Eine andere LAG hat zu 3 Leistungserbringerergebnissen die jeweilige Anzahl der Fehler übermittelt. Bei einem dieser Leistungserbringer sei versehentlich das Feld „sonstige spez. Komplikationen" ausgewählt worden. Die 3. LAG hat zu einem Ergebnis zurückgemeldet, dass sie den betreffenden Leistungserbringer darum gebeten hat, eine korrekte Dokumentation sicherzustellen.

Eine LAG hat zu 4 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt, da eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit bestanden habe. Aufgrund

der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten werde sich die Fachkommission verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren befassen.

Tabelle 48: AK 851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	9,63 % O = 405 N = 4.205	7,20 % O = 303 N = 4.210	**8,10 %** **O = 339** **N = 4.185**
rechnerische Auffälligkeiten	29 / 864 3,36 %	20 / 845 2,37 %	**29 / 842** **3,44 %** **(Refbereich: ≤ 2)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	19 / 29 65,52 %	**18 / 20** **90,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	19 / 864 2,20 %	**18 / 845** **2,13 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt auf die Validierung des korrekten Anlegens von Prozedurbögen zu Fällen mit mehreren Operationen während eines Aufenthaltes ab. Anders als in anderen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit geht es somit nicht um die Validierung einzelner Datenfelder, sondern um falsch angelegte Prozedurbögen im Ganzen. Das Auffälligkeitskriterium hat damit Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Das Bundesergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums liegt seit mehreren Jahren auf einem ähnlichen Niveau zwischen 7 % und 10 %. Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse schwankt seit Auswertungsjahr 2021 zwischen 1,54 % (AJ 2023) und 3,44 % (AJ 2026).

Zu 18 der 20 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurden Stellungnahmeverfahren geführt. Alle wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet. Zu 9 Bewertungen haben die LAG weitere Rückmeldungen übermittelt. In 3 Fällen führten Softwareprobleme zur Doppelanlage von Prozedurbögen. Bei 2 der 3 Fälle betraf das Softwareproblem die Schnittstelle zwischen OP-Dokumentation und QS-Dokumentation. In anderen Fällen hat eine LAG berichtet, dass Dokumentationsfehler bei der Datums- oder Seitenangabe zu einer Doppelanlage von Prozedurbögen geführt haben.

Zu 2 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die LAG begründet dies mit dem Vorliegen einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit. Darüber hinaus werde sich die Fachkommission der LAG aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren befassen.

Tabelle 49: AK 851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	56,50 % O = 6.222 N = 11.013	60,31 % O = 7.292 N = 12.091	**63,38 %** **O = 8.475** **N = 13.372**
rechnerische Auffälligkeiten	13 / 1.013 1,28 %	21 / 981 2,14 %	**28 / 961** **2,91 %** **(Refbereich: ≤ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 13 46,15 %	**12 / 21** **57,14 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 1.013 0,59 %	**12 / 981** **1,22 %**	n. a.

Mit diesem Auffälligkeitskriterium wird erfasst, in wie vielen Fällen ohne geriatrische Komplexbehandlung trotz einer postoperativen Verweildauer oberhalb des eingriffsspezifischen Schwellenwertes keine behandlungsbedürftigen allgemeinen oder spezifischen Komplikationen dokumentiert wurden. Je nach Eingriffsart wird der Schwellenwert für die postoperative Verweildauer als 95. Perzentil unter allen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung festgelegt. Weist eine Patientin oder ein Patient mehrere Prozedurbögen auf, so wird sie oder er mehrfach gezählt.

Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den 4 Indikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen nach elektiven Erstimplantationen und Wechseln bzw. Komponentenwechseln (IDs 54016, 54017, 54019 und 54120).

In diesem Auffälligkeitskriterium werden Leistungserbringerergebnisse ab einer Mindestzahl von 10 Fällen im Nenner rechnerisch auffällig, sofern das AK-Ergebnis ≤ 90,00 % ist. Im Auswertungsjahr 2025 betraf dies 60,31 %, was über dem Niveau des Vorjahres, aber unter dem des Vorvorjahres liegt.

Das Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2026 liegt über den Ergebnissen der Vorjahre. 12 der 18 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025, mit denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind als qualitativ auffällig bewertet worden. Bei einem dieser Leistungserbringer wurden bei 5 von 10 Patientinnen und Patienten behandlungsbedürftige Komplikationen nicht in den QS-Bogen dokumentiert. Die Fachkommission hat den Leistungserbringer gebeten, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. Bei einem anderen qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnis lag in einem Fall ein Dokumentationsfehler vor. Bei einem anderen Leistungserbringer blieb für die LAG trotz Rückfrage unklar, ob Dokumentationsfehler vorgelegen haben.

6 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Bei einem Leistungserbringer erklärt sich das rechnerisch auffällige Ergebnis laut LAG durch das Vorliegen von Einzelfällen. Bei 5 Leistungserbringern führten Verzögerungen bei der Entlassung

in die Rehabilitation zur rechnerischen Auffälligkeit. Bei einem dieser Leistungserbringer werden laut LAG bewusst 10–12 Tage zwischen Operation und Beginn der Rehamaßnahme eingeplant. Der Leistungserbringer begründet dies damit, dass die teilweise morbiden und höher betagten Patientinnen und Patienten länger brauchten, um die Reha-Fähigkeit postoperativ zu erlangen. Eine Verschiebung der Rehamaßnahme wäre darüber hinaus meistens nur im Rahmen eines Neuantrages und mehrerer Wochen Wartezeit möglich. Der Leistungserbringer habe jedoch vor, die Operation zukünftig näher an den Beginn der Reha-Maßnahme zu legen, um zu lange Verweildauern zu vermeiden.

Zu 3 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründet wurde dies von einer LAG in 2 Fällen mit einer erstmaligen Auffälligkeit in einem Auffälligkeitskriterium sowie mit dem Bestehen von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Auffälligkeitskriterium. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten befasse sich die Fachkommission verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren. Mit dem 3. Leistungserbringer wurde im Vorjahr ein Stellungnahmeverfahren geführt, das zu einer qualitativ unauffälligen Bewertung führte. Aufgrund der positiven Tendenz des rechnerischen Ergebnisses erfolge daher eine Verlaufskontrolle.

Mit dem Leistungserbringer, bei dem der LAG trotz Rückfrage unklar blieb, ob Dokumentationsfehler vorgelegen haben, wurde eine sonstige Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Es fanden ein kollegiales Gespräch und eine anschließende Zielvereinbarung zum Festhalten der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen statt.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird auch dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 50: AK 851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	7,36 % O = 157 N = 2.132	7,32 % O = 160 N = 2.185	**7,43 %** **O = 150** **N = 2.018**
rechnerische Auffälligkeiten	23 / 787 2,92 %	27 / 767 3,52 %	**21 / 746** **2,82 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	16 / 23 69,57 %	**21 / 27** **77,78 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	16 / 787 2,03 %	**21 / 767** **2,74 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft nach einer elektiven Erstimplantation ein ungeplanter Endoprothesen-Wechsel innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde, obwohl zur Erstimplantation keine Komplikationen angegeben wurden. Das Bundesergebnis

dieses Auffälligkeitskriteriums liegt im Auswertungsjahr 2026 auf dem Niveau des Vorjahres und unter dem des Auswertungsjahrs 2024.

Auch der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt über dem Niveau des Vorjahres, aber unter dem des Auswertungsjahrs 2024.

Von den 25 Leistungserbringerergebnissen, zu denen ein Stellungnahmeverfahren stattfand, wurden 21 als qualitativ auffällig bewertet. Laut Rückmeldung einer LAG zu einem Fall wurde der QS-Dokumentationsbogen nach der Übermittlung zwar um die Informationen zum Grund der Wechseloperation und zur Wechseloperation an sich ergänzt. Dieser korrigierte Bogen ist jedoch laut dem Leistungserbringer aufgrund eines technischen Problems nie versendet worden.

4 Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet, zu 3 wurden weitere Rückmeldungen übermittelt. In einem Fall sah die LAG zwar vereinzelte Dokumentationsprobleme, jedoch lagen keine Hinweise auf Mängel in der medizinischen Qualität vor. Bei einem anderen Leistungserbringer konnte die LAG nachvollziehen, dass keine Komplikation aufgetreten ist. Beim 3. Leistungserbringer fand eine Fallzusammenführung nach Wiederaufnahme aufgrund eines Sturzes in der Anschlussheilbehandlung statt.

Zu 2 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründet wurde dies von der LAG mit einer erstmaligen Auffälligkeit in einem Auffälligkeitskriterium sowie mit dem Vorhandensein von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Auffälligkeitskriterium. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten befasse sich die Fachkommission verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 51: AK 852102: Angabe von ASA 5

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,01 % O = 25 N = 291.074	0,01 % O = 28 N = 298.888	**0,01 %** **O = 44** **N = 306.749**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 1.134 0,18 %	4 / 1.108 0,36 %	**5 / 1.059** **0,47 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**3 / 4** **75,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 1.134 0,09 %	**3 / 1.108** **0,27 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine zu hohe (unwahrscheinliche) Anzahl von ASA-5-Einstufungen zu detektieren. Die dem Auffälligkeitskriterium zugrunde liegende Hypothese ist,

dass es sich tatsächlich um eine niedrigere ASA-Einstufung handelt und ASA 5 somit falsch dokumentiert wurde.

Die ASA-Kategorie 5 ist die höchste Stufe der ASA-Kategorien. Patientinnen und Patienten mit diesem ASA-Wert sind gemäß der Definition moribund (todkrank) und würden ohne Operation voraussichtlich nicht überleben. Die operative Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dient in den meisten Fällen nicht der Lebensrettung und stellt eine starke Belastung für die Patientin oder den Patienten dar. Daher sollten zuvor Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten ergriffen werden. Dies kann eine bessere Ausgangssituation mit einer ggf. niedrigeren ASA-Klassifikation für die operative Versorgung des Hüftgelenkes schaffen. Eine Angabe von ASA 5 in Zusammenhang mit der Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur erscheint vor diesem Hintergrund folglich unplausibel. Der Referenzbereich in diesem Auffälligkeitskriterium liegt entsprechend bei 0.

Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu allen Qualitätsindikatoren, in denen die ASA-Einstufung als Risikofaktor verwendet wird (IDs 54012, 54013, 54015–54019, 54120 und 191914).

Das Bundesergebnis des Auswertungsjahrs 2026 und die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt auf dem Niveau des Vorjahres.

3 der 4 im Auswertungsjahr 2025 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Zu 2 dieser Leistungserbringer haben die LAG vermerkt, dass sie die Leistungserbringer gebeten haben, eine korrekte Dokumentation sicherzustellen.

Das Ergebnis eines Leistungserbringers wurde als qualitativ unauffällig bewertet, da die Dokumentation laut der LAG korrekt war.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 52: AK 850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,43 % O = 244.719 N = 243.664	99,69 % O = 249.755 N = 250.523	**100,35 %** **O = 257.950** **N = 257.050**
rechnerische Auffälligkeiten	17 / 1.170 1,45 %	42 / 1.151 3,65 %	**30 / 1.113** **2,70 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 17 76,47 %	**29 / 42** **69,05 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 1.170 1,11 %	**29 / 1.151** **2,52 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze zu GKV-Patientinnen und –Patienten erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Dies

war im Auswertungsjahr 2026 in 100,35 % der Fall. Bundesweit liegt somit eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau des Vorjahres, jedoch über dem Niveau des Auswertungsjahrs 2024.

29 der 30 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren stattfanden, wurden als qualitativ auffällig bewertet.

Tabelle 53: AK 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,54 % O = 268.877 N = 267.445	100,34 % O = 276.474 N = 275.547	**100,07 %** **O = 284.556** **N = 284.368**
rechnerische Auffälligkeiten	14 / 1.173 1,19 %	13 / 1.151 1,13 %	**25 / 1.116** **2,24 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 13 69,23 %	**12 / 13** **92,31 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	9 / 1.173 0,77 %	**12 / 1.151** **1,04 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze zu Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation erwartet wurden, diese Datensätze auch vollzählig übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2026 in 100,07 % der Fall. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Unterdokumentation liegt über dem Niveau der beiden Vorjahre. 12 der 13 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahrs 2025 wurden als qualitativ auffällig bewertet. Zu einem Fall berichtet die LAG, dass dem Leistungserbringer nicht bekannt gewesen sei, dass Überlieger eingesendet werden mussten. Der LAG sind bei diesem Leistungserbringer über mehrere Auffälligkeitskriterien hinweg systematische Dokumentationsprobleme sowie eine mangelnde Teilnahme an der datengestützten Qualitätssicherung aufgrund unzureichender Stellungnahmen aufgefallen. Daher hat die LAG bei diesem Leistungserbringer als Maßnahme der Stufe 1 ein kollegiales Gespräch geführt. Die erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen wurden anschließend in einer Zielvereinbarung festgehalten.

Mit einem anderen qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnis wurde ebenfalls eine Maßnahme der Stufe 1 initiiert. Dies beinhaltet die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien, um das festgestellte Verbesserungspotenzial umzusetzen.

Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis wurde mit „Sonstiges“ bewertet. Die LAG hat zurückgemeldet, dass personelle Probleme ursächlich für die rechnerische Abweichung gewesen seien.

Tabelle 54: AK 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,54 % O = 268.877 N = 267.445	100,34 % O = 276.474 N = 275.547	**100,07 %** **O = 284.556** **N = 284.368**
rechnerische Auffälligkeiten	7 / 1.173 0,60 %	1 / 1.151 0,09 %	**2 / 1.116** **0,18 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 7 42,86 %	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.173 0,26 %	**1 / 1.151** **0,09 %**	n. a.

Auch dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob in allen infrage kommenden Fällen die erwarteten Datensätze zu Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation vollzählig übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2025 in 100,07 % der Fall. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt hier auf dem Niveau des Vorjahres. Im Auswertungsjahr 2025 wurde ein Leistungserbringerergebnis rechnerisch auffällig. Es wurde als qualitativ auffällig bewertet. Die LAG hat dazu jedoch keine weiteren Rückmeldungen übermittelt.

Tabelle 55: AK 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,46 % O = 20.229 N = 20.137	100,04 % O = 20.491 N = 20.482	**100,15 %** **O = 20.171** **N = 20.141**
rechnerische Auffälligkeiten	63 / 1.052 5,99 %	69 / 1.028 6,71 %	**56 / 995** **5,63 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	32 / 60 53,33 %	**47 / 69** **68,12 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	32 / 1.052 3,04 %	**47 / 1.028** **4,57 %**	n. a.

In dieses Auffälligkeitskriterium gehen Fälle ein, zu denen ein QS-Dokumentationsbogen zu einem Wechseleingriff erwartet, jedoch nicht übermittelt wurde. Das Bundesergebnis liegt mit 100,15 % auf dem Niveau der Vorjahre. Bundesweit betrachtet liegt somit eine leichte Überdokumentation vor. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt hier unter dem Niveau der beiden Vorjahre.

47 der 56 Leistungserbringerergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren stattfanden, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Zu 12 dieser Leistungserbringerergebnisse wurden weitere Rückmeldungen übermittelt. Bei 2 dieser Leistungserbringer lagen laut der LAG Softwarefehler vor, der bei einem von beiden die KIS-Auslösung betraf. Zu dem anderen Leistungserbringer hat die dazugehörige LAG den Softwarefehler nicht weiter beschrieben. Bei einem Leistungserbringer konnte die LAG die Begründung des Leistungserbringer nicht nachvollziehen. Zu 2 Leistungserbringern haben die LAG berichtet, dass die Ursache für die rechnerische Auffälligkeit nicht aufgeklärt werden konnte. Bei 2 Leistungserbringern lagen Fehlkodierungen vor. In einem Fall betraf dies die Kodierung eines zweizeitigen Wechsels. Bei dem anderen Leistungserbringer hat die LAG erläutert, dass zu diesem Fall keine QS-Dokumentation erforderlich gewesen wäre. Die LAG geht daher davon aus, dass die Unterdokumentation keinen Einfluss auf das Indikatorergebnis gehabt hätte.

6 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Laut der LAG führten unterschiedliche Gründe zu dieser Bewertung: besondere Fallkonstellation, Fallzusammenführung, eine fehlende Liste zu den Fallnummern, Fehler im Dokumentationssystem, vereinzelte Dokumentationsprobleme, die jedoch keinen Einfluss auf die medizinische Qualität gehabt hätten, als auch Mehrfachaufenthalte. In einem Fall hat der Leistungserbringer bereits laut der LAG Maßnahmen zur Vermeidung der erneuten rechnerischen Abweichung eingeleitet.

Zu einem dieser Fälle hat die LAG darauf hingewiesen, dass eine konkrete Analyse nur bei Vorliegen einer Fallnummer möglich sei, die aber bei Unterdokumentation nicht vorliege. Laut der LAG konnte ein Softwarefehler ausgeschlossen werden. Das IQTIG stellt den Leistungserbringern und den LAG seit einigen Jahren Listen gelieferter Vorgänge zur Verfügung. Mithilfe dieser Listen und der in der QS-Software durch den Sollstatistik-Filter ermittelten Vorgänge können die Leistungserbringer die fehlenden Vorgänge identifizieren.

3 Leistungserbringerergebnisse wurden mit „Sonstiges“ bewertet. In einem Fall hatte der Leistungserbringer laut LAG aufgrund einer Systemumstellung und eines Systemausfalls keine Möglichkeit, die Unterdokumentation nachzuvollziehen. Bei einem anderen Leistungserbringer ist laut der LAG keine Bewertung möglich, da der Sachverhalt nicht nachprüfbar wäre. Beim 3. Leistungserbringer entstand das rechnerisch auffällige Ergebnis laut der LAG primär durch fehlerhafte ICD-Kodierungen.

Eine LAG hat zu 6 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen kein Stellungnahmeverfahren geführt. Bei diesen Leistungserbringern habe entweder eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium bestanden oder diese hatten nur in einem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten befasse sich die Fachkommission verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren.

Eine LAG hat zu 3 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Zu 2 Ergebnissen hat die LAG eine Rückmeldung gegeben. Bei einem Leistungserbringer konnte die LAG die Begründung nicht nachvollziehen und der andere habe ein wiederholt rechnerisch auffälliges Ergebnis gehabt. Bei beiden Leistungserbringern fielen laut LAG

über mehrere Auffälligkeitskriterien hinweg systematische Dokumentationsprobleme sowie eine mangelnde Teilnahme an der datengestützten Qualitätssicherung aufgrund unzureichender Stellungnahmen auf. Die LAG hat mit beiden Leistungserbringer kollegiale Gespräch geführt und Zielvereinbarungen zum Festhalten der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen abgeschlossen.

Bei dem dritten Leistungserbringer war die Ursache für die Unterdokumentation laut LAG unklar, da der verantwortliche QS-Beauftragte der Abteilung aus der Klinik ausgeschieden sei. Aufgrund der wiederholten Unterdokumentation hat die LAG eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen einer Maßnahme der Stufe 1 abgeschlossen.

Tabelle 56: AK 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,46 % O = 20.229 N = 20.137	100,04 % O = 20.491 N = 20.482	**100,15 %** **O = 20.171** **N = 20.141**
rechnerische Auffälligkeiten	9 / 1.052 0,86 %	4 / 1.028 0,39 %	**7 / 995** **0,70 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 9 33,33 %	**4 / 4** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.052 0,29 %	**4 / 1.028** **0,39 %**	n. a.

In dieses Auffälligkeitskriterium gehen wie bei demjenigen zur Unterdokumentation Fälle ein, zu denen ein QS-Dokumentationsbogen zu einem Wechseleingriff erwartet, jedoch nicht übermittelt wurde. Das Bundesergebnis liegt mit 100,15 % auf dem Niveau der Vorjahre. Bundesweit betrachtet liegt somit eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt hier auf einem ähnlich niedrigen Niveau wie in den Vorjahren. Alle 4 im Auswertungsjahr 2025 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die LAG haben keine weiteren Informationen zu diesen Ergebnissen übermittelt.

Tabelle 57: AK 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,07 % O = 187 N = 285.290	0,07 % O = 194 N = 293.647	**0,08 %** **O = 228** **N = 302.379**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 1.174 0,09 %	4 / 1.155 0,35 %	**4 / 1.118** **0,36 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**1 / 4** **25,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.174 0,00 %	**1 / 1.155** **0,09 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft Minimaldatensätze (MDS) übermittelt wurden. Das Bundesergebnis liegt auf dem Niveau der beiden Vorjahre.

Zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis kommen Leistungserbringer, in denen in mehr als 5 % der Fälle ein MDS übermittelt wird. Zu einem der 4 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahrs 2025 wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Es wurde als qualitativ auffällig bewertet. Die LAG hat zu diesem Ergebnis keine weiteren Informationen übermittelt.

Eine LAG hat zu 3 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten befasse sich die Fachkommission verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 58: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	13.874	-	14.519	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	13.874	100,00	10.319	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1.266	9,12	807	7,82
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,08	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1.265	100,00	807	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1.265	100,00	807	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	394	31,15	169	20,94
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	871	68,85	638	79,06
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	871	100,00	638	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	1,03	6	0,94
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,11	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	561	44,35	437	54,15
Bewertung als qualitativ auffällig	151	11,94	135	16,73
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	122	9,64	44	5,45
Sonstiges	37	2,92	22	2,73

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	54	n. a.	48	n. a.
Maßnahmenstufe 2	1	n. a.	1	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* wurden im Auswertungsjahr 2025 zwar insgesamt mehr Indikatorenergebnisse ausgewertet als im Vorjahr. Allerdings hatten weniger Indikatoren einen definierten Referenzbereich, da dieser für die Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 54001 und 54002) und zur Sturzprophylaxe (ID 54004) jeweils ausgesetzt war. Daher gab es weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse und damit auch weniger Stellungnahmeverfahren.

Der Anteil der geführten Stellungnahmeverfahren liegt über dem Niveau des Vorjahrs (AJ 2025: ca. 79 %; AJ 2024: ca. 69 %). Auch der Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen ist höher (AJ 2025: ca. 17 %; AJ 2024: ca. 12 %). Zugleich wurden mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet (AJ 2025: ca. 54 %; AJ 2024: ca. 44 %). Der Anteil nicht erfolgter Bewertungen aufgrund von Dokumentationsfehlern hat sich im Vergleich zum Vorjahr verringert.

Ungefähr 21 % (135/638) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren stattfanden, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die meisten betrafen die Qualitätsindikatoren „Präoperative Verweildauer" (ID 54003) und „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (ID 54120). Qualitativ auffällige Bewertungen waren meist auf Struktur- und Prozessmängel bei den Qualitätsindikatoren dieses Auswertungsverfahrens zurückzuführen (88/135).

Fast 70 % (437/638) aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Dies betrifft v. a. die Indikatoren „Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (ID 54017), „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (54120) und „Präoperative Verweildauer" (ID 54003). Die Bewertung als unauffällig erfolgte meistens aufgrund von Einzelfällen (325 von 437). Zu 31 der 325 Bewertungen haben die LAG zusätzliche Rückmeldungen übermittelt, die indikatorspezifische Begründungen beinhalteten.

Am häufigsten lagen Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (ID 54120) und „Gehunfähigkeit bei Entlassung" (ID 54012) vor, weshalb keine Bewertung möglich war. Die von den LAG zurückgemeldeten Dokumentationsprobleme beim Qualitätsindikator zur Gehunfähigkeit bei Entlassung decken sich mit den Rückmeldungen des Expertengremiums auf Bundesebene aus der Frühjahrssitzung 2026.

Eine Bewertung als „Sonstiges“ wurde selten vorgenommen. In 16 von 22 Fällen wurde die Verwendung dieser Auswahl mit Klinikschließungen begründet. Das IQTIG beobachtet seit mehreren Jahren eine abnehmende Menge der Leistungserbringer im Verfahren *QS HGV*. Die Mitglieder des Expertengremiums gehen davon aus, dass sich dieser Trend aufgrund der Zentrierung von Leistungen fortsetzen wird.

Die LAG haben zu ca. 21 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde z. B. mit einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit, einer geringen oder nicht signifikanten Abweichung vom Referenzwert oder einer kleinen Fallzahl begründet.

Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden 2025 mit weniger Leistungserbringern Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet (AJ 2025: 48 Maßnahmen zu 37 Leistungserbringerergebnissen; AJ 2024: 54 Maßnahmen zu 47 Leistungserbringerergebnissen).

Zum Auswertungsjahr 2025 sind pro Leistungserbringer zwischen 1 und 4 Maßnahmen durchgeführt worden, am häufigsten davon Maßnahmen zum Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (15 von 37 Leistungserbringern). Dabei wurden v. a. sonstige Maßnahmen, z. B. Vorlage der nach der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) vorzuhaltenden Standardvorgehensweisen (SOP) oder Durchführung von kollegialen Gesprächen, eingeleitet oder die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart.

Wie zum Auswertungsjahr 2024 wurde auch 2025 zu einem Leistungserbringerergebnis beim Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ eine Maßnahme der Stufe 2 initiiert. Dabei handelte es sich um eine Korrektur der Vereinbarung im Einvernehmen mit dem Leistungserbringer. Laut der LAG hat der Leistungserbringer trotz Vorlage mehrerer SOPs gemäß der QSFFx-RL das angestrebte Qualitätsziel weiterhin nicht erreicht. Daher komme es zu nicht nachvollziehbaren Verzögerungen der Operationen.

Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden 2025 weniger Gespräche durchgeführt. Begehungen fanden zum Auswertungsjahr 2025 nicht statt. Indikatorübergreifende Hinweise haben die LAG an die Leistungserbringer nicht übermittelt. Bei einzelnen Qualitätsindikatoren haben die LAG jedoch darum gebeten, auf die korrekte Dokumentation oder die Ausfüllhinweise zu achten. Teilweise wurde auch empfohlen, ein unterjähriges Monitoring der QS-Ergebnisse (z. B. Quartalsberichte) durchzuführen, um auf diesem Weg die Dokumentationsfehler kenntlich zu machen und möglichst zu beheben.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 59: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	12.308	100,00	11.989	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	221	1,80	237	1,98
davon ohne QSEB-Übermittlung	4	1,81	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	217	100,00	237	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	57	26,27	42	17,72
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	160	73,73	195	82,28
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	160	100,00	195	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	16	7,37	19	8,02
Bewertung als qualitativ auffällig	130	59,91	171	72,15
Sonstiges	14	6,45	5	2,11
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	7	n. a.	8	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Auswertungsmodul *HGV-HEP* insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 6 zur Vollzähligkeit geprüft. Die Menge der AK-Ergebnisse des Auswertungsjahrs 2025 hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 leicht verringert. Der Anteil rechnerisch auffälliger AK-Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 lag bei unter 2 % und somit auf dem Vorjahresniveau.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurden häufiger Stellungnahmeverfahren eingeleitet als im Vorjahr. Der Anteil lag im Auswertungsjahr 2025 bei ca. 82 % (AJ 2024: ca. 74 %). 3 LAG haben mit Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen teilweise keine Stellungnahmeverfahren geführt. Eine LAG begründete dies mit dem Vorliegen von Einzelfällen oder damit, dass der Standort geschlossen wurde. Aufgrund der hohen Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse bei den AK-Ergebnissen legte die zweite LAG den Fokus auf das Führen von Stellungnahmeverfahren zu rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen. Die dritte LAG meldete zurück, dass kein Stellungnahmeverfahren erforderlich gewesen sei, die Leistungserbringer jedoch darauf hingewiesen wurden, die Dokumentationsqualität zu überprüfen.

Der Anteil von Leistungserbringern mit als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen lag im Auswertungsjahr 2025 über dem des Vorjahres (AJ 2025: ca. 72 %; AJ 2024: ca. 60 %). In 11 der 12 Auffälligkeitskriterien (Ausnahme: Auffälligkeitskriterium zum MDS) wurden zwischen ca. 55 % und 100 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Bei 161 der 171 qualitativ auffälligen AK-Ergebnisse hat sich die fehlerhafte Dokumentation bestätigt (Bewertung A70). 6-mal wurden von den Leistungserbringern keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt (Bewertung A72) und 4-mal wurden Leistungserbringerergebnisse aufgrund sonstiger Gründe (A99) als qualitativ auffällig bewertet.

Die meisten qualitativ bewerteten Leistungserbringerergebnisse betrafen das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) (ID 850276). Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurden 47 der 69 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (siehe Abschnitt 2.3.3).

Der Anteil qualitativ unauffällig bewerteter Leistungserbringer zum Auswertungsjahr 2025 liegt auf dem Vorjahresniveau (AJ 2025: ca. 8 %, AJ 2024: ca. 7 %). 6 der 19 qualitativ unauffälligen Bewertungen beziehen sich auf das Auffälligkeitskriterium „Komplikationen bei hoher Verweildauer" (ID 851905). Bei diesen Leistungserbringern wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Hohe Verweildauern ohne Dokumentation von Komplikationen sind bei diesen Leistungserbringern laut den LAG-Rückmeldungen v. a. auf Verzögerungen bei der Entlassung in die Rehabilitation zurückzuführen.

Ebenfalls 6 qualitativ unauffällige Bewertungen betreffen das Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) (ID 850276). Bei den Leistungserbringern führten z. B. Fallzusammenführungen, besondere Fallkonstellationen oder Softwarefehler zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurden anteilig weniger Leistungserbringerergebnisse mit „Sonstiges" bewertet als zum Auswertungsjahr 2024 (AJ 2025: ca. 2 %; AJ 2024: ca. 6 %). 3 LAG haben diese Bewertung zu 3 verschiedenen Auffälligkeitskriterien aus jeweils unterschiedlichen Gründen vorgenommen.

Die Anzahl der eingeleiteten Maßnahmen der Stufe 1 hat sich im Vergleich zum Vorjahr um ein Leistungserbringerergebnis erhöht. Eine LAG hat zu 7 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen Zielvereinbarungen geschlossen. Bei 6 davon fanden kollegiale Gespräche

statt. Die andere LAG hat mit einem Leistungserbringer zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart.

4 Evaluation

Die Evaluationsergebnisse des Auswertungsmoduls *HGV-OSFRAK* werden zusammen mit den Evaluationsergebnissen zum Auswertungsmodul *HGV-HEP* dargestellt.

Die in Teil 2 Verfahren 14 (*QS HGV*) § 1 Satz 2 DeQS-RL formulierten Ziele des Verfahrens beinhalten die Verbesserung der Indikationsstellung, der Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Verringerung von Komplikationen während und nach der Operation. Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* werden die genannten Aspekte mittels 5 Qualitätsindikatoren und einer Transparenzkennzahl abgebildet und im Auswertungsmodul *HGV-HEP* mittels 14 Qualitätsindikatoren und einer Transparenzkennzahl. Die Indikationsstellung entfällt für das Modul *HGV-OSFRAK*, sie ist dort durch das Frakturgeschehen gegeben.

In der Eckpunktebeauftragung und der Beauftragung zur Integration von Sozialdaten in das Verfahren *QS HGV* wurden die Indikatoren des Verfahrens vor dem Hintergrund der Ziele intensiv geprüft und mithilfe von Expertinnen und Experten überarbeitet. Dabei wurden auch externe Rückmeldungen wie z. B. von LAG berücksichtigt. Die Ergebnisse dieser Beauftragungen stellen die Grundlage der zum Erfassungsjahr 2026 umgesetzten Weiterentwicklung des Verfahrens dar.

Ein zentrales Ergebnis der Eckpunktebeauftragung war die Abschaffung der Indikatoren zur Sturzprophylaxe in beiden Auswertungsmodulen. Grund war, dass die hierzu durchgeführten Maßnahmen nicht hinreichend für die Zwecke der externen Qualitätssicherung operationalisiert werden können.

Für das Auswertungsmodul *HGV-HEP* wurde darüber hinaus die Abschaffung der Indikatoren zur Indikationsstellung empfohlen. Die Messeigenschaften erwiesen sich als unzureichend, um eine bedarfsgerechte Indikation valide abzubilden. Darüber hinaus wurde die Dokumentationsqualität als zu niedrig erachtet. Die Erfassung der Indikation zum Wechsel konnte darüber hinaus nicht ausreichend mit Evidenz belegt werden.

Da sowohl die Sturzprophylaxe als auch die Indikationsstellung wichtige Qualitätsaspekte der Versorgung darstellen, empfahl das IQTIG eine Erfassung mittels Patientenbefragung. Der GBA beauftragte daraufhin das IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung (GBA 2024).

Neben der Streichung einzelner Indikatoren wurde in der Eckpunktebeauftragung empfohlen, die Risikoadjustierung der Indikatoren zu Komplikationen, zur Mobilität und zu frühzeitigen Wechseln zu überarbeiten. Insbesondere die Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten wurden bisher nicht ausreichend berücksichtigt, obwohl sie einen wesentlichen Einfluss auf das Auftreten von Komplikationen haben.

Weitergehend sollte geprüft werden, ob die Indikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen sowie zur Sterblichkeit und zu den frühzeitigen Wechseln auf Basis von Sozialdaten erfasst werden könnten. Bislang konnten diese Qualitätsaspekte nur bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus abgebildet werden. Aufgrund der immer kürzeren postoperativen Verweildauern ist die Aussagekraft dieser Indikatoren jedoch eingeschränkt.

Parallel zur Eckpunktebeauftragung war das IQTIG bereits mit der Prüfung der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren beauftragt. Ergänzend untersuchte das IQTIG in einem internen Projekt die Erweiterung der Risikoadjustierung unter Nutzung von Sozialdaten (IQTIG 2025).

Beide Projekte kamen zu dem Ergebnis, dass sowohl die Integration von Sozialdaten als auch deren Nutzung für die Risikoadjustierung grundsätzlich möglich sind. Auf dieser Grundlage wurde das IQTIG 2024 mit der Entwicklung einer Sozialdatenspezifikation beauftragt. Ab dem Erfassungsjahr 2026 sind die Sozialdaten bei den Krankenkassen eine zusätzliche Datenquelle im Verfahren *QS HGV*.

Zur Evaluation des Verfahrens hat eine LAG für die beiden Auswertungsmodule *HGV-HEP* und *HGV-OSFRAK* Rückmeldungen zu Fehldokumentationen übermittelt. Demnach wurden allgemeine und spezifische Komplikationen teilweise fehlerhaft dokumentiert. Präoperative Diagnosen oder Vorerkrankungen wurden fälschlicherweise als intra- oder postoperative Komplikationen erfasst. Außerdem wurden im Erfassungsmodul *HEP* Inhouse-Stürze, Cut-Out und Pseudarthrosen nicht korrekt dokumentiert. In weiteren Fällen wurde die Verlegung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nicht dokumentiert. Diese Fälle werden somit im Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54012) in *HGV-HEP* eingeschlossen, obwohl sie gemäß der Rechenregel ausgeschlossen werden sollten.

Fehldokumentationen lassen sich nicht vollständig vermeiden. Die Dokumentationsbögen wurden wegen der Aufnahme von Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Erfassungsjahr 2026 überarbeitet. Bis einschließlich 2025 mussten Leistungserbringer in jedem QS-Dokumentationsbogen manuell angeben, ob allgemeine oder spezifische Komplikationen aufgetreten waren. Aktuell müssen Datenfelder zu Komplikationen nur noch dann ausgefüllt werden, wenn entsprechende ICD- und/oder OPS-Kodes vorliegen. Ein Fehler in der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2026 führte dazu, dass nicht alle Dokumentationskonstellationen eindeutig abbildbar werden. Die Fragestellungen wurden daher zum Erfassungsjahr 2027 erneut angepasst.

Insgesamt entfällt insbesondere bei elektiven Erstimplantationen die manuelle Beantwortung vieler der Komplikationsdatenfelder. Bei Wechseloperationen sind hingegen weiterhin Angaben entsprechend ihrem zeitlichen Bezug erforderlich. Ohne QS-Dokumentationsbogen kann nicht ermittelt werden, ob die über die Sozialdaten übermittelte Diagnose der Grund für den Wechsel war oder eine Komplikation der Wechseloperation.

5 Ausblick

Das Verfahren *QS HGV* befindet sich aktuell in einer Umwandlungsphase. Zum einen nimmt die Anzahl der Leistungserbringer im Verfahren weiterhin deutlich ab. Dies ist vor allem auf die zunehmende Zentralisierung der Krankenhausversorgung zurückzuführen. Höhere Fallzahlen in spezialisierten Zentren sollen die Behandlungsergebnisse verbessern. Zum anderen wurde das Verfahren selbst umfassend überarbeitet. Die wichtigste Weiterentwicklung ist die Integration der Sozialdaten bei den Krankenkassen als weitere Datenquelle. Dieser Schritt wurde durch die Beauftragung zur Prüfung der Integration von Sozialdaten und durch das IQTIG-interne Projekt zur Risikoadjustierung mittels Sozialdaten vorbereitet.

Da die Patientenperspektive im Verfahren abgebildet werden soll, wird derzeit am IQTIG im Auftrag des GBA eine Patientenbefragung entwickelt. Die Abgabe des Abschlussberichts ist im Januar 2027 vorgesehen. Damit werden sich Qualitätsaspekte adressieren lassen, die über die Datenquellen QS-Dokumentation und Sozialdaten nicht oder nur ungenügend abgebildet werden können, z. B. die Indikationsstellung bei elektiven Eingriffen oder die Mobilität zu einem gewissen Zeitpunkt nach der Operation.

Aufgrund der Weiterentwicklung wurden im Verfahren *QS HGV* u. a. alle Indikatoren und Kennzahlen zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen, zur Sterblichkeit und zum frühzeitigen Wechsel abgeschafft. Stattdessen werden seit dem Erfassungsjahr 2026 Informationen aus QS-Dokumentations- und Sozialdaten erfasst. Diese werden im Auswertungsjahr 2027 erstmalig in Form von folgenden Kennzahlen ausgewertet:

Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK*:

- Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 542603)
- Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 542600)
- Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen (ID 542606)

Auswertungsmodul *HGV-HEP*:

- Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 192600)
- Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 192601)
- Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 192602)
- Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 192603)

- Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 192604)
- Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 192605)
- Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen (ID 192607)
- Sterblichkeit bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen (ID 192606)
- Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 192608)
- Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 192610)
- Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 192609)

Zum Erfassungsjahr 2027 werden die sozialdatenbasierten Kennzahlen in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren umgewandelt. Somit ist dann auch wieder ein fairer Vergleich der Leistungserbringer möglich. Es ist vorgesehen, dass ab dem Auswertungsjahr 2028 Stellungnahmeverfahren zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren durchgeführt werden können.

Literatur

GBA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozess- und Ergebnisqualität der Knie- und Hüftendoprothesenversorgung aus Patientensicht. [Stand:] 31.01.2024. Berlin: GBA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6444/2024-01-31_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Patientenbefragung-Knie-Hueftendoprothesenversorgung.pdf (abgerufen am: 29.06.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Forschungsprojekt Risikoadjustierung mit Sozialdaten bei den Krankenkassen. Abschlussbericht. [Stand:] 31.01.2025. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2025/IQTIG_Forschungsprojekt_Risikoadjustierung-mit-Sozialdaten_Abschlussbericht_2025-01-31_01.pdf (abgerufen am: 11.08.2026).

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HGV-OSFRAK: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 8

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 9

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 11

54030: Präoperative Verweildauer 11

Details zu den Ergebnissen 14

54050: Sturzprophylaxe 18

Details zu den Ergebnissen 21

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 22

Details zu den Ergebnissen 27

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 28

Details zu den Ergebnissen 32

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 34

Details zu den Ergebnissen 39

54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 42

Details zu den Ergebnissen 46

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 47

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 47

850147: Angabe von ASA 5 47

850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation 49

850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen 51

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 53

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 53

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 55
850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 57
Basisauswertung ... 59
Basisdokumentation ... 59
Inhouse-Sturz ... 59
Patientin und Patient ... 60
Präoperative Anamnese/Befunde ... 60
Gehfähigkeit ... 61
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation ... 62
Antithrombotische Dauertherapie ... 63
Voroperation ... 63
Frakturlokalisation und -typ ... 64
Fraktur nach ICD-Kode ... 65
Behandlungsverlauf ... 66
Angabe von Prozeduren ... 66
Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ... 67
Allgemeine Komplikationen ... 67
Spezifische Komplikationen ... 68
Behandlungszeiten ... 71
Entlassung ... 72
Gehfähigkeit ... 72
Entlassungsgrund ... 73

Einleitung

Die Auswertungen des QS-Verfahrens Hüftgelenkversorgung (HGV) sind unterteilt in zwei Auswertungsmodule: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) und Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP). HGV-OSFRAK enthält ausschließlich die Prozeduren zur osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.

Als hüftgelenknahe Femurfraktur wird ein Bruch (Fraktur) im oberen, d. h. zum Hüftgelenk gerichteten Teil des – normalerweise sehr stabilen – Oberschenkelknochens (Femur) bezeichnet. Ein solcher Bruch ist, bedingt durch die im Alter abnehmende Festigkeit der Knochensubstanz bis hin zur Osteoporose und durch die zunehmende Bewegungsunsicherheit, eine häufige Verletzung älterer Menschen. Oft wird sie durch einen Sturz verursacht.
Während viele andere Knochenbrüche konservativ behandelt werden können, z. B. mit einer Ruhigstellung im Gips, um wieder ausreichend zu verheilen, ist eine solche Therapie bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur zumeist nicht möglich. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Verbindung der Knochen durch Metallteile nennt man Osteosynthese.

Im QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) bildet das Auswertungsmodul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten ab, bei denen nach einem solchen Bruch eine Osteosynthese durchgeführt wurde. Bei allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren müssen hier die Krankenhäuser aufgetretene Komplikationen während des Eingriffs und danach, die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Sterblichkeit dokumentieren.
Das Ziel der operativen Behandlung ist eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung oder Verbesserung der Mobilität und der körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten. Jährlich erleiden ca. 65.000 Patientinnen und Patienten einen hüftgelenknahen Oberschenkelbruch, der mit einer Osteosynthese versorgt wird.

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

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• QS-Dokumentationsdaten
• standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

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

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	64.516 64.444 72	64.255	100,41
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	934		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.003	1.001	100,20
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	847	843	100,47

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen für eine Übersicht zusammengefasst.
Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellen Rechenregeln und Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. In den Leistungserbringerberichten können ebenfalls Ergebnisse fehlen, wenn Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst haben und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HGV finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hgv/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Eingriffen aus dem Jahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	7,22 % O = 4.581 N = 63.428
54050	Sturzprophylaxe	Nicht definiert	97,82 % O = 56.003 N = 57.254
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,32 (95. Perzentil)	1,00 O/E = 6.949 / 6.952,77 15,73 % O/N = 6.949 / 44.180
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,75 (95. Perzentil)	0,89 O/E = 1.149 / 1.291,15 1,78 % O/N = 1.149 / 64.409
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,06 (95. Perzentil)	0,99 O/E = 8.791 / 8.841,56 13,65 % O/N = 8.791 / 64.409
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	0,95 O/E = 2.919 / 3.060,68 4,53 % O/N = 2.919 / 64.409

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zu Eingriffen aus dem Jahr 2025.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850147	Angabe von ASA 5	= 0[1]	0,05 % 31 / 64.444	3,10 % 29 / 934
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0[1]	32,14 % 18 / 56	36,00 % 18 / 50
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	21,18 % 108 / 510	1,50 % 5 / 333

[1] In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 0 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.

© IQTIG 2026

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,41 % 64.516 / 64.255	1,50 % 15 / 1.001
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,41 % 64.516 / 64.255	1,00 % 10 / 1.001
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,11 % 72 / 64.255	0,30 % 3 / 1.001

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54030: Präoperative Verweildauer

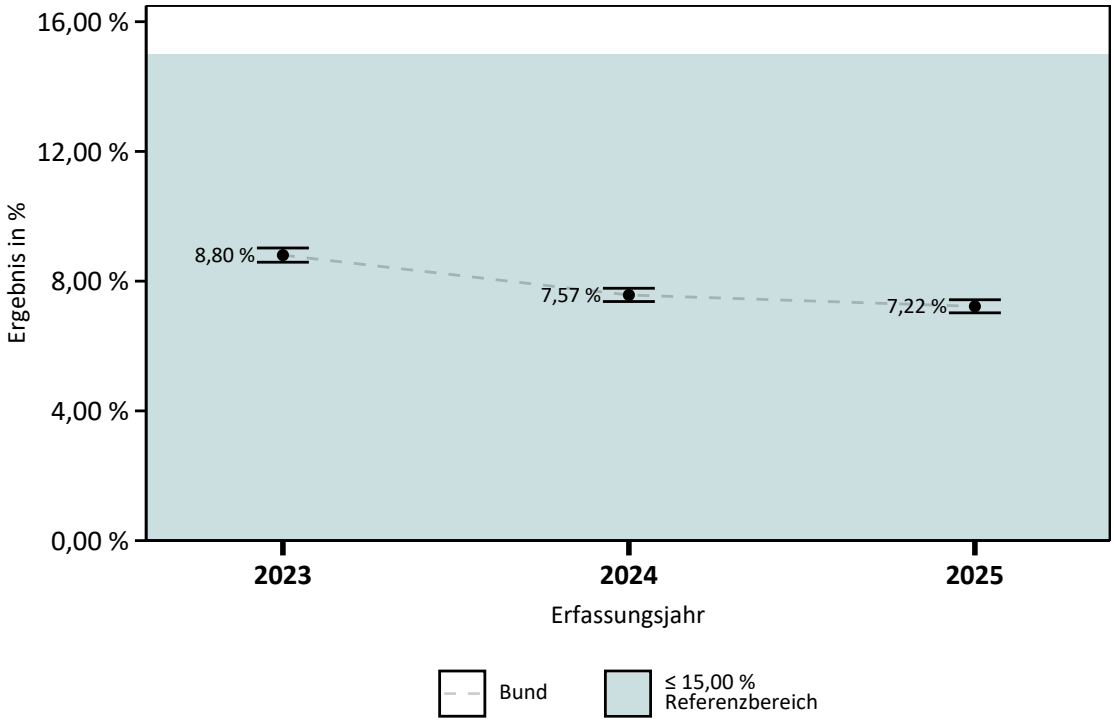
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden: - Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion und Oberschenkel; ICD 10 T84.14) in Kombination mit der Angabe einer osteosynthetische Voroperation und ohne Angabe einer postoperativen Implantatfehllage oder Implantatdislokation - Behandlungsfälle mit einer periprothetischen Fraktur, festgestellt durch Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese (Z96.64) in Kombination mit der Angabe einer endoprothetischen Voroperation am betroffenen Hüftgelenk - Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte ODER Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

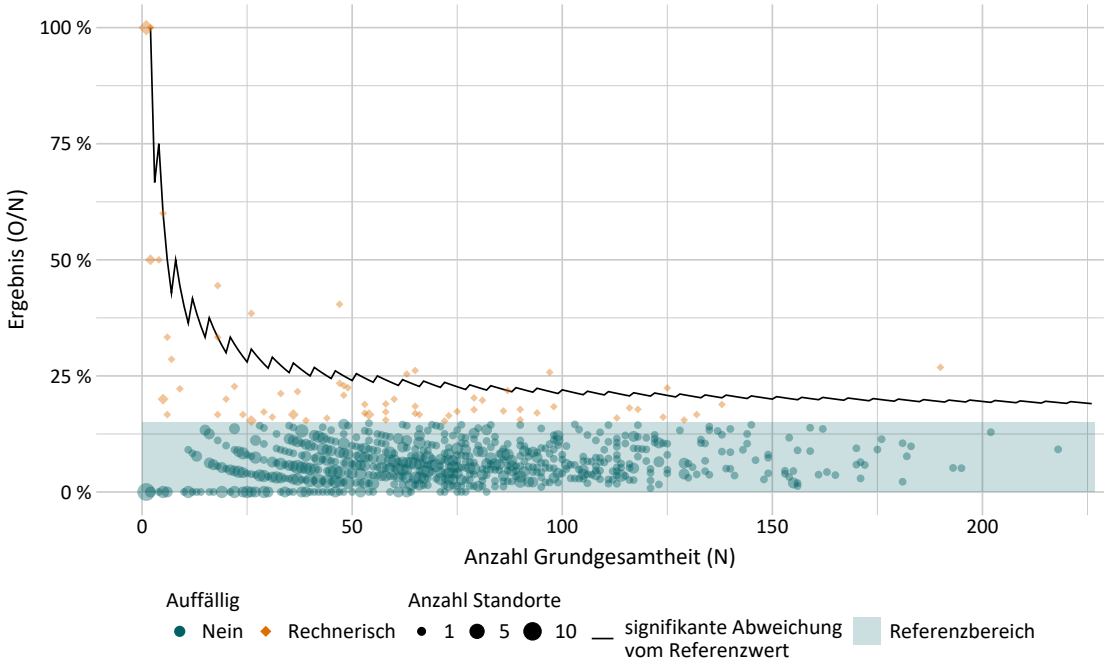
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	5.645 / 64.138	8,80	8,58 - 9,02
	2024	4.851 / 64.052	7,57	7,37 - 7,78
	2025	4.581 / 63.428	7,22	7,02 - 7,43

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	924	75	0,00	100,00	5,99

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 54030** **Präoperative Verweildauer > 24 Stunden oder > 48 Stunden bei Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	7,22 % 4.581/63.428
1.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag	
1.1.1.1	ID: 54_22103 Montag bis Donnerstag	7,43 % 2.723/36.664
1.1.1.2	ID: 54_22123 Freitag	7,15 % 687/9.613
1.1.1.3	ID: 54_22143 Samstag	6,70 % 609/9.085
1.1.1.4	ID: 54_22163 Sonntag	6,97 % 562/8.066
1.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie	
1.1.2.1	ID: 54_22183 ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	7,42 % 2.747/37.041
1.1.2.2	ID: 54_22184 mit gerinnungshemmender Dauertherapie[1]	6,95 % 1.834/26.387
1.1.2.2.1	ID: 54_22185 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	30,93 % 257/831
1.1.2.2.2	ID: 54_22186 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	4,17 % 571/13.682
1.1.2.2.3	ID: 54_22187 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	8,07 % 962/11.927
1.1.2.2.4	ID: 54_22188 sonstige	18,22 % 82/450
1.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation	
1.1.3.1	ID: 54_22190 ASA 1	2,51 % 47/1.872
1.1.3.2	ID: 54_22191 ASA 2	5,22 % 862/16.522
1.1.3.3	ID: 54_22192 ASA 3	7,57 % 3.084/40.758
1.1.3.4	ID: 54_22193 ASA 4	13,73 % 583/4.245

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.3.5	ID: 54_22194 ASA 5	16,13 % 5/31

[1] Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 54_22223 Frakturereignis vor stationärer Aufnahme	98,37 % 62.394/63.428
1.2.1	ID: 54_22224 verlängerte präoperative Verweildauer	7,08 % 4.418/62.394

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 54_22225 Frakturereignis während des stationären Aufenthaltes	1,63 % 1.034/63.428
1.3.1	ID: 54_22226 verlängerte präoperative Verweildauer	15,76 % 163/1.034

1.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 54_22227 26,78 % 16.986/63.428	ID: 54_22233 29,66 % 14.756/49.746	ID: 54_22239 16,30 % 2.230/13.682
≤ 12 Stunden	ID: 54_22228 47,36 % 30.038/63.428	ID: 54_22234 51,38 % 25.561/49.746	ID: 54_22240 32,72 % 4.477/13.682
≤ 24 Stunden	ID: 54_22229 89,09 % 56.506/63.428	ID: 54_22235 91,94 % 45.736/49.746	ID: 54_22241 78,72 % 10.770/13.682
≤ 36 Stunden	ID: 54_22230 95,33 % 60.466/63.428	ID: 54_22236 96,35 % 47.929/49.746	ID: 54_22242 91,63 % 12.537/13.682
≤ 48 Stunden	ID: 54_22231 97,20 % 61.649/63.428	ID: 54_22237 97,57 % 48.538/49.746	ID: 54_22243 95,83 % 13.111/13.682
> 48 Stunden	ID: 54_22232 2,80 % 1.779/63.428	ID: 54_22238 2,43 % 1.208/49.746	ID: 54_22244 4,17 % 571/13.682

1.5 Zeit zwischen Aufnahme und Operation (ohne Inhouse-Stürze) Ergebnis Bund (gesamt)	**Gesamt**	**Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	**Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**
≤ 6 Stunden	ID: 54_22245 26,59 % 16.867/63.428	ID: 54_22249 29,48 % 14.663/49.746	ID: 54_22253 16,11 % 2.204/13.682
≤ 24 Stunden	ID: 54_22246 87,93 % 55.771/63.428	ID: 54_22250 90,85 % 45.194/49.746	ID: 54_22254 77,31 % 10.577/13.682
≤ 48 Stunden	ID: 54_22247 96,01 % 60.899/63.428	ID: 54_22251 96,51 % 48.012/49.746	ID: 54_22255 94,19 % 12.887/13.682
> 48 Stunden	ID: 54_22248 3,99 % 2.529/63.428	ID: 54_22252 3,49 % 1.734/49.746	ID: 54_22256 5,81 % 795/13.682

1.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	**Gesamt**	**Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	**Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**
≤ 6 Stunden	ID: 54_22257 0,21 % 131/63.428	ID: 54_22261 0,21 % 104/49.746	ID: 54_22265 0,20 % 27/13.682
≤ 24 Stunden	ID: 54_22258 1,26 % 801/63.428	ID: 54_22262 1,19 % 593/49.746	ID: 54_22266 1,52 % 208/13.682
≤ 48 Stunden	ID: 54_22259 1,51 % 959/63.428	ID: 54_22263 1,37 % 681/49.746	ID: 54_22267 2,03 % 278/13.682
> 48 Stunden	ID: 54_22260 0,12 % 75/63.428	ID: 54_22264 0,10 % 50/49.746	ID: 54_22268 0,18 % 25/13.682

1.7 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation bei medialer Schenkelhalsfraktur Ergebnis Bund (gesamt)	**Garden I**	**Garden II**	**Garden III**	**Garden IV**	**Mediale Schenkelhals-fraktur gesamt**
< 24 Stunden	ID: 54_22269 89,69 % 1.818/2.027	ID: 54_22272 90,04 % 2.522/2.801	ID: 54_22275 93,89 % 1.060/1.129	ID: 54_22278 96,43 % 162/168	ID: 54_22281 90,81 % 5.562/6.125
24 - 48 Stunden	ID: 54_22270 7,55 % 153/2.027	ID: 54_22273 7,00 % 196/2.801	ID: 54_22276 4,07 % 46/1.129	ID: 54_22279 x % ≤3/168	ID: 54_22282 6,48 % 397/6.125
> 48 Stunden	ID: 54_22271 2,76 % 56/2.027	ID: 54_22274 2,96 % 83/2.801	ID: 54_22277 2,04 % 23/1.129	ID: 54_22280 2,38 % 4/168	ID: 54_22283 2,71 % 166/6.125

54050: Sturzprophylaxe

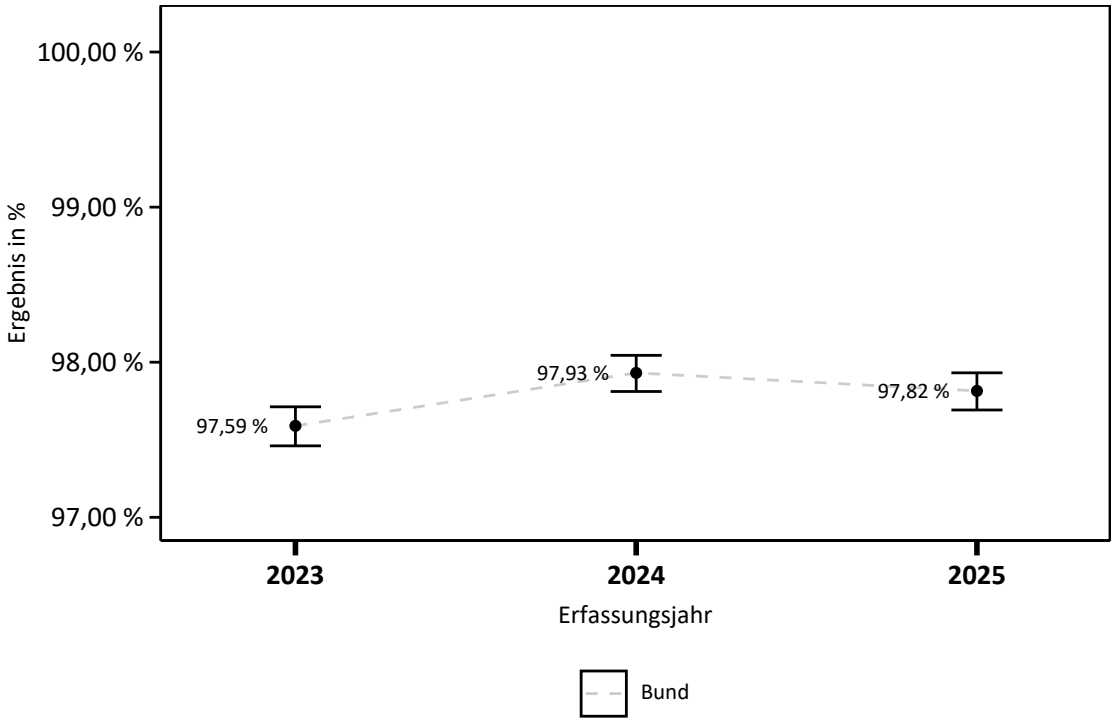
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

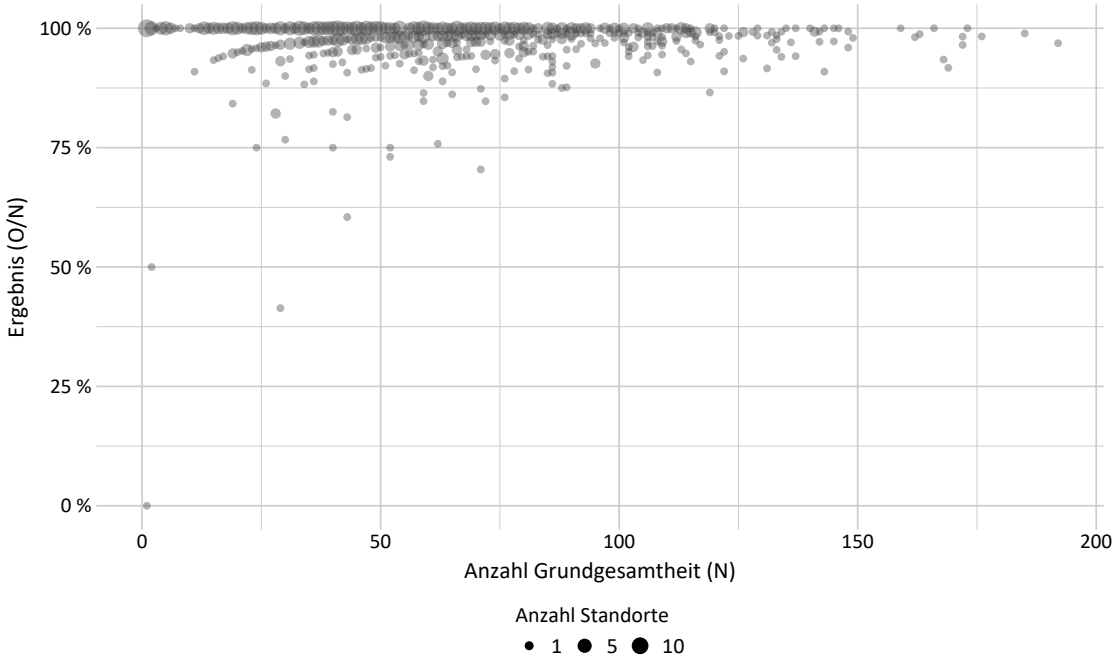
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	55.755 / 57.132	97,59	97,46 - 97,71
	2024	56.186 / 57.373	97,93	97,81 - 98,04
	2025	56.003 / 57.254	97,82	97,69 - 97,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	929	0	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren[2]	
2.1.1	ID: 54_22284 Sturzrisikofaktoren erfasst	98,33 % 56.298/57.254
2.1.2	ID: 54_22285 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	98,06 % 56.143/57.254
2.1.3	**ID: 54050** **Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)**	97,82 % 56.003/57.254

[2] Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit: - Versorgung bei Polytrauma - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54033
Referenzbereich	≤ 2,32 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Alter zentriert um 62 Alter ab 62 Alter ab 86 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 Wundkontamination - septische Eingriffe Frakturlokalisation - pertrochantär Frakturlokalisation - sonstige vorbestehende Koxarthrose Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock Gehstrecke - unter oder gleich 500m Gehstrecke - gleich 50m Interaktion: Gehhilfen und Gehstrecke - # Gehen unter oder gleich 500m mit Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Gehhilfen und Gehstrecke - # Gehen unter oder gleich 500m mit Rollator/Gehbock Interaktion: Gehhilfen und Gehstrecke - # Gehen gleich 50m mit Gehhilfe Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Alter zentriert um 62 wenn Gehen unter oder gleich 500m Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Alter ab 86 wenn Gehen gleich 50m Diagnose - Adipositas Diagnose - Andere_neurologische_Erkrankungen Diagnose - Chronische_Lungenerkrankungen Diagnose - Depressionen Diagnose - Diabetes_mit_Komplikationen Diagnose - Diabetes_ohne_Komplikationen Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Psychosen Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

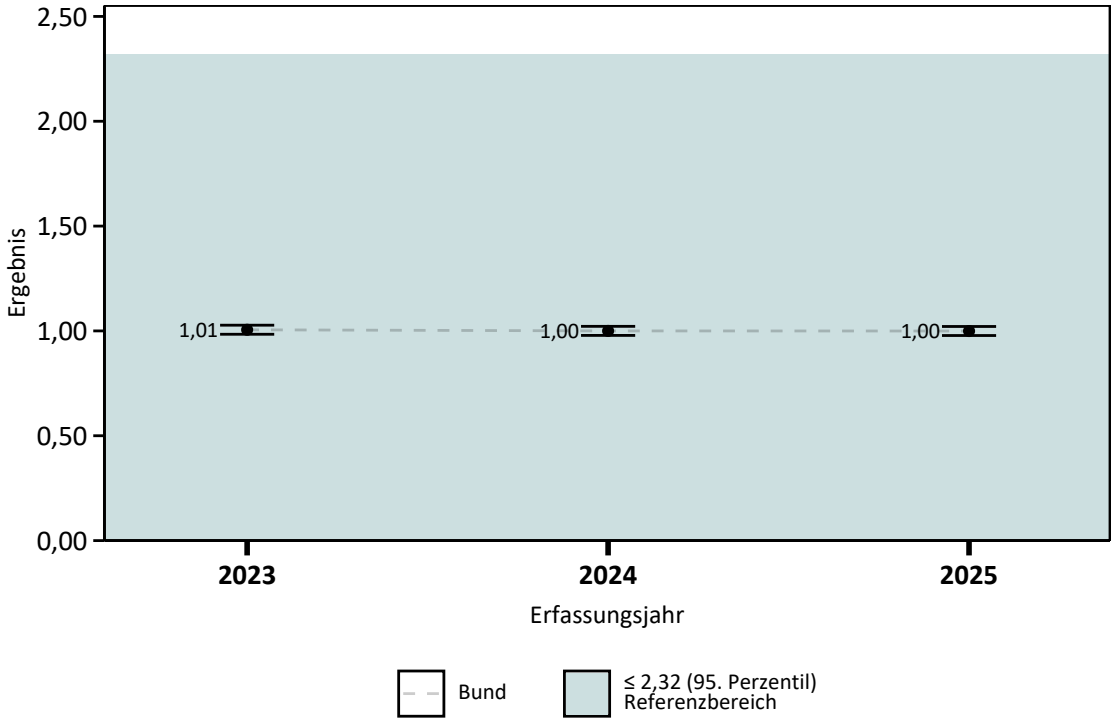
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	44.603	7.018 / 6.979,66	1,01	0,98 - 1,03
	2024	44.348	6.932 / 6.932,00	1,00	0,98 - 1,02
	2025	44.180	6.949 / 6.952,77	1,00	0,98 - 1,02

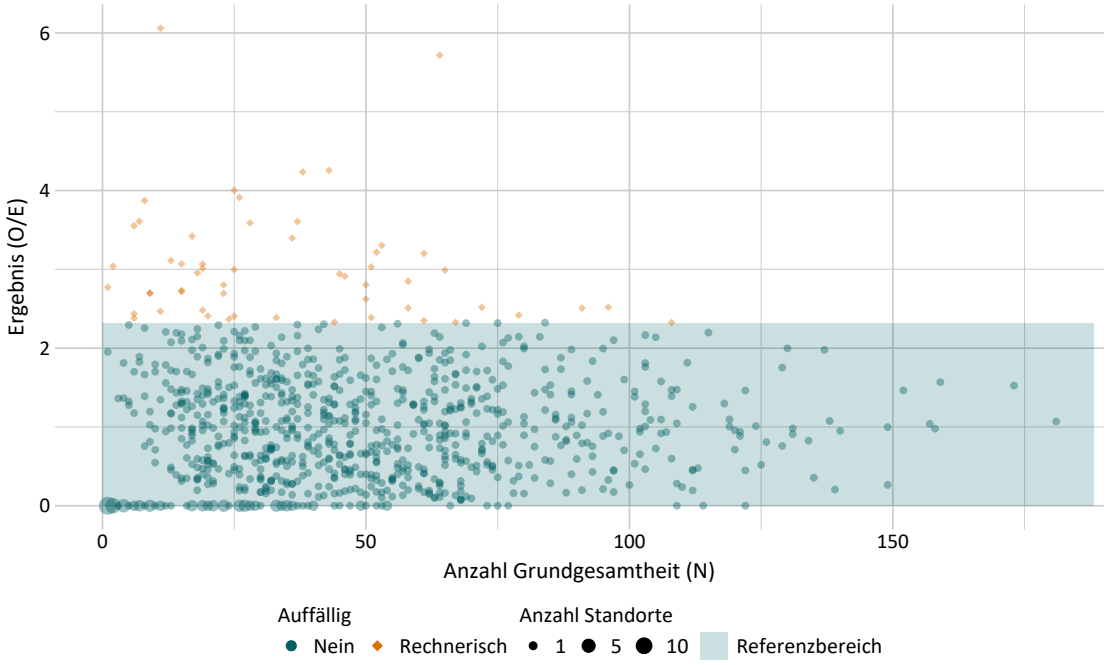
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

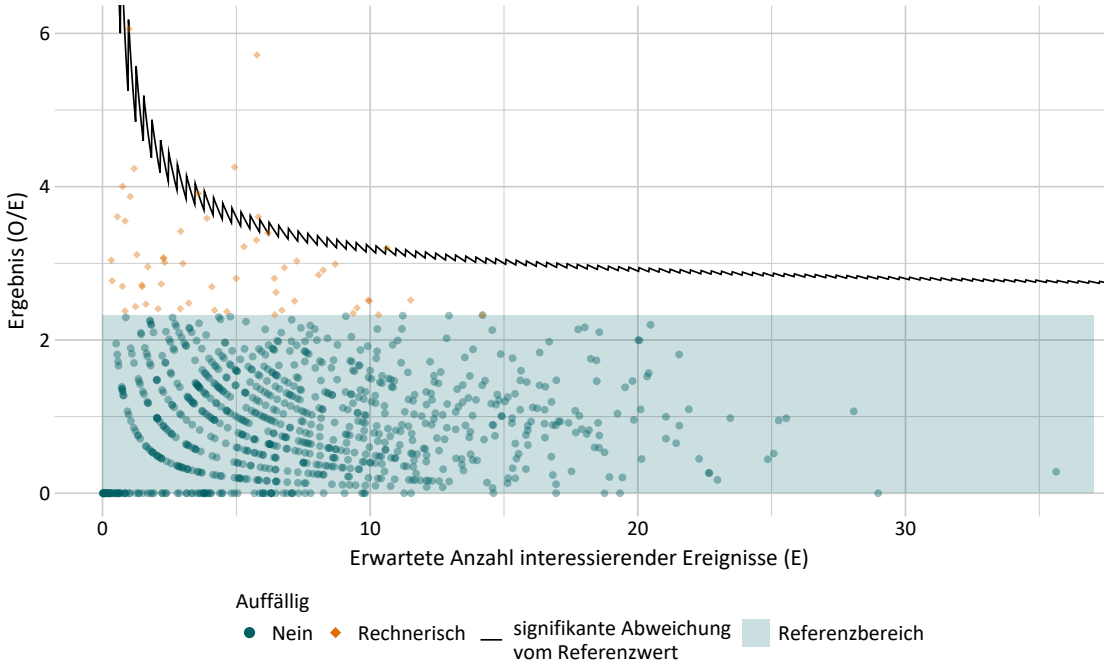
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



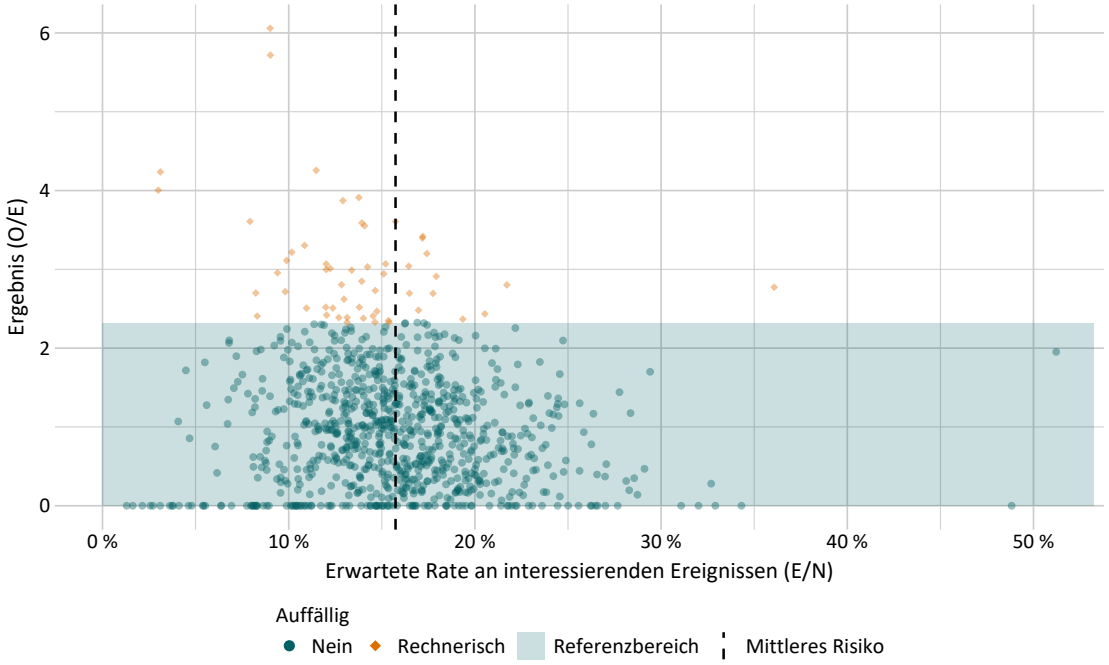
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	926	55	0,00	6,06	0,95

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Gehunfähigkeit bei Entlassung	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
3.1.1.1	ID: O_54033 O/N (observed, beobachtet)	15,73 % 6.949/44.180
3.1.1.2	ID: E_54033 E/N (expected, erwartet)	15,74 % 6.952,77/44.180
3.1.1.3	**ID: 54033** **O/E**	1,00

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 54_22304 Gehunfähigkeit bei Entlassung	17,55 % 9.248/52.692
3.2.2	Verteilung nach postoperativer Verweildauer	
3.2.2.1	ID: 54_22305 ≤ 5 Tage	18,42 % 1.784/9.685
3.2.2.2	ID: 54_22306 6-10 Tage	17,46 % 3.061/17.534
3.2.2.3	ID: 54_22307 11-15 Tage	19,35 % 1.331/6.878
3.2.2.4	ID: 54_22308 16-20 Tage	14,62 % 1.531/10.472
3.2.2.5	ID: 54_22309 > 20 Tage	18,97 % 1.541/8.123

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 54_22310 Gehunfähigkeit vor der Fraktur	100,00 % 8.798/8.798
3.3.1	ID: 54_22311 gehfähig bei Entlassung	14,23 % 1.252/8.798
3.3.2	ID: 54_22312 gehunfähig bei Entlassung	85,77 % 7.546/8.798

© IQTIG 2026

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation
O (observed)	Beobachtete Anzahl an spezifischen postoperativen Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an spezifischen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54029
Referenzbereich	≤ 2,75 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich ASA - Klassifikation 3, 4 oder 5 Wundkontamination - bedingt aseptische, kontaminierte oder septische Eingriffe hüftgelenknahe Femurfraktur - Abduktionsfraktur oder unverschoben hüftgelenknahe Femurfraktur - verschoben oder komplett verschoben Frakturlokalisation - sonstige vorbestehende Koxarthrose Voroperation - Osteosynthese Voroperation - Endoprothese Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Diagnose - Adipositas Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Hypothyreose Diagnose - Niereninsuffizienz
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

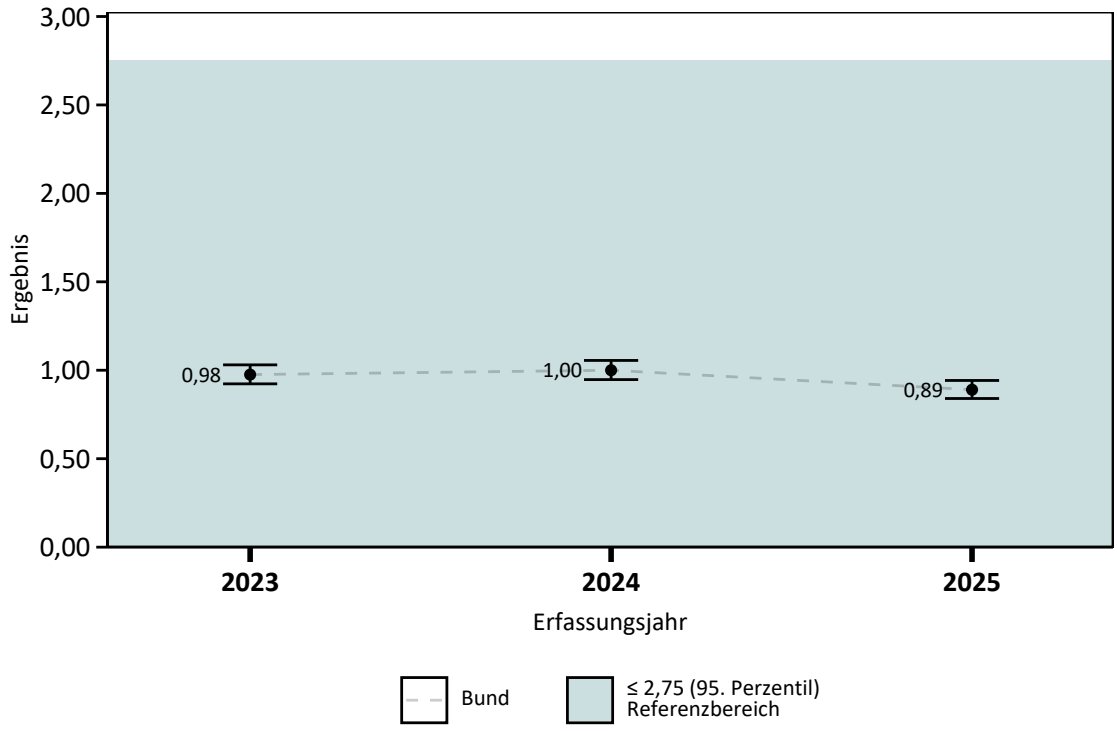
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	64.915	1.247 / 1.278,34	0,98	0,92 - 1,03
	2024	64.972	1.286 / 1.286,00	1,00	0,95 - 1,06
	2025	64.409	1.149 / 1.291,15	0,89	0,84 - 0,94

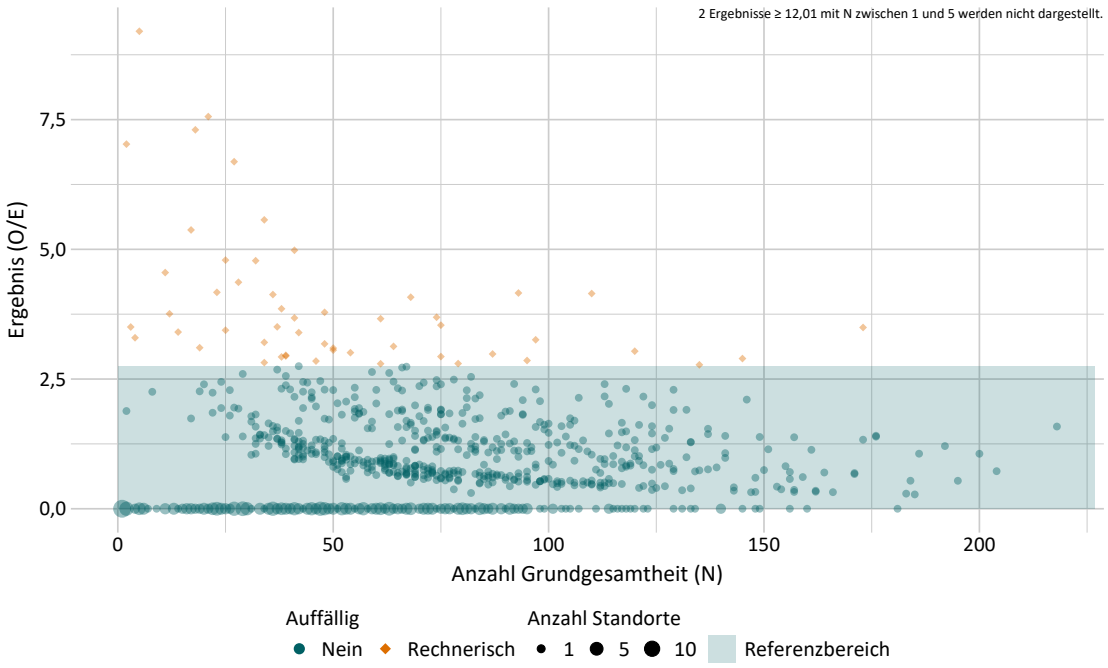
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

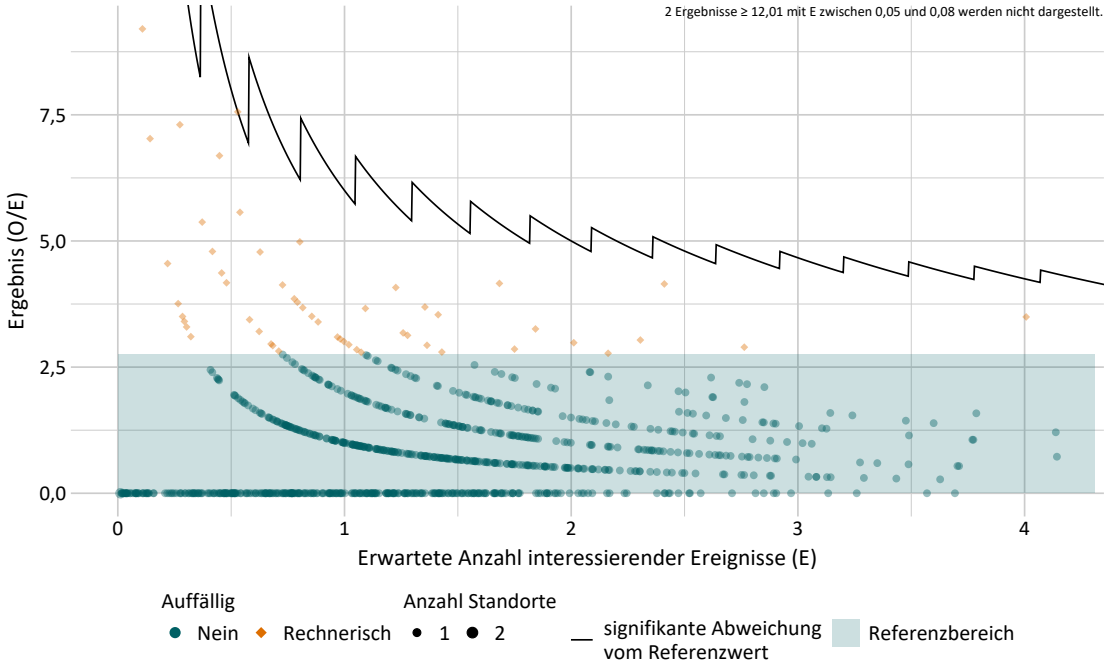
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



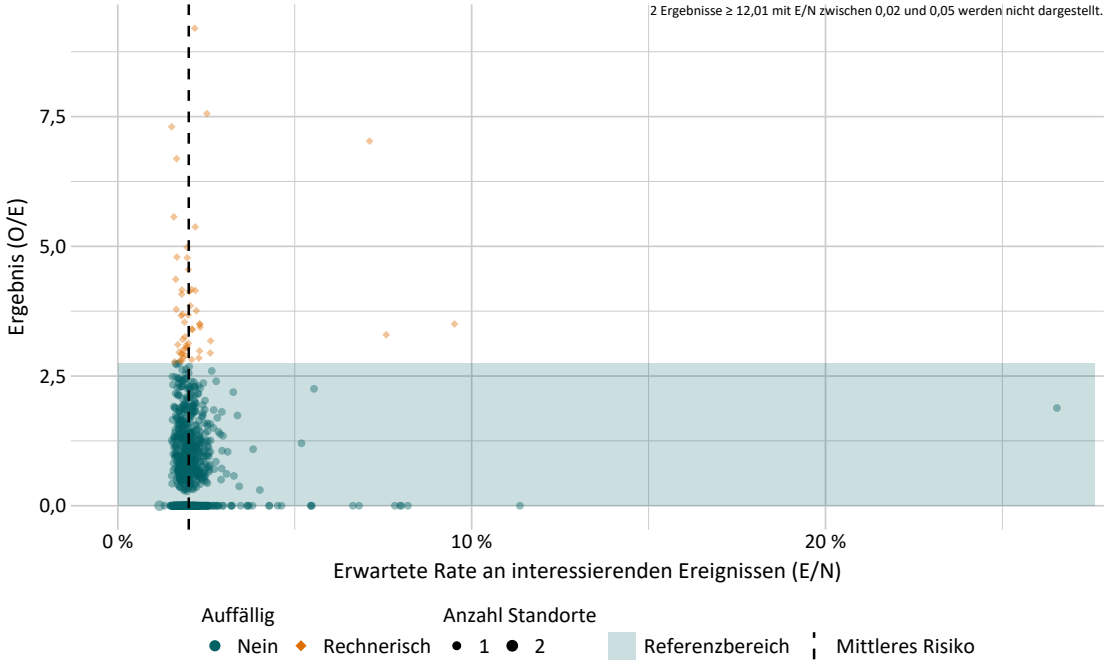
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	934	54	0,00	18,22	0,68

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Spezifische Komplikationen	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.1.1.1	ID: O_54029 O/N (observed, beobachtet)	1,78 % 1.149/64.409
4.1.1.2	ID: E_54029 E/N (expected, erwartet)	2,00 % 1.291,15/64.409
4.1.1.1	**ID: 54029** **O/E**	0,89
4.1.2	ID: 54_22315 Implantatfehllage	0,16 % 104/64.409
4.1.3	ID: 54_22316 Implantatdislokation	0,38 % 242/64.409
4.1.4	ID: 54_22317 Wundhämatom	0,43 % 278/64.409
4.1.5	ID: 54_23000 revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	0,39 % 254/64.409
4.1.6	ID: 54_22318 Gefäßläsion	0,04 % 24/64.409
4.1.7	ID: 54_22319 Nervenschaden	0,07 % 47/64.409
4.1.8	ID: 54_22320 Fraktur	0,15 % 96/64.409
4.1.9	ID: 54_22322 reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,17 % 109/64.409
4.1.10	ID: 54_22323 reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0,01 % 6/64.409
4.1.11	ID: 54_22324 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen[4]	1,14 % 732/64.409
4.1.12	ID: 54_22325 Postoperative Wundinfektion	0,47 % 305/64.409
4.1.12.1	ID: 54_22326 A1 (oberflächliche Wundinfektion)[5]	36,72 % 112/305
4.1.12.2	ID: 54_22327 A2 (tiefe Wundinfektion)	57,05 % 174/305
4.1.12.3	ID: 54_22328 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	6,23 % 19/305

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1.13	ID: 54_22329 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen[6]	1,41 % 911/64.409

[4] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

[5] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

[6] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 54_22330 Wundhämatome/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0,43 % 278/64.409
4.2.1	ID: 54_22331 Aufnahme mit gerinnungshemmender Dauertherapie	57,91 % 161/278
4.2.1.1	ID: 54_22332 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	2,52 % 7/278
4.2.1.2	ID: 54_22334 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	40,65 % 113/278
4.2.1.3	ID: 54_22335 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	14,03 % 39/278
4.2.1.4	ID: 54_22336 sonstige	1,44 % 4/278

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54042
Referenzbereich	≤ 2,06 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter um 64 Alter ab 64 Alter ab 73 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 hüftgelenknahe Femurfraktur - Abduktionsfraktur oder unverschoben hüftgelenknahe Femurfraktur - verschoben oder komplett verschoben Frakturlokalisation - lateral vorbestehende Koxarthrose Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock oder Rollstuhl oder bettlägerig Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich, im Zimmer mobil oder immobil Diagnose - Adipositas Diagnose - Alimentaere_Annaemie Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - boesartige_solide_Tumorerkrankungen Diagnose - Diabetes_mit_Komplikationen Diagnose - Drogenabusus Diagnose - Entzuendliche_Erkrankungen_Verdauungstraktes Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Herzkreislauferkrankungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Metastasierende_Tumorerkrankung Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Peptische_Ulkuserkrankung_ohne_Blutung Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf Diagnose - Rheuma_Arthritis
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

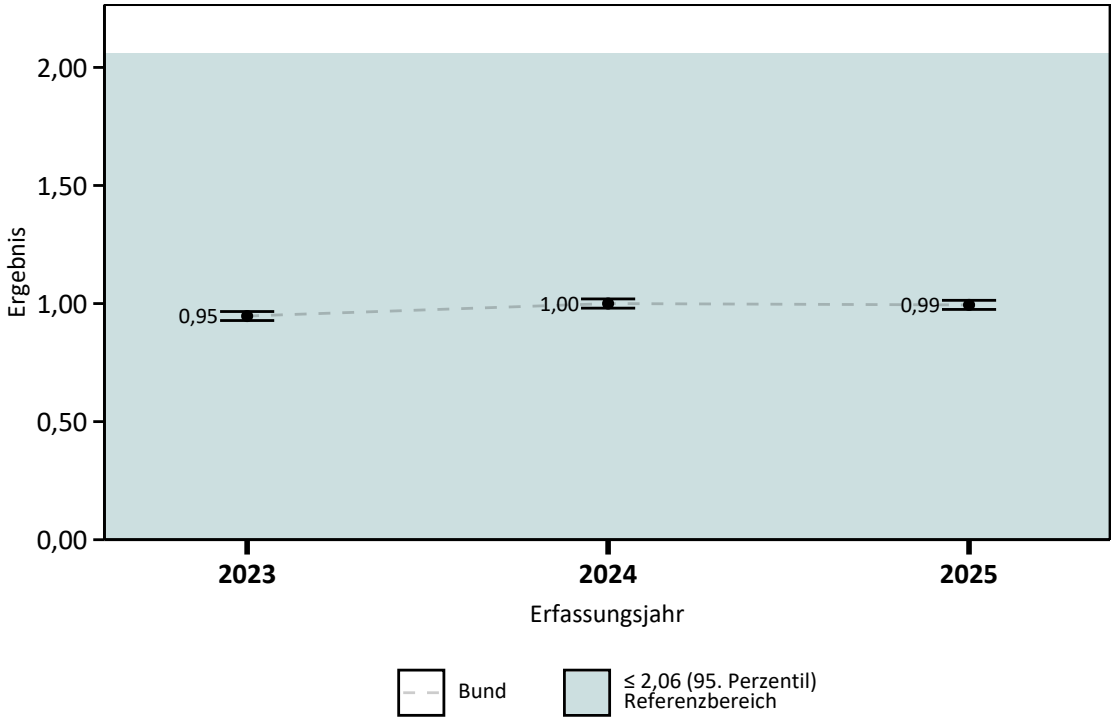
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	64.915	8.253 / 8.713,67	0,95	0,93 - 0,97
	2024	64.972	8.743 / 8.743,00	1,00	0,98 - 1,02
	2025	64.409	8.791 / 8.841,56	0,99	0,98 - 1,01

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist

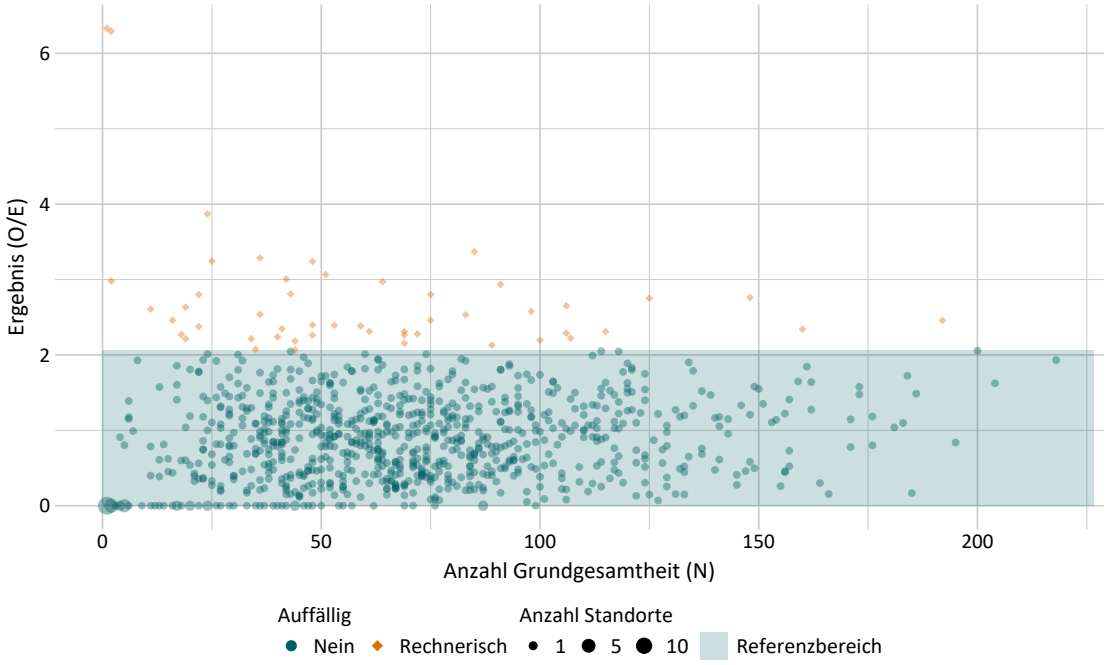
als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

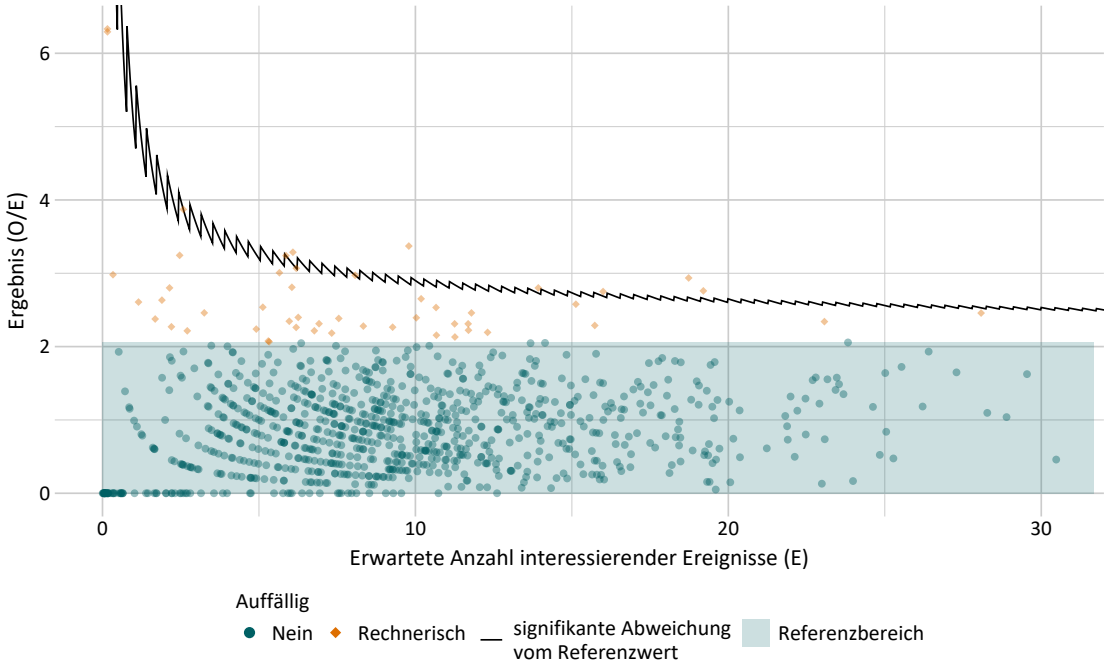
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



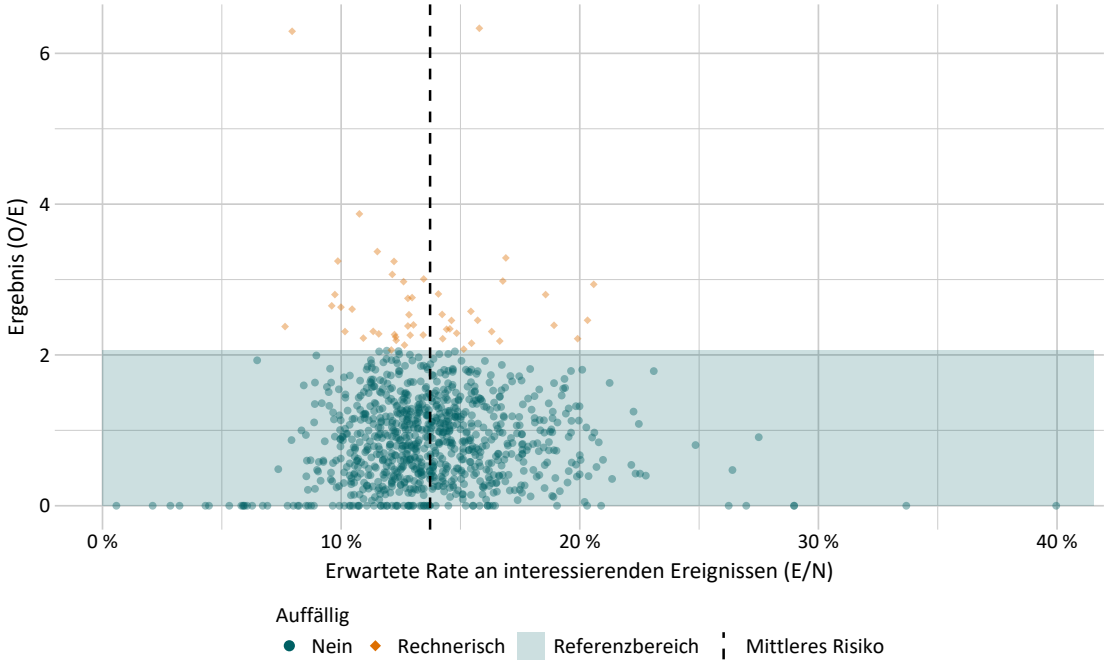
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	934	50	0,00	6,33	0,88

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Allgemeine postoperative Komplikationen ohne sonstige Komplikationen	
5.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation[7]	
5.1.1.1	ID: O_54042 O/N (observed, beobachtet)	13,65 % 8.791/64.409
5.1.1.2	ID: E_54042 E/N (expected, erwartet)	13,73 % 8.841,56/64.409
5.1.1.3	**ID: 54042** **O/E**	0,99

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Allgemeine postoperative Komplikationen	
5.2.1	ID: 54_22350 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	13,65 % 8.791/64.409
5.2.2	ID: 54_22351 Pneumonie	3,50 % 2.256/64.409
5.2.3	ID: 54_22352 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,01 % 1.938/64.409
5.2.4	ID: 54_22353 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,13 % 83/64.409
5.2.5	ID: 54_22354 Lungenembolie	0,32 % 209/64.409
5.2.6	ID: 54_22355 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	3,68 % 2.370/64.409
5.2.7	ID: 54_22356 Schlaganfall	0,46 % 299/64.409
5.2.8	ID: 54_22357 akute gastrointestinale Blutung	0,50 % 324/64.409
5.2.9	ID: 54_22358 akute Niereninsuffizienz	2,60 % 1.677/64.409
5.2.10	ID: 54_22359 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	1,75 % 1.130/64.409

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.11	ID: 54_22360 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[8]	8,38 % 5.397/64.409

[8] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2	
5.3.1	ID: 54_22362 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2 (ohne sonstige Komplikation)	6,44 % 1.202/18.679
5.3.2	ID: 54_22363 Pneumonie	1,22 % 227/18.679
5.3.3	ID: 54_22364 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	0,99 % 185/18.679
5.3.4	ID: 54_22365 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,15 % 28/18.679
5.3.5	ID: 54_22366 Lungenembolie	0,14 % 26/18.679
5.3.6	ID: 54_22367 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	2,17 % 406/18.679
5.3.7	ID: 54_22368 Schlaganfall	0,22 % 42/18.679
5.3.8	ID: 54_22369 akute gastrointestinale Blutung	0,24 % 45/18.679
5.3.9	ID: 54_22371 akute Niereninsuffizienz	1,10 % 205/18.679
5.3.10	ID: 54_22372 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,90 % 169/18.679
5.3.11	ID: 54_22373 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[9]	4,59 % 858/18.679

[9] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit ASA 3 - 4	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4.1	ID: 54_22374 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 3 - 4 (ohne sonstige Komplikation)	16,59 % 7.581/45.699
5.4.2	ID: 54_22375 Pneumonie	4,43 % 2.026/45.699
5.4.3	ID: 54_22376 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,83 % 1.750/45.699
5.4.4	ID: 54_22377 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,12 % 55/45.699
5.4.5	ID: 54_22378 Lungenembolie	0,40 % 183/45.699
5.4.6	ID: 54_22379 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	4,30 % 1.964/45.699
5.4.7	ID: 54_22380 Schlaganfall	0,56 % 257/45.699
5.4.8	ID: 54_22381 akute gastrointestinale Blutung	0,61 % 279/45.699
5.4.9	ID: 54_22383 akute Niereninsuffizienz	3,22 % 1.470/45.699
5.4.10	ID: 54_22384 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	2,10 % 961/45.699
5.4.11	ID: 54_22385 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[10]	9,91 % 4.531/45.699

[10] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54046
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter um 83 Alter ab 83 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 Wundkontamination - bedingt aseptische, kontaminierte oder septische Eingriffe Gehhilfen - Rollator/Gehbock oder Rollstuhl Gehhilfen - bettlägerig Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke - im Zimmer mobil oder immobil hüftgelenknahe Femurfraktur - Abduktionsfraktur oder unverschoben hüftgelenknahe Femurfraktur - verschoben oder komplett verschoben Frakturlokalisation - lateral Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Diagnose - Adipositas Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - boesartige_solide_Tumorerkrankungen Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzkreislauferkrankungen Diagnose - Intrakranielle_Blutungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Metastasierende_Tumorerkrankung Diagnose - Paralysen Diagnose - Peptische_Ulkuserkrankung_ohne_Blutung Diagnose - Gefaesserkrankungen Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

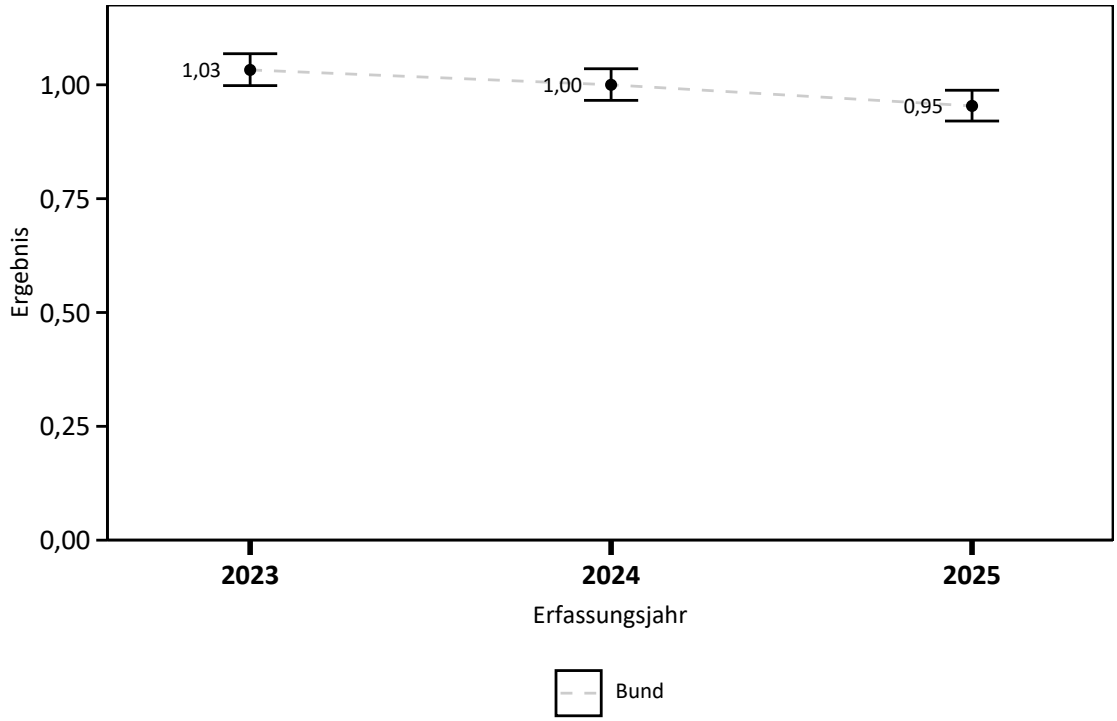
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	64.915	3.172 / 3.071,52	1,03	1,00 - 1,07
	2024	64.972	3.046 / 3.046,00	1,00	0,97 - 1,04
	2025	64.409	2.919 / 3.060,68	0,95	0,92 - 0,99

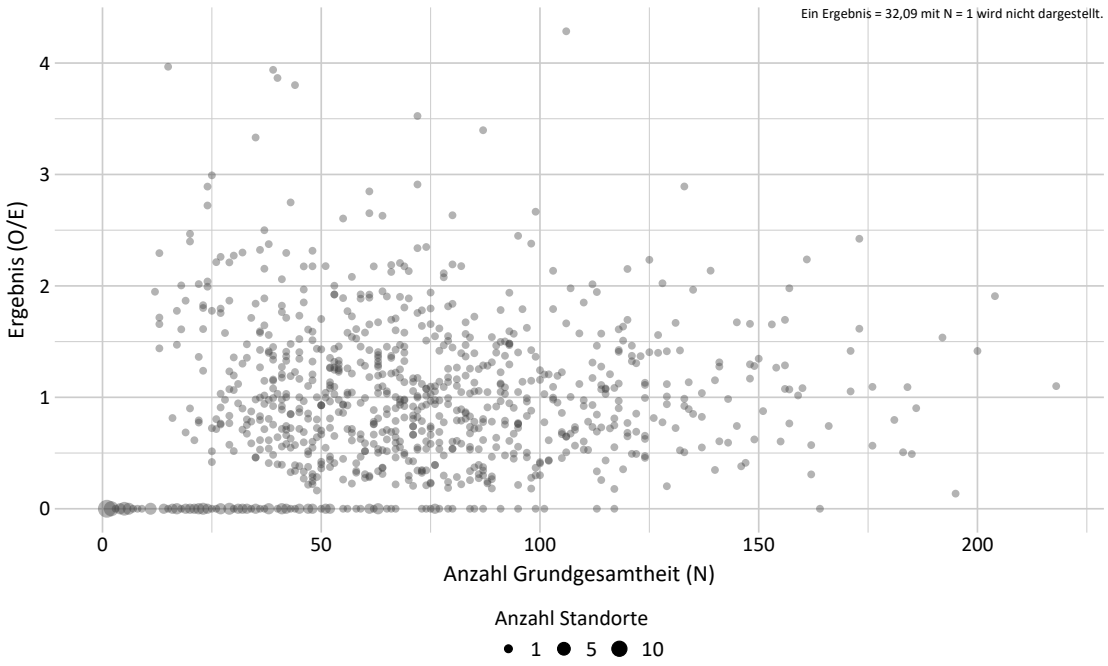
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

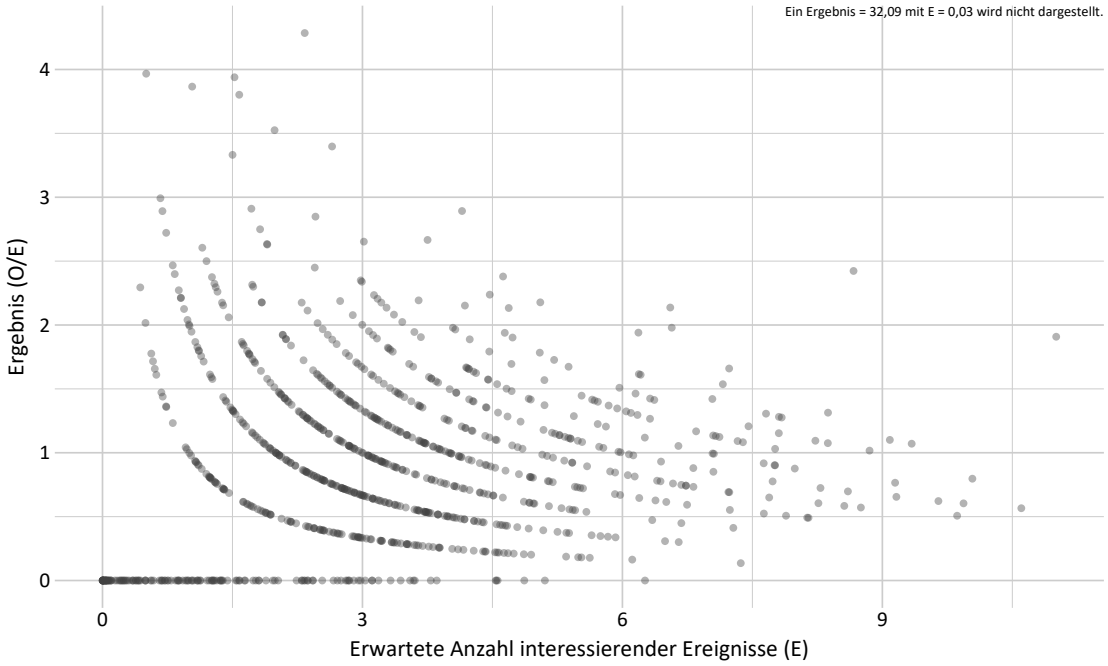
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



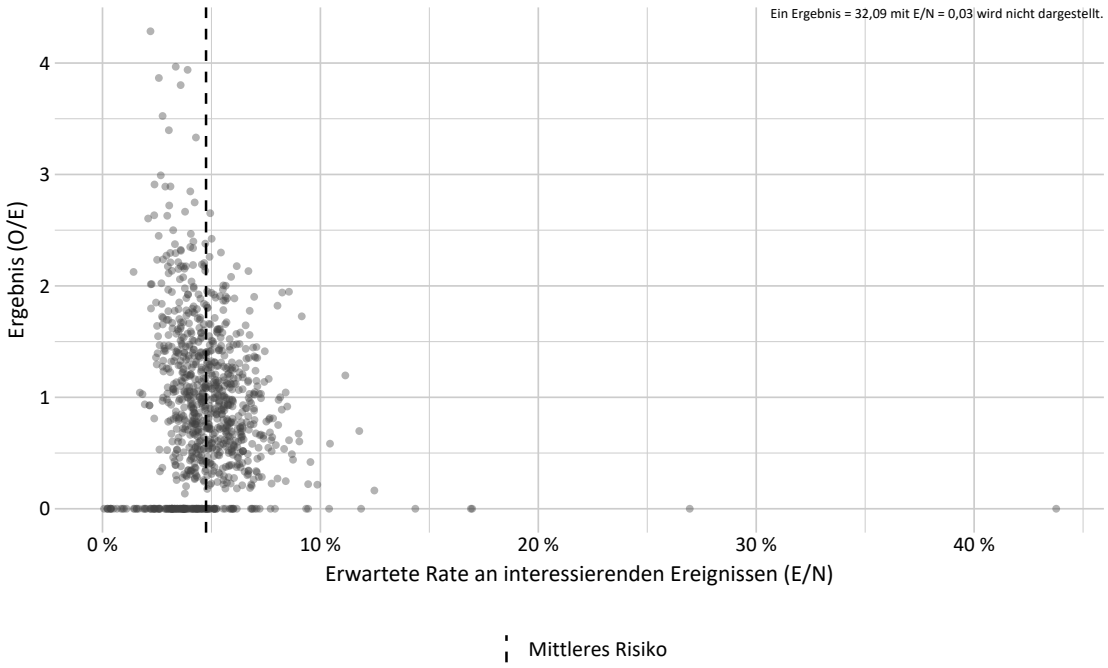
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	934	0	0,00	32,09	0,87

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Sterblichkeit	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[11]	
6.1.1.1	ID: O_54046 O/N (observed, beobachtet)	4,53 % 2.919/64.409
6.1.1.2	ID: E_54046 E/N (expected, erwartet)	4,75 % 3.060,68/64.409
6.1.1.3	**ID: 54046** **O/E**	0,95

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 54_22389 Sterblichkeit	4,53 % 2.919/64.409
6.2.1	Verteilung der Todesfälle nach ASA-Klassifikation	
6.2.1.1	ID: 54_22390 ASA 1	x % ≤3/1.882
6.2.1.2	ID: 54_22391 ASA 2	0,80 % 135/16.797
6.2.1.3	ID: 54_22392 ASA 3	4,94 % 2.047/41.404
6.2.1.4	ID: 54_22393 ASA 4	16,88 % 725/4.295
6.2.1.5	ID: 54_22394 ASA 5	32,26 % 10/31

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

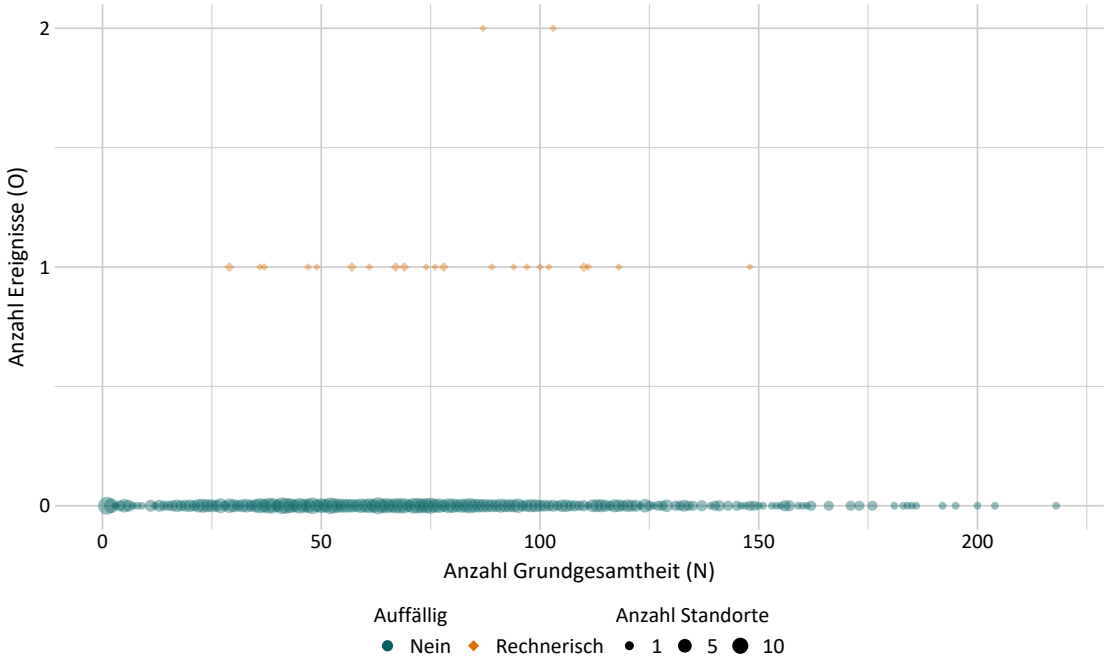
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850147: Angabe von ASA 5

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. **Hypothese** Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine niedrigere ASA-Einstufung vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54029 Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54046: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Alle Fälle mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)
Referenzbereich	= 0*
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

*In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 0 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

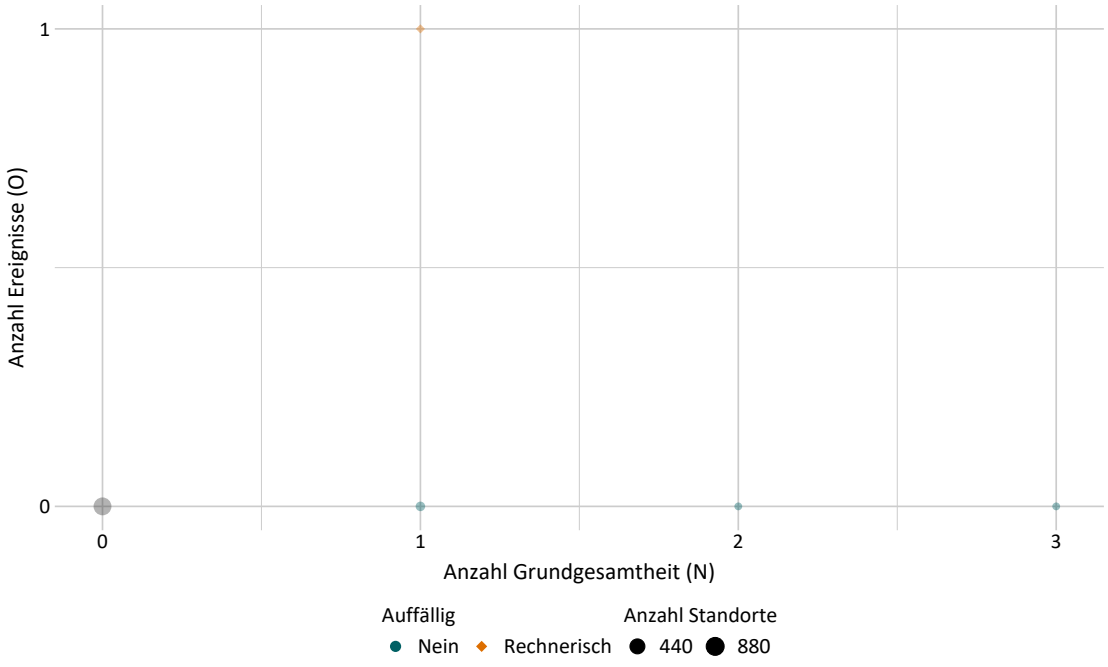
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	31 / 64.444	0,05	3,10 % 29 / 934

850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. **Hypothese** Fehlende Dokumentation von Frakturen (als Komplikation).
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Grundgesamtheit	Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)
Zähler	Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation
Referenzbereich	= 0*
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

* In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 0 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



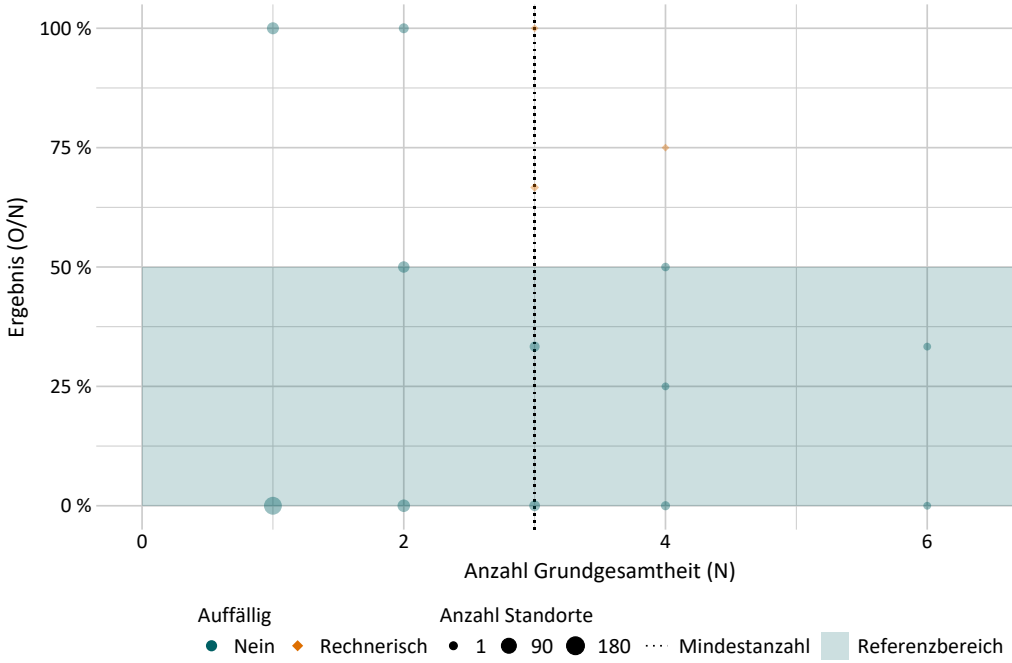
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	18 / 56	32,14	36,00 % 18 / 50

850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl zur Messung der Komplikationsraten heraus. **Hypothese** Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, und für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.7, T84.14, T84.6, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde. Ausgeschlossen werden Fälle mit einer Voroperation am betroffenen Hüftgelenk.
Zähler	Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 50,00 %
Mindestanzahl Nenner	3
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	333	5	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

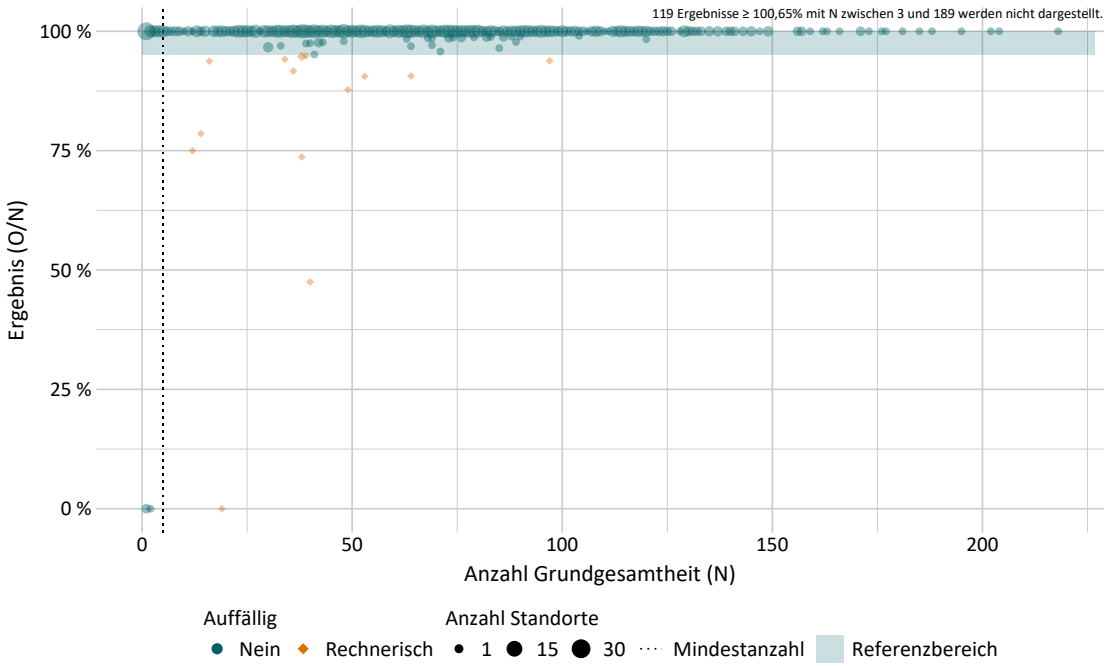
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	108 / 510	21,18	1,50 % 5 / 333

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.001	15	0,00	191,43	100,00

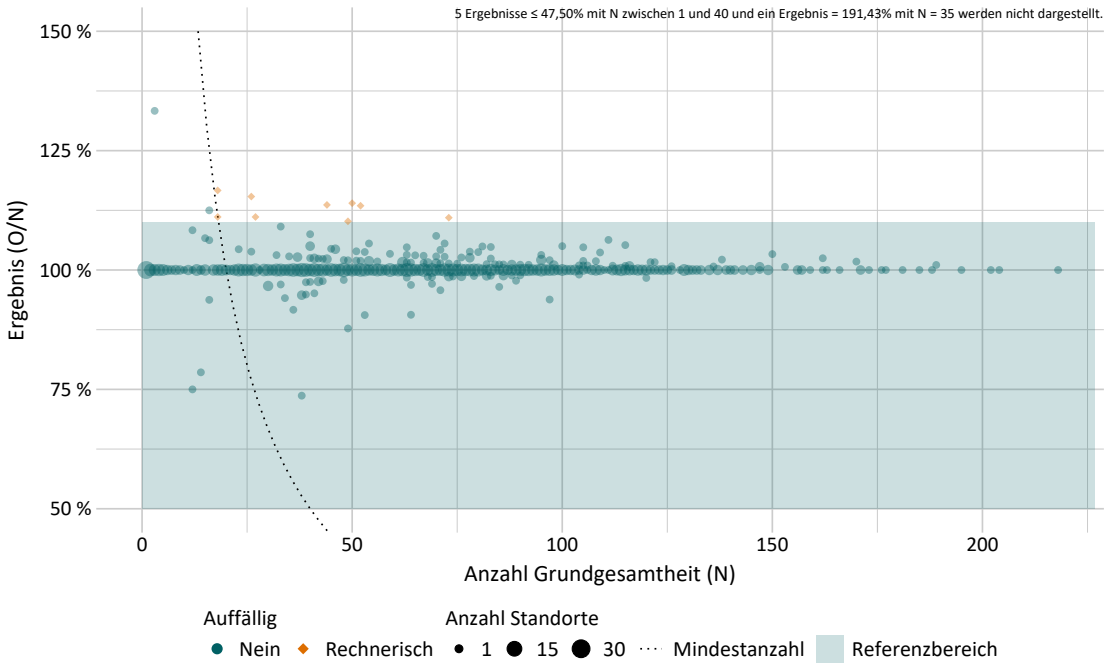
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	64.516 / 64.255	100,41	1,50 % 15 / 1.001

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.001	10	0,00	191,43	100,00

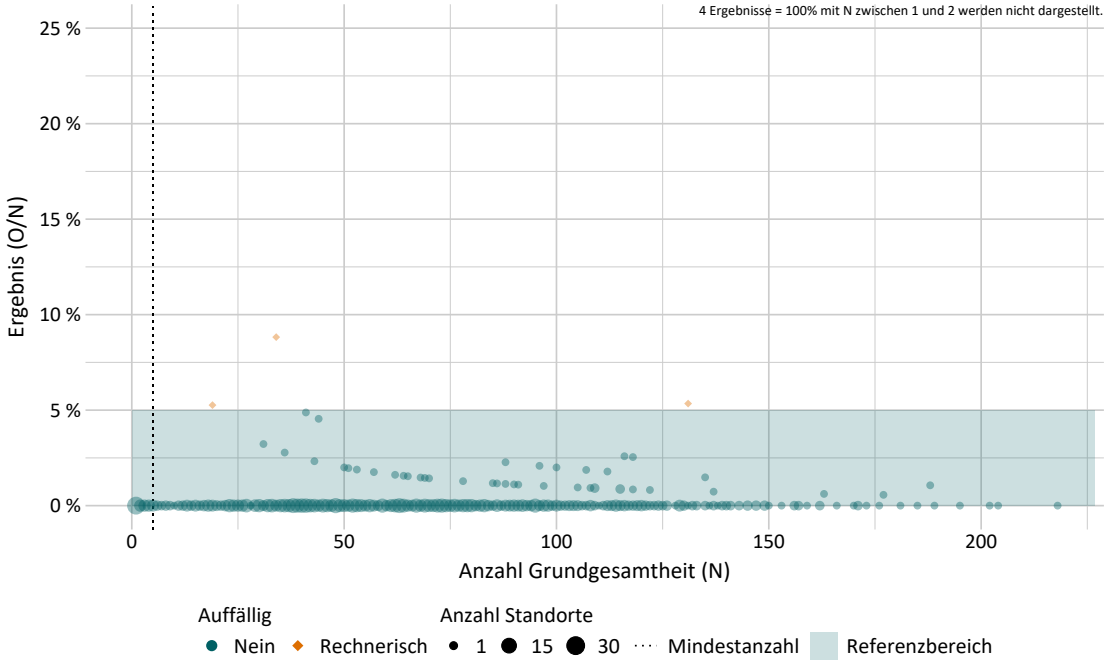
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	64.516 / 64.255	100,41	1,00 % 10 / 1.001

850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.001	3	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	72 / 64.255	0,11	0,30 % 3 / 1.001

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Quartal des Aufnahmetages		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	2.777	4,31
1. Quartal	16.314	25,32
2. Quartal	15.567	24,16
3. Quartal	15.548	24,13
4. Quartal	14.238	22,09

Inhouse-Sturz

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		
(0) nein	63.395	98,37
(1) ja	1.049	1,63

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	1.338	2,08
50 - 59 Jahre	2.744	4,26
60 - 69 Jahre	7.143	11,08
70 - 79 Jahre	12.311	19,10
80 - 89 Jahre	27.925	43,33
≥ 90 Jahre	12.983	20,15

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.444
Mittelwert	80,29

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Geschlecht		
(1) männlich	21.899	33,98
(2) weiblich	42.544	66,02
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	0	0,00

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	19.355	30,03
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	19.651	30,49
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	16.032	24,88
(4) im Zimmer mobil	7.490	11,62
(5) immobil	1.916	2,97
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	27.123	42,09
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	7.059	10,95
(2) Rollator/Gehbock	27.120	42,08
(3) Rollstuhl	2.428	3,77
(4) bettlägerig	714	1,11

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	1.884	2,92
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	16.803	26,07
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	41.426	64,28
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	4.300	6,67
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	31	0,05
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	63.871	99,11
(2) bedingt aseptische Eingriffe	485	0,75
(3) kontaminierte Eingriffe	34	0,05
(4) septische Eingriffe	54	0,08

Antithrombotische Dauertherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Antithrombotische Dauertherapie		
(0) nein	37.666	58,45
(1) ja	26.778	41,55
davon: Art der Medikation[12]		
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	841	3,14
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	12.088	45,14
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	13.886	51,86
sonstige	476	1,78

[12] Mehrfachnennung möglich

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt		
(0) nein	62.282	96,65
(1) ja, eine Osteosynthese	972	1,51
(2) ja, eine Endoprothese	1.190	1,85
Vorbestehende Koxarthrose		
(0) nein	38.805	60,22
(1) ja	25.639	39,78

Frakturlokalisation und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Frakturlokalisation		
(1) medial	6.138	9,52
davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden		
(1) Abduktionsfraktur	2.027	33,02
(2) unverschoben	2.805	45,70
(3) verschoben	1.136	18,51
(4) komplett verschoben	170	2,77
(2) lateral	1.255	1,95
(3) pertrochantär	54.477	84,53
(9) sonstige	2.574	3,99

Fraktur nach ICD-Kode

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Schenkelhalsfrakturen		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	8.562	13,29
davon:[13]		
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	932	10,89
(S72.01) Intrakapsulär	5.323	62,17
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	12	0,14
(S72.03) Subkapital	357	4,17
(S72.04) Mediozervikal	665	7,77
(S72.05) Basis	523	6,11
(S72.08) Sonstige Teile	983	11,48
Pertrochantäre Frakturen		
(S72.1-) Pertrochantäre Frakturen	56.609	87,84
davon:[14]		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	34.680	61,26
(S72.11) Intertrochantär	23.171	40,93

[13] Mehrfachnennung möglich
[14] Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes[15]		
(5-983) Reoperation	49	0,08
(5-986*) Minimalinvasive Technik	149	0,23
(5-987*) Anwendung eines OP-Roboters	0	0,00
(5-988*) Anwendung eines Navigationssystems	29	0,05
Operationsverfahren		
(1) DHS, Winkelplatte	4.457	6,92
(2) Intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)	56.192	87,20
(3) Verschraubung	2.387	3,70
(9) sonstige	1.408	2,18
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	20.095	31,18
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	35	0,05

[15] Mehrfachnennung möglich

Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten im Alter ab 65 Jahren	**N = 57.309**	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren der Patientinnen und Patienten		
(0) nein	961	1,68
(1) ja	56.348	98,32
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	1.137	1,98
(1) ja	56.172	98,02

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	50.227	77,94
(1) ja[16]	14.217	22,06

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	2.260	3,51
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1.938	3,01
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	83	0,13
Lungenembolie	209	0,32
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	2.370	3,68
Schlaganfall	299	0,46
akute gastrointestinale Blutung	324	0,50
akute Niereninsuffizienz	1.677	2,60
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	2.922	4,53
davon: Demenz		
(0) nein	1.131	38,71
(1) ja	1.791	61,29
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	5.402	8,38

[16] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	62.661	97,23
(1) ja[17]	1.783	2,77

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
primäre Implantatfehllage	104	0,16
sekundäre Implantatdislokation	243	0,38
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	278	0,43
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	254	0,39
Gefäßläsion	24	0,04
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	47	0,07
Fraktur	96	0,15
Wunddehiszenz	110	0,17
sekundäre Nekrose der Wundränder	6	0,01
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	732	1,14
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	64.139	99,53
(1) ja	305	0,47
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	112	36,72
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	174	57,05
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	19	6,23

[17] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen oder postoperativer Wundinfektion	**N = 1.866**	
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	954	51,13
(1) = ja	912	48,87

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[18]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.444
Median	10,00
Mittelwert	13,15
Präoperative Verweildauer (Stunden)[19]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.444
Median	13,22
Mittelwert	17,81
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.444
Median	42,00
Mittelwert	48,64
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.444
Median	10,00
Mittelwert	12,33

[18] Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

[19] Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme bzw. des Inhouse-Sturzes zum Eingriff

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	2.000	3,10
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	16.396	25,44
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	26.603	41,28
(4) Im Zimmer mobil	12.827	19,90
(5) immobil	3.772	5,85
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	841	1,31
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	17.730	27,51
(2) Rollator/Gehbock	37.489	58,17
(3) Rollstuhl	3.911	6,07
(4) bettlägerig	1.623	2,52

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	33.638	52,20
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.140	1,77
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	89	0,14
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	249	0,39
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	6	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	9.784	15,18
(07) Tod	2.919	4,53
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[20]	259	0,40
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	5.802	9,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	9.823	15,24
(11) Entlassung in ein Hospiz	56	0,09
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	39	0,06
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	11	0,02
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[21]	250	0,39
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	55	0,09
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[22]	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	294	0,46

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[23]		
(1) ja	26	0,04

[20] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[21] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[22] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[23] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HGV-HEP: Hüftendoprothesenversorgung

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Hüftendoprothesenversorgung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 7

Datengrundlagen 9

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 9

Übersicht über weitere Datengrundlagen 10

Ergebnisübersicht 13

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 14

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 17

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 20

54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation 20

Details zu den Ergebnissen 23

54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 24

Details zu den Ergebnissen 27

54003: Präoperative Verweildauer 29

Details zu den Ergebnissen 32

54004: Sturzprophylaxe 35

Details zu den Ergebnissen 38

Gruppe: Allgemeine Komplikationen 39

54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 39

54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 44

54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 48

Details zu den Ergebnissen 52

Gruppe: Spezifische Komplikationen 55

54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 55

54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 60

54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 64

Details zu den Ergebnissen ... 68
54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung ... 72
Details zu den Ergebnissen ... 78
192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung ... 80
Details zu den Ergebnissen ... 86
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung ... 88
54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel ... 88
191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur ... 92
Details zu den Ergebnissen ... 96
10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen ... 98
Details zu den Ergebnissen ... 102
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien ... 104
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ... 104
850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen ... 104
850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation ... 106
851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen ... 108
851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer ... 110
851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes ... 112
852102: Angabe von ASA 5 ... 114
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 116
850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten ... 116
850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation) ... 118
850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation) ... 120
850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) ... 122
850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel) ... 124
850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 126
Basisauswertung ... 128
Basisdokumentation ... 128

Patientin und Patient ... 128
Operation ... 129
Hüftgelenknahe Femurfraktur ... 130
Inhouse-Sturz ... 130
Patientinnen und Patienten ... 130
Präoperative Anamnese/Befunde ... 131
Gehfähigkeit ... 131
Koxarthrose ... 132
Acetabulumfraktur ... 133
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation ... 133
Antithrombotische Dauertherapie ... 134
Voroperation ... 134
Frakturlokalisation und -typ ... 135
Fraktur nach ICD-Kode ... 136
Behandlungsverlauf ... 136
Angabe von Prozeduren ... 136
Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ... 139
Allgemeine Komplikationen ... 139
Spezifische Komplikationen ... 140
Behandlungszeiten ... 142
Entlassung ... 143
Gehfähigkeit ... 143
Entlassungsgrund ... 145
Elektive Erstimplantation ... 147
Patientin und Patient ... 147
Präoperative Anamnese/Befunde ... 147
Gehfähigkeit ... 148
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation ... 149
Bewegungsumfang ... 149
Indikationsrelevante Befunde ... 150
Schmerzen ... 151

Voroperation ... 151
Parameter zur Bestimmung des modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ... 152
Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen ... 153
Femurkopfnekrose ... 154
Behandlungsverlauf ... 154
Angabe von Prozeduren ... 154
Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ... 157
Allgemeine Komplikationen ... 157
Spezifische Komplikationen ... 158
Behandlungszeiten ... 160
Entlassung ... 161
Gehfähigkeit ... 161
Entlassungsgrund ... 163
Wechsel bzw. Komponentenwechsel ... 165
Patientin und Patient ... 165
Präoperative Anamnese/Befunde ... 165
Gefähigkeit ... 166
ASA-und Wundkontaminationsklassifikation ... 167
Indikationsrelevante Befunde ... 167
Schmerzen ... 167
Erreger-/ Infektionsnachweis ... 168
Röntgendiagnostik / klinische Befunde ... 169
Behandlungsverlauf ... 169
Angabe von Prozeduren ... 169
Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ... 174
Allgemeine Komplikationen ... 174
Spezifische Komplikationen ... 175
Behandlungszeiten ... 177
Entlassung ... 178
Gehfähigkeit ... 178
Entlassungsgrund ... 180

Einleitung

Die Auswertungen des QS-Verfahrens Hüftgelenkversorgung (HGV) sind unterteilt in zwei Auswertungsmodule: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) und Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP).

Das Auswertungsmodul HGV-HEP untersucht die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen eines künstlichen Hüftgelenks (Hüftendoprothese) sowie bei Eingriffen, bei denen ein bestehendes Implantat bzw. Teile davon gewechselt werden. Bei allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen eine Erstimplantation oder ein Wechsel einer Hüftendoprothese oder ein Wechsel eines Teils der Prothese durchgeführt wird, müssen die Krankenhäuser die Begründung für den Eingriff (Indikationsstellung), die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Komplikationen und die Sterblichkeit während des stationären Aufenthaltes dokumentieren.

Das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks gehört inzwischen zu den 20 häufigsten Operationen im Krankenhaus. Im Jahr 2024 wurde ein endoprothetischer Hüftgelenkersatz mehr als 280.000-mal durchgeführt [1]. Die mit Abstand häufigste Indikation für die Implantation einer Hüftgelenkendoprothese ist die Hüftgelenksarthrose (Koxarthrose). Die damit oftmals einhergehenden Ruhe- oder Belastungsschmerzen und Bewegungseinschränkungen treten vor allem im fortgeschrittenen Stadium auf und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Ein künstlicher Hüftgelenkersatz kann außerdem bei der Versorgung von hüftgelenknahen Brüchen des Oberschenkels (Femurfrakturen wie z. B. Schenkelhalsfraktur) durchgeführt werden.
Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Fälle werden im Auswertungsmodul HGV-OSFRAK betrachtet.
Bei korrekter Indikationsstellung sowie einem chirurgisch fachgerechten Eingriff und komplikationslosen Verlauf kann in der Regel von einer Standzeit der Implantate von 15 bis 20 Jahren und mehr ausgegangen werden. Weil mit dieser Operation aber der natürliche Knochen für immer ersetzt wird und zudem ein späterer Wechsel in höherem Lebensalter nicht unproblematisch ist, sollte der geplante Ersatz eines Hüftgelenks sorgfältig abgewogen werden.
Beim Einbau wird das künstliche Hüftgelenk in den körpereigenen Knochen eingebracht. Dabei können so schwerwiegende Komplikationen auftreten, dass ein Wechsel der Prothese oder einzelner Komponenten notwendig wird. Ein (vorzeitiger) Wechsel kann bei einer Lockerung des Implantats, einem Bruch des umliegenden Knochens oder einer Infektion erforderlich sein. Dar-über hinaus können weitere, allgemeine Komplikationen wie Harnwegsinfekte bis hin zu Schlaganfällen oder Herzinfarkten Folge der Operation oder Nachbehandlung sein. Die Wechseloperationen selbst sind chirurgisch anspruchsvolle Eingriffe, die im Vorfeld eine präzise Indikationsstellung erfordern.

Ziel des Auswertungsmoduls HGV-HEP ist es, die Ergebnisqualität bei den genannten Eingriffen abzubilden und zu verbessern sowie die Komplikationsraten während und nach der Operation zu verringern. Mobilität und körperliche Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten sollten möglichst schnell und komplikationslos wiederhergestellt oder verbessert werden.

[1] Destatis. Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS 5). URL:

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html (abgerufen am 02.04.2026)

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

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• QS-Dokumentationsdaten
• standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

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

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	302.669 302.441 228	302.379	100,10
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.059		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.125	1.118	100,63
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	936	929	100,75

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten (GKV) Patientinnen und Patienten betrachten werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)“).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Wechseleingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) wer-den bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Hinweise zu den Tabellen zu den Zählleistungsbereichen „Hüftendoprothesenimplantation“ und „Wechsel und Komponentenwechsel“:

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen.
Im QS-Verfahren HGV-HEP erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens. Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren HGV zu finden (https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-HGV/).

Im QS-Verfahren HGV werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2025 unterschieden:
- Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) 2025- [Erstimplantation einer Hüftendoprothese]
- Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE) 2025- [Hüftendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder Implantation einer Hüftendoprothese nach vorheriger Explantation]

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2025		**geliefert**	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	257.950 257.742 208	257.050	100,35

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.057		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.121	1.113	100,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	936	928	100,86

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	257.742 257.742 -	257.742	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.057		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.121	1.121	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	936	936	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	41.689 41.689 -	45.300	92,03
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.022		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.065	1.064	100,09
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	911	912	99,89

Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	284.556 284.401 155	284.368	100,07
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.058		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.124	1.116	100,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	935	927	100,86

Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Erfassungsjahr 2025		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.171 20.062 109	20.141	100,15
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	970		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	995	995	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	867	866	100,12

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellen Rechenregeln und Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind.
In den Leistungserbringerberichten können ebenfalls Ergebnisse fehlen, wenn Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst haben und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HGV finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hgv/. Unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/ sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Eingriffen aus dem Jahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	Nicht definiert	97,43 % O = 207.185 N = 212.657
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Nicht definiert	90,93 % O = 17.970 N = 19.762
54003	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	7,78 % O = 5.641 N = 72.536
54004	Sturzprophylaxe	Nicht definiert	97,50 % O = 218.420 N = 224.015

© IQTIG 2026

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
Gruppe: Allgemeine Komplikationen			
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 1,98 (95. Perzentil)	0,98 O/E = 10.957 / 11.158,62 15,08 % O/N = 10.957 / 72.653
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 3,18 (95. Perzentil)	0,92 O/E = 3.192 / 3.488,40 1,51 % O/N = 3.192 / 210.936
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 2,13 (95. Perzentil)	0,96 O/E = 1.697 / 1.764,84 9,72 % O/N = 1.697 / 17.457
Gruppe: Spezifische Komplikationen			
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,20 (95. Perzentil)	0,96 O/E = 3.318 / 3.455,88 4,56 % O/N = 3.318 / 72.806
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 2,61 (95. Perzentil)	0,97 O/E = 4.416 / 4.552,16 2,08 % O/N = 4.416 / 212.657
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 1,91 (95. Perzentil)	0,98 O/E = 3.137 / 3.188,93 15,87 % O/N = 3.137 / 19.762

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,75 (95. Perzentil)	0,96 O/E = 6.786 / 7.063,64 2,70 % O/N = 6.786 / 251.248
192300	Kein Treppensteigen bei Entlassung	Nicht definiert	0,98 O/E = 2.869 / 2.923,84 1,45 % O/N = 2.869 / 197.683
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung			
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 4,18 (95. Perzentil)	0,89 O/E = 707 / 790,21 0,31 % O/N = 707 / 228.393
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	0,99 O/E = 3.968 / 3.997,31 5,46 % O/N = 3.968 / 72.653
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	≤ 2,39 (95. Perzentil)	0,89 O/E = 3.600 / 4.044,22 1,25 % O/N = 3.600 / 288.755

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.
Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.
Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zu Eingriffen aus dem Jahr 2025

© IQTIG 2026

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	17,77 % 641 / 3.608	1,80 % 16 / 891
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	≤ 30,00 %	15,10 % 368 / 2.437	3,75 % 27 / 720
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	≤ 2[1]	8,10 % 339 / 4.185	3,44 % 29 / 842
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	≤ 90,00 %	63,38 % 8.475 / 13.372	2,91 % 28 / 961
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0[2]	7,43 % 150 / 2.018	2,82 % 21 / 746
852102	Angabe von ASA 5	= 0[2]	0,01 % 44 / 306.749	0,47 % 5 / 1.059

[1] In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 2 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.
[2] In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 0 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.

© IQTIG 2026

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	100,35 % 257.950 / 257.050	2,70 % 30 / 1.113
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95,00 %	100,07 % 284.556 / 284.368	2,24 % 25 / 1.116
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110,00 %	100,07 % 284.556 / 284.368	0,18 % 2 / 1.116
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	≥ 95,00 %	100,15 % 20.171 / 20.141	5,63 % 56 / 995
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110,00 %	100,15 % 20.171 / 20.141	0,70 % 7 / 995
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,08 % 228 / 302.379	0,36 % 4 / 1.118

© IQTIG 2026

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

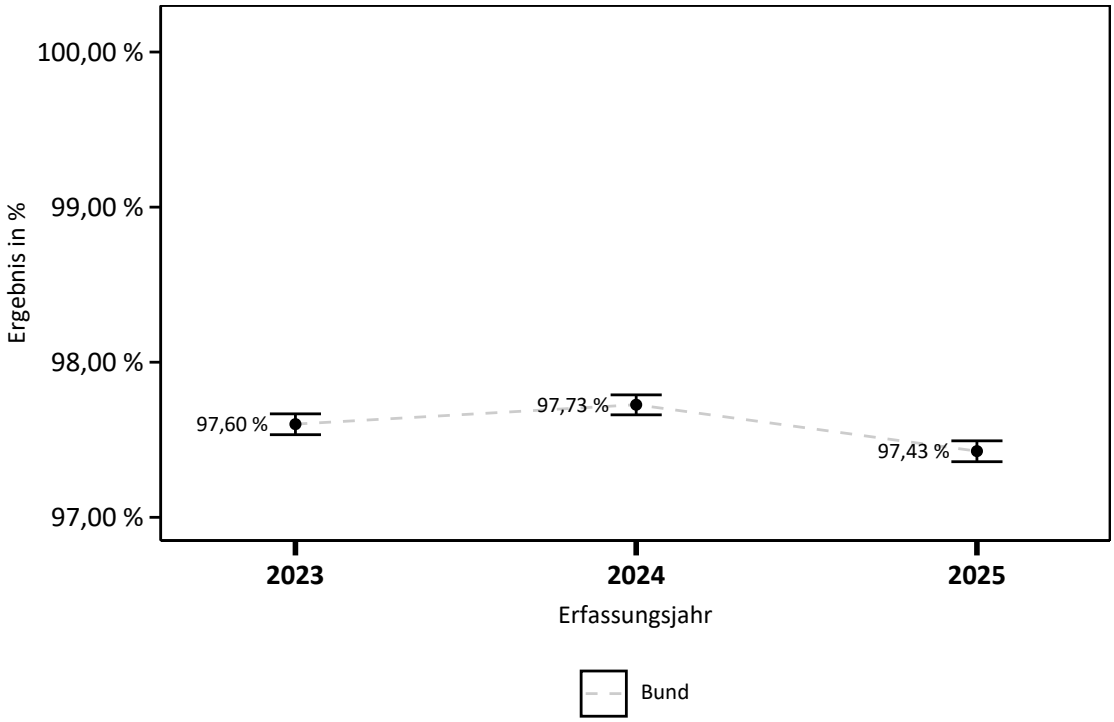
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER bei denen eine osteosynthetische Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassdiagnosen ODER bei denen eine posttraumatische Hüftkopfnekrose vorliegt ODER die das Kriterium Schmerzen und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation ODER das Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation erfüllen
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

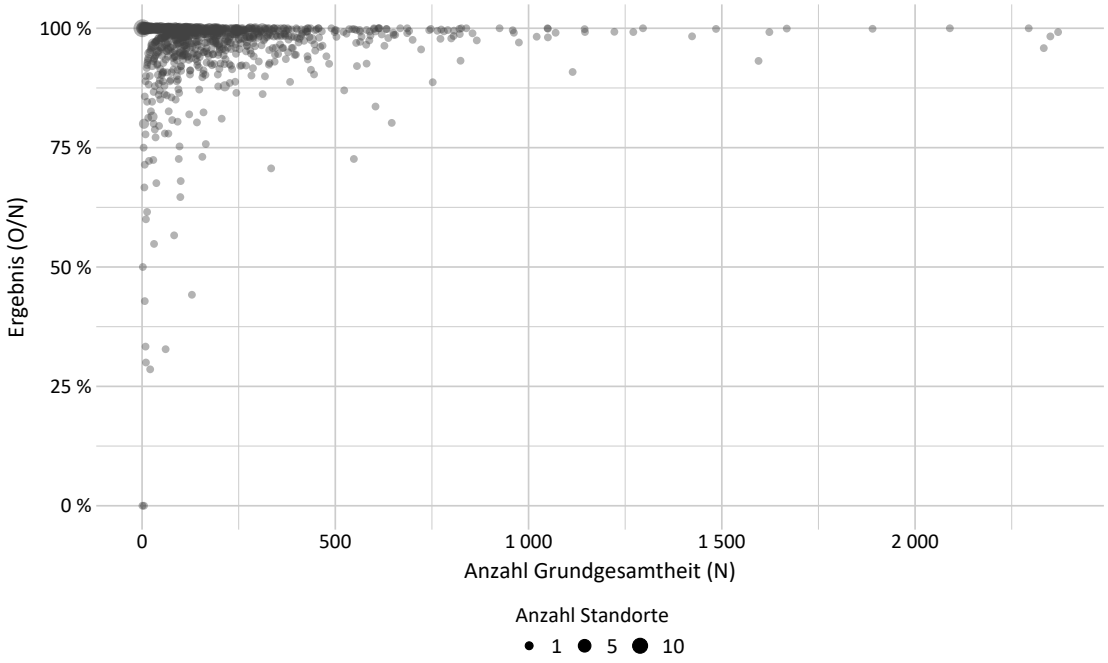
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	195.111 / 199.907	97,60	97,53 - 97,67
	2024	201.806 / 206.502	97,73	97,66 - 97,79
	2025	207.185 / 212.657	97,43	97,36 - 97,49

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.012	0	0,00	100,00	98,96

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 54001** **Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation**	97,43 % 207.185/212.657
1.1.1	ID: 19_22000 Belastungsschmerz und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	23,94 % 49.594/207.185
1.1.2	ID: 19_22001 Ruheschmerz und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	74,85 % 155.078/207.185
1.1.3	ID: 19_22002 Belastungsschmerz und Grad 3-5 der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek	0,16 % 333/207.185
1.1.4	ID: 19_22003 Ruheschmerz und Grad 3-5 der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek	0,73 % 1.510/207.185
1.1.5	ID: 19_22004 Belastungs- oder Ruheschmerz und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation	5,35 % 11.082/207.185
1.1.6	ID: 19_22005 Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation	3,80 % 7.873/207.185
1.1.7	ID: 19_22006 Mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	70,13 % 145.305/207.185
1.1.8	ID: 19_22007 Mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek	0,68 % 1.416/207.185
1.1.9	ID: 19_22008 Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder Voroperation und die ICD M87.25 (Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma)	1,29 % 2.669/207.185

54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

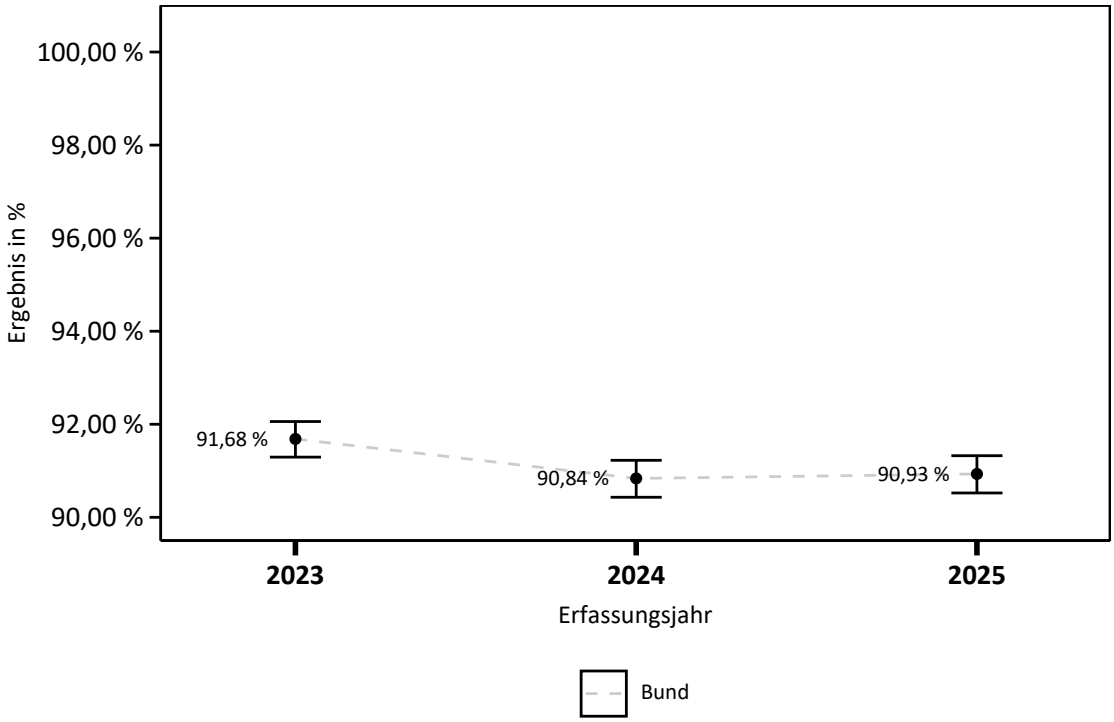
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Wechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit: Endoprothesen(sub)luxation ODER Implantatbruch ODER Periprothetische Fraktur ODER Osteolyse/Knochenzyste, Substanzverlust Pfanne ODER Osteolyse/Knochenzyste, Substanzverlust des Femurs ODER mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens eines der folgenden klinischen/röntgenologischen Kriterien: Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehllage des Schafts, Implantatfehllage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis), Periartikuläre Ossifikation ODER erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ODER Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

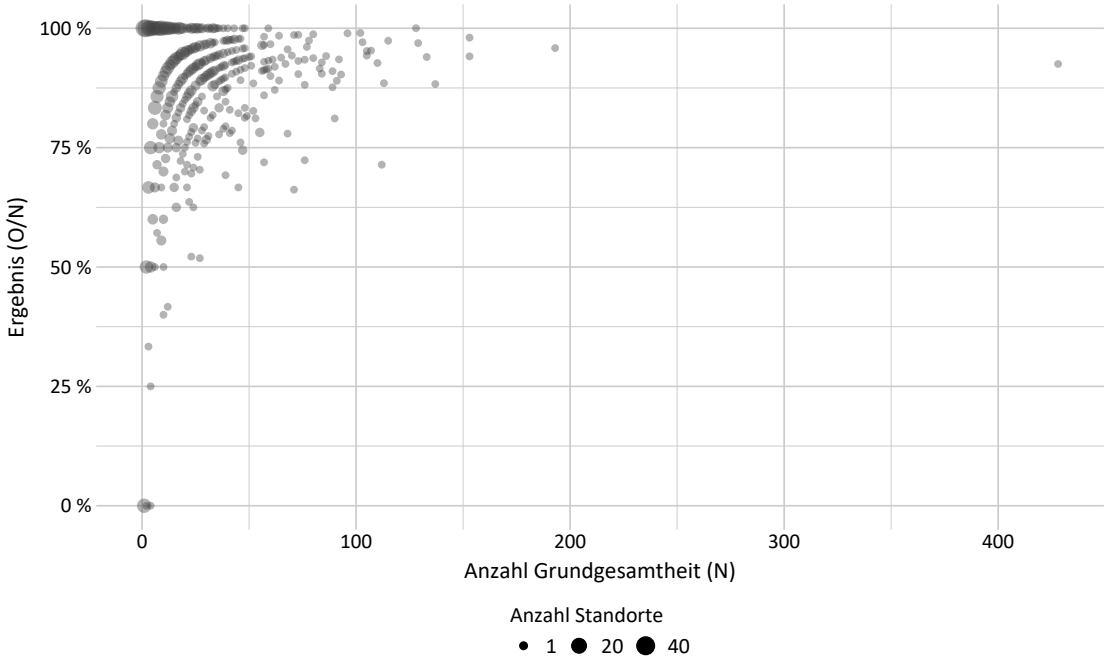
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	18.357 / 20.022	91,68	91,29 - 92,06
	2024	18.408 / 20.265	90,84	90,43 - 91,23
	2025	17.970 / 19.762	90,93	90,52 - 91,32

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	969	0	0,00	100,00	93,75

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	**ID: 54002** **Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel**	90,93 % 17.970/19.762
2.1.1	Angemessene Indikation nach Art des Eingriffs	
2.1.1.1	ID: 19_22009 bei einzeitigem Wechsel	91,82 % 16.124/17.560
2.1.1.2	ID: 19_22010 bei zweizeitigem Wechsel	83,83 % 1.846/2.202
2.1.2	Indikationsgruppen	
2.1.2.1	ID: 19_22011 Endoprothesen(sub)luxation	17,27 % 3.104/17.970
2.1.2.2	ID: 19_22012 Implantatbruch	2,06 % 370/17.970
2.1.2.3	ID: 19_22014 Periprothetische Fraktur	33,90 % 6.092/17.970
2.1.2.4	ID: 19_22015 Knochendefekt Pfanne oder des Femurs	9,72 % 1.746/17.970
2.1.2.5	ID: 19_22023 Schmerzen und mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	47,82 % 8.593/17.970
2.1.2.6	ID: 19_22024 Schmerzen und ein positives mikrobiologisches Kriterium	14,87 % 2.673/17.970
2.1.2.7	ID: 19_22025 Entzündungszeichen im Labor und ein positives mikrobiologisches Kriterium	14,08 % 2.531/17.970

2.1.3 Indikationsgruppen nach Art des Eingriffs: Ergebnis Bund (gesamt)	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
Endoprothesen(sub)luxation	ID: 19_22026 18,85 % 3.040/16.124	ID: 19_22041 3,47 % 64/1.846
Implantatbruch	ID: 19_22027 2,19 % 353/16.124	ID: 19_22042 0,92 % 17/1.846
Periprothetische Fraktur	ID: 19_22029 36,91 % 5.952/16.124	ID: 19_22044 7,58 % 140/1.846

2.1.3 Indikationsgruppen nach Art des Eingriffs: Ergebnis Bund (gesamt)	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
Knochendefekt Pfanne oder des Femurs	ID: 19_22030 8,78 % 1.415/16.124	ID: 19_22045 17,93 % 331/1.846
Schmerzen und mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	ID: 19_22038 49,62 % 8.001/16.124	ID: 19_22053 32,07 % 592/1.846
Schmerzen und ein positives mikrobiologisches Kriterium	ID: 19_22039 8,00 % 1.290/16.124	ID: 19_22054 74,92 % 1.383/1.846
Entzündungszeichen im Labor und ein positives mikrobiologisches Kriterium	ID: 19_22040 7,47 % 1.205/16.124	ID: 19_22055 71,83 % 1.326/1.846

54003: Präoperative Verweildauer

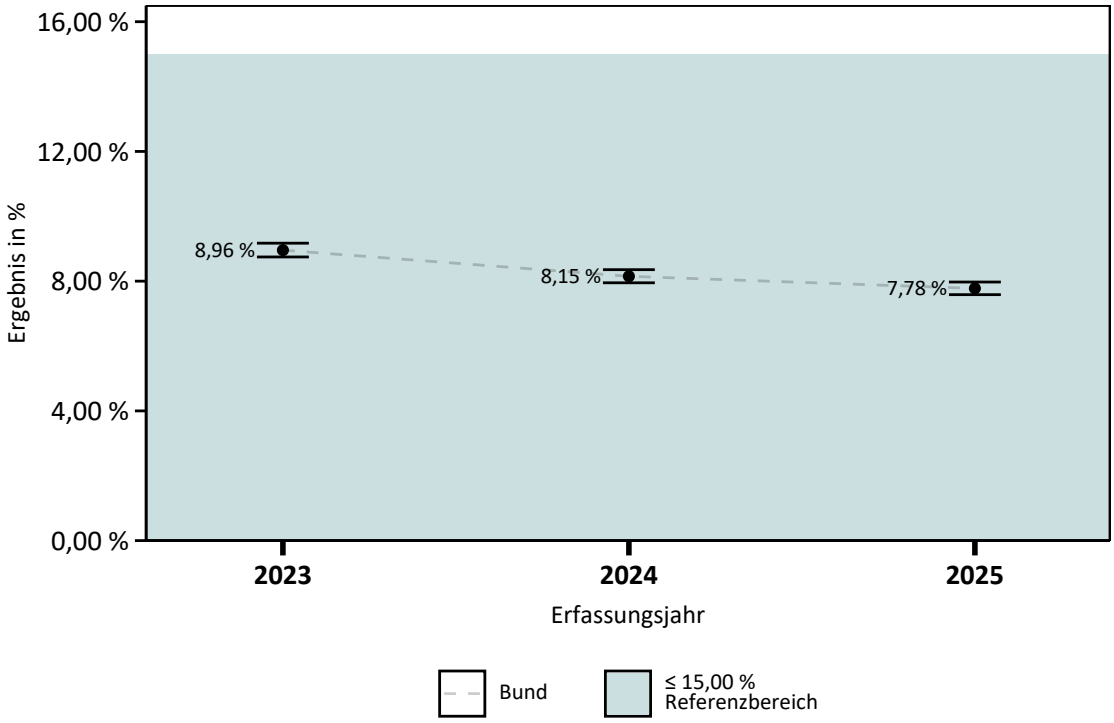
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit subtrochantärer Fraktur (S72.2*), Fraktur des Femurschaftes (S72.3), Distale Fraktur des Femurs (S72.4), Multiple Frakturen des Femurs (S72.7) ohne gleichzeitige pertrochantäre Fraktur (S72.1*) oder Schenkelhalsfraktur (S72.0*) sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation später als 48 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

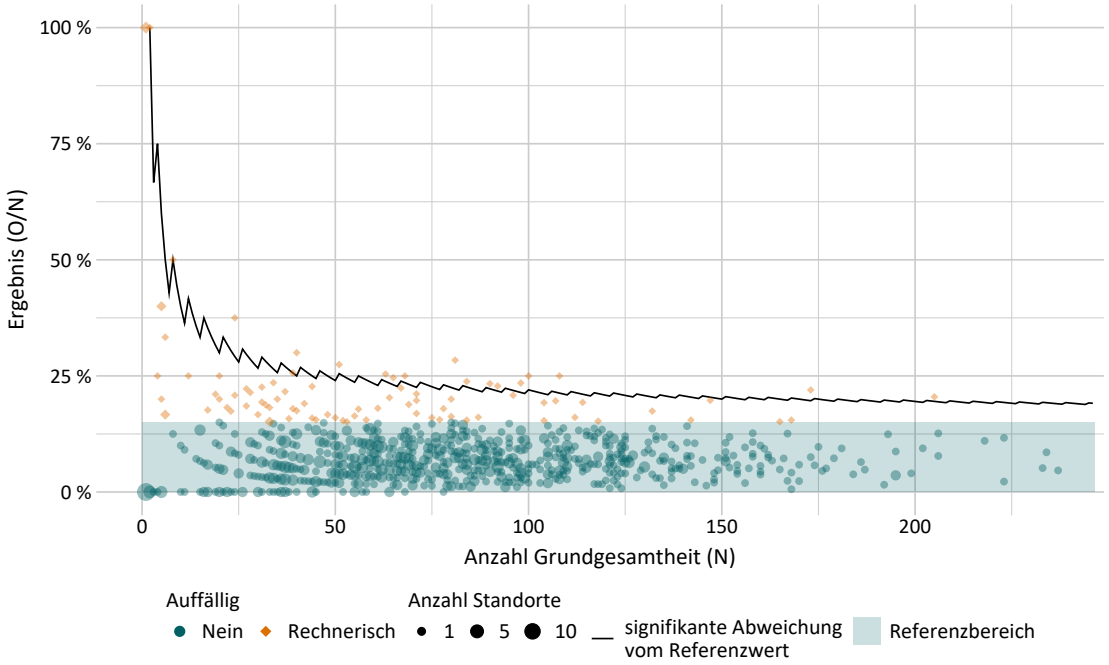
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	2023	6.239 / 69.665	8,96	8,75 - 9,17
	2024	5.744 / 70.479	8,15	7,95 - 8,35
	2025	5.641 / 72.536	7,78	7,58 - 7,97

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	935	90	0,00	100,00	6,85

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	**ID: 54003** **Präoperative Verweildauer > 48 Stunden**	7,78 % 5.641/72.536
3.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag	
3.1.1.1	ID: 19_22059 Montag bis Donnerstag	7,48 % 3.248/43.408
3.1.1.2	ID: 19_22060 Freitag	9,87 % 1.039/10.526
3.1.1.3	ID: 19_22061 Samstag	8,18 % 794/9.701
3.1.1.4	ID: 19_22062 Sonntag	6,29 % 560/8.901
3.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie	
3.1.2.1	ID: 19_22063 ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	6,63 % 2.784/42.009
3.1.2.2	ID: 19_22064 mit gerinnungshemmender Dauertherapie[1]	9,36 % 2.857/30.527
3.1.2.2.1	ID: 19_22065 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	18,05 % 205/1.136
3.1.2.2.2	ID: 19_22066 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	10,61 % 1.664/15.683
3.1.2.2.3	ID: 19_22067 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	7,17 % 979/13.651
3.1.2.2.4	ID: 19_22068 sonstige	13,98 % 91/651
3.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation	
3.1.3.1	ID: 19_22070 ASA 1	2,75 % 30/1.090
3.1.3.2	ID: 19_22071 ASA 2	4,51 % 820/18.183
3.1.3.3	ID: 19_22072 ASA 3	8,19 % 3.941/48.097
3.1.3.4	ID: 19_22073 ASA 4	16,41 % 841/5.124
3.1.3.5	ID: 19_22074 ASA 5	21,43 % 9/42

[1] Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 19_22103 Fraktureereignis vor stationärer Aufnahme	98,40 % 71.373/72.536
3.2.1	ID: 19_22104 verlängerte präoperative Verweildauer	7,67 % 5.472/71.373

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 19_22120 Fraktureereignis während des stationären Aufenthaltes	1,60 % 1.163/72.536
3.3.1	ID: 19_22121 verlängerte präoperative Verweildauer	14,53 % 169/1.163

3.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 19_22122 14,89 % 10.804/72.536	ID: 19_22128 16,94 % 9.632/56.853	ID: 19_22134 7,47 % 1.172/15.683
≤ 12 Stunden	ID: 19_22123 28,31 % 20.537/72.536	ID: 19_22129 31,42 % 17.864/56.853	ID: 19_22135 17,04 % 2.673/15.683
≤ 24 Stunden	ID: 19_22124 78,53 % 56.959/72.536	ID: 19_22130 82,60 % 46.962/56.853	ID: 19_22136 63,74 % 9.997/15.683
≤ 36 Stunden	ID: 19_22125 87,99 % 63.823/72.536	ID: 19_22131 90,14 % 51.246/56.853	ID: 19_22137 80,20 % 12.577/15.683
≤ 48 Stunden	ID: 19_22126 92,22 % 66.895/72.536	ID: 19_22132 93,00 % 52.876/56.853	ID: 19_22138 89,39 % 14.019/15.683
> 48 Stunden	ID: 19_22127 7,78 % 5.641/72.536	ID: 19_22133 7,00 % 3.977/56.853	ID: 19_22139 10,61 % 1.664/15.683

3.5 Zeit zwischen Aufnahme und Operation (ohne Inhouse-Stürze) Ergebnis Bund (gesamt)	**Gesamt**	**Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	**Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**
≤ 6 Stunden	ID: 19_22140 14,79 % 10.731/72.536	ID: 19_22146 16,84 % 9.576/56.853	ID: 19_22152 7,36 % 1.155/15.683
≤ 24 Stunden	ID: 19_22142 77,59 % 56.280/72.536	ID: 19_22148 81,69 % 46.445/56.853	ID: 19_22154 62,71 % 9.835/15.683
≤ 48 Stunden	ID: 19_22144 91,08 % 66.068/72.536	ID: 19_22150 91,95 % 52.275/56.853	ID: 19_22156 87,95 % 13.793/15.683
> 48 Stunden	ID: 19_22145 8,92 % 6.468/72.536	ID: 19_22151 8,05 % 4.578/56.853	ID: 19_22157 12,05 % 1.890/15.683

3.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	**Gesamt**	**Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	**Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**
≤ 6 Stunden	ID: 19_22158 0,11 % 79/72.536	ID: 19_22162 0,11 % 62/56.853	ID: 19_22166 0,11 % 17/15.683
≤ 24 Stunden	ID: 19_22159 1,01 % 735/72.536	ID: 19_22163 0,98 % 557/56.853	ID: 19_22167 1,13 % 178/15.683
≤ 48 Stunden	ID: 19_22160 1,37 % 994/72.536	ID: 19_22164 1,27 % 722/56.853	ID: 19_22168 1,73 % 272/15.683
> 48 Stunden	ID: 19_22161 0,23 % 169/72.536	ID: 19_22165 0,18 % 102/56.853	ID: 19_22169 0,43 % 67/15.683

54004: Sturzprophylaxe

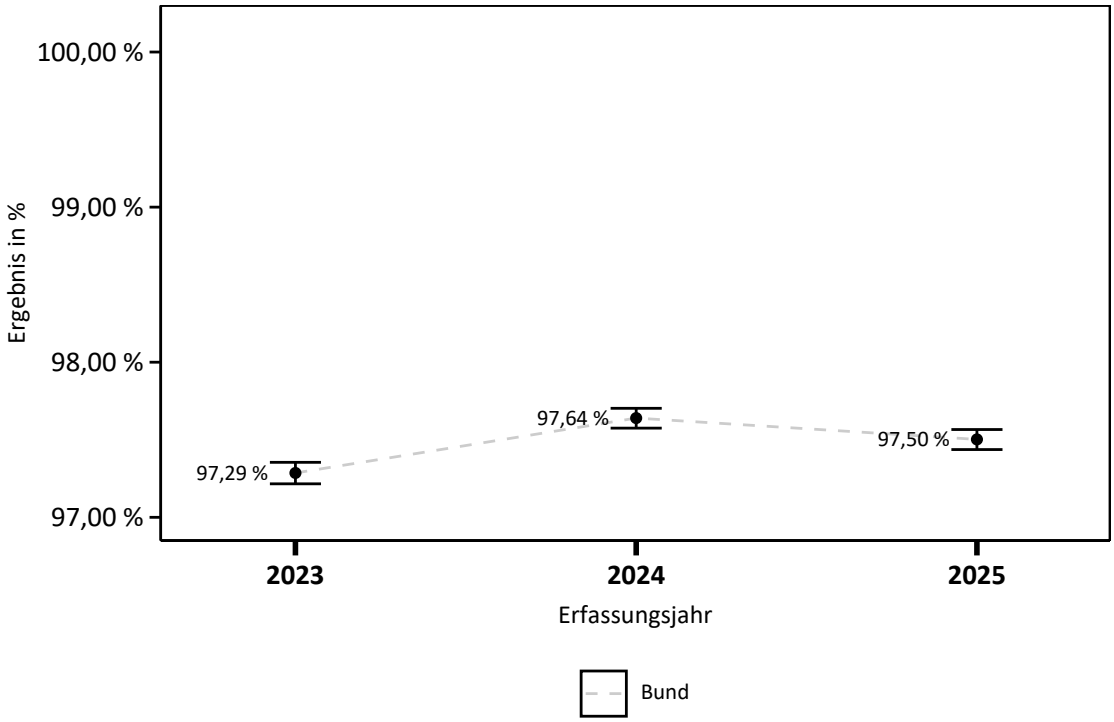
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (=Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

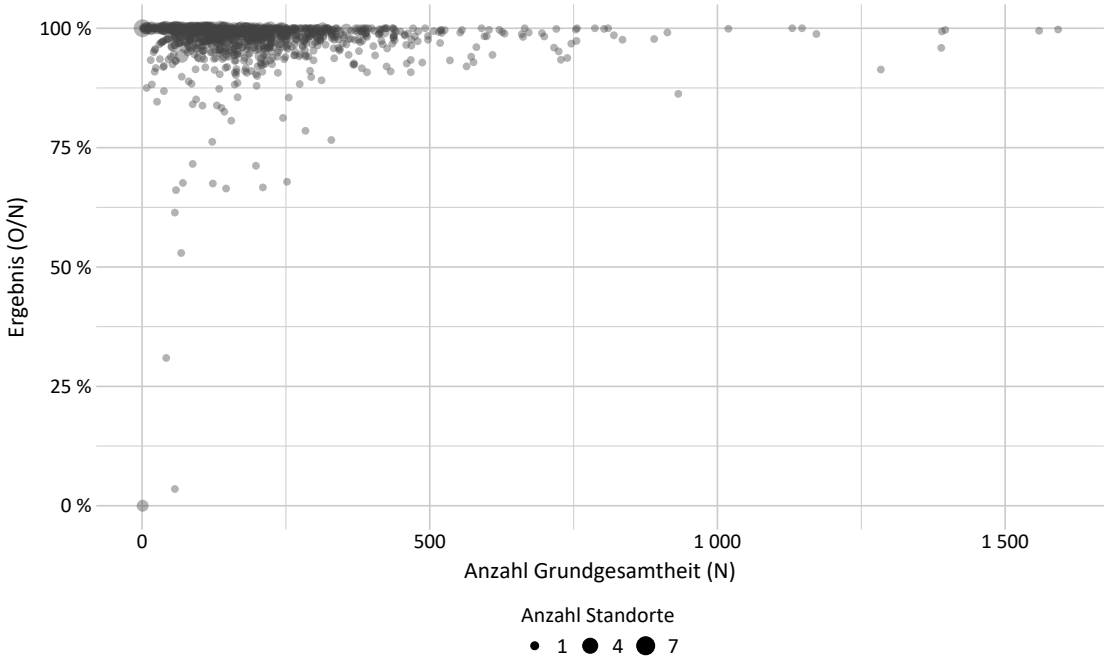
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	205.692 / 211.430	97,29	97,22 - 97,35
	2024	211.773 / 216.892	97,64	97,58 - 97,70
	2025	218.420 / 224.015	97,50	97,44 - 97,57

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.056	0	0,00	100,00	98,79

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren[2]	
4.1.1	ID: 19_22170 Sturzrisikofaktoren erfasst	98,04 % 219.625/224.015
4.1.2	ID: 19_22172 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	97,77 % 219.029/224.015
4.1.3	**ID: 54004** **Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)**	97,50 % 218.420/224.015

[2] Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

4.2 Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren Ergebnis Bund (gesamt)[3]	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Sturzrisikofaktoren erfasst	ID: 19_22538 98,04 % 219.625/224.015	ID: 19_22178 98,09 % 66.881/68.180	ID: 19_22185 97,98 % 138.206/141.055	ID: 19_22192 98,47 % 14.765/14.994	ID: 19_22199 97,47 % 1.538/1.578
Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	ID: 19_22539 97,77 % 219.029/224.015	ID: 19_22179 97,83 % 66.700/68.180	ID: 19_22186 97,70 % 137.804/141.055	ID: 19_22193 98,31 % 14.741/14.994	ID: 19_22200 97,78 % 1.543/1.578

[3] Ausgeschlossen werden Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen

54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54015
Referenzbereich	≤ 1,98 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter um 72 Alter ab 72 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 vorbestehende Koxarthrose Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke - im Zimmer mobil oder immobil Diagnose - Adipositas Diagnose - Alimentaere_Annaemie Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Depressionen Diagnose - Drogenabusus Diagnose - Entzuendliche_Erkrankungen_Verdauungstraktes Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Herzkreislauferkrankungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Metastasierende_Tumorerkrankung Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Peptische_Ulkuserkrankung_ohne_Blutung Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf Diagnose - Rheuma_Arthritis
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

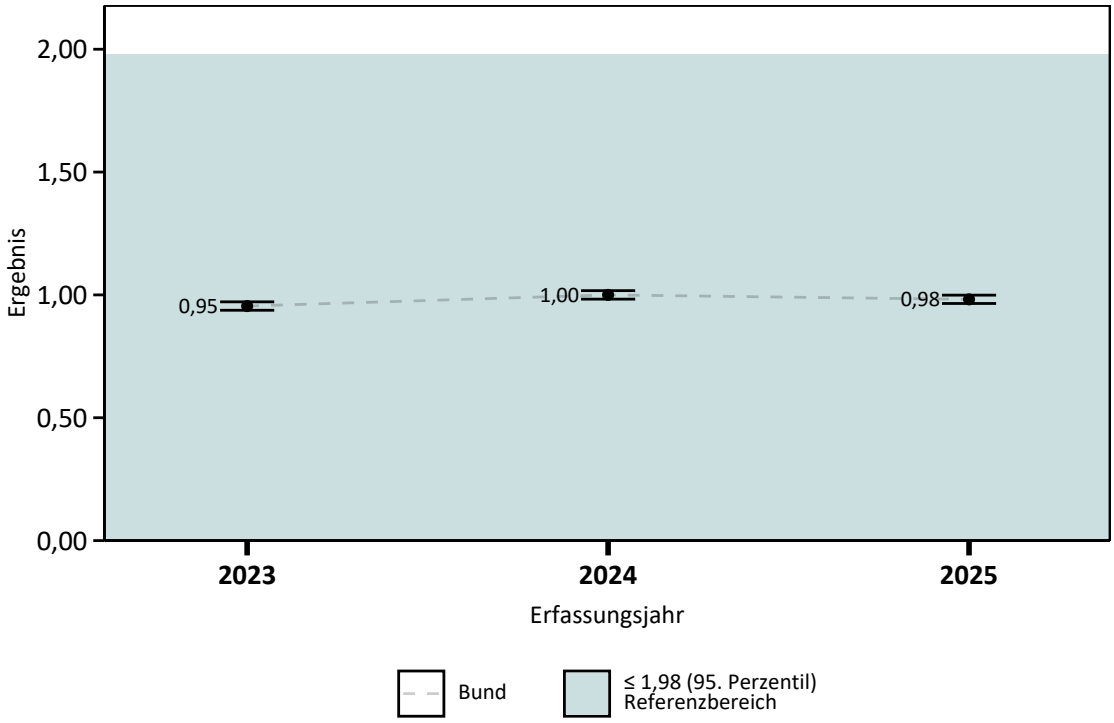
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	69.750	10.158 / 10.641,17	0,95	0,94 - 0,97
	2024	70.594	10.839 / 10.839,00	1,00	0,98 - 1,02
	2025	72.653	10.957 / 11.158,62	0,98	0,97 - 1,00

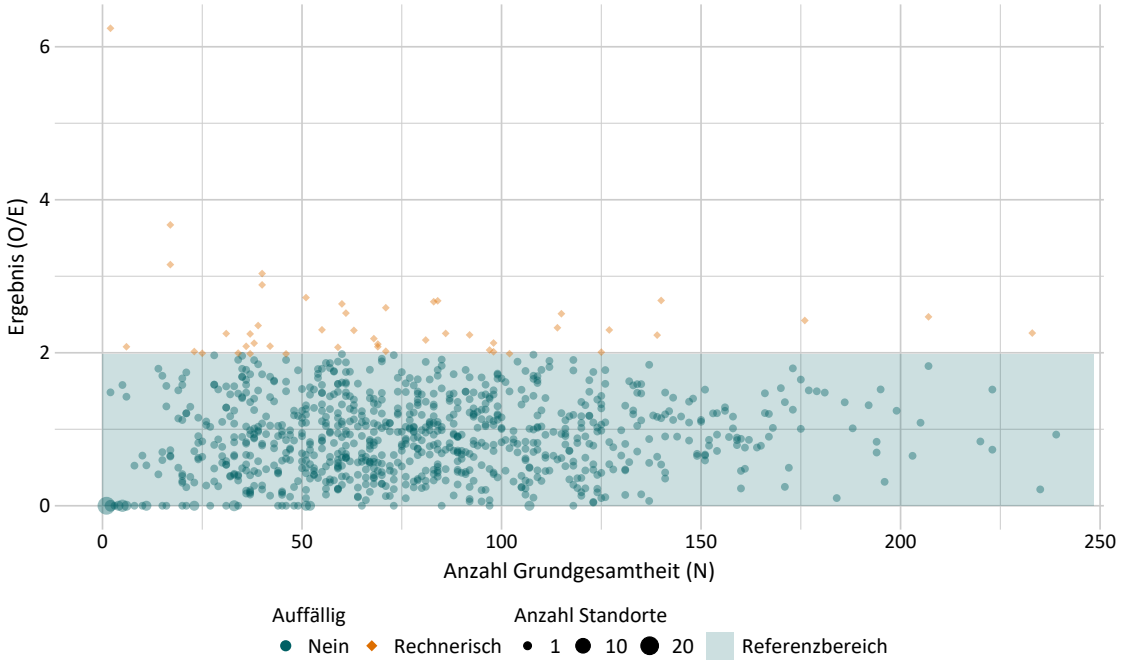
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

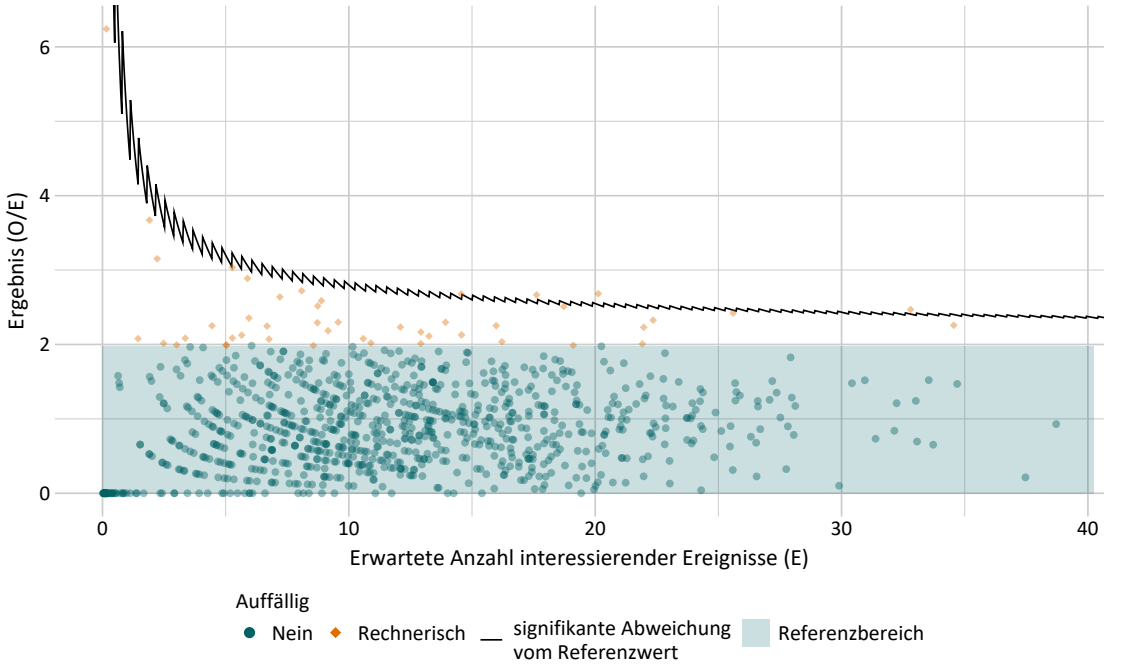
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	935	46	0,00	6,24	0,90

54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei elektiver Erstimplantation, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54016
Referenzbereich	≤ 3,18 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter um 56 Alter ab 56 Alter ab 80 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3, 4 oder 5 Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock oder Rollstuhl oder bettlägerig Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke - im Zimmer mobil Gehstrecke - immobil Diagnose - Adipositas Diagnose - Alimentaere_Annaemie Diagnose - Andere_Herzerkrankungen Diagnose - Andere_neurologische_Erkrankungen Diagnose - Chronische_Lungenerkrankungen Diagnose - Depressionen Diagnose - Drogenabusus Diagnose - Entzuendliche_Erkrankungen_Verdauungstraktes Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Herzkreislauferkrankungen Diagnose - Intrakranielle_Blutungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Psychosen Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf

Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

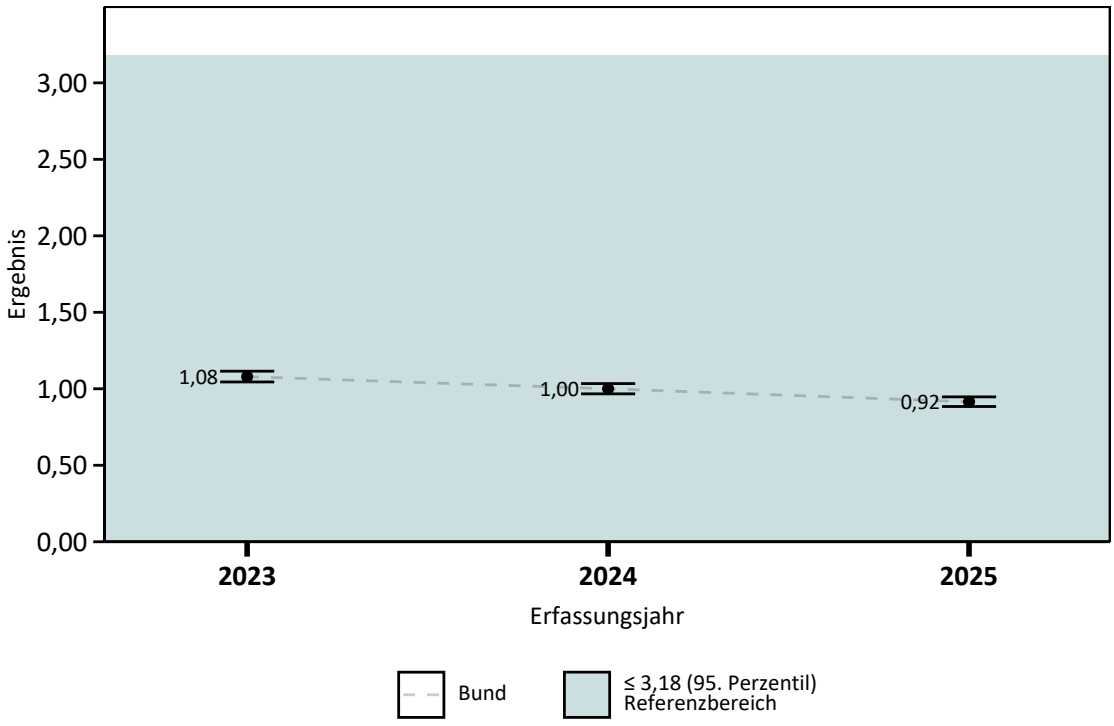
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	198.372	3.556 / 3.294,71	1,08	1,04 - 1,12
	2024	204.985	3.363 / 3.363,00	1,00	0,97 - 1,03
	2025	210.936	3.192 / 3.488,40	0,92	0,88 - 0,95

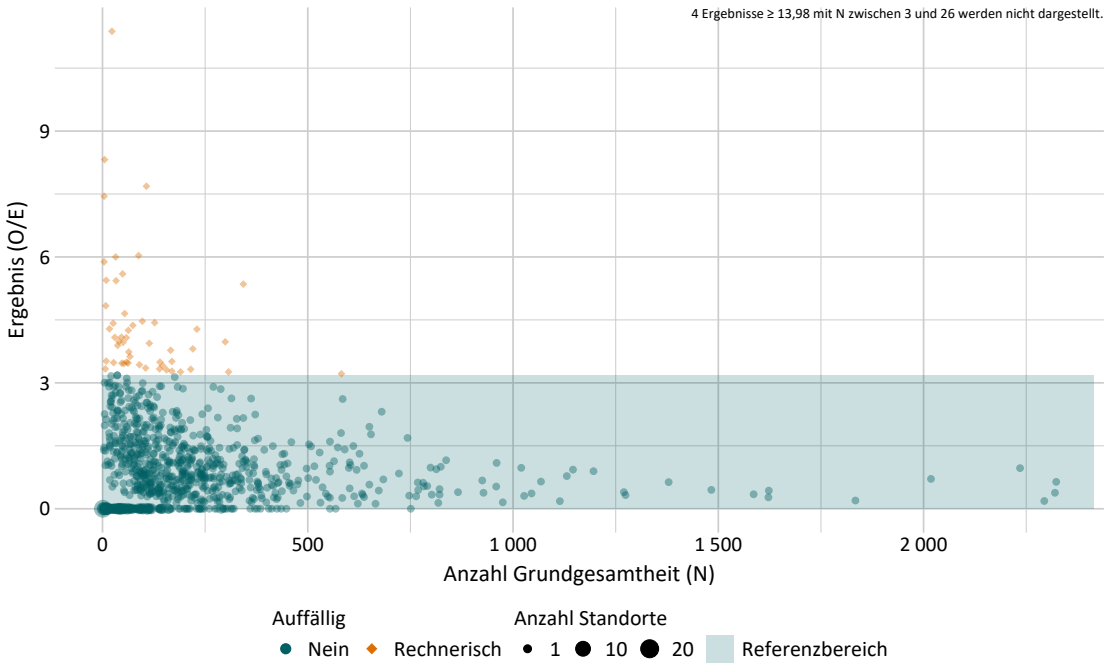
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

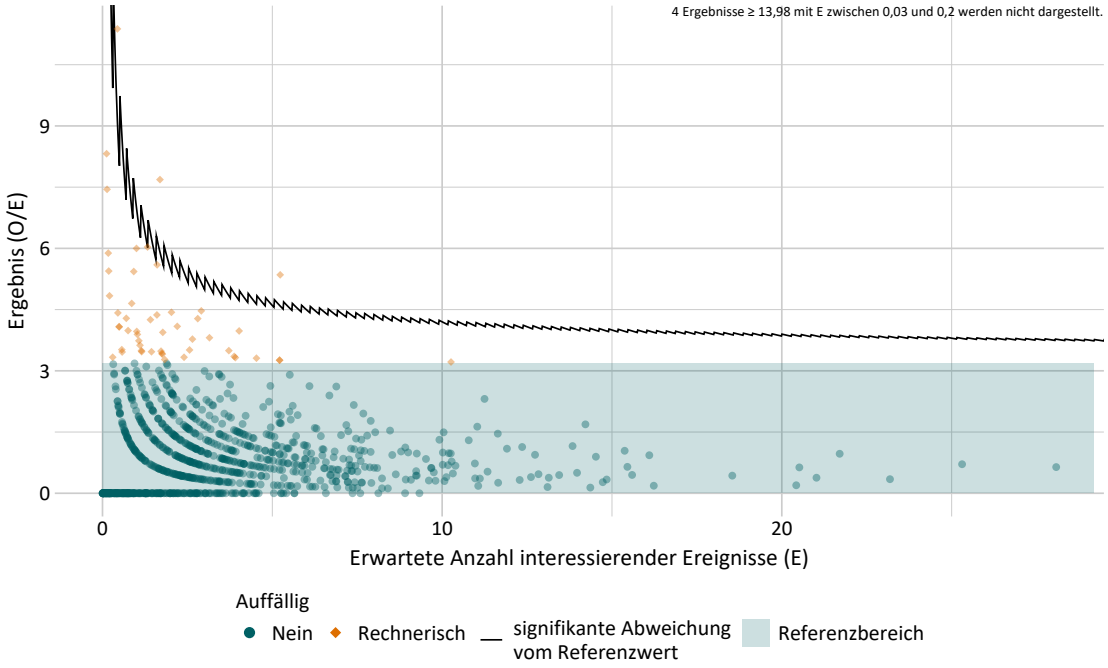
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



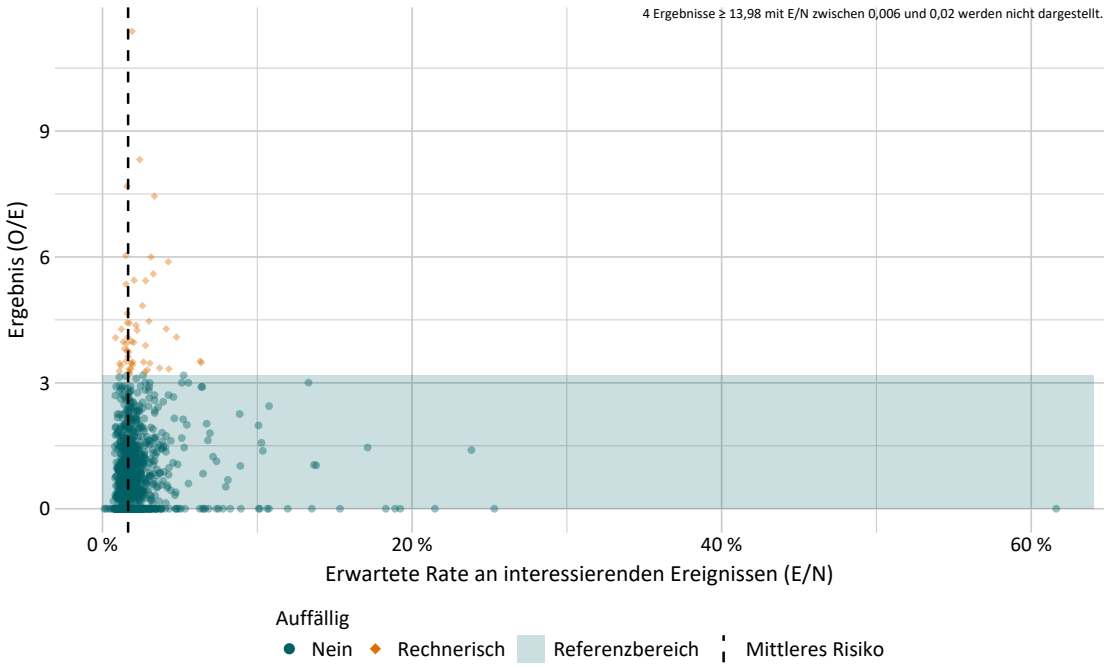
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.012	55	0,00	32,37	0,74

54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur.
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54017
Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 Wundkontaminationsklassifikation - kontaminierte oder septische Eingriffe Periprothetische Fraktur Eingriffsart - Zweizeitiger Wechsel Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock oder Rollator/Gehbock oder bettlägerig Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich oder im Zimmer mobil oder immobil Diagnose - Adipositas Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Andere_Herzerkrankungen Diagnose - boesartige_solide_Tumorerkrankungen Diagnose - Depressionen Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Intrakranielle_Blutungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

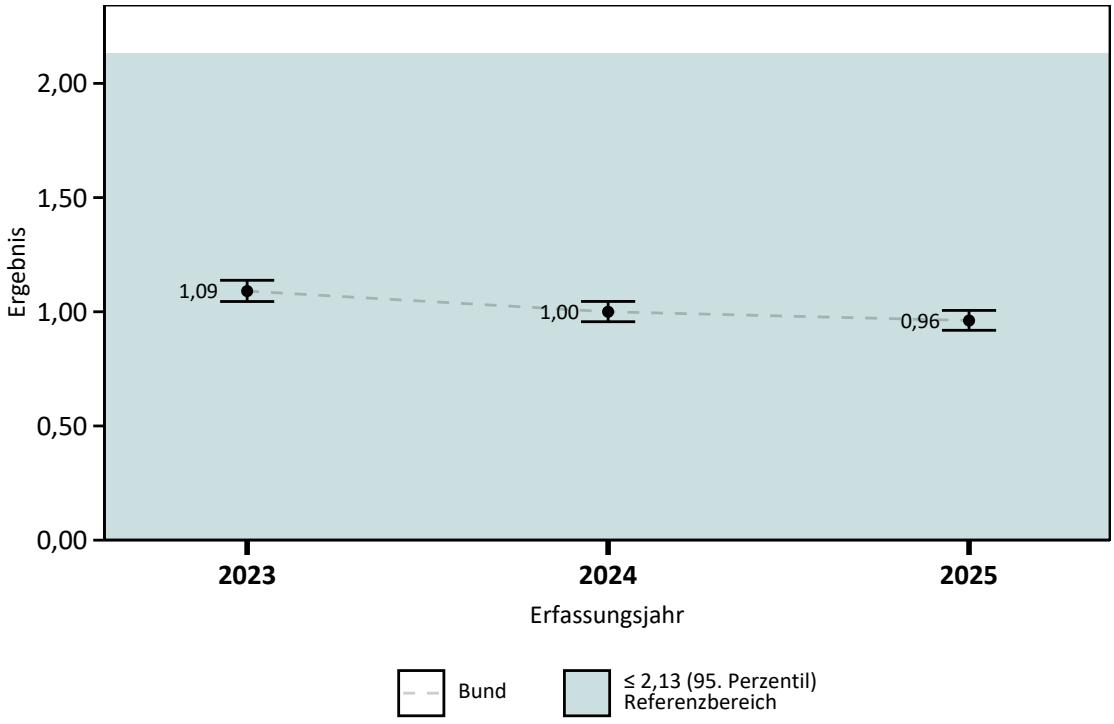
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	17.528	1.887 / 1.730,38	1,09	1,04 - 1,14
	2024	17.708	1.757 / 1.757,00	1,00	0,96 - 1,05
	2025	17.457	1.697 / 1.764,84	0,96	0,92 - 1,01

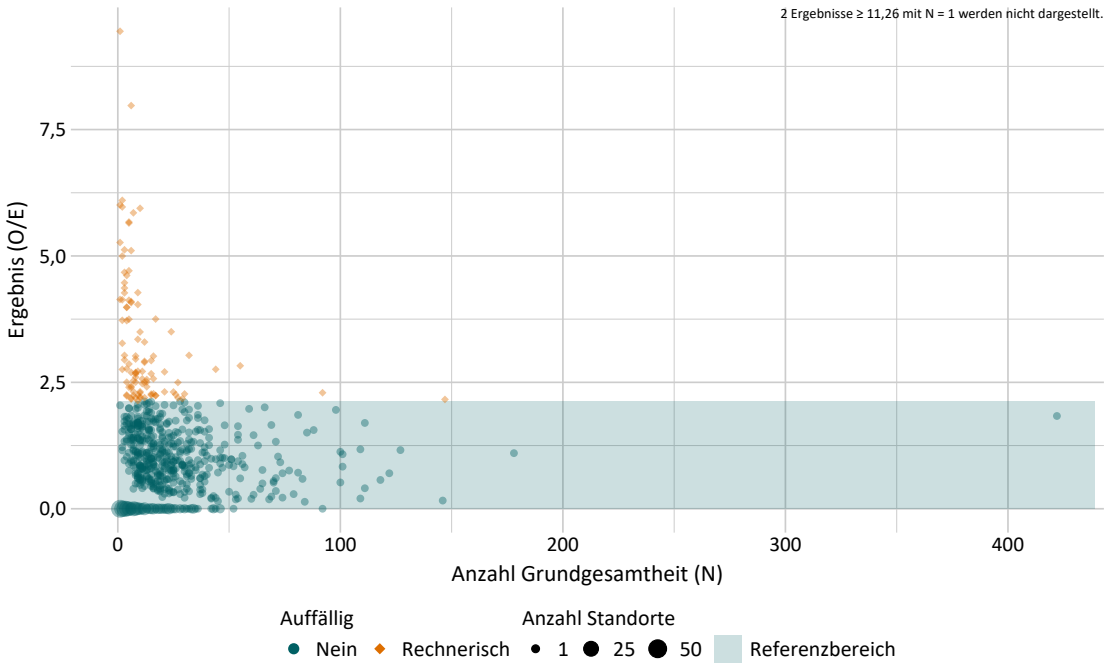
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

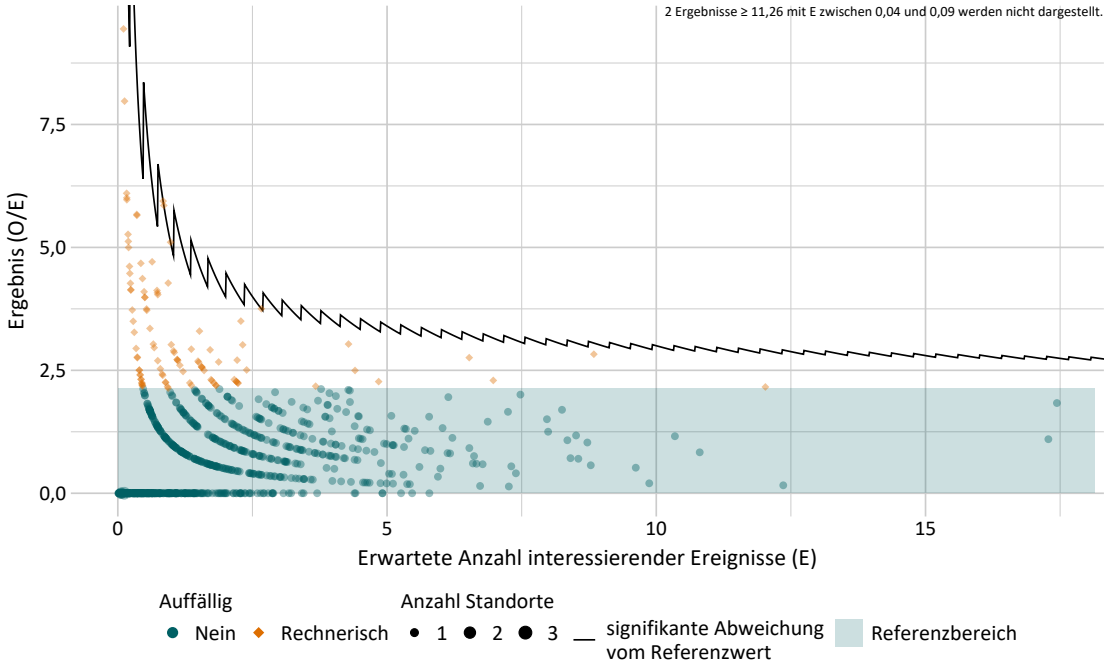
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



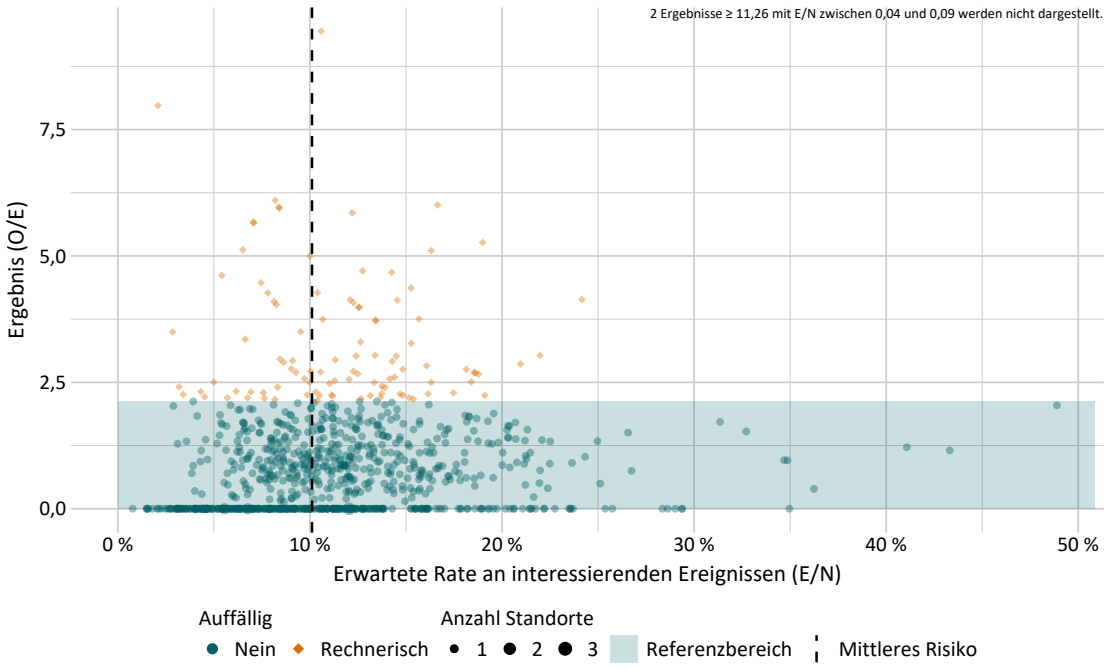
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	932	103	0,00	26,25	0,64

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 19_22229 Allgemeine postoperative Komplikationen ohne sonstige Komplikationen[4]	5,26 % 15.846/301.046
5.1.1	bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
5.1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation[5]	
5.1.1.1.1	ID: O_54015 O/N (observed, beobachtet)	15,08 % 10.957/72.653
5.1.1.1.2	ID: E_54015 E/N (expected, erwartet)	15,36 % 11.158,62/72.653
5.1.1.1.3	**ID: 54015** **O/E**	0,98
5.1.2	bei elektiver Erstimplantation	
5.1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation	
5.1.2.1.1	ID: O_54016 O/N (observed, beobachtet)	1,51 % 3.192/210.936
5.1.2.1.2	ID: E_54016 E/N (expected, erwartet)	1,65 % 3.488,40/210.936
5.1.2.1.3	**ID: 54016** **O/E**	0,92
5.1.3	bei Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
5.1.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation	
5.1.3.1.1	ID: O_54017 O/N (observed, beobachtet)	9,72 % 1.697/17.457
5.1.3.1.2	ID: E_54017 E/N (expected, erwartet)	10,11 % 1.764,84/17.457
5.1.3.1.3	**ID: 54017** **O/E**	0,96

[4] bezogen auf den ersten Eingriff

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Allgemeine postoperative Komplikationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur, elektiver Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel[6]	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.1	ID: 19_22231 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	5,26 % 15.846/301.046
5.2.2	ID: 19_22233 Pneumonie	1,29 % 3.883/301.046
5.2.3	ID: 19_22234 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1,38 % 4.158/301.046
5.2.4	ID: 19_22235 tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,08 % 238/301.046
5.2.5	ID: 19_22236 Lungenembolie	0,28 % 843/301.046
5.2.6	ID: 19_22237 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1,09 % 3.284/301.046
5.2.7	ID: 19_22238 Schlaganfall	0,20 % 593/301.046
5.2.8	ID: 19_22239 akute gastrointestinale Blutung	0,18 % 528/301.046
5.2.9	ID: 19_22240 akute Niereninsuffizienz	1,10 % 3.299/301.046
5.2.10	ID: 19_22241 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,66 % 2.001/301.046
5.2.11	ID: 19_22242 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[7]	3,72 % 11.211/301.046

[6] bezogen auf den ersten Eingriff

[7] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

5.3 Allgemeine postoperative Komplikationen (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Pneumonie	ID: 19_22510 1,29 % 3.883/301.046	ID: 19_22245 4,27 % 3.099/72.653	ID: 19_22256 0,19 % 407/210.936	ID: 19_22267 2,26 % 346/15.332	ID: 19_22278 1,46 % 31/2.125
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	ID: 19_22511 1,38 % 4.158/301.046	ID: 19_22246 3,70 % 2.689/72.653	ID: 19_22257 0,41 % 861/210.936	ID: 19_22268 3,46 % 531/15.332	ID: 19_22279 3,62 % 77/2.125

5.3 Allgemeine postoperative Komplikationen (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	**alle Eingriffsarten**	**Hüftgelenknahe Femurfraktur**	**Elektive Erstimplantation**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	ID: 19_22512 0,08 % 238/301.046	ID: 19_22247 0,13 % 97/72.653	ID: 19_22258 0,05 % 102/210.936	ID: 19_22269 0,20 % 31/15.332	ID: 19_22280 0,38 % 8/2.125
Lungenembolie	ID: 19_22513 0,28 % 843/301.046	ID: 19_22248 0,74 % 538/72.653	ID: 19_22259 0,10 % 201/210.936	ID: 19_22270 0,59 % 90/15.332	ID: 19_22281 0,66 % 14/2.125
katheterassoziierte Harnwegsinfektion	ID: 19_22514 1,09 % 3.284/301.046	ID: 19_22249 3,35 % 2.437/72.653	ID: 19_22260 0,24 % 512/210.936	ID: 19_22271 2,04 % 313/15.332	ID: 19_22282 1,04 % 22/2.125
Schlaganfall	ID: 19_22515 0,20 % 593/301.046	ID: 19_22250 0,53 % 387/72.653	ID: 19_22261 0,07 % 151/210.936	ID: 19_22272 0,35 % 53/15.332	ID: 19_22283 x % ≤3/2.125
akute gastrointestinale Blutung	ID: 19_22516 0,18 % 528/301.046	ID: 19_22251 0,51 % 372/72.653	ID: 19_22262 0,05 % 105/210.936	ID: 19_22273 0,32 % 49/15.332	ID: 19_22284 x % ≤3/2.125
akute Niereninsuffizienz	ID: 19_22517 1,10 % 3.299/301.046	ID: 19_22252 2,82 % 2.047/72.653	ID: 19_22263 0,43 % 909/210.936	ID: 19_22274 1,90 % 292/15.332	ID: 19_22285 2,40 % 51/2.125
Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	ID: 19_22518 0,66 % 2.001/301.046	ID: 19_22254 1,98 % 1.436/72.653	ID: 19_22265 0,16 % 345/210.936	ID: 19_22276 1,29 % 198/15.332	ID: 19_22287 1,04 % 22/2.125
gesamt	ID: 19_22519 5,26 % 15.846/301.046	ID: 19_22506 15,08 % 10.957/72.653	ID: 19_22507 1,51 % 3.192/210.936	ID: 19_22508 9,85 % 1.510/15.332	ID: 19_22509 8,80 % 187/2.125
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	ID: 19_22520 3,72 % 11.211/301.046	ID: 19_22255 9,14 % 6.638/72.653	ID: 19_22266 1,41 % 2.972/210.936	ID: 19_22277 8,69 % 1.333/15.332	ID: 19_22288 12,61 % 268/2.125

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen

54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54018
Referenzbereich	≤ 2,20 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter um 81 Alter ab 81 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3, 4 oder 5 Wundkontamination - bedingt aseptische, kontaminierte oder septische Eingriffe hüftgelenknahe Femurfraktur - Abduktionsfraktur hüftgelenknahe Femurfraktur - unverschoben hüftgelenknahe Femurfraktur - verschoben hüftgelenknahe Femurfraktur - komplett verschoben Frakturlokalisation - lateral Frakturlokalisation - pertrochantär Voroperation am betroffenen Hüftgelenk Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock oder Rollator/Gehbock Gehhilfen - Rollstuhl oder bettlägerig Diagnose - Adipositas Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Depressionen Diagnose - Drogenabusus Diagnose - Entzuendliche_Erkrankungen_Verdauungstraktes Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Hypothyreose Diagnose - Knochenstoffwechselstoerung Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Rheuma_Arthritis
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

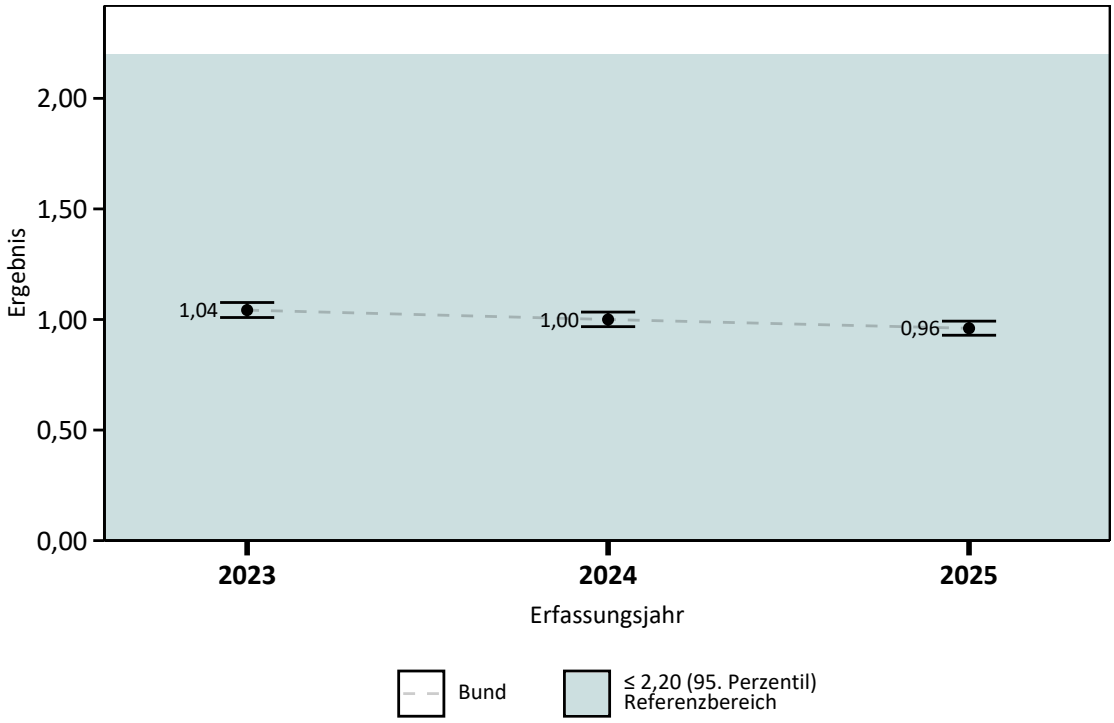
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	69.963	3.450 / 3.309,98	1,04	1,01 - 1,08
	2024	70.745	3.360 / 3.360,00	1,00	0,97 - 1,03
	2025	72.806	3.318 / 3.455,88	0,96	0,93 - 0,99

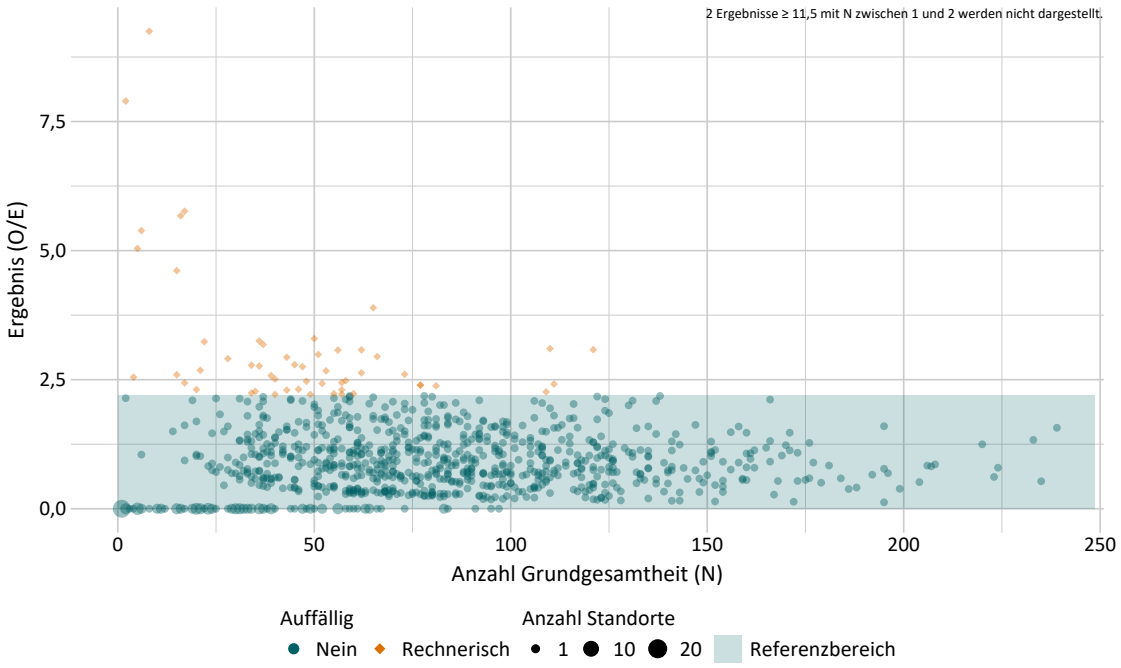
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

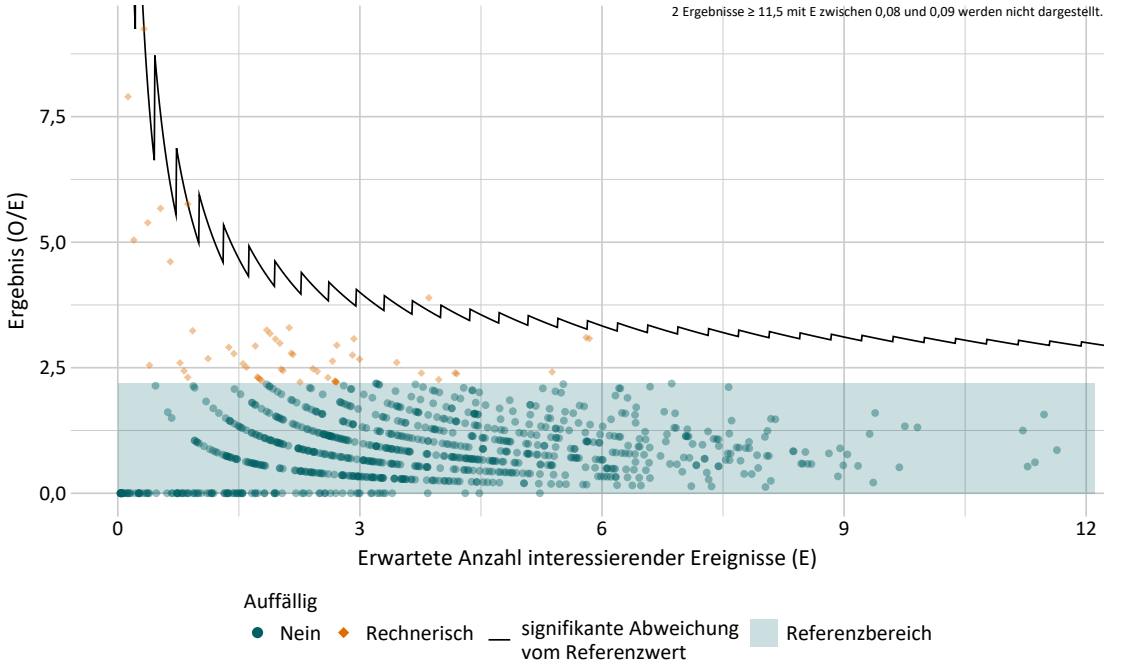
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



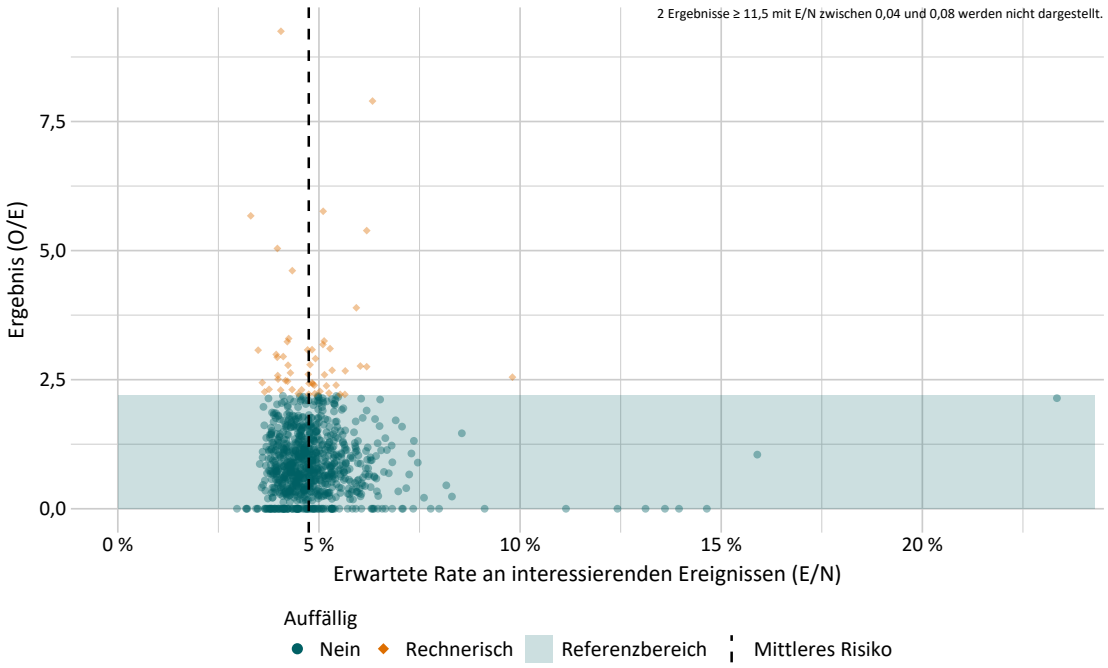
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	935	55	0,00	12,88	0,84

54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54019
Referenzbereich	≤ 2,61 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 Wundkontamination - bedingt aseptische, kontaminierte oder septische Eingriffe Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock Gehhilfen - Rollstuhl oder bettlägerig Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke - im Zimmer mobil oder immobil Diagnose - Adipositas Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Depressionen Diagnose - Drogenabusus Diagnose - Entzuendliche_Erkrankungen_Verdauungstraktes Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Knochennekrose Diagnose - Knochenstoffwechselstoerung Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

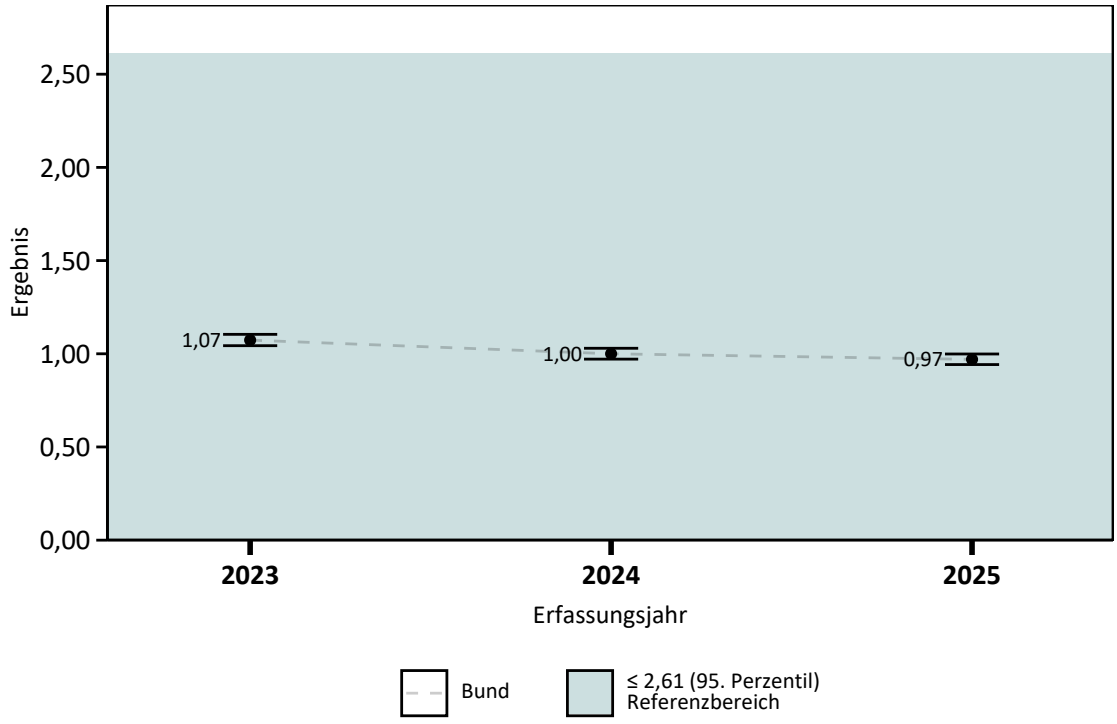
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	2023	199.907	4.654 / 4.335,89	1,07	1,04 - 1,10
	2024	206.502	4.431 / 4.431,00	1,00	0,97 - 1,03
	2025	212.657	4.416 / 4.552,16	0,97	0,94 - 1,00

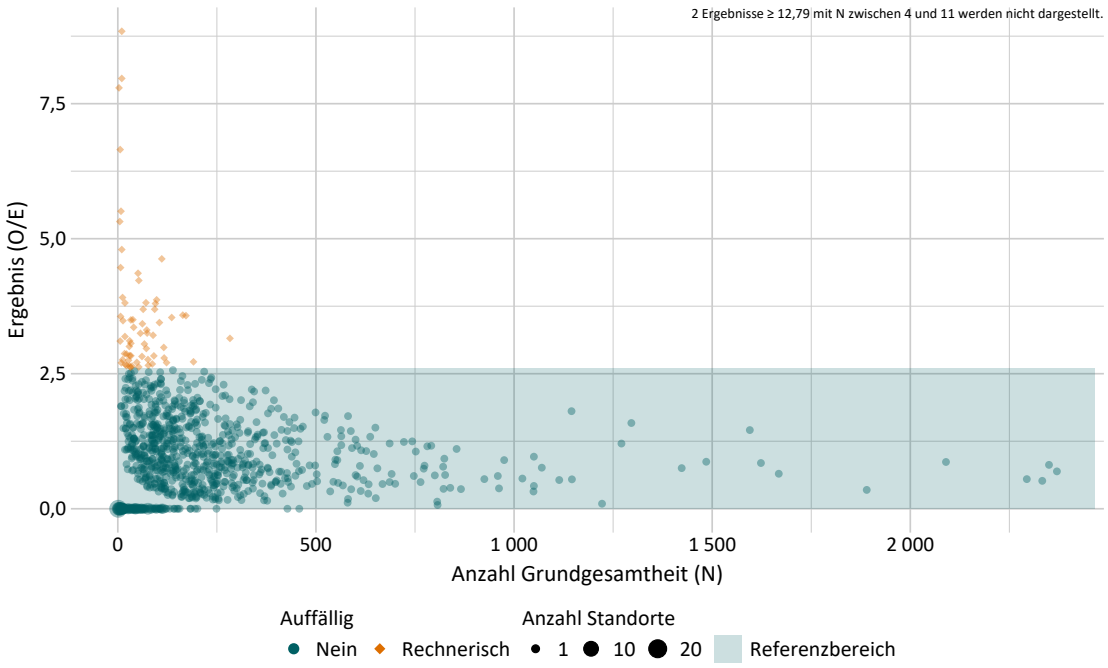
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

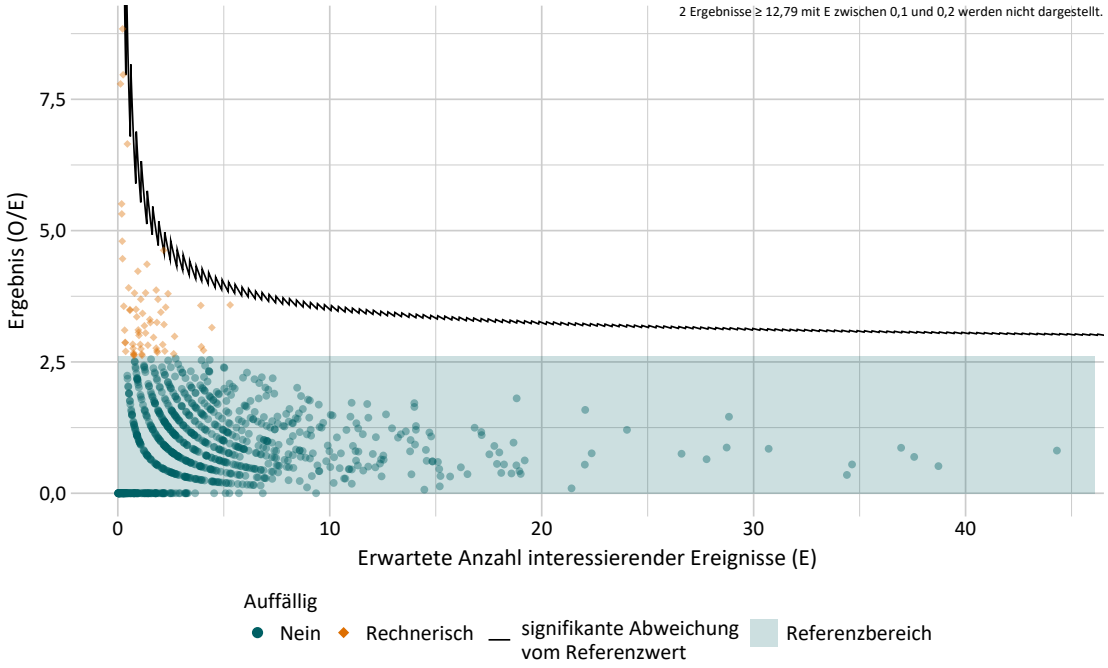
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



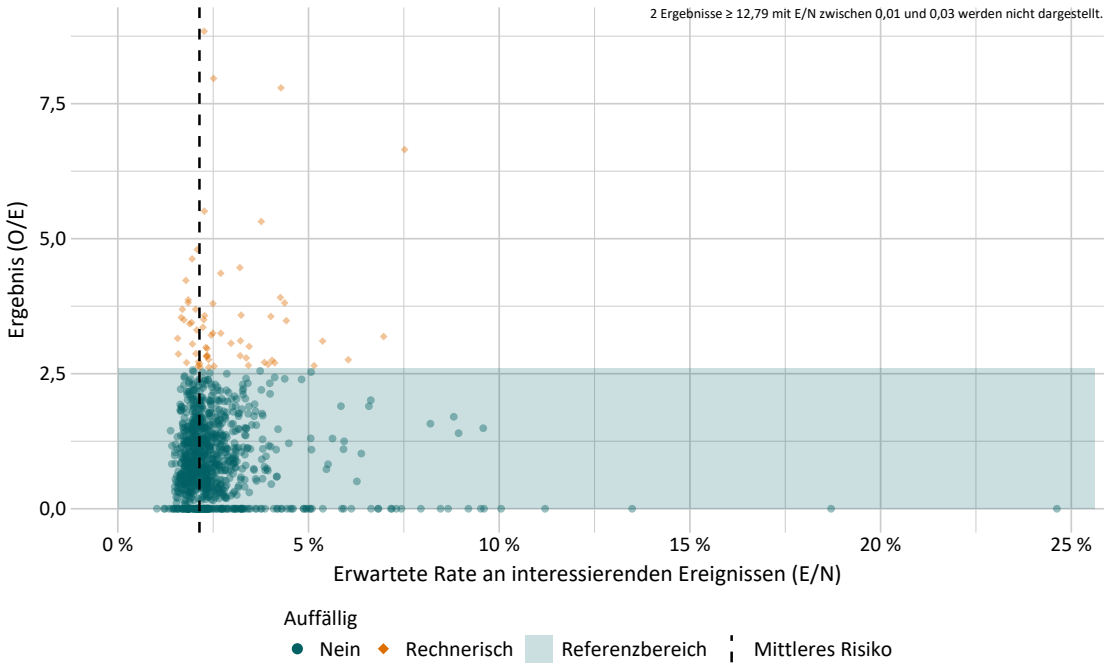
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.012	65	0,00	17,55	0,91

54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechseln, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54120
Referenzbereich	≤ 1,91 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

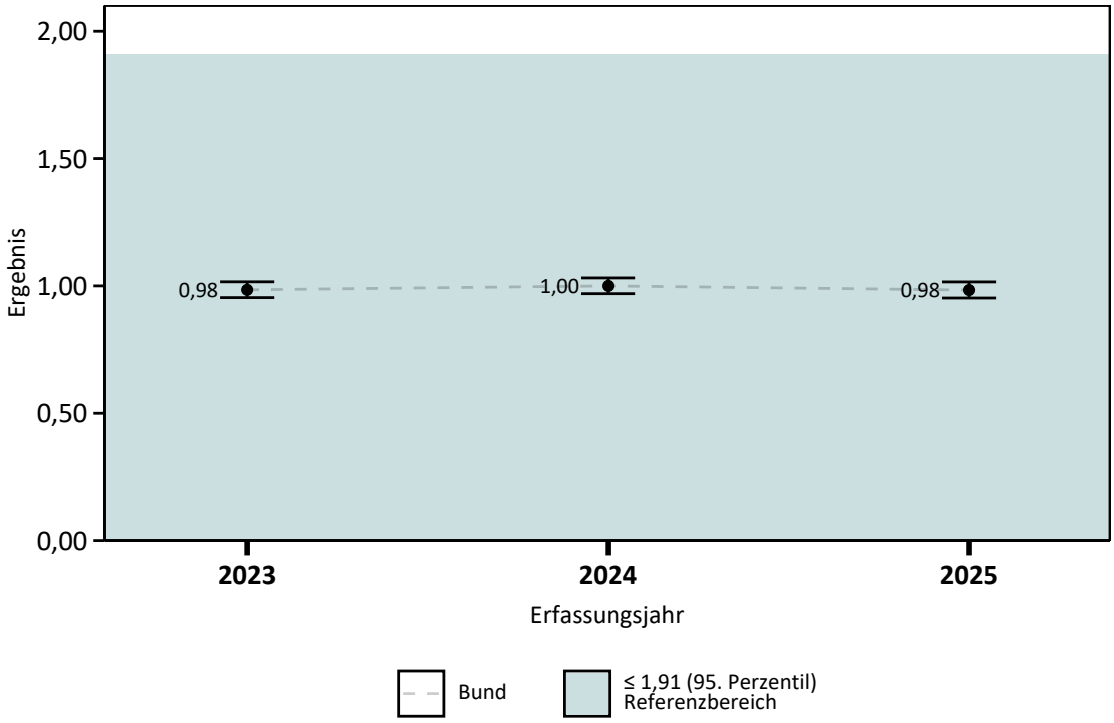
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	20.022	3.247 / 3.297,61	0,98	0,95 - 1,02
	2024	20.265	3.348 / 3.348,00	1,00	0,97 - 1,03
	2025	19.762	3.137 / 3.188,93	0,98	0,95 - 1,02

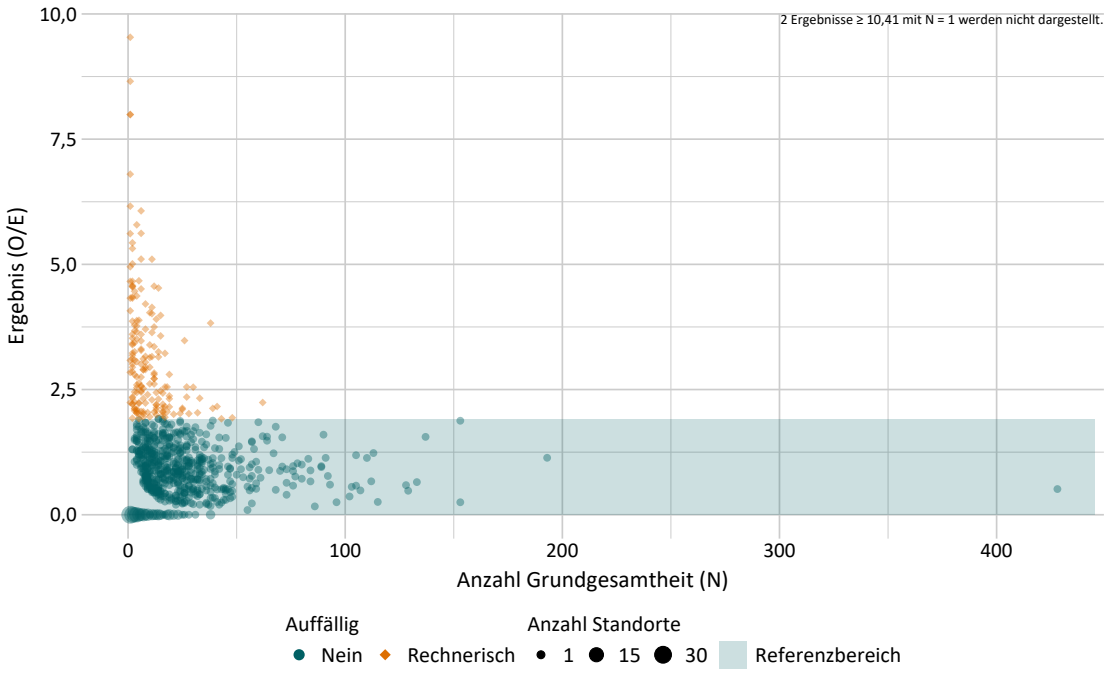
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

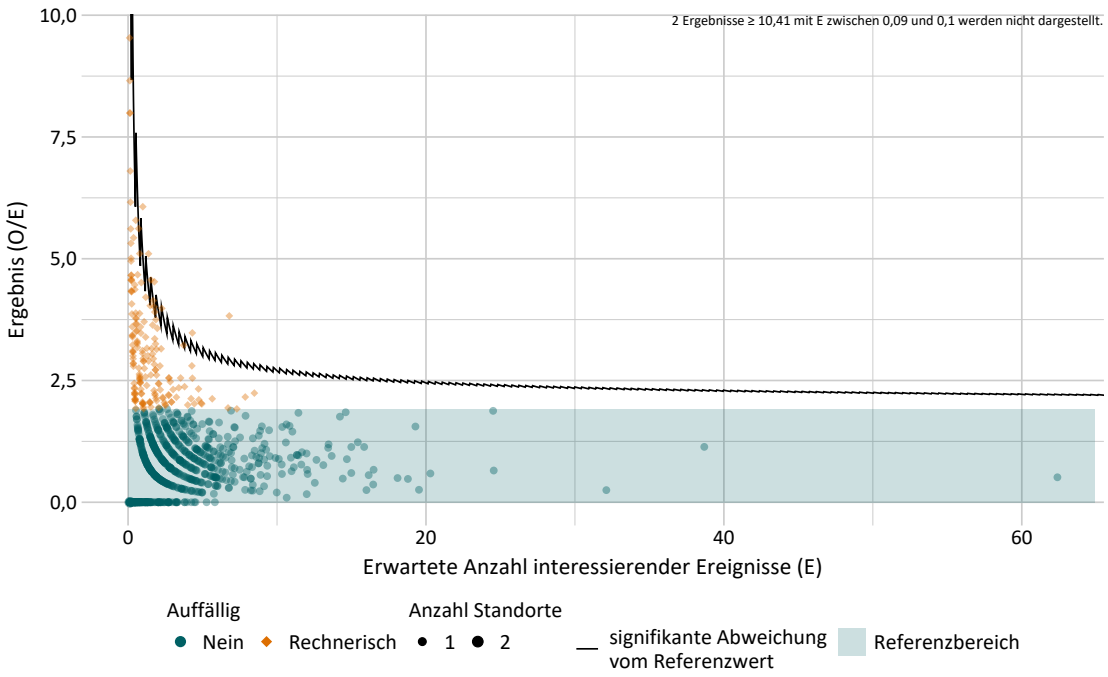
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



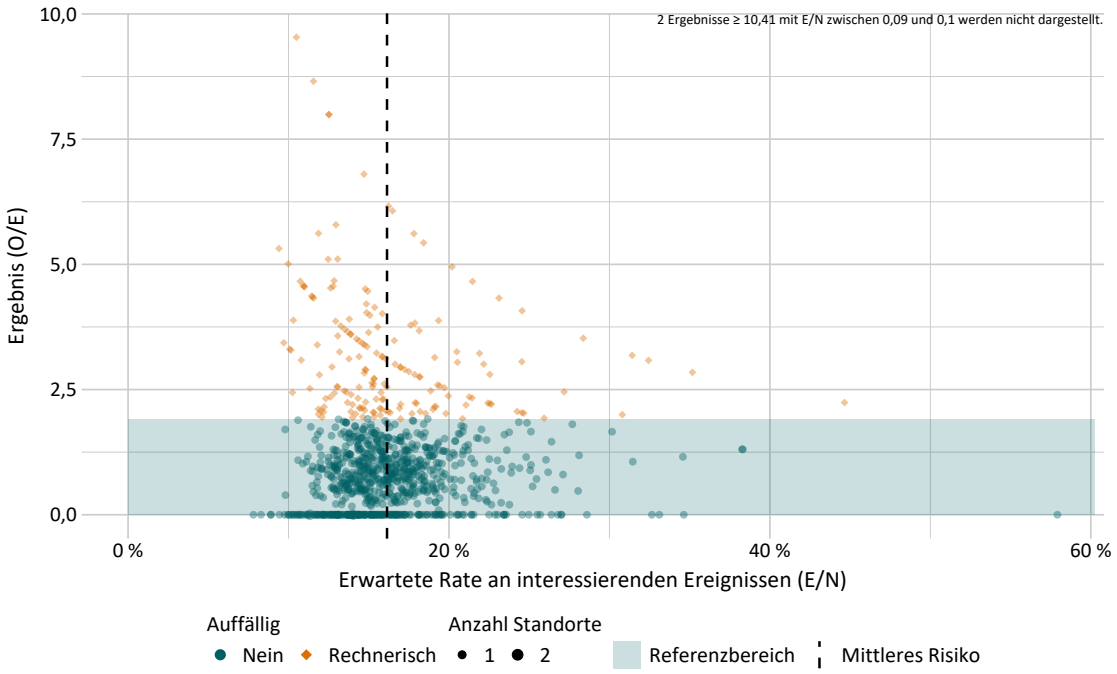
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	969	175	0,00	11,58	0,90

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 19_22289 Spezifische Komplikationen ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	3,56 % 10.871/305.225
6.1.1	bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
6.1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation	
6.1.1.1.1	ID: O_54018 O/N (observed, beobachtet)	4,56 % 3.318/72.806
6.1.1.1.2	ID: E_54018 E/N (expected, erwartet)	4,75 % 3.455,88/72.806
6.1.1.1.3	**ID: 54018** **O/E**	0,96
6.1.2	bei elektiver Erstimplantation	
6.1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation	
6.1.2.1.1	ID: O_54019 O/N (observed, beobachtet)	2,08 % 4.416/212.657
6.1.2.1.2	ID: E_54019 E/N (expected, erwartet)	2,14 % 4.552,16/212.657
6.1.2.1.3	**ID: 54019** **O/E**	0,97
6.1.3	bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	
6.1.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer spezifischen Komplikation[8]	
6.1.3.1.1	ID: O_54120 O/N (observed, beobachtet)	15,87 % 3.137/19.762
6.1.3.1.2	ID: E_54120 E/N (expected, erwartet)	16,14 % 3.188,93/19.762
6.1.3.1.3	**ID: 54120** **O/E**	0,98
6.1.4	Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen bei einem einzeitigen oder zweizeitigen Wechsel	
6.1.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer Implantatfehllage, -dislokation, periprothetischen Fraktur oder Endoprothesenluxation[9]	
6.1.4.1.1	ID: O_191800_54120 O/N (observed, beobachtet)	8,30 % 1.641/19.762

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1.4.1.2	ID: E_191800_54120 E/N (expected, erwartet)	8,36 % 1.652,99/19.762
6.1.4.1.3	ID: 191800_54120 O/E	0,99
6.1.5	Ebene 2: Weichteilkomplikationen bei einem einzeitigen oder zweizeitigen Wechsel	
6.1.5.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer/einem postoperativen Wundinfektion, Wunddehiszens, sekundären Nekrose, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom[10]	
6.1.5.1.1	ID: O_191801_54120 O/N (observed, beobachtet)	8,26 % 1.496/18.121
6.1.5.1.2	ID: E_191801_54120 E/N (expected, erwartet)	8,48 % 1.537,16/18.121
6.1.5.1.3	ID: 191801_54120 O/E	0,97

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

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

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Spezifische Komplikationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur, elektiver Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel	
6.2.1	ID: 19_22294 Mindestens eine spezifische Komplikation ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	3,13 % 9.558/305.225
6.2.2	ID: 19_22295 primäre Implantatfehllage	0,09 % 265/305.225
6.2.3	ID: 19_22296 sekundäre Implantatdislokation	0,27 % 829/305.225
6.2.4	ID: 19_22297 offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	0,62 % 1.884/305.225
6.2.5	ID: 19_22298 Wundhämatom/Nachblutung	0,39 % 1.196/305.225
6.2.6	ID: 19_22299 Gefäßläsion	0,04 % 111/305.225
6.2.7	ID: 19_22300 persistierender motorischer Nervenschaden	0,21 % 626/305.225

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2.8	ID: 19_22301 periprothetische Fraktur	1,06 % 3.248/305.225
6.2.9	ID: 19_22302 reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,21 % 634/305.225
6.2.10	ID: 19_22303 reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0,02 % 68/305.225
6.2.11	ID: 19_22304 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen[11]	1,57 % 4.788/305.225
6.2.12	ID: 19_22305 postoperative Wundinfektion	0,70 % 2.141/305.225
6.2.12.1	ID: 19_22306 A1 (oberflächliche Wundinfektion)[12]	19,71 % 422/2.141
6.2.12.2	ID: 19_22307 A2 (tiefe Wundinfektion)	64,18 % 1.374/2.141
6.2.12.3	ID: 19_22308 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	16,11 % 345/2.141
6.2.13	ID: 19_22309 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen[13]	2,33 % 7.102/305.225

[11] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen
[12] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen
[13] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

6.3 Spezifische Komplikationen Ergebnis Bund (gesamt)	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
primäre Implantatfehllage	ID: 19_22525 0,09 % 265/305.225	ID: 19_22310 0,10 % 70/72.806	ID: 19_22325 0,05 % 112/212.657	ID: 19_22340 0,46 % 80/17.560	ID: 19_22355 x % ≤3/2.202
sekundäre Implantatdislokation	ID: 19_22526 0,27 % 829/305.225	ID: 19_22311 0,36 % 264/72.806	ID: 19_22326 0,14 % 297/212.657	ID: 19_22341 1,40 % 246/17.560	ID: 19_22356 1,00 % 22/2.202
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	ID: 19_22527 0,62 % 1.884/305.225	ID: 19_22312 1,02 % 746/72.806	ID: 19_22327 0,24 % 504/212.657	ID: 19_22342 3,26 % 573/17.560	ID: 19_22357 2,77 % 61/2.202
Wundhämatom/Nachblutung	ID: 19_22528 0,39 % 1.196/305.225	ID: 19_22313 0,59 % 427/72.806	ID: 19_22328 0,20 % 432/212.657	ID: 19_22343 1,46 % 256/17.560	ID: 19_22358 3,68 % 81/2.202

6.3 Spezifische Komplikationen Ergebnis Bund (gesamt)	**alle Eingriffsarten**	**Hüftgelenknahe Femurfraktur**	**Elektive Erstimplantation**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
Gefäßläsion	ID: 19_22529 0,04 % 111/305.225	ID: 19_22314 0,04 % 27/72.806	ID: 19_22329 0,02 % 50/212.657	ID: 19_22344 0,17 % 29/17.560	ID: 19_22359 0,23 % 5/2.202
persistierender motorischer Nervenschaden	ID: 19_22530 0,21 % 626/305.225	ID: 19_22315 0,14 % 99/72.806	ID: 19_22330 0,18 % 389/212.657	ID: 19_22345 0,69 % 122/17.560	ID: 19_22360 0,73 % 16/2.202
periprothetische Fraktur	ID: 19_22531 1,06 % 3.248/305.225	ID: 19_22316 1,00 % 730/72.806	ID: 19_22331 0,86 % 1.836/212.657	ID: 19_22346 3,41 % 598/17.560	ID: 19_22361 3,81 % 84/2.202
reoperationspflichtige Wunddehiszenz	ID: 19_22532 0,21 % 634/305.225	ID: 19_22317 0,30 % 218/72.806	ID: 19_22332 0,08 % 180/212.657	ID: 19_22347 1,05 % 185/17.560	ID: 19_22362 2,32 % 51/2.202
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	ID: 19_22533 0,02 % 68/305.225	ID: 19_22318 0,03 % 23/72.806	ID: 19_22333 0,01 % 19/212.657	ID: 19_22348 0,09 % 16/17.560	ID: 19_22363 0,45 % 10/2.202
postoperative Wundinfektion	ID: 19_22534 0,70 % 2.141/305.225	ID: 19_22320 1,03 % 751/72.806	ID: 19_22335 0,24 % 521/212.657	ID: 19_22350 4,07 % 714/17.560	ID: 19_22365 7,04 % 155/2.202
gesamt	ID: 19_22535 3,22 % 9.836/305.225	ID: 19_22521 4,09 % 2.977/72.806	ID: 19_22522 1,89 % 4.016/212.657	ID: 19_22523 13,90 % 2.440/17.560	ID: 19_22524 18,30 % 403/2.202
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	ID: 19_22536 1,57 % 4.788/305.225	ID: 19_22319 1,60 % 1.167/72.806	ID: 19_22334 0,74 % 1.577/212.657	ID: 19_22349 10,10 % 1.773/17.560	ID: 19_22364 12,31 % 271/2.202
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	ID: 19_22537 2,33 % 7.102/305.225	ID: 19_22324 3,40 % 2.475/72.806	ID: 19_22339 1,09 % 2.320/212.657	ID: 19_22354 11,11 % 1.951/17.560	ID: 19_22369 16,17 % 356/2.202

54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit: - Versorgung bei Polytrauma - initialer Acetabulumfraktur - Verlegung in ein anderes Krankenhaus - Entlassung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54012
Referenzbereich	≤ 2,75 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter zentriert um 69 Alter ab 69 Alter ab 84 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 Wundkontamination - bedingt aseptische, kontaminierte oder septische Eingriffe Fraktur - komplett verschoben bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur Frakturlokalisation - pertrochantär bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur vorbestehende Koxarthrose Eingriffsart - Elektive Erstimplantation Eingriffsart - Einzeitiger Wechsel Eingriffsart - Zweizeitiger Wechsel Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation Periprothetische Fraktur Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock Gehstrecke - unter oder gleich 500m Gehstrecke - gleich 50m Interaktion: Gehhilfen und Gehstrecke - # Gehen unter oder gleich 500m mit Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Gehhilfen und Gehstrecke - # Gehen unter oder gleich 500m mit Rollator/Gehbock Interaktion: Alter und Eingriffsart - # Alter zentriert um 69 bei elektiven Ersteingriffen Interaktion: Alter und Eingriffsart - # Alter ab 69 bei elektiven Ersteingriffen Interaktion: Alter und Eingriffsart - # Alter ab 69 bei einzeitigen Wechseln Interaktion: Alter und Eingriffsart - # Alter ab 84 bei einzeitigen Wechseln Interaktion: Alter und Eingriffsart - # Alter zentriert um 69 bei zweizeitigen Wechseln Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Alter ab 69 wenn Gehen unter oder gleich 500m Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Alter ab 84 wenn Gehen gleich 50m Interaktion: Geschlecht und Eingriffsart - # männlich bei elektiven Ersteingriffen Interaktion: Geschlecht und Eingriffsart - # männlich bei einzeitigen Wechseln Interaktion: Geschlecht und Eingriffsart - # männlich bei zweizeitigen Wechseln Interaktion: Gehstrecke und Eingriffsart - # Gehen unter oder gleich 500m bei elektiven Ersteingriffen Interaktion: Gehstrecke und Eingriffsart - # Gehen gleich 50m bei elektiven Ersteingriffen Interaktion: Gehstrecke und Eingriffsart - # Gehen unter oder gleich 500m bei einzeitigen Wechseln Interaktion: Gehstrecke und Eingriffsart - # Gehen gleich 50m bei einzeitigen Wechseln Interaktion: Gehstrecke und Eingriffsart - # Gehen unter oder gleich 500m bei zweizeitigen Wechseln Interaktion: Gehhilfe und Eingriffsart -

	# Unterarmgehstützen/Gehstock bei elektiven Ersteingriffen Interaktion: Gehhilfe und Eingriffsart - # Rollator/Gehbock bei elektiven Ersteingriffen Interaktion: Gehhilfe und Eingriffsart - # Rollator/Gehbock bei einzeitigen Wechseln Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Andere_neurologische_Erkrankungen Diagnose - Chronische_Lungenerkrankungen Diagnose - Depressionen Diagnose - Diabetes_ohne_Komplikationen Diagnose - Entzuendliche_Erkrankungen_Verdauungstraktes Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Intrakranielle_Blutungen Diagnose - Paralysen Diagnose - Psychosen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

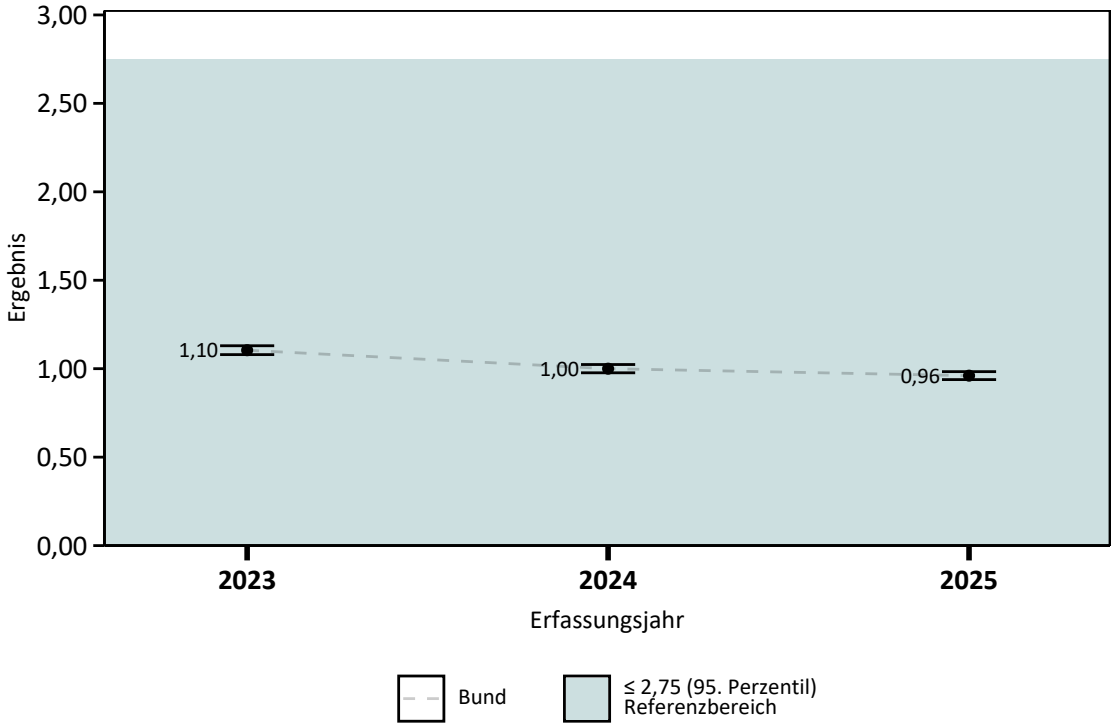
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	235.424	7.228 / 6.544,37	1,10	1,08 - 1,13
	2024	243.925	6.782 / 6.782,00	1,00	0,98 - 1,02
	2025	251.248	6.786 / 7.063,64	0,96	0,94 - 0,98

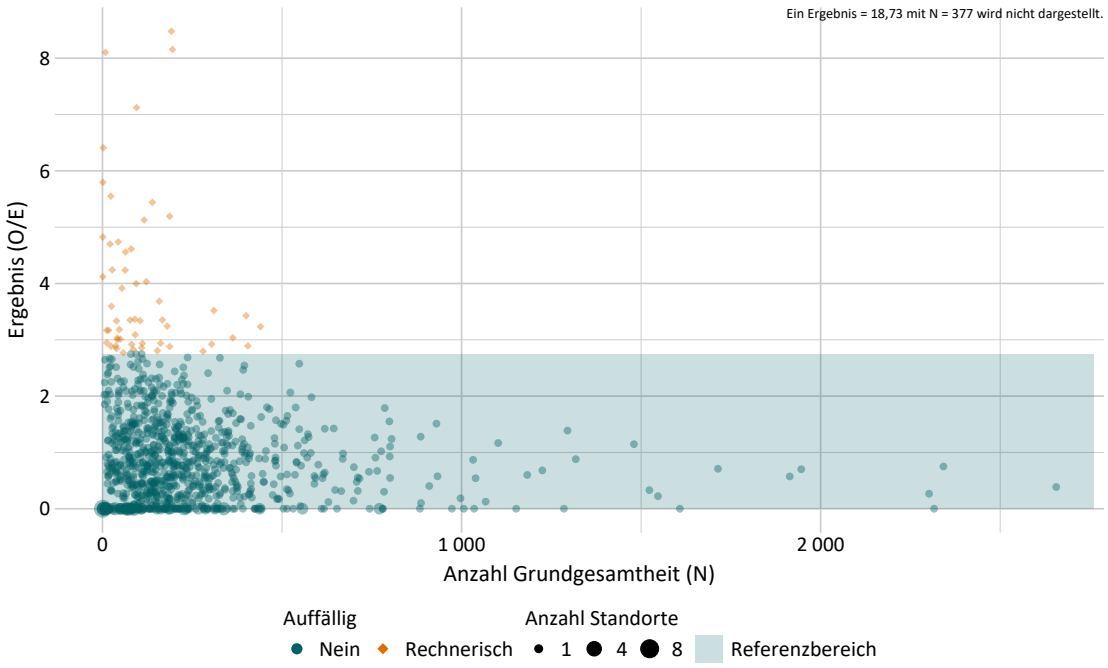
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

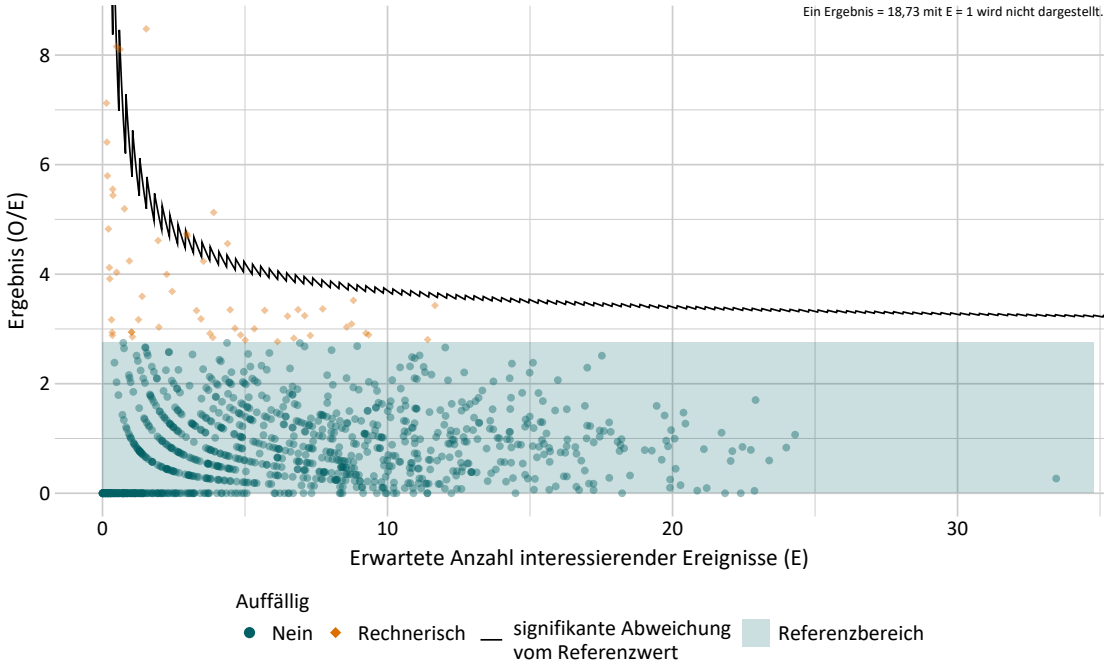
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



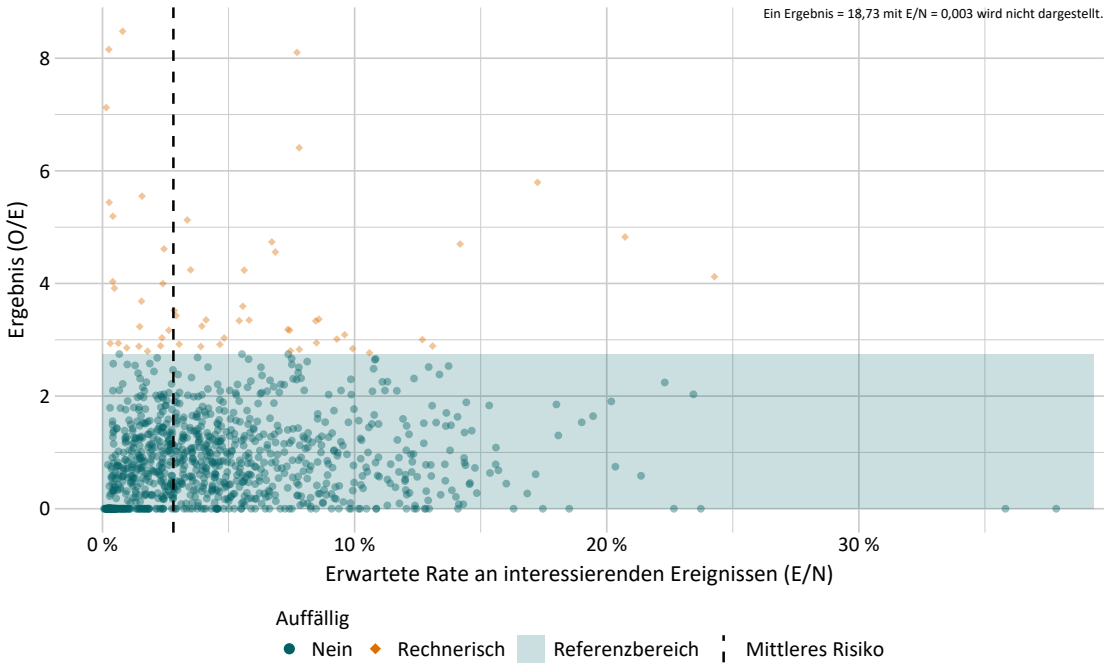
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.056	56	0,00	18,73	0,76

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Gehunfähigkeit bei Entlassung[14]	
7.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[15]	
7.1.1.1	ID: O_54012 O/N (observed, beobachtet)	2,70 % 6.786/251.248
7.1.1.2	ID: E_54012 E/N (expected, erwartet)	2,81 % 7.063,64/251.248
7.1.1.3	**ID: 54012** **O/E**	0,96

[14] bezogen auf den ersten Eingriff

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 19_22383 Gehunfähigkeit bei Entlassung[16]	3,88 % 10.694/275.694
7.2.1	ID: 19_22384 nach einer hüftgelenknahen Femurfraktur	14,04 % 8.239/58.667
7.2.1.1	ID: 19_22385 O/N (observed, beobachtet)	14,04 % 8.239/58.667
7.2.1.2	ID: 19_22386 E/N (expected, erwartet)	12,35 % 7.247,20/58.667
7.2.1.3	ID: 19_22387 O/E	1,14
7.2.2	ID: 19_22388 nach elektiver Erstimplantation	0,52 % 1.063/203.886
7.2.2.1	ID: 19_22389 O/N (observed, beobachtet)	0,52 % 1.063/203.886
7.2.2.2	ID: 19_22390 E/N (expected, erwartet)	0,38 % 778,86/203.886
7.2.2.3	ID: 19_22391 O/E	1,36
7.2.3	ID: 19_22392 nach einzeitigem Wechsel	11,28 % 1.548/13.722
7.2.3.1	ID: 19_22393 O/N (observed, beobachtet)	11,28 % 1.548/13.722
7.2.3.2	ID: 19_22394 E/N (expected, erwartet)	10,40 % 1.427,09/13.722

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2.3.3	ID: 19_22395 O/E	1,08
7.2.4	ID: 19_22396 nach zweizeitigem Wechsel	7,26 % 78/1.074
7.2.4.1	ID: 19_22397 O/N (observed, beobachtet)	7,26 % 78/1.074
7.2.4.2	ID: 19_22398 E/N (expected, erwartet)	7,97 % 85,59/1.074
7.2.4.3	ID: 19_22399 O/E	0,91

[16] Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.3	ID: 19_22400 Gehunfähigkeit bei Aufnahme / vor der Fraktur	100,00 % 20.684/20.684
7.3.1	ID: 19_22401 gehfähig bei Entlassung	53,05 % 10.973/20.684
7.3.2	ID: 19_22402 gehunfähig bei Entlassung	46,95 % 9.711/20.684

192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung

Qualitätsziel	Möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bei der Aufnahme fähig waren, Treppen zu steigen und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit: - Versorgung bei Polytrauma - initialer Acetabulumfraktur - Verlegung in ein anderes Krankenhaus - Entlassung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung - dem OPS 5-829.k: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung weder selbstständig noch mit Hilfestellung fähig waren, Treppen zu steigen
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung weder selbstständig noch mit Hilfestellung Treppensteigen konnten
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung weder selbstständig noch mit Hilfestellung Treppensteigen konnten, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score mit der ID 192300
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter zentriert um 55 Alter ab 55 Alter ab 76 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 Wundkontamination - bedingt aseptische, kontaminierte oder septische Eingriffe Eingriffsart - Einzeitiger Wechsel Eingriffsart - Zweizeitiger Wechsel Treppensteigen - mit Aufsicht oder Laienhilfe Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation Periprothetische Fraktur Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock oder Gehen nicht möglich Gehstrecke - gleich 500m Gehstrecke - gleich 50m Gehstrecke - im Zimmer mobil oder immobil Interaktion: Gehhilfen und Gehstrecke - Gehen unter oder gleich 50m mit Rollator/Gehbock oder immobil Interaktion: Gehhilfen und Gehstrecke - Im Zimmer mobil oder immobil mit Gehilfen Interaktion: Alter und Eingriffsart - Alter ab 76 bei zweizeitigen Wechseln Interaktion: Alter und Gehstrecke - Alter zentriert um 55 wenn unter oder gleich 50m Interaktion: Geschlecht und Eingriffsart - männlich bei zweizeitigen Wechseln Interaktion: Gehstrecke und Eingriffsart - Gehen gleich 500m bei einzeitigen Wechseln Interaktion: Gehstrecke und Eingriffsart - Gehen gleich 50m bei einzeitigen Wechseln Interaktion: Gehstrecke und Eingriffsart - Im Zimmer mobil oder immobil bei einzeitigen Wechseln Interaktion: Gehhilfe und Eingriffsart - Unterarmgehstützen/Gehstock bei einzeitigen Wechseln Interaktion: Gehhilfe und Eingriffsart - Rollator/Gehbock oder Gehen nicht möglich bei einzeitigen Wechseln Interaktion: Gehhilfe und Eingriffsart - Unterarmgehstützen/Gehstock bei zweizeitigen Wechseln Interaktion: Gehhilfe und Eingriffsart - Rollator/Gehbock oder Gehen nicht möglich bei zweizeitigen Wechseln Diagnose - Adipositas Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Andere_neurologische_Erkrankungen Diagnose - Depressionen Diagnose - Diabetes_mit_Komplikationen Diagnose - Diabetes_ohne_Komplikationen Diagnose - Drogenabusus Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Knochenstoffwechselstoerung Diagnose - Paralysen Diagnose - Psychosen
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Hinweise	Zum Auswertungsjahr 2026 wurde die Indikatorberechnung umgestellt und eine Risikoadjustierung eingeführt. Das QI-Ergebnis des EJ 2025 ist nicht mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar. Die Vorjahresergebnisse werden jedoch zur besseren Einordnung des QI-Ergebnisses dargestellt.

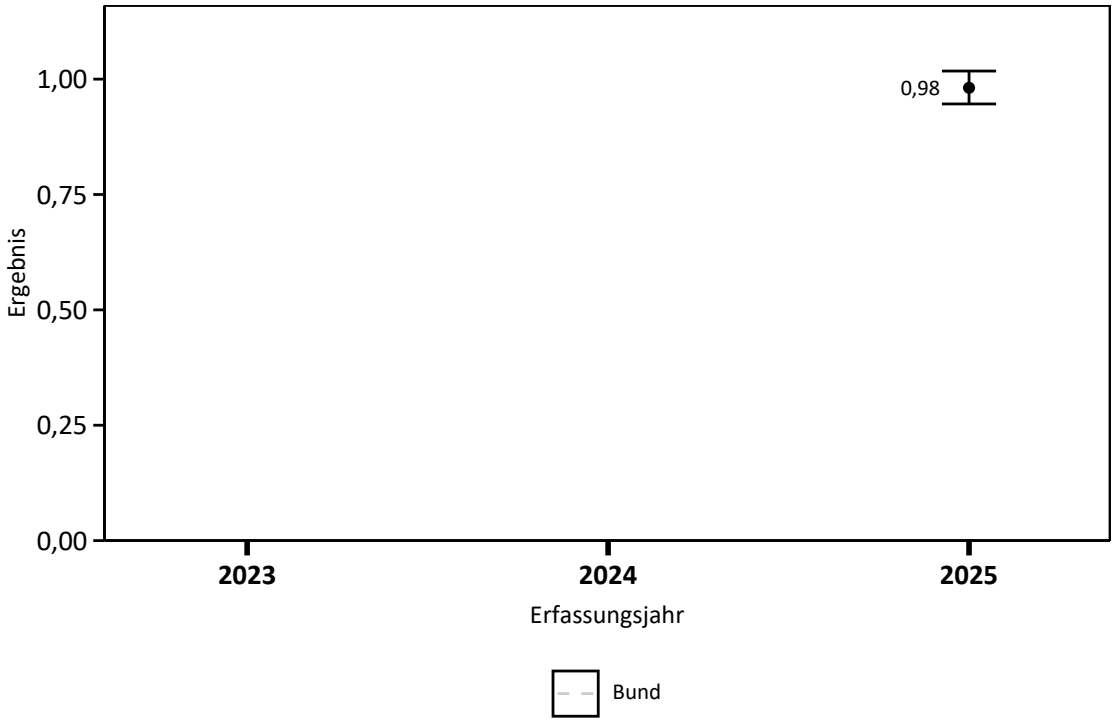
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	187.601	3.046 / 2.993,12	1,02	0,98 - 1,05
	2024	194.193	2.967 / 2.967,00	1,00	0,96 - 1,04
	2025	197.683	2.869 / 2.923,84	0,98	0,95 - 1,02

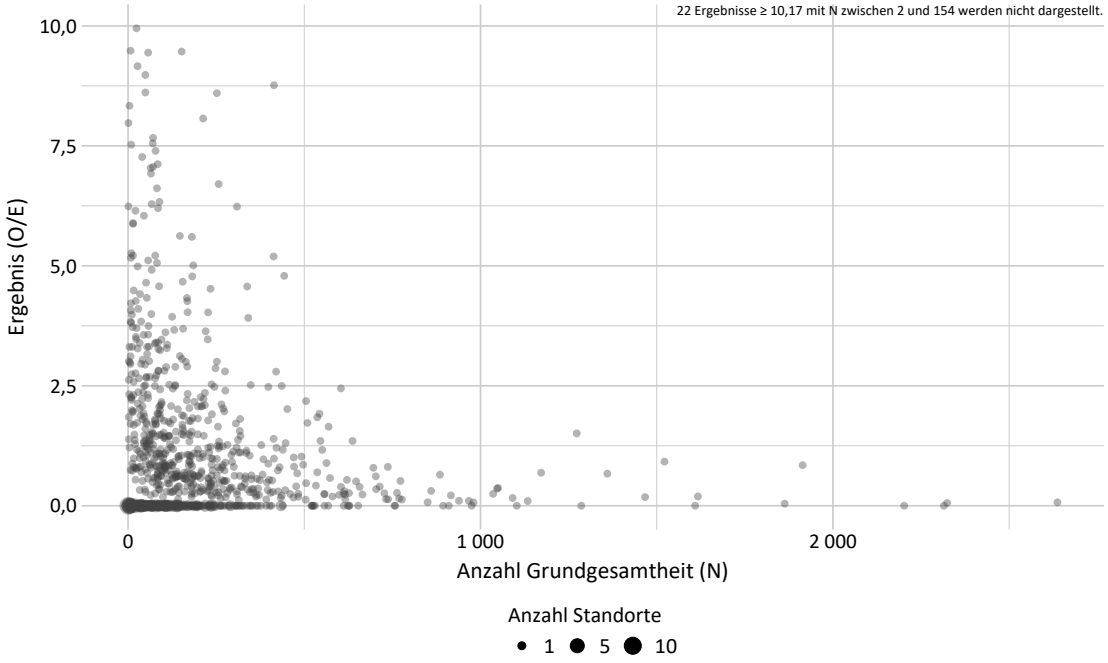
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

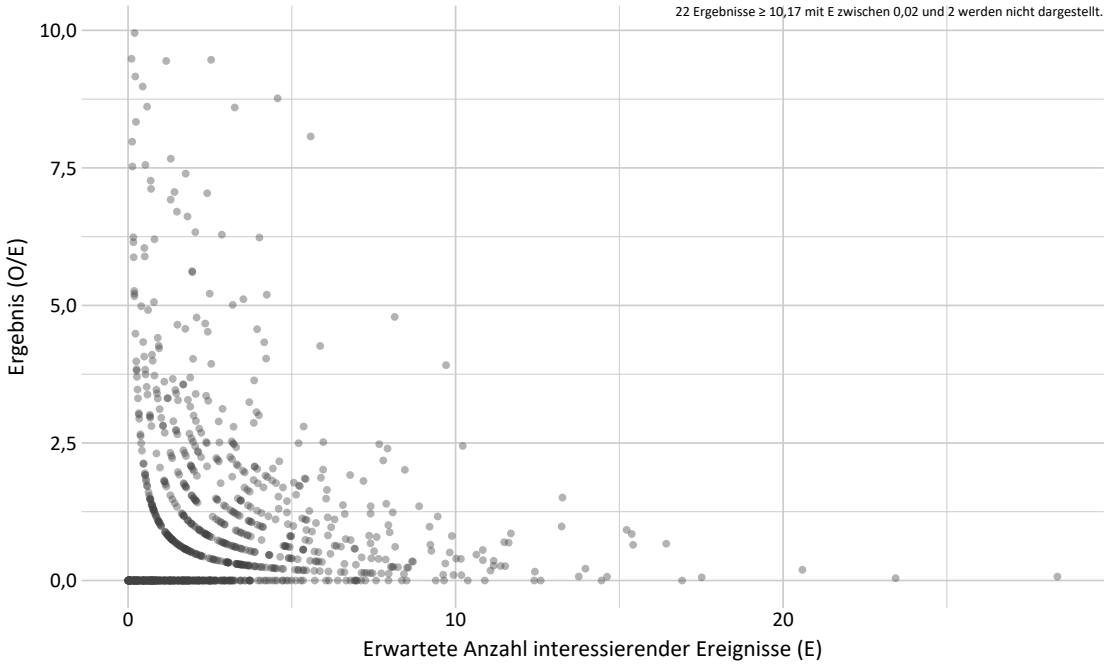
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



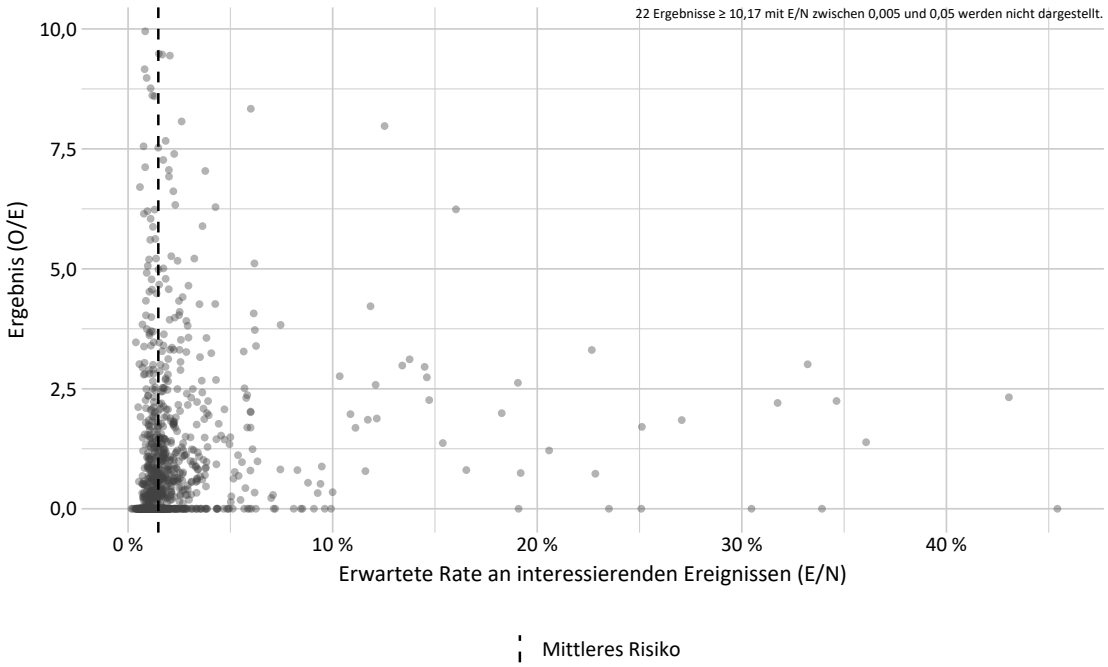
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.001	0	0,00	104,80	0,48

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	Logistische Regression[17]	
8.1.1	ID: O_192300 O (observed, beobachtet)	1,45 % 2.869/197.683
8.1.2	ID: E_192300 E (expected, erwartet)	1,48 % 2.923,84/197.683
8.1.3	**ID: 192300** **O/E**	0,98

[17] nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	ID: 19_24015 Treppensteigen bei Aufnahme, aber kein Treppensteigen bei Entlassung: erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	1,45 % 2.869/197.683
8.2.1	ID: 19_24016 nach elektiver Erstimplantation	1,02 % 1.930/188.910
8.2.2	ID: 19_24017 nach einzeitigem Wechsel	10,98 % 886/8.067
8.2.3	ID: 19_24018 nach zweizeitigem Wechsel	7,51 % 53/706

8.3 Treppensteigen bei Entlassung Ergebnis Bund (gesamt)	Elektive Erstimplantation und Wechsel (gesamt)	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	ID: 19_24003 77,11 % 152.440/197.683	ID: 19_24006 77,89 % 147.137/188.910	ID: 19_24009 60,03 % 4.843/8.067	ID: 19_24012 65,16 % 460/706
steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	ID: 19_24004 21,44 % 42.374/197.683	ID: 19_24007 21,09 % 39.843/188.910	ID: 19_24010 28,98 % 2.338/8.067	ID: 19_24013 27,34 % 193/706

8.3 Treppensteigen bei Entlassung Ergebnis Bund (gesamt)	**Elektive Erstimplantation und Wechsel (gesamt)**	**Elektive Erstimplantation**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	ID: 19_24005 1,45 % 2.869/197.683	ID: 19_24008 1,02 % 1.930/188.910	ID: 19_24011 10,98 % 886/8.067	ID: 19_24014 7,51 % 53/706

Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung

Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, mit initialer Acetabulumfraktur sowie mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes.
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54013
Referenzbereich	≤ 4,18 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 Wundkontamination - kontaminierte oder septische Eingriffe Eingriffsart - Einzeitiger Wechsel Eingriffsart - Zweizeitiger Wechsel Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock oder Rollstuhl oder bettlägerig Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke - im Zimmer mobil oder immobil Interaktion: ASA und Eingriffsart - # ASA 4 oder ASA 5 bei einzeitigen Wechseln Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Andere_Herzerkrankungen Diagnose - Andere_neurologische_Erkrankungen Diagnose - boesartige_solide_Tumorerkrankungen Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Intrakranielle_Blutungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Peptische_Ulkuserkrankung_ohne_Blutung Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf

Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

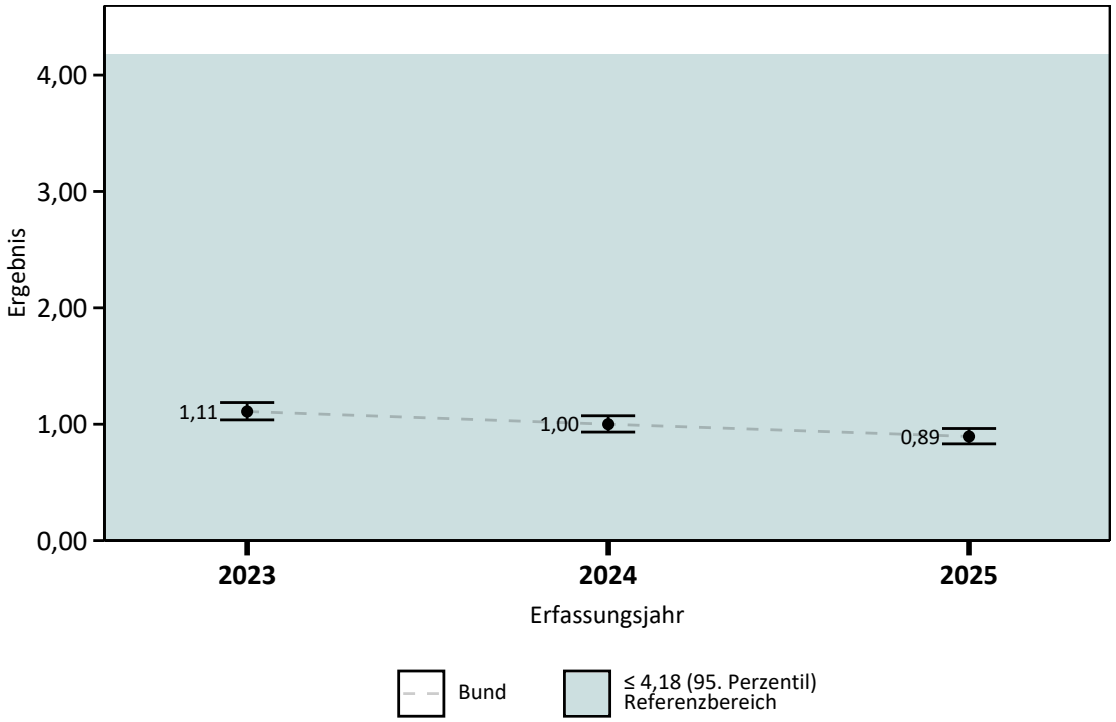
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	215.900	850 / 766,27	1,11	1,04 - 1,19
	2024	222.693	782 / 782,00	1,00	0,93 - 1,07
	2025	228.393	707 / 790,21	0,89	0,83 - 0,96

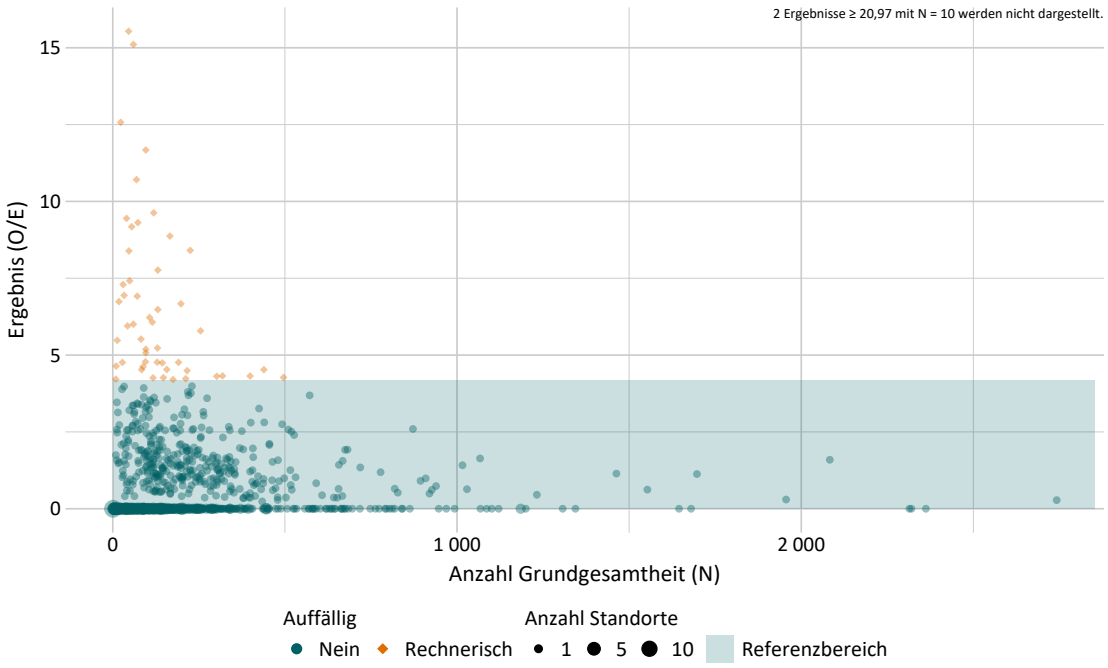
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

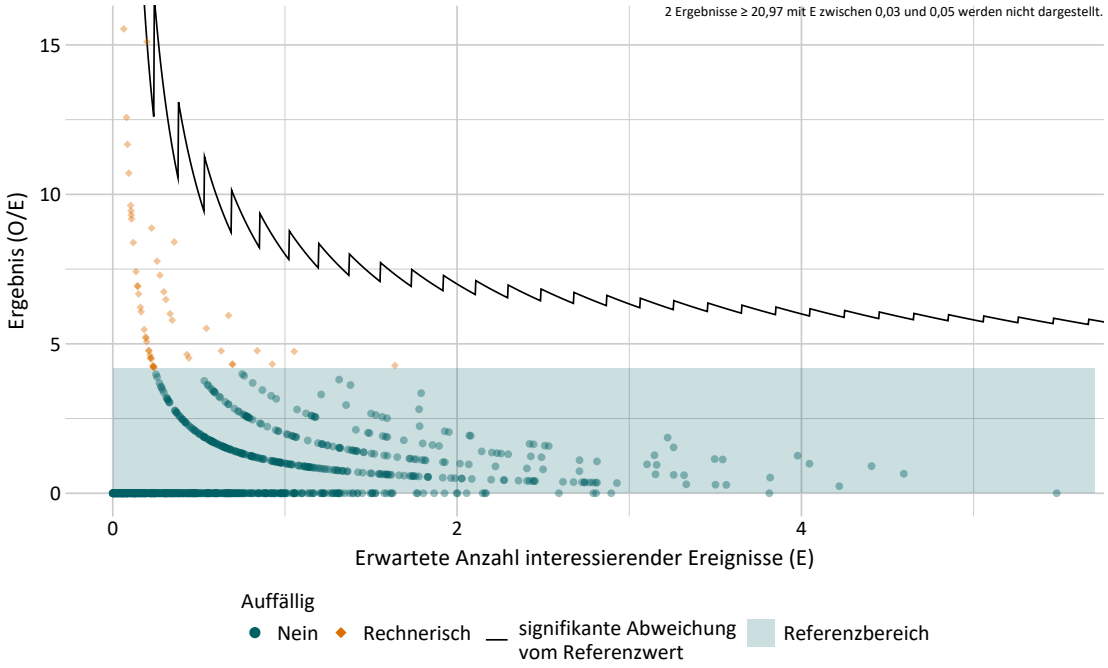
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



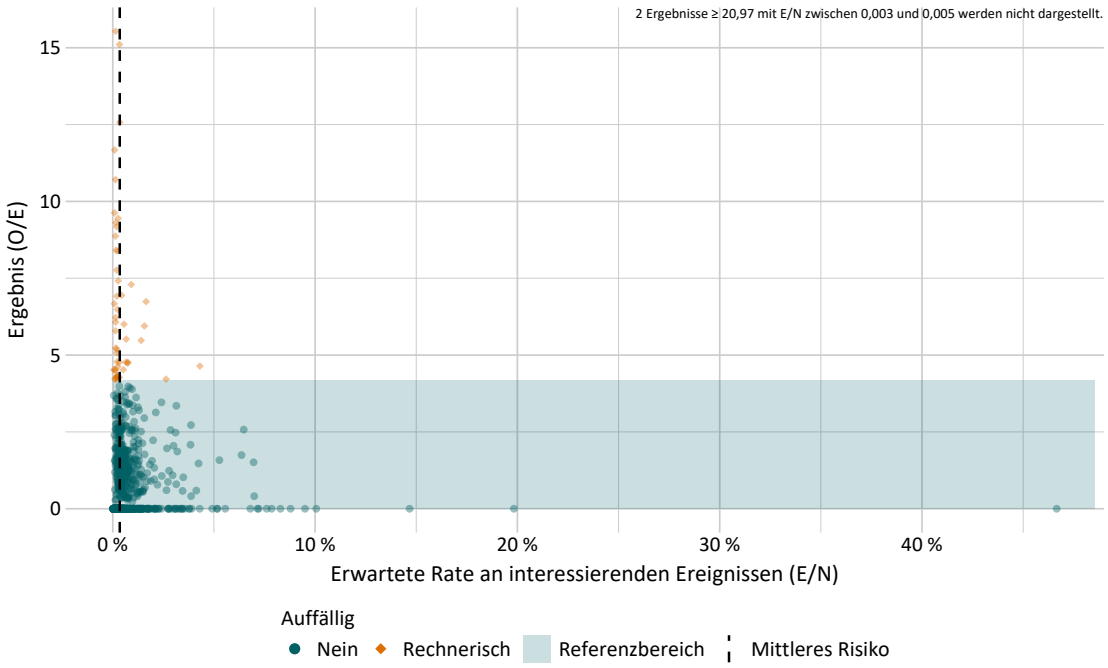
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.023	52	0,00	37,67	0,00

191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit hüftgelenknaher Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 191914
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter um 83 Alter ab 83 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3, 4 oder 5 Wundkontamination - bedingt aseptische, kontaminierte oder septische Eingriffe Gehhilfen - Rollator/Gehbock oder Rollstuhl Gehhilfen - bettlägerig Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke - im Zimmer mobil oder immobil hüftgelenknahe Femurfraktur - Abduktionsfraktur oder unverschoben hüftgelenknahe Femurfraktur - verschoben oder komplett verschoben Frakturlokalisation - lateral Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Diagnose - Adipositas Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - boesartige_solide_Tumorerkrankungen Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzkreislauferkrankungen Diagnose - Intrakranielle_Blutungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Metastasierende_Tumorerkrankung Diagnose - Paralysen Diagnose - Peptische_Ulkuserkrankung_ohne_Blutung Diagnose - Gefaesserkrankungen Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

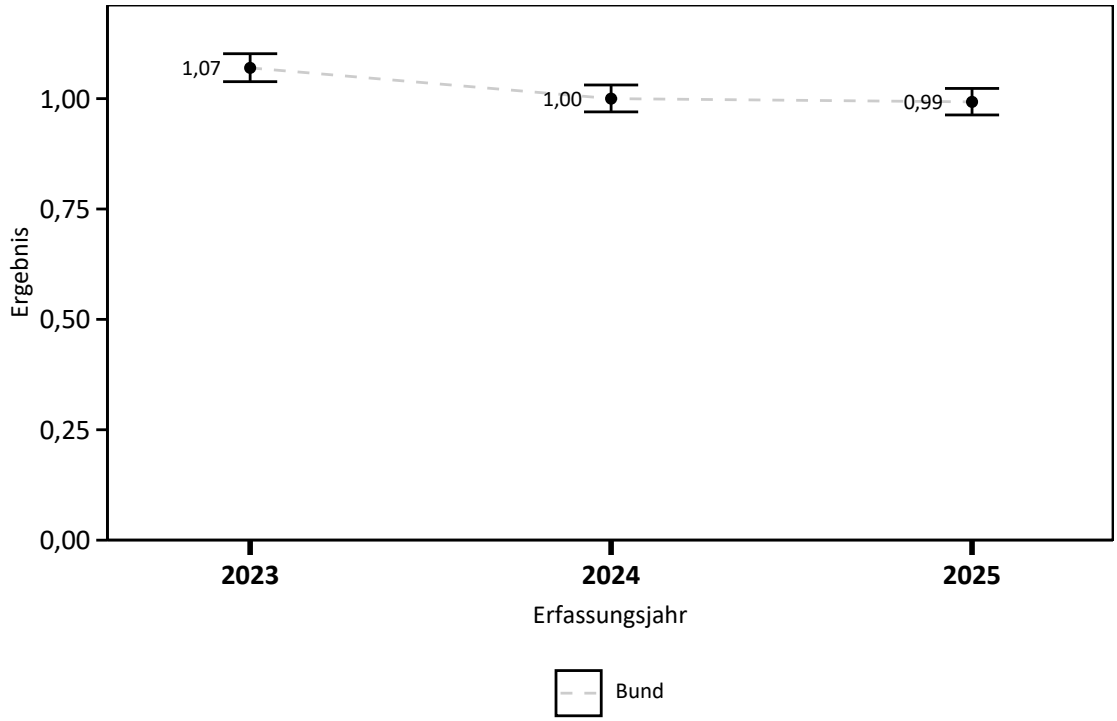
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	69.750	4.126 / 3.857,37	1,07	1,04 - 1,10
	2024	70.594	3.899 / 3.899,00	1,00	0,97 - 1,03
	2025	72.653	3.968 / 3.997,31	0,99	0,96 - 1,02

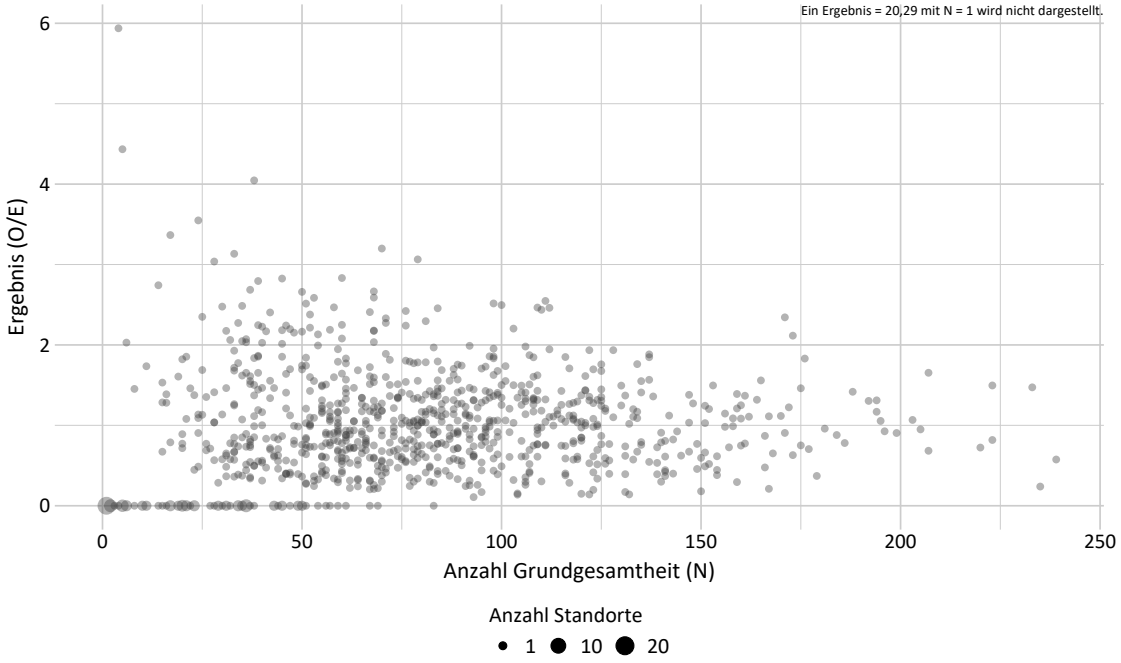
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

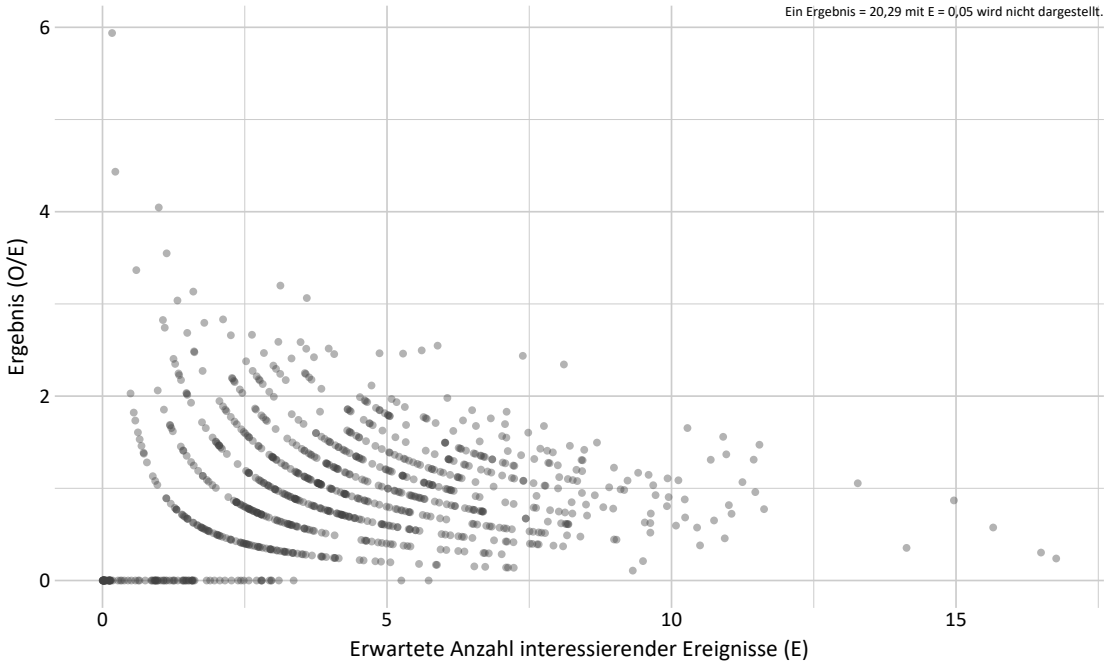
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



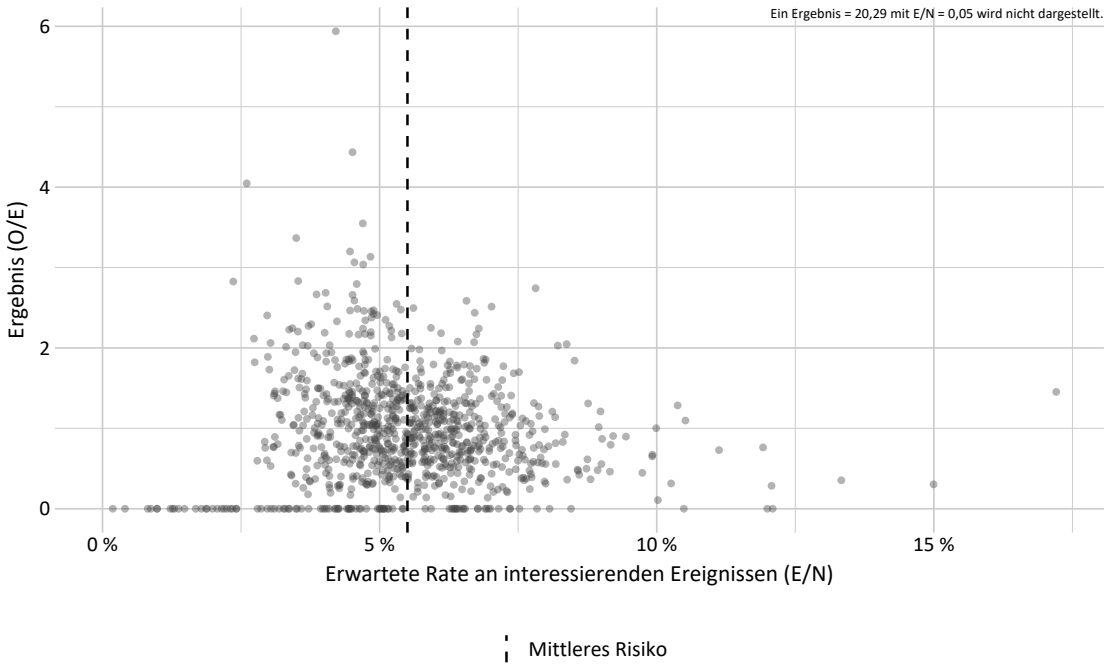
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	935	0	0,00	20,29	0,91

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 19_22403 Sterblichkeit bei elektiven Eingriffen[18]	0,31 % 707/228.393
9.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
9.1.1.1	ID: O_54013 O/N (observed, beobachtet)	0,31 % 707/228.393
9.1.1.2	ID: E_54013 E/N (expected, erwartet)	0,35 % 790,21/228.393
9.1.1.3	**ID: 54013** **O/E**	0,89
9.1.1.3.1	ID: 19_22406 nach elektiver Erstimplantation	36,92 % 261/707
9.1.1.3.2	ID: 19_22407 nach einzeitigem Wechsel	58,56 % 414/707
9.1.1.3.3	ID: 19_22408 nach zweizeitigem Wechsel	4,53 % 32/707
9.1.2	ID: 19_22409 bei hoher Sterbewahrscheinlichkeit	2,52 % 635/25.189
9.1.2.1	ID: 19_22411 nach elektiver Erstimplantation	30,71 % 195/635
9.1.2.2	ID: 19_22412 nach einzeitigem Wechsel	64,41 % 409/635
9.1.2.3	ID: 19_22413 nach zweizeitigem Wechsel	4,88 % 31/635
9.1.1	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	

[18] bezogen auf den ersten Eingriff

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	Sterblichkeit bei hüftgelenknaher Femurfraktur[19]	
9.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[20]	
9.2.1.1	ID: O_191914 O/N (observed, beobachtet)	5,46 % 3.968/72.653
9.2.1.2	ID: E_191914 E/N (expected, erwartet)	5,50 % 3.997,31/72.653

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2.1.3	**ID: 191914** **O/E**	0,99

[19] bezogen auf den ersten Eingriff

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

9.3 Sterblichkeit (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	**Hüftgelenknahe Femurfraktur**	**Elektive Erstimplantation**	**Einzeitiger Wechsel**	**Zweizeitiger Wechsel**
Todesfälle	ID: 19_22418 5,46 % 3.968/72.653	ID: 19_22424 0,12 % 261/210.936	ID: 19_22430 2,70 % 414/15.332	ID: 19_22436 1,51 % 32/2.125
mit ASA 1	ID: 19_22419 0,37 % 4/1.089	ID: 19_22425 x % ≤3/13.854	ID: 19_22431 x % ≤3/277	ID: 19_22437 0,00 % 0/18
mit ASA 2	ID: 19_22420 1,19 % 217/18.195	ID: 19_22426 0,03 % 34/129.194	ID: 19_22432 0,28 % 16/5.654	ID: 19_22438 x % ≤3/670
mit ASA 3	ID: 19_22421 5,63 % 2.715/48.197	ID: 19_22427 0,28 % 185/66.787	ID: 19_22433 3,33 % 295/8.850	ID: 19_22439 1,80 % 25/1.386
mit ASA 4	ID: 19_22422 19,77 % 1.014/5.130	ID: 19_22428 3,72 % 41/1.101	ID: 19_22434 18,21 % 100/549	ID: 19_22440 11,76 % 6/51
mit ASA 5	ID: 19_22423 42,86 % 18/42	ID: 19_22429 - 0/0	ID: 19_22435 x % ≤3	ID: 19_22441 - 0/0

10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Selten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen, für welche der Follow-up-Zeitraum das aktuelle Erfassungsjahr einschließt (d. h. alle Ersteingriffe aus dem aktuellen Erfassungsjahr und dem 4. Quartal des vorangegangenen Erfassungsjahres) bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. Ausgeschlossen werden alle Behandlungsfälle mit initialer Acetabulumfraktur sowie mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation an der gleichen operierten Hüfte, die im aktuellen Erfassungsjahr stattgefunden haben. Zu jeder Erstimplantation wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt. Ausgeschlossen werden alle Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 10271
Referenzbereich	≤ 2,39 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung der Art des Ersteingriffs
Verwendete Risikofaktoren	
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 4/2024 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

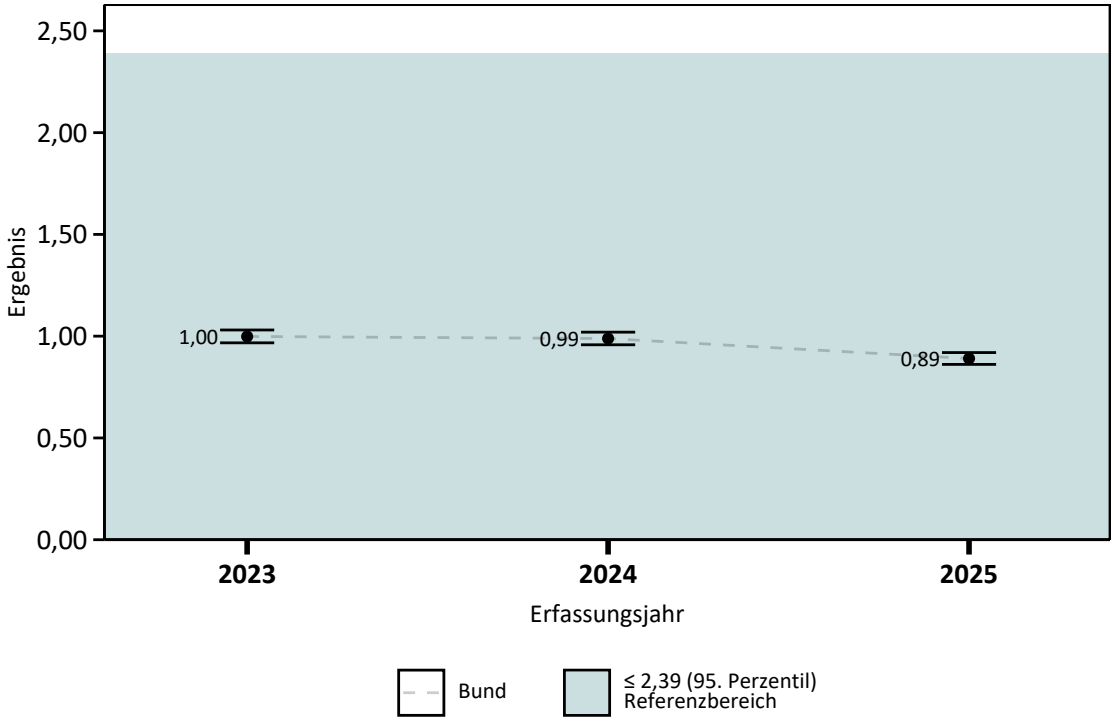
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	275.694	3.845 / 3.850,70	1,00	0,97 - 1,03
	2024	284.075	3.896 / 3.941,77	0,99	0,96 - 1,02
	2025	288.755	3.600 / 4.044,22	0,89	0,86 - 0,92

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist

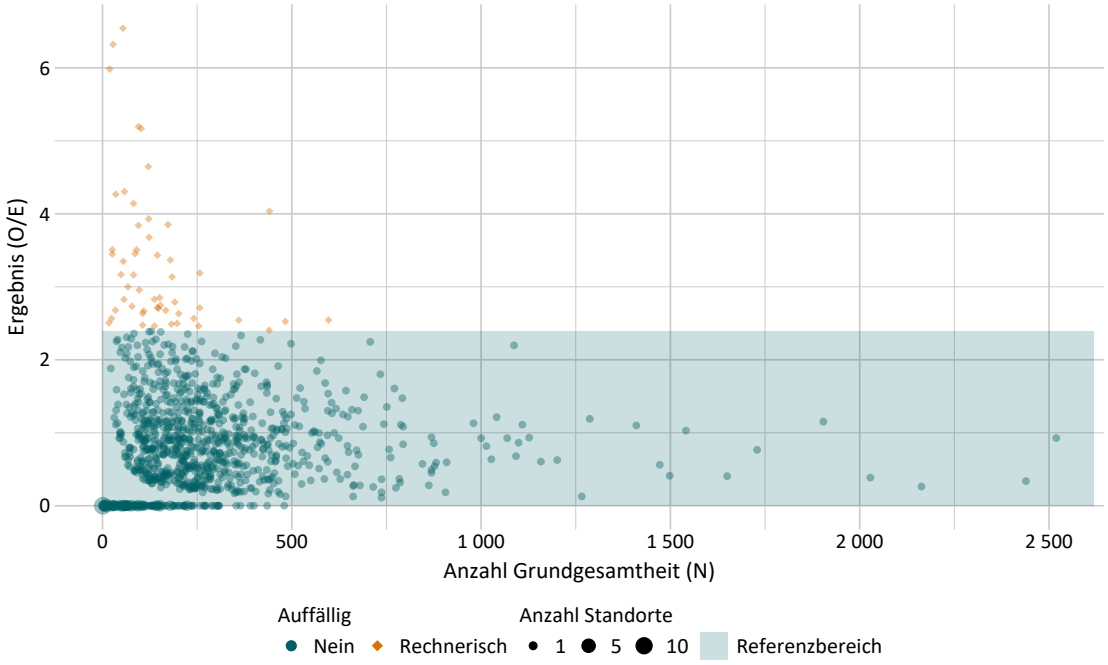
als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

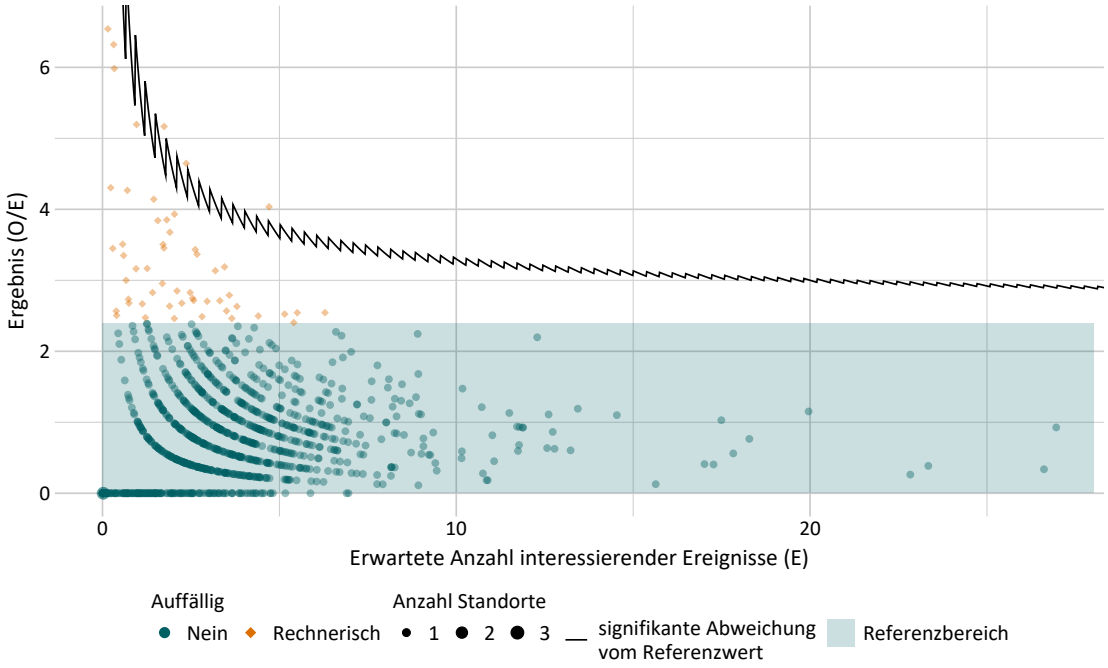
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



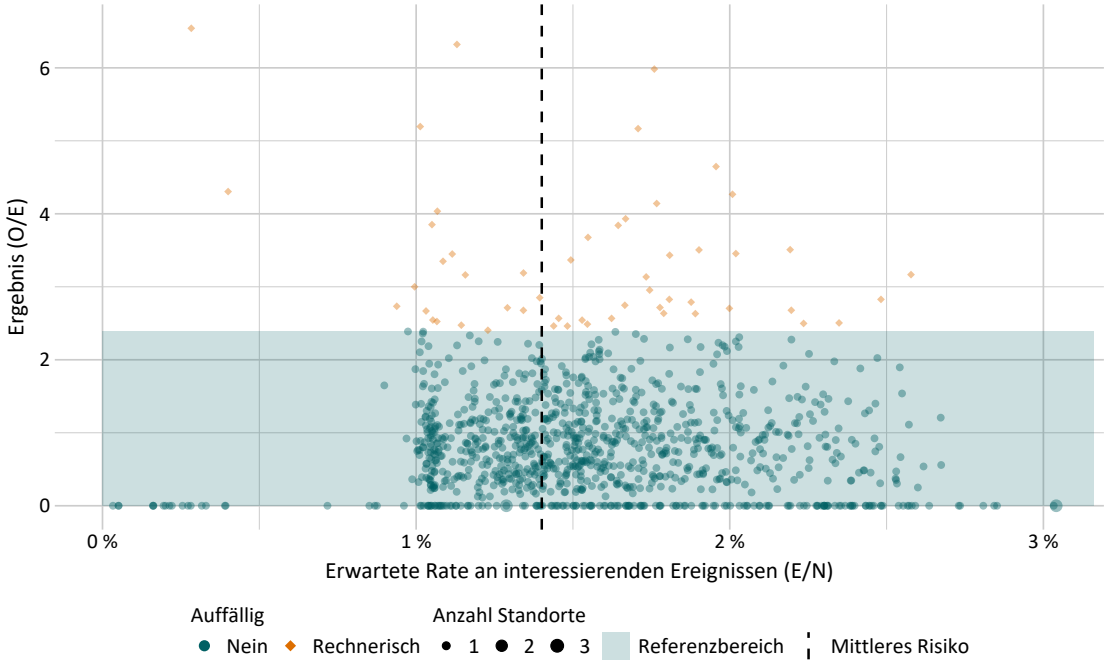
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	1.075	53	0,00	6,54	0,78

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	
10.1.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell[21]	
10.1.1.1	ID: O_10271 O/N (observed, beobachtet)	1,25 % 3.600/288.755
10.1.1.2	ID: E_10271 E/N (expected, erwartet)	1,40 % 4.044,22/288.755
10.1.1.3	**ID: 10271** **O/E**	0,89

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2	Wechselgründe[22]	
10.2.1	ID: 19_22482 Mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	83,69 % 3.013/3.600
10.2.1.1	ID: 19_22483 Implantatbruch	0,33 % 12/3.600
10.2.1.2	ID: 19_22484 Implantatabrieb/-verschleiß	0,22 % 8/3.600
10.2.1.3	ID: 19_22485 Implantatfehllage der Pfanne oder des Schafts	10,11 % 364/3.600
10.2.1.4	ID: 19_22486 Lockerung der Pfannen- oder Schaftkomponente	17,39 % 626/3.600
10.2.1.5	ID: 19_22487 Knochendefekt Pfanne oder des Femurs (inkl. Osteolyse)	1,06 % 38/3.600
10.2.1.6	ID: 19_22488 periprothetische Fraktur	34,53 % 1.243/3.600
10.2.1.7	ID: 19_22489 Endoprothesen(sub)luxation	27,47 % 989/3.600
10.2.1.8	ID: 19_22490 Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z. B. nach Duokopfprothesenimplantation	0,44 % 16/3.600
10.2.1.9	ID: 19_22491 periartikuläre Ossifikation	x % ≤3/3.600
10.2.1.10	ID: 19_26000 andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde	10,08 % 363/3.600

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2.2	ID: 19_22492 Positiver mikrobiologischer Befund vor der Prothesenexplantation	13,11 % 472/3.600
10.2.3	ID: 19_22493 Sonstige Wechselgründe oder keine Angabe	9,19 % 331/3.600

[22] Für die Berechnung der Rate (in %) wurde der Kaplan-Meier-Schätzer verwendet. Daher entspricht sie nicht dem Verhältnis O/N.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.3	Wechselprozedur (nur fest verankerte Komponenten)[23]	
10.3.1	ID: 19_22494 Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels	95,67 % 3.444/3.600
10.3.2	ID: 19_22495 Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	3,08 % 111/3.600
10.3.3	ID: 19_22496 Wechsel einer Femurkopfprothese (OPS 5-821.1-)	0,00 % 0/3.600
10.3.4	ID: 19_22497 Wechsel einer Gelenkpfannenprothese (OPS 5-821.2-)	0,00 % 0/3.600
10.3.5	ID: 19_22498 Wechsel einer zementierten Totalendoprothese (OPS 5-821.3-)	0,00 % 0/3.600
10.3.6	ID: 19_22499 Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese (OPS 5-821.4-)	0,00 % 0/3.600
10.3.7	ID: 19_22500 Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (OPS 5-821.5-)	0,00 % 0/3.600
10.3.8	ID: 19_22501 Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese (OPS 5-821.6-)	0,00 % 0/3.600
10.3.9	ID: 19_22502 Wechsel einer Duokopfprothese (OPS 5-821.f-)	0,00 % 0/3.600
10.3.10	ID: 19_22503 Wechsel einer Oberflächenersatzprothese (OPS 5-821.g-)	0,00 % 0/3.600
10.3.11	ID: 19_22504 Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaft-Femurkopfprothese] (OPS 5-821.j-)	0,00 % 0/3.600
10.3.12	ID: 19_22505 Sonstige (OPS 5-821.x-)	0,00 % 0/3.600

[23] Für die Berechnung der Rate (in %) wurde der Kaplan-Meier-Schätzer verwendet. Daher entspricht sie nicht dem Verhältnis O/N.

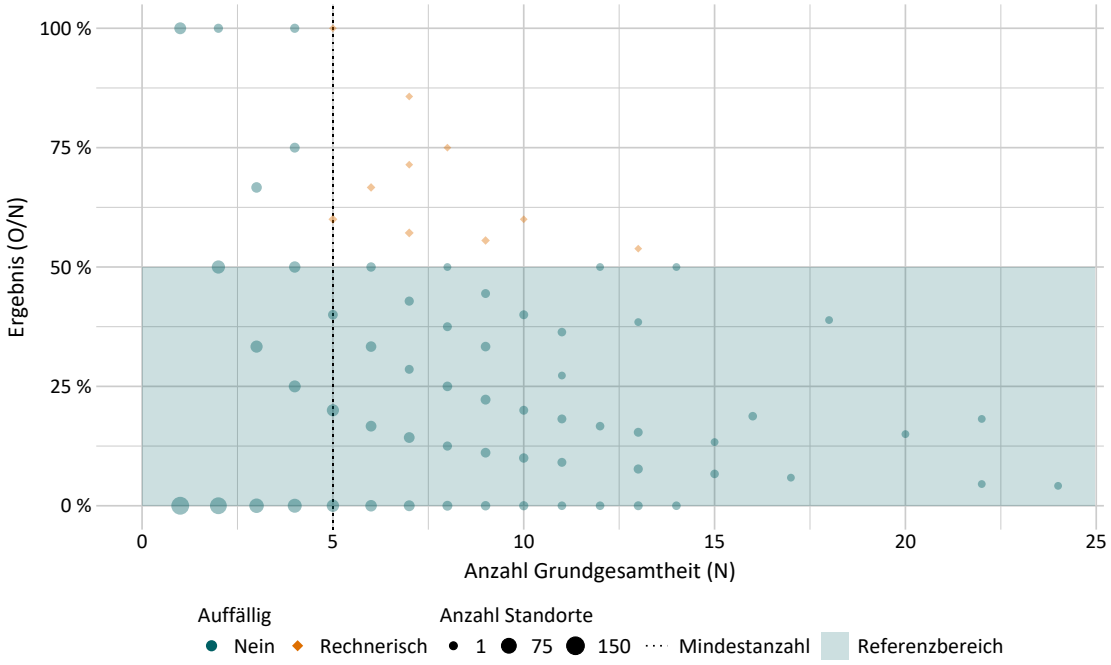
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. **Hypothese** Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Grundgesamtheit	Alle Fälle - mit mindestens einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder - mit mindestens einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde. Ausgeschlossen werden alle Fälle mit einem zweizeitigen Wechsel im Aufenthalt.
Zähler	Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde. Dabei wird die Angabe von Komplikationen und Wundinfektionen über alle Prozeduren eines Falles geprüft.
Referenzbereich	≤ 50,00 %
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	891	16	0,00	100,00	0,00

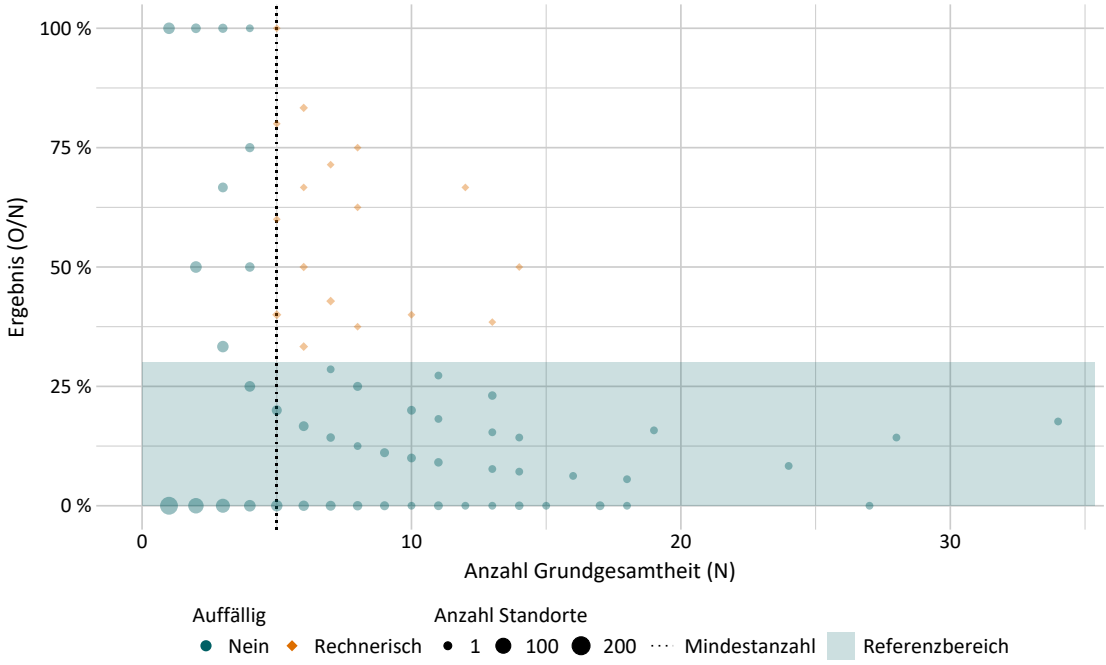
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	641 / 3.608	17,77	1,80 % 16 / 891

850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. **Hypothese** Fehlende Dokumentation periprothetischer Frakturen (als Komplikation).
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Grundgesamtheit	Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)
Zähler	Fälle, bei denen weder als Indikation eine periprothetische Fraktur noch eine periprothetische Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation angegeben wurde.
Referenzbereich	≤ 30,00 %
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	720	27	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

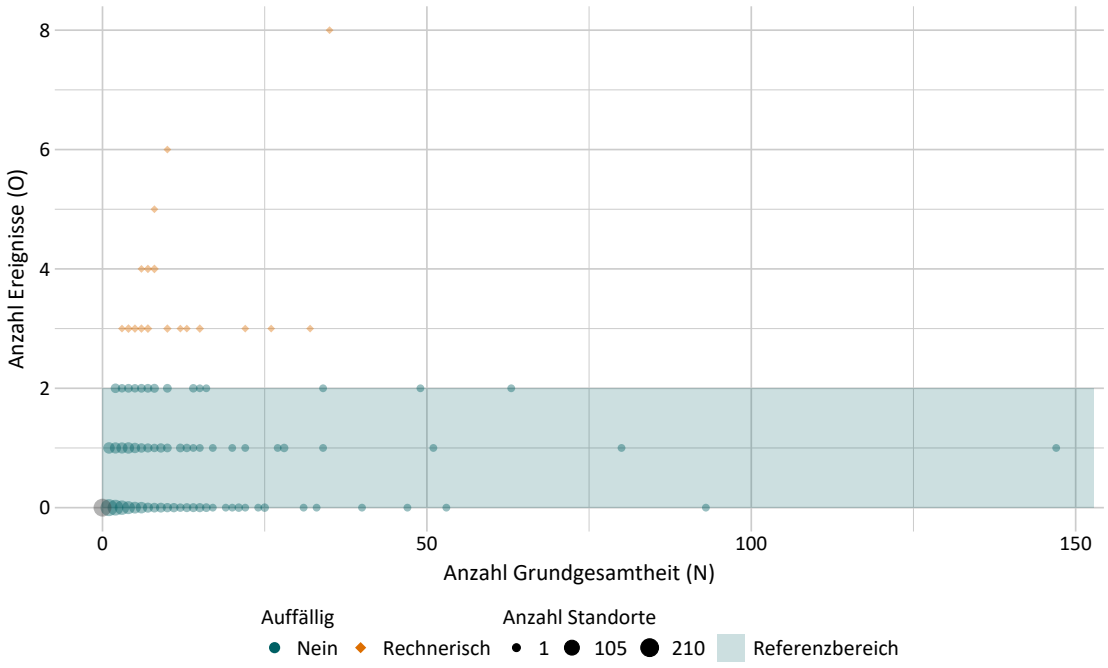
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	368 / 2.437	15,10	3,75 % 27 / 720

851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Irrtümlich angelegte Prozedurbögen stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar. **Hypothese** Fehlerhafte Bogen-Anlegung bei Fällen, bei denen mehrere Prozeduren in einem Aufenthalt dokumentiert wurden.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit mehr als einem Prozedurbogen
Zähler	Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite
Referenzbereich	≤ 2*
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

*In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 2 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



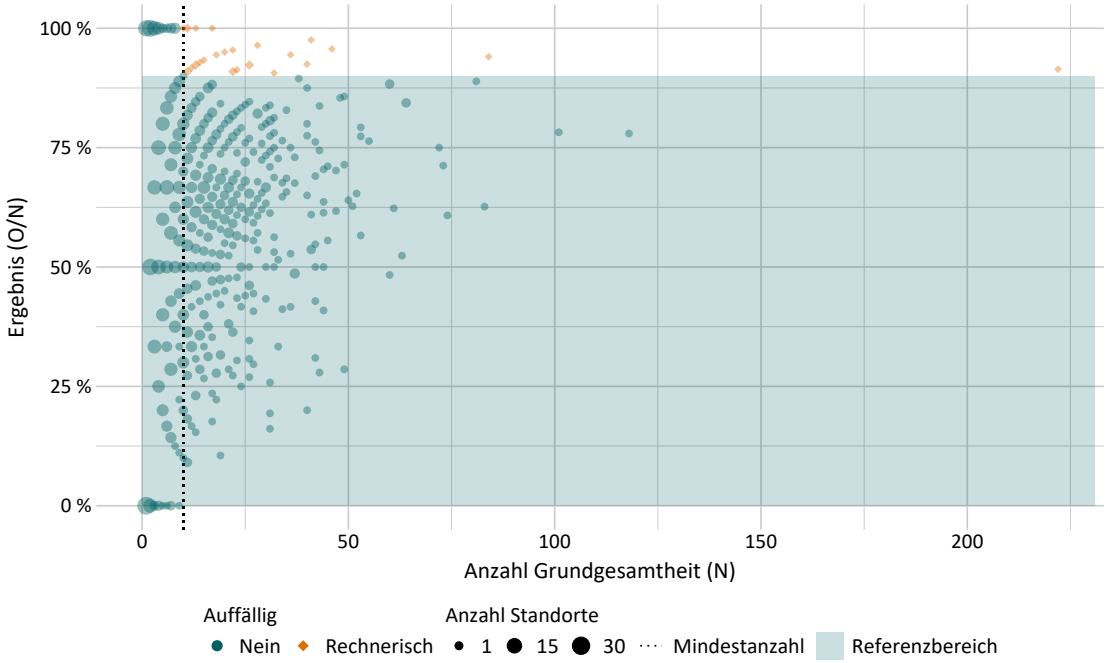
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	339 / 4.185	8,10	3,44 % 29 / 842

851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. **Hypothese** Unterdokumentation von Komplikationen
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Grundgesamtheit	Alle elektiven Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung mit postoperativer Verweildauer oberhalb eines eingriffsspezifischen Schwellenwertes für die Verweildauer
Zähler	Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen
Referenzbereich	≤ 90,00 %
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	961	28	0,00	100,00	63,16

Detailergebnisse

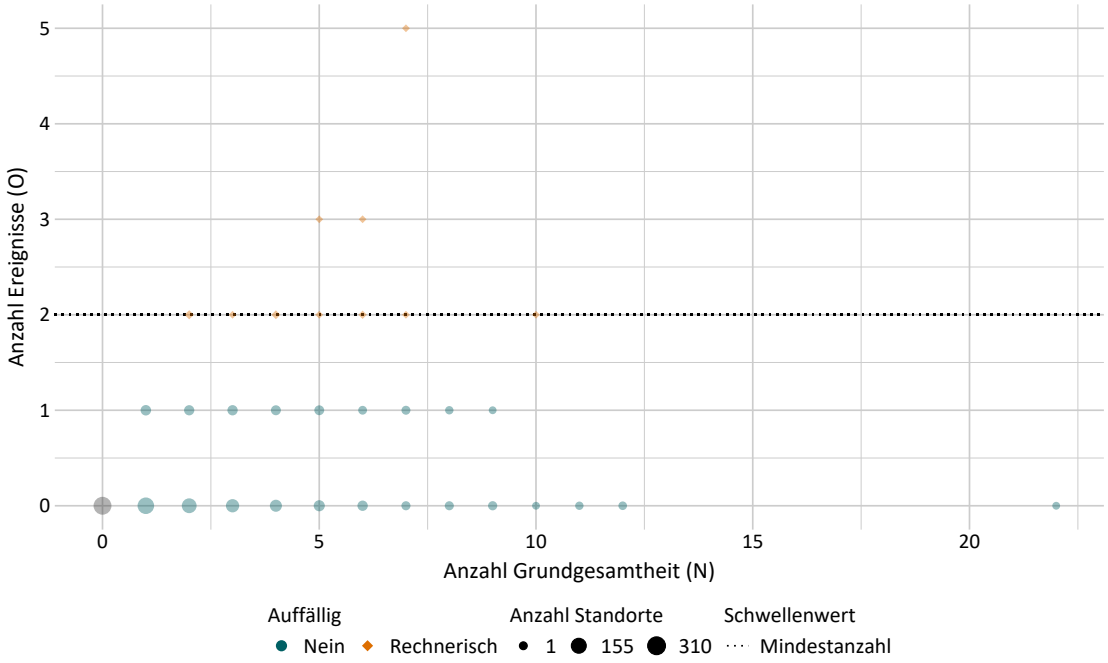
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	8.475 / 13.372	63,38	2,91 % 28 / 961

851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Erfolgt innerhalb eines stationären Aufenthalts nach einer elektiven Erstimplantation ein ungeplanter Wechsel, obwohl zur Erstimplantation keine Komplikationen angegeben wurden, so ist dies ein ungewöhnlicher Vorgang, da im Prozedurbogen auch explizit „sonstige Komplikationen“ angegeben werden können, wenn keines der konkreten Komplikations-Items zutrifft. **Hypothese** Unterdokumentation von Komplikationen
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen mit anschließender Wechsel-Operation am gleichen behandelten Gelenk(-ersatz) innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes
Zähler	Erstimplantationen ohne Angaben zu: • spezifischen post- oder Intraoperativen Komplikationen • postoperativen Wundinfektionen
Referenzbereich	= 0*
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

*In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 0 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

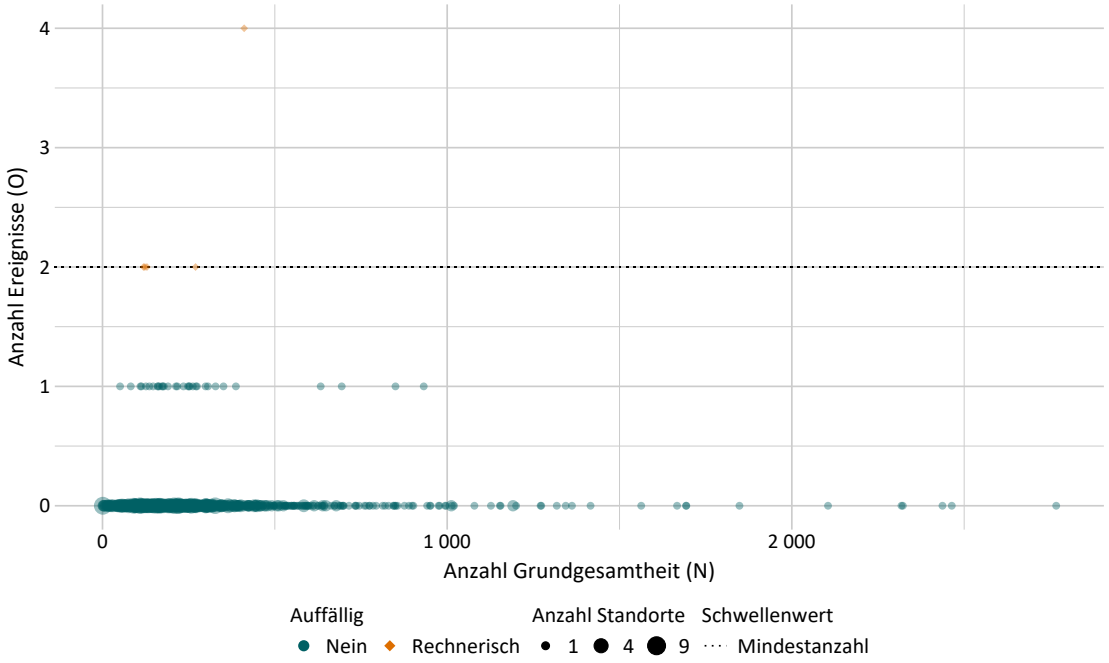
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	150 / 2.018	7,43	2,82 % 21 / 746

852102: Angabe von ASA 5

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. **Hypothese** Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine niedrigere ASA-Klassifikation vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Grundgesamtheit	Alle Prozeduren
Zähler	Alle Prozeduren mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)
Referenzbereich	= 0*
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

*In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 0 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

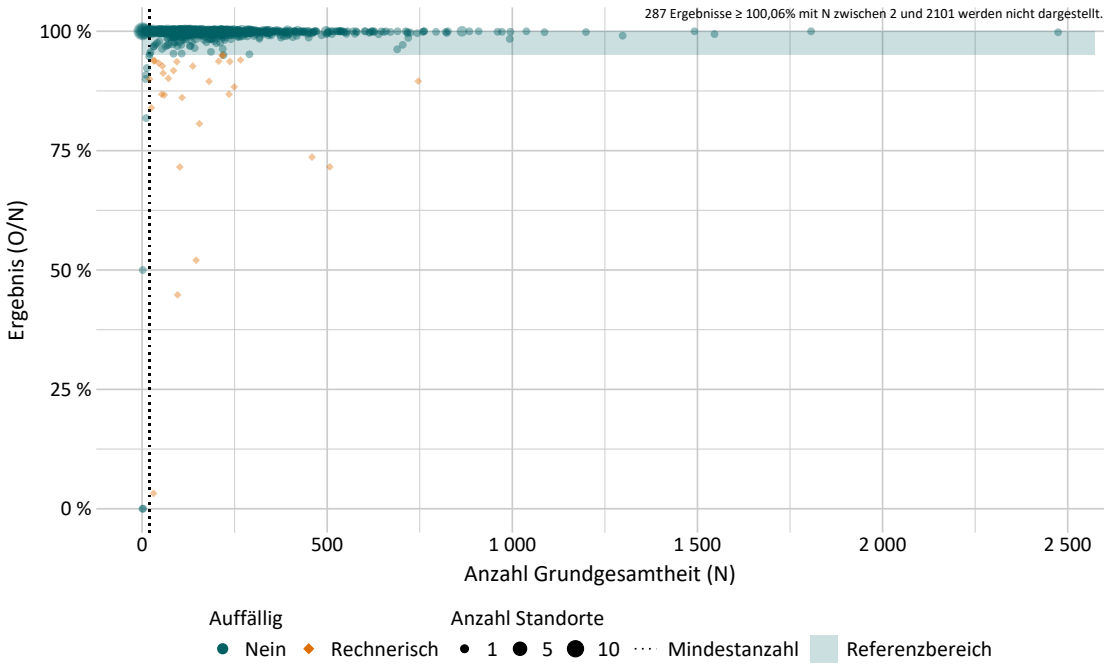
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	44 / 306.749	0,01	0,47 % 5 / 1.059

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus dem Follow-up-Indikator heraus. **Hypothese** Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.113	30	0,00	250,00	100,00

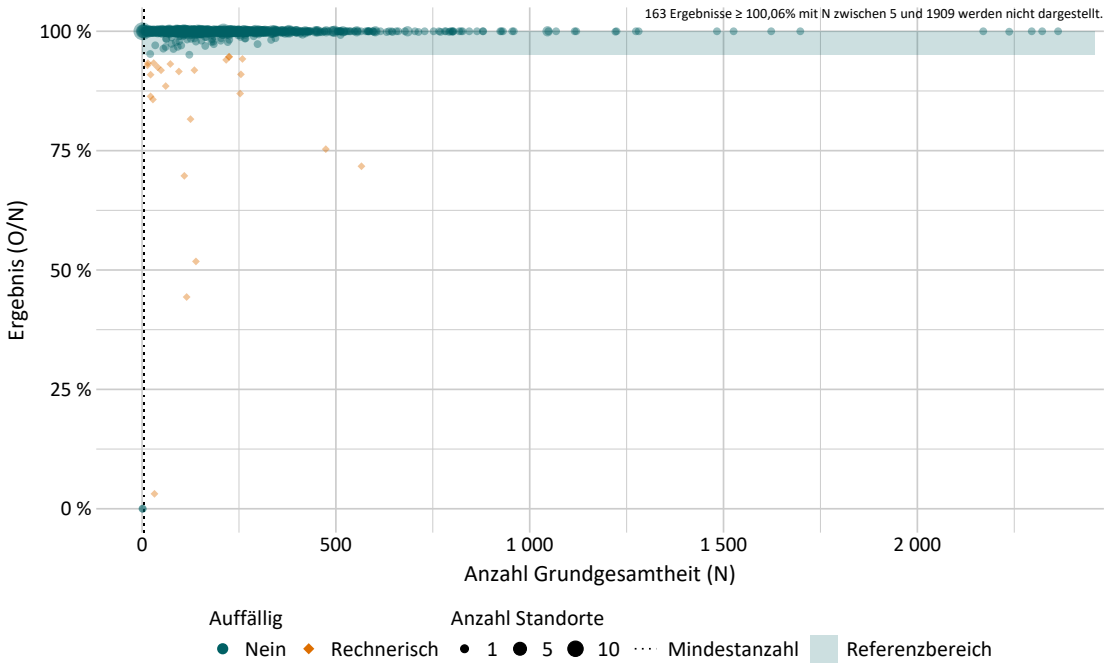
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	257.950 / 257.050	100,35	2,70 % 30 / 1.113

850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.116	25	0,00	204,76	100,00

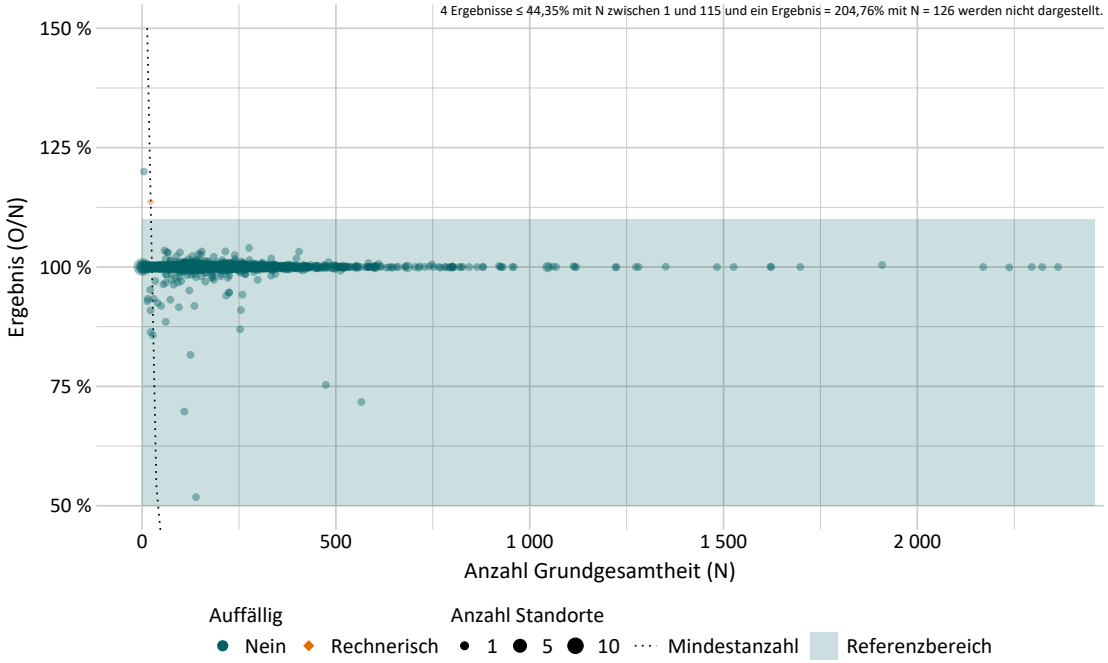
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	284.556 / 284.368	100,07	2,24 % 25 / 1.116

850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.116	2	0,00	204,76	100,00

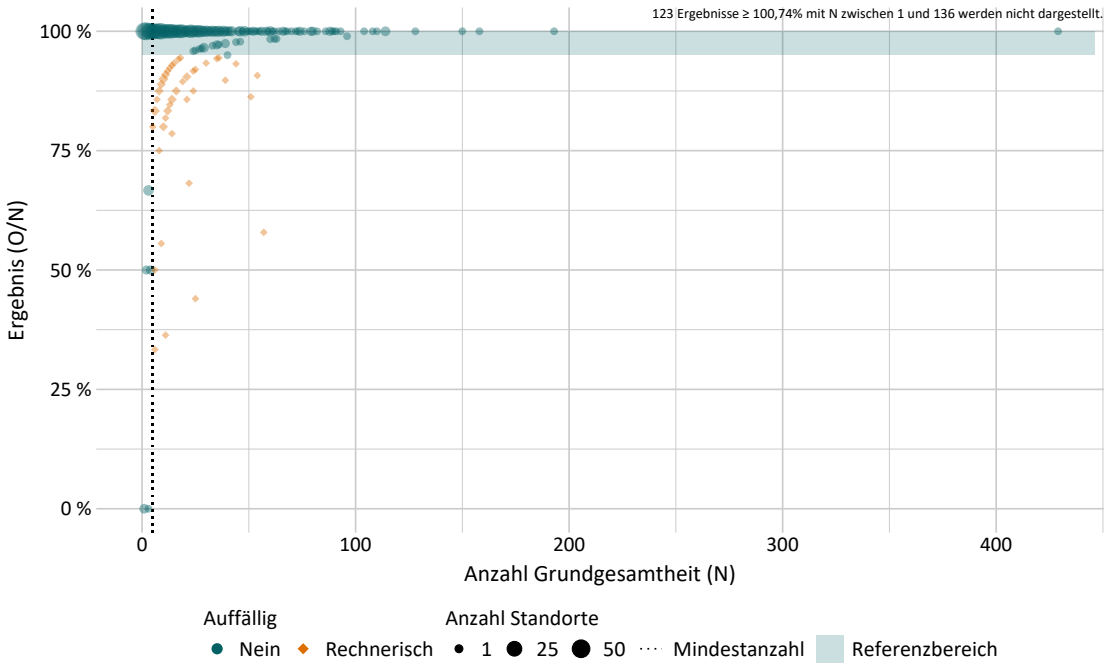
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	284.556 / 284.368	100,07	0,18 % 2 / 1.116

850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	995	56	0,00	300,00	100,00

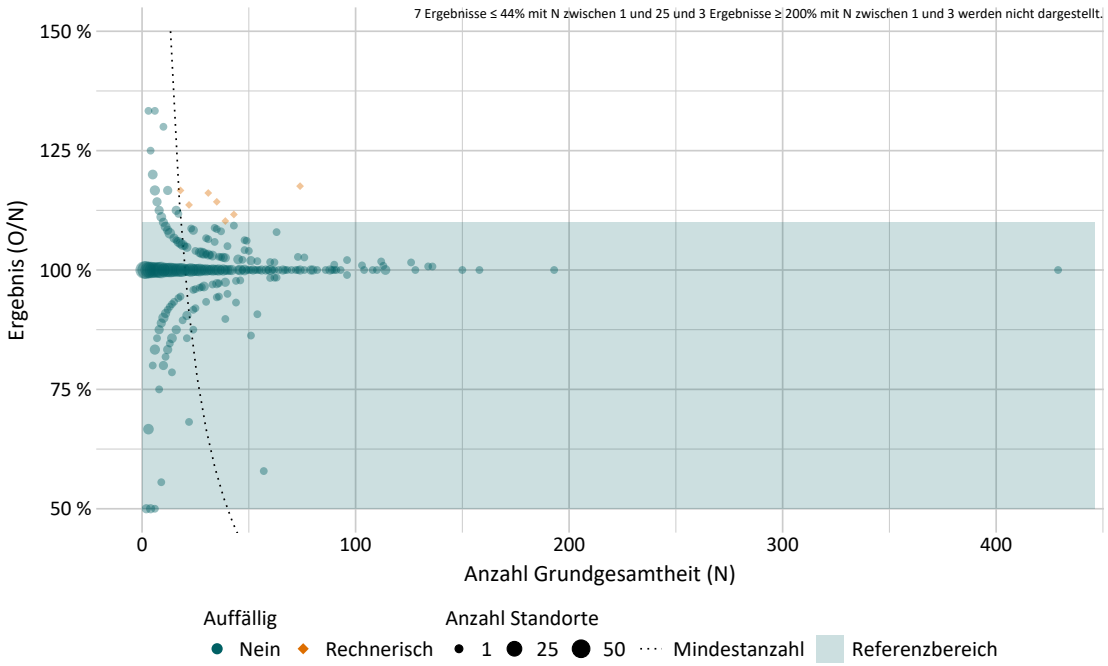
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	20.171 / 20.141	100,15	5,63 % 56 / 995

850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. **Hypothese** Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	995	7	0,00	300,00	100,00

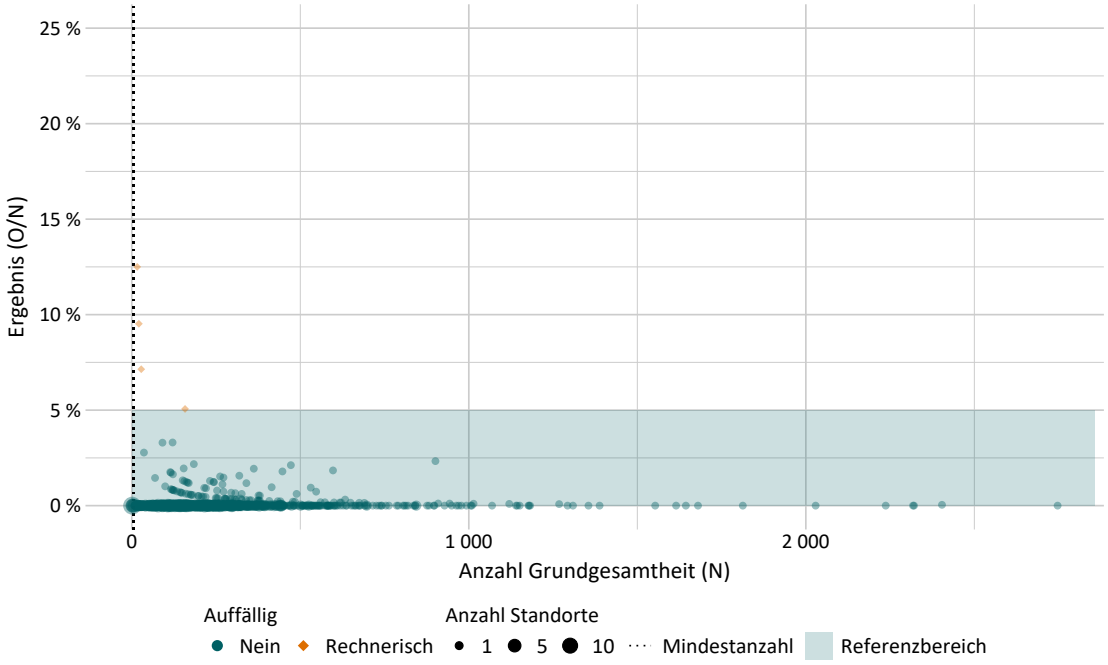
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	20.171 / 20.141	100,15	0,70 % 7 / 995

850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. **Hypothese** Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.118	4	0,00	12,50	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	228 / 302.379	0,08	0,36 % 4 / 1.118

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 302.441**	
Quartal des Aufnahmetages		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	4.651	1,54
1. Quartal	81.013	26,79
2. Quartal	74.637	24,68
3. Quartal	73.115	24,17
4. Quartal	69.025	22,82

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 302.441**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	9.194	3,04
50 - 59 Jahre	33.011	10,91
60 - 69 Jahre	77.730	25,70
70 - 79 Jahre	90.290	29,85
80 - 89 Jahre	77.548	25,64
≥ 90 Jahre	14.668	4,85

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	302.441
Mittelwert	72,26

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 302.441**	
Geschlecht		
(1) männlich	119.347	39,46
(2) weiblich	183.084	60,54
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	8	0,00

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Prozeduren	**N = 306.749**	
Art des Eingriffs		
(1) endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	73.230	23,87
(2) elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation	213.031	69,45
(3) Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels	18.263	5,95
(4) Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	2.225	0,73
zu operierende Seite		
(1) rechts	159.816	52,10
(2) links	146.933	47,90

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Inhouse-Sturz

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 73.230**	
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		
(0) nein	72.055	98,40
(1) ja	1.175	1,60

Patientinnen und Patienten

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	275	0,38
50 - 59 Jahre	1.712	2,34
60 - 69 Jahre	7.408	10,14
70 - 79 Jahre	15.935	21,80
80 - 89 Jahre	35.920	49,14
≥ 90 Jahre	11.841	16,20

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur und mit Angabe von Werten	73.091
Mittelwert	81,14

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Geschlecht		
(1) männlich	25.475	34,85
(2) weiblich	47.609	65,14
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	6	0,01

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	19.907	27,24
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	23.637	32,34
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	18.514	25,33
(4) im Zimmer mobil	8.300	11,36
(5) immobil	2.733	3,74
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	29.605	40,50
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	8.821	12,07
(2) Rollator/Gehbock	30.619	41,89
(3) Rollstuhl	2.779	3,80
(4) bettlägerig	1.267	1,73

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Treppensteigen vor Aufnahme		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	0	0,00
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	0	0,00
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	0	0,00
(9) Information liegt nicht vor	0	0,00

Koxarthrose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 73.230**	
Koxarthrose		
(0) nein	38.310	52,31
(1) ja	34.920	47,69

Acetabulumfraktur

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen und einer Fraktur des Acetabulums bei der Entlassung	**N = 461**	
initial/vor dem Eingriff vorliegende Acetabulumfraktur		
(0) nein	143	31,02
(1) ja	318	68,98

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.230**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	1.101	1,50
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	18.309	25,00
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	48.585	66,35
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	5.193	7,09
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	42	0,06
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	72.572	99,10
(2) bedingt aseptische Eingriffe	535	0,73
(3) kontaminierte Eingriffe	41	0,06
(4) septische Eingriffe	82	0,11

Antithrombotische Dauertherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 73.230**	
antithrombotische Dauertherapie		
(0) nein	42.435	57,95
(1) ja	30.795	42,05
davon: Art der Medikation[24]		
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	1.145	3,72
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	13.762	44,69
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	15.822	51,38
sonstige	668	2,17

[24] Mehrfachnennung möglich

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 73.230**	
Voroperationen am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah		
(0) nein	70.908	96,83
(1) ja	2.322	3,17

Frakturlokalisation und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 73.230**	
Frakturlokalisation		
(1) medial	68.245	93,19
davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden		
(1) Abduktionsfraktur	2.939	4,31
(2) unverschoben	6.743	9,88
(3) verschoben	38.159	55,91
(4) komplett verschoben	20.404	29,90
(2) lateral	1.742	2,38
(3) pertrochantär	1.619	2,21
(9) sonstige	1.624	2,22

Fraktur nach ICD-Kode

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 73.230**	
Schenkelhalsfrakturen		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	69.140	94,41
davon:[25]		
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	3.466	5,01
(S72.01) Intrakapsulär	56.602	81,87
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	64	0,09
(S72.03) Subkapital	2.671	3,86
(S72.04) Mediozervikal	6.836	9,89
(S72.05) Basis	930	1,35
(S72.08) Sonstige Teile	1.108	1,60
Pertrochantäre Frakturen		
(S72.1-) Pertrochantäre Frakturen	2.400	3,28
davon:[26]		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	1.676	69,83
(S72.11) Intertrochantär	770	32,08

[25] Mehrfachnennung möglich
[26] Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 73.230**	
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen[27]		

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 73.230**	
Implantation einer Totalendoprothese	18.617	25,42
- nicht zementiert (5-820.00)	8.610	46,25
- zementiert (5-820.01)	2.402	12,90
- hybrid (teilzementiert) (5-820.02)	7.605	40,85
Implantation einer Totalendoprothese, Sonderprothese	995	1,36
- nicht zementiert (5-820.20)	305	30,65
- zementiert (5-820.21)	253	25,43
- hybrid (teilzementiert) (5-820.22)	437	43,92
Implantation einer Femurkopfprothese	545	0,74
- nicht zementiert (5-820.30)	85	15,60
- zementiert (5-820.31)	460	84,40
Implantation einer Duokopfprothese	52.664	71,92
- nicht zementiert (5-820.40)	4.970	9,44
- zementiert (5-820.41)	47.694	90,56
Implantation einer Oberflächenersatzprothese	13	0,02
- nicht zementiert (5-820.80)	11	84,62
- zementiert (5-820.81)	0	0,00
- hybrid (teilzementiert) (5-820.82)	≤3	x
Implantation einer Kurzschaft-Femurkopfprothese	417	0,57
- Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.92)	4	0,96
- Ohne Pfannenprothese, zementiert (5-820.93)	64	15,35
- Mit Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.94)	266	63,79
- Mit Pfannenprothese, zementiert (5-820.95)	13	3,12

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen	**N = 73.230**	
- Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert) (5-820.96)	70	16,79
Implantation einer sonstigen Endoprothese	52	0,07
- nicht zementiert (5-820.x0)	25	48,08
- zementiert (5-820.x1)	13	25,00
- hybrid (teilzementiert) (5-820.x2)	14	26,92
Angabe zusätzlicher OPS-Codes[28]		
(5-983) Reoperation	57	0,08
(5-986*) Minimalinvasive Technik	3.626	4,95
(5-987*) Anwendung eines OP-Roboters	≤3	x
(5-988*) Anwendung eines Navigationssystems	44	0,06

[27] Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

[28] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	23.068	31,56
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	114	0,16

Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur ab 65 Jahren	**N = 68.319**	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren der Patientinnen und Patienten		
(0) nein	1.303	1,91
(1) ja	67.016	98,09
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	1.527	2,24
(1) ja	66.792	97,76

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	55.531	75,98
(1) ja[29]	17.560	24,02

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	3.120	4,27
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	2.727	3,73
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	98	0,13
Lungenembolie	542	0,74
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	2.450	3,35
Schlaganfall	390	0,53
akute gastrointestinale Blutung	376	0,51
akute Niereninsuffizienz	2.070	2,83
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	3.657	5,00
davon: Demenz		
(0) nein	1.450	39,65
(1) ja	2.207	60,35
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	6.728	9,20

[29] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.230**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	68.891	94,07
(1) ja[30]	4.339	5,93

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.230**	
primäre Implantatfehllage (fehlerhafter Einbau der Endoprothese mit Notwendigkeit einer Reoperation)	71	0,10
sekundäre Implantatdislokation (nach Beendigung des Eingriffs)	266	0,36
offen und geschlossen reponierte Endoprothesen(sub)luxation	768	1,05
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	435	0,59
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom	732	1,00
Gefäßläsion	29	0,04
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	103	0,14
periprothetische Femurfraktur	732	1,00
periprothetische Acetabulumfraktur	89	0,12
Wunddehiszenz	222	0,30
sekundäre Nekrose der Wundränder	24	0,03
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	1.233	1,68
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	72.474	98,97
(1) ja	756	1,03
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	170	22,49
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	465	61,51
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	121	16,01

[30] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur bei Patientinnen und Patienten mit spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen oder postoperativer Wundinfektion	**N = 4.492**	
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	1.974	43,94
(1) = ja	2.518	56,06

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[31]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	73.091
Median	12,00
Mittelwert	14,43
Präoperative Verweildauer (Stunden)[32]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	73.075
Median	18,73
Mittelwert	30,79
Dauer des Eingriffs (Minuten)[33]	
Anzahl Prozdeuren bei hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	73.230
Median	71,00
Mittelwert	76,17

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[34]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	72.096
Median	10,00
Mittelwert	12,75

[31] Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

[32] Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme bzw. des Inhouse-Sturzes zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts

[33] Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts

[34] Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	2.553	3,49
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	21.109	28,88
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	30.094	41,17
(4) Im Zimmer mobil	11.850	16,21
(5) immobil	3.781	5,17
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	1.077	1,47
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	21.828	29,86
(2) Rollator/Gehbock	40.995	56,09
(3) Rollstuhl	3.600	4,93
(4) bettlägerig	1.887	2,58

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Treppensteigen bei Entlassung		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	0	0,00
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	0	0,00
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	0	0,00

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	37.230	50,94
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.331	1,82
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	103	0,14
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	322	0,44
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	4	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	11.364	15,55
(07) Tod	3.998	5,47
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[35]	405	0,55
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	7.337	10,04
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	10.156	13,90
(11) Entlassung in ein Hospiz	59	0,08
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	48	0,07
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	17	0,02
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[36]	316	0,43
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	64	0,09
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[37]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	311	0,43
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[38]		
(1) ja	26	0,04

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	**N = 73.091**	
Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß § 109 SGB V		
(0) nein	58.866	80,54
(1) ja	14.225	19,46

[35] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[36] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[37] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[38] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Elektive Erstimplantation

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 211.335**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	8.524	4,03
50 - 59 Jahre	30.007	14,20
60 - 69 Jahre	66.802	31,61
70 - 79 Jahre	68.996	32,65
80 - 89 Jahre	35.305	16,71
≥ 90 Jahre	1.701	0,80

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation und mit Angabe von Werten	211.335
Mittelwert	68,95

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 211.335**	
Geschlecht		
(1) männlich	86.509	40,93
(2) weiblich	124.824	59,06
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	≤3	x

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 211.335**	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	35.643	16,87
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	129.256	61,16
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	39.839	18,85
(4) im Zimmer mobil	5.274	2,50
(5) immobil	1.323	0,63
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	146.874	69,50
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	47.729	22,58
(2) Rollator/Gehbock	14.452	6,84
(3) Rollstuhl	1.963	0,93
(4) bettlägerig	317	0,15
Treppensteigen vor Aufnahme		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	166.766	78,91
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	29.666	14,04
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	8.653	4,09
(9) Information liegt nicht vor	6.225	2,95

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 213.031**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	14.106	6,62
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	130.506	61,26
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	67.301	31,59
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	1.118	0,52
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	0	0,00
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	211.744	99,40
(2) bedingt aseptische Eingriffe	1.150	0,54
(3) kontaminierte Eingriffe	59	0,03
(4) septische Eingriffe	78	0,04

Bewegungsumfang

	Bund (gesamt)
	N
passives Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt	
Anzahl elektiver Erstimplantationen von Patientinnen und Patienten, bei denen das Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt wurde	193.646
Extension/Flexion 1 (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	0,23
Extension/Flexion 2 (Grad)	

Bewegungsumfang

	Bund (gesamt) N
Median	0,00
Mittelwert	2,97
Extension/Flexion 3 (Grad)	
Median	90,00
Mittelwert	87,30
Ab-/Adduktion 1 (Grad)	
Median	20,00
Mittelwert	17,47
Ab-/Adduktion 2 (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	0,18
Ab-/Adduktion 3 (Grad)	
Median	10,00
Mittelwert	10,85
Außen-/Innenrotation 1 (Grad)	
Median	15,00
Mittelwert	15,18
Außen-/Innenrotation 2 (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	1,30
Außen-/Innenrotation 3 (Grad)	
Median	5,00
Mittelwert	5,89

Indikationsrelevante Befunde

Schmerzen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 213.031**	
Schmerzen		
(0) nein	1.537	0,72
(1) ja, Belastungsschmerz	52.215	24,51
(2) ja, Ruheschmerz	159.279	74,77

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 213.031**	
Voroperationen am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah		
(0) nein	204.062	95,79
(1) ja	8.969	4,21
davon: Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudoarthrose oder Cut out" liegt vor		
(0) nein	6.540	72,92
(1) ja	2.429	27,08

Parameter zur Bestimmung des modifizierten Kellgren-Lawrence-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 213.031**	
Osteophyten		
(0) keine oder fraglich	4.850	2,28
(1) eindeutig	101.429	47,61
(2) große	106.752	50,11
Gelenkspalt		
(0) nicht oder fraglich verschmälert	1.188	0,56
(1) eindeutig verschmälert	13.277	6,23
(2) fortgeschritten verschmälert	97.187	45,62
(3) aufgehoben	101.379	47,59
Sklerose		
(0) keine Sklerose	1.280	0,60
(1) leichte Sklerose	31.072	14,59
(2) leichte Sklerose mit Zystenbildung	97.063	45,56
(3) Sklerose mit Zysten	83.616	39,25
Deformierung		
(0) keine Deformierung	14.097	6,62
(1) leichte Deformierung	100.816	47,32
(2) deutliche Deformierung	98.118	46,06

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 213.031**	
Vorliegen einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk		
(0) nein	210.334	98,73
(1) ja	2.697	1,27
davon: erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)		
(0) Grad 0 normal	221	8,19
(1) Grad 1 geringe Veränderung	279	10,34
(2) Grad 2 definitive Veränderung	345	12,79
(3) Grad 3 deutliche Veränderung	841	31,18
(4) Grad 4 schwere Veränderung	868	32,18
(5) Grad 5 mutilierende Veränderung	143	5,30

Femurkopfnekrose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	**N = 213.031**	
Femurkopfnekrose		
(0) nein	198.162	93,02
(1) atraumatisch	12.867	6,04
davon: atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation		
(0) Stadium 0	114	0,89
(1) Stadium I	367	2,85
(2) Stadium II	1.227	9,54
(3) Stadium III	3.267	25,39
(4) Stadium IV	7.892	61,34
(2) posttraumatisch	2.002	0,94

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 213.031**	
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation[39]		
Implantation einer Totalendoprothese	186.094	87,36
- nicht zementiert (5-820.00)	142.773	76,72
- zementiert (5-820.01)	5.867	3,15
- hybrid (teilzementiert) (5-820.02)	37.454	20,13
Implantation einer Totalendoprothese, Sonderprothese	1.934	0,91
- nicht zementiert (5-820.20)	769	39,76

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 213.031**	
- zementiert (5-820.21)	278	14,37
- hybrid (teilzementiert) (5-820.22)	887	45,86
Implantation einer Femurkopfprothese	250	0,12
- nicht zementiert (5-820.30)	191	76,40
- zementiert (5-820.31)	59	23,60
Implantation einer Duokopfprothese	740	0,35
- nicht zementiert (5-820.40)	204	27,57
- zementiert (5-820.41)	536	72,43
Implantation einer Oberflächenersatzprothese	284	0,13
- nicht zementiert (5-820.80)	13	4,58
- zementiert (5-820.81)	18	6,34
- hybrid (teilzementiert) (5-820.82)	253	89,08
Implantation einer Kurzschaft-Femurkopfprothese	23.756	11,15
- Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.92)	54	0,23
- Ohne Pfannenprothese, zementiert (5-820.93)	15	0,06
- Mit Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.94)	22.862	96,24
- Mit Pfannenprothese, zementiert (5-820.95)	132	0,56
- Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert) (5-820.96)	693	2,92
Implantation einer sonstigen Endoprothese	228	0,11
- nicht zementiert (5-820.x0)	162	71,05
- zementiert (5-820.x1)	24	10,53
- hybrid (teilzementiert) (5-820.x2)	42	18,42

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 213.031**	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes[40]		
(5-983) Reoperation	198	0,09
(5-986*) Minimalinvasive Technik	42.026	19,73
(5-987*) Anwendung eines OP-Roboters	764	0,36
(5-988*) Anwendung eines Navigationssystems	873	0,41

[39] Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

[40] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 211.335**	
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	4.995	2,36
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	102	0,05

Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation ab 65 Jahren	**N = 141.121**	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren der Patientinnen und Patienten		
(0) nein	2.850	2,02
(1) ja	138.271	97,98
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	3.254	2,31
(1) ja	137.867	97,69

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 211.335**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	205.302	97,15
(1) ja[41]	6.033	2,85

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 211.335**	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	420	0,20
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	871	0,41
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	103	0,05
Lungenembolie	201	0,10
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	528	0,25
Schlaganfall	153	0,07
akute gastrointestinale Blutung	106	0,05
akute Niereninsuffizienz	912	0,43
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	532	0,25
davon: Demenz		
(0) nein	355	66,73
(1) ja	177	33,27
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	3.008	1,42

[41] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 213.031**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	207.244	97,28
(1) ja[42]	5.787	2,72

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	**N = 213.031**	
primäre Implantatfehllage (fehlerhafter Einbau der Endoprothese mit Notwendigkeit einer Reoperation)	112	0,05
sekundäre Implantatdislokation (nach Beendigung des Eingriffs)	303	0,14
offen und geschlossen reponierte Endoprothesen(sub)luxation	512	0,24
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	435	0,20
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom	525	0,25
Gefäßläsion	50	0,02
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	392	0,18
periprothetische Femurfraktur	1.844	0,87
periprothetische Acetabulumfraktur	218	0,10
Wunddehiszenz	182	0,09
sekundäre Nekrose der Wundränder	19	0,01
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	1.608	0,75
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	212.504	99,75
(1) ja	527	0,25
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	108	20,49
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	323	61,29
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	96	18,22

[42] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation bei Patientinnen und Patienten mit spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen oder postoperativer Wundinfektion	**N = 5.918**	
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	3.574	60,39
(1) = ja	2.344	39,61

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[43]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	211.335
Median	6,00
Mittelwert	7,07
Präoperative Verweildauer (Stunden)[44]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	211.174
Median	5,43
Mittelwert	16,44
Dauer des Eingriffs (Minuten)[45]	
Anzahl Prozeduren bei elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	213.031
Median	63,00
Mittelwert	67,61

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[46]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	210.301
Median	6,00
Mittelwert	6,39

[43] Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum
[44] Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts
[45] Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts
[46] Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 211.335**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	24.430	11,56
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	120.110	56,83
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	64.442	30,49
(4) Im Zimmer mobil	1.728	0,82
(5) immobil	378	0,18
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	3.944	1,87
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	194.803	92,18
(2) Rollator/Gehbock	11.761	5,57
(3) Rollstuhl	401	0,19
(4) bettlägerig	179	0,08

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 211.335**	
Treppensteigen bei Entlassung		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	156.836	74,21
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	48.246	22,83
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	5.981	2,83

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 211.335**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	141.352	66,89
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5.824	2,76
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	254	0,12
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	474	0,22
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	13	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	3.775	1,79
(07) Tod	269	0,13
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[47]	143	0,07
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	57.812	27,36
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	1.009	0,48
(11) Entlassung in ein Hospiz	9	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	4	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	11	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	25	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[48]	61	0,03
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	32	0,02
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[49]	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	130	0,06
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[50]		
(1) ja	137	0,06

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation	**N = 211.335**	
Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß § 109 SGB V		
(0) nein	204.104	96,58
(1) ja	7.231	3,42

[47] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[48] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[49] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[50] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.062**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	434	2,16
50 - 59 Jahre	1.420	7,08
60 - 69 Jahre	3.931	19,59
70 - 79 Jahre	5.958	29,70
80 - 89 Jahre	7.038	35,08
≥ 90 Jahre	1.281	6,39

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel und mit Angabe von Werten	20.062
Mittelwert	75,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.062**	
Geschlecht		
(1) männlich	8.050	40,13
(2) weiblich	12.011	59,87
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	≤3	x

Präoperative Anamnese/Befunde

Gefähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.062**	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	2.727	13,59
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	7.504	37,40
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	5.487	27,35
(4) im Zimmer mobil	2.334	11,63
(5) immobil	2.010	10,02
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	6.329	31,55
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	6.171	30,76
(2) Rollator/Gehbock	4.973	24,79
(3) Rollstuhl	1.671	8,33
(4) bettlägerig	918	4,58
Treppensteigen vor Aufnahme		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	8.582	42,78
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	3.407	16,98
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	4.965	24,75
(9) Information liegt nicht vor	2.119	10,56

ASA-und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.488**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	330	1,61
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	7.166	34,98
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	12.231	59,70
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	759	3,70
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	≤3	x
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	18.188	88,77
(2) bedingt aseptische Eingriffe	1.219	5,95
(3) kontaminierte Eingriffe	240	1,17
(4) septische Eingriffe	841	4,10

Indikationsrelevante Befunde

Schmerzen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.488**	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation		
(0) nein	2.206	10,77
(1) ja, Belastungsschmerz	6.514	31,79
(2) ja, Ruheschmerz	11.768	57,44

Erreger-/ Infektionsnachweis

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.488**	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)		
(0) nein	15.211	74,24
(1) ja	5.277	25,76
mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation		
(0) nicht durchgeführt	9.404	45,90
(1) durchgeführt, negativ	8.114	39,60
(2) durchgeführt, positiv	2.970	14,50

Röntgendiagnostik / klinische Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.488**	
Patientinnen und Patienten, bei denen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vorliegen		
(0) nein	2.175	10,62
(1) ja	18.313	89,38
davon:[51]		
Implantatbruch	376	2,05
Implantatabrieb/-verschleiß	1.011	5,52
Implantatfehllage der Pfanne	1.360	7,43
Implantatfehllage des Schafts	676	3,69
Lockerung der Pfannenkomponente	3.802	20,76
Lockerung der Schaftkomponente	4.217	23,03
periprothetische Fraktur	6.559	35,82
Endoprothesen(sub)luxation	3.216	17,56
Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust Pfanne	1.336	7,30
Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust des Femurs (ab distal des trochanter minors)	769	4,20
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	124	0,68
periartikuläre Ossifikation (Grad 3 oder 4 nach Brooker)	212	1,16
andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde	2.084	11,38

[51] Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.488**	
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel[52]		
Wechsel einer Femurkopfprothese	2.595	12,67
- In Femurkopfprothese, nicht zementiert (5-821.10)	1.091	42,04
- In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.11)	486	18,73
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.12)	142	5,47
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.13)	97	3,74
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.14)	81	3,12
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.15)	591	22,77
- In Duokopfprothese (5-821.16)	39	1,50
- Sonstige (5-821.1x)	68	2,62
Wechsel einer Gelenkpfannenprothese	6.040	29,48
- In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert (5-821.20)	631	10,45
- In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.22)	581	9,62
- In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes (5-821.24)	2.367	39,19
- In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes (5-821.25)	1.928	31,92
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.26)	73	1,21
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.27)	67	1,11
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.28)	53	0,88
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.29)	228	3,77
- Sonstige (5-821.2x)	112	1,85
Wechsel einer zementierten Totalendoprothese	1.251	6,11
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.30)	253	20,22

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.488**	
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.31)	355	28,38
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.32)	110	8,79
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.33)	477	38,13
- Sonstige (5-821.3x)	56	4,48
Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese	5.652	27,59
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.40)	2.060	36,45
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.41)	701	12,40
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.42)	675	11,94
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.43)	2.101	37,17
- Sonstige (5-821.4x)	115	2,03
Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)	674	3,29
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.50)	89	13,20
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.51)	113	16,77
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.52)	253	37,54
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.53)	201	29,82
- Sonstige (5-821.5x)	18	2,67
Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese	689	3,36
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.60)	110	15,97
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.61)	42	6,10
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.62)	45	6,53
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.63)	436	63,28
- Sonstige (5-821.6x)	56	8,13
Wechsel einer Duokopfprothese	1.340	6,54

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.488**	
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.f0)	122	9,10
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.f1)	301	22,46
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.f2)	189	14,10
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.f3)	435	32,46
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.f4)	205	15,30
- Sonstige (5-821.fx)	88	6,57
Wechsel einer Oberflächenersatzprothese	97	0,47
- In Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert (5-821.g0)	≤3	x
- In Oberflächenersatzprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.g1)	≤3	x
- In Oberflächenersatzprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.g2)	≤3	x
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.g3)	56	57,73
- In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez. (5-821.g4)	24	24,74
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.g5)	10	10,31
- Sonstige (5-821.gx)	≤3	x
Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaft-Femurkopfprothese]	123	0,60
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.j0)	66	53,66
- In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez. (5-821.j1)	23	18,70
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.j2)	30	24,39
- Sonstige (5-821.jx)	4	3,25
Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation 5-829.n	2.658	12,97

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.488**	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes[53]		
(5-983) Reoperation	473	2,31
(5-986*) Minimalinvasive Technik	330	1,61
(5-987*) Anwendung eines OP-Roboters	≤3	x
(5-988*) Anwendung eines Navigationssystems	8	0,04

[52] Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

[53] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.062**	
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	2.148	10,71
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	19	0,09

Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel ab 65 Jahren	**N = 16.521**	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren der Patientinnen und Patienten		
(0) nein	269	1,63
(1) ja	16.252	98,37
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	292	1,77
(1) ja	16.229	98,23

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.062**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	16.238	80,94
(1) ja[54]	3.824	19,06

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.062**	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	489	2,44
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	730	3,64
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	47	0,23
Lungenembolie	125	0,62
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	431	2,15
Schlaganfall	63	0,31
akute gastrointestinale Blutung	76	0,38
akute Niereninsuffizienz	435	2,17
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	523	2,61
davon: Demenz		
(0) nein	279	53,35
(1) ja	244	46,65
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	1.964	9,79

[54] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.488**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	15.464	75,48
(1) ja[55]	5.024	24,52

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.488**	
primäre Implantatfehllage (fehlerhafter Einbau der Endoprothese mit Notwendigkeit einer Reoperation)	86	0,42
sekundäre Implantatdislokation (nach Beendigung des Eingriffs)	295	1,44
offen und geschlossen reponierte Endoprothesen(sub)luxation	687	3,35
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	349	1,70
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom	759	3,70
Gefäßläsion	35	0,17
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	153	0,75
periprothetische Femurfraktur	689	3,36
periprothetische Acetabulumfraktur	73	0,36
Wunddehiszenz	245	1,20
sekundäre Nekrose der Wundränder	29	0,14
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	2.130	10,40
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	19.574	95,54
(1) ja	914	4,46
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	151	16,52
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	624	68,27
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	139	15,21

[55] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen oder postoperativer Wundinfektion	**N = 5.208**	
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	2.779	53,36
(1) = ja	2.429	46,64

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[56]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	20.062
Median	15,00
Mittelwert	19,16
Präoperative Verweildauer (Stunden)[57]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	18.053
Median	28,06
Mittelwert	97,75
Dauer des Eingriffs (Minuten)[58]	
Anzahl Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	20.488
Median	119,00
Mittelwert	129,30

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Postoperative Verweildauer (Tage)[59]	
Anzahl Patientinnen und Patienten bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	20.044
Median	10,00
Mittelwert	13,82

[56] Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum
[57] Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts
[58] Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts
[59] Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.062**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	1.105	5,51
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	6.900	34,39
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	8.230	41,02
(4) Im Zimmer mobil	2.459	12,26
(5) immobil	840	4,19

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.062**	
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	270	1,35
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	11.491	57,28
(2) Rollator/Gehbock	6.429	32,05
(3) Rollstuhl	969	4,83
(4) bettlägerig	374	1,86
Treppensteigen bei Entlassung		
(1) steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter, wobei der Patient den Handlauf benutzen kann	7.799	38,87
(2) steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	5.454	27,19
(3) erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht	5.365	26,74

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.062**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	11.725	58,44
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	802	4,00
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	36	0,18
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	90	0,45
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	4	0,02
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	2.186	10,90
(07) Tod	572	2,85
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[60]	67	0,33
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	2.851	14,21
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	1.607	8,01
(11) Entlassung in ein Hospiz	5	0,02
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	5	0,02
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	8	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[61]	34	0,17
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	7	0,03
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[62]	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	51	0,25
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[63]		
(1) ja	12	0,06

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	**N = 20.062**	
Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß § 109 SGB V		
(0) nein	17.331	86,39
(1) ja	2.731	13,61

[60] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

[61] nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

[62] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

[63] z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

Anlage zum Beschluss

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4
Abkürzungsverzeichnis 5
Vorbemerkung 6
1 Hintergrund 7
2 Einordnung der Ergebnisse 8
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 9
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 9
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 11
4 Evaluation 12
5 Ausblick 13
Literatur 14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KEP 9

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
GBA	Gemeinsamer Bundessauschuss
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
QS	Qualitätssicherung
QS KEP	QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
STNV	Stellungnahmeverfahren

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* (*QS KEP*) wird seit 2023 grundlegend überarbeitet. Deshalb wurde die QS-Dokumentation im Erfassungsjahr 2025 ausgesetzt. Die Referenzbereiche fast aller Indikatoren sind seit dem Auswertungsjahr 2024 ausgesetzt. Die Ausnahme bildet der Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54028). Dieser Bericht enthält daher ausschließlich die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zu diesem Indikator.

Die QS-Dokumentation wurde zum Erfassungsjahr 2026 in überarbeiteter Form wieder aufgenommen. Seitdem fließen zusätzlich Sozialdaten bei den Krankenkassen als neue Datenquelle ein.

1 Hintergrund

Das Verfahren *QS KEP* untersucht die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen eines künstlichen Kniegelenks (Knieendoprothese) sowie bei Eingriffen, bei denen ein bestehendes Implantat bzw. Teile davon gewechselt werden. Ziel des Verfahrens ist es, die Indikationsstellung und die Ergebnisqualität zu verbessern sowie die Anzahl an Komplikationen während und nach der Operation zu verringern. Damit adressiert das Verfahren einen versorgungsrelevanten Bereich mit hohen Fallzahlen. Eingeschlossen werden alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen eine Knieendoprothese oder ein Teilersatz des Kniegelenks erstmals implantiert oder gewechselt wird.

Der mit Abstand häufigste Grund für die Implantation einer Knieendoprothese ist die Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose). Sie ist gekennzeichnet durch den fortschreitenden Verschleiß des Gelenkknorpels und der angrenzenden Strukturen des Kniegelenks. Die Gonarthrose betrifft überwiegend Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Typische Folgen sind Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Funktionsverluste und eine verminderte Lebensqualität. Wenn konservative Behandlungen wie Physiotherapie oder Schmerzmedikation nicht mehr ausreichen, ist die Implantation einer Knieendoprothese eine Option. Dadurch können die Schmerzen verringert und die Lebensqualität dauerhaft verbessert werden. Während oder nach der Operation können jedoch Komplikationen wie Infektionen oder Implantatlockerungen auftreten. Dann können Folgeeingriffe oder der Wechsel der Prothese bzw. einzelner Komponenten notwendig werden.

Aus dem Verfahren ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Implantation eines künstlichen Kniegelenks aufgrund sehr spezifischer Erkrankungen nötig ist. Dazu zählen beispielsweise Krebserkrankungen oder bereits im Kindesalter aufgetretene Fehlbildungen. Die Operationen sind in diesen Fällen meist sehr komplex und nicht mit den Operationen der Regelversorgung zu vergleichen. Darüber hinaus werden auch Patientinnen und Patienten mit Polytrauma oder anderen Begleitverletzungen ausgeschlossen. Bei einem Polytrauma liegen gleichzeitig mehrere schwere Verletzungen an verschiedenen Körperregionen oder Organen vor, die gemeinsam potenziell lebensbedrohlich sind.

Das Verfahren wurde im Rahmen der Eckpunktebeauftragung des GBA überprüft. Ziel war es, das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Für das Erfassungsjahr 2025 wurde die QS-Dokumentationspflicht im Verfahren ausgesetzt. Die bisherigen QS-dokumentationsbasierten Indikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen, zur Sterblichkeit sowie zu frühzeitigen Wechseln wurden im Auswertungsjahr 2025 letztmalig berichtet. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden diese Qualitätsaspekte in Form von sozialdatenbasierten Kennzahlen ausgewertet.

2 Einordnung der Ergebnisse

Als Folge der Aussetzung der QS-Dokumentation im Erfassungsjahr 2025 enthält der Bericht im aktuellen Auswertungsjahr keine rechnerischen Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien. Es liegt keine Bundesauswertung mit Auswertung der Datengrundlage vor.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KEP

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	8.416	-	10.176	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	995	100,00	969	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	54	5,43	50	5,16
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	54	100,00	50	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	54	100,00	50	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	8	14,81	29	58,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	46	85,19	21	42,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	46	100,00	21	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	30	55,56	8	16,00
Bewertung als qualitativ auffällig	2	3,70	3	6,00
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	12	22,22	10	20,00
Sonstiges	2	3,70	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	2	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Insgesamt wurden im Verfahren *QS KEP* zum Auswertungsjahr 2025 mehr Indikatorergebnisse berechnet als im Vorjahr. Dies ist auf zwei Indikatoren ohne Referenzbereiche zurückzuführen, für die die Anzahl der Ergebnisse anstieg: Die ehemalige Transparenzkennzahl „Treppensteigen bei Entlassung" wurde zum Erfassungsjahr 2024 in einen Qualitätsindikator ohne Referenzbereich umgewandelt (ID 202300) und im Auswertungsjahr 2025 als solcher ausgewertet. Der Qualitätsindikator „Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen" (ID 54128) konnte im Auswertungsjahr 2024 aufgrund eines Fehlers in der Rechenregel nicht ausgewertet werden. Für das Auswertungsjahr 2025 konnte der Fehler behoben werden, sodass eine Auswertung möglich war.

Im einzigen Indikator des Verfahrens, für den zum Auswertungsjahr 2025 ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde („Gehunfähigkeit bei Entlassung", ID 54028), blieb die Anzahl der Ergebnisse konstant. Rechnerisch auffällige Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren von den LAG überwiegend auf Einzelfallabweichungen oder auf Dokumentationsprobleme zurückgeführt.

Diese Dokumentationsprobleme wurden von den LAG jedoch unterschiedlich bewertet. Drei Leistungserbringer wurden aufgrund dessen als qualitativ auffällig bewertet. In einem Fall lag dies laut der LAG an „mangelnder Umsetzung der Digitalisierung" und in den anderen beiden Fällen an Mängeln bei den Dokumentationsprozessen.

Zudem führten auch vereinzelte Dokumentationsprobleme zu qualitativ unauffälligen Bewertungen. Die LAG übermittelten jedoch nur die Bewertungskriterien („Einzelfallabweichung" oder „vereinzelte Dokumentationsprobleme") ohne weitere Angaben. In neun Fällen wurde das rechnerisch auffällige Ergebnis direkt auf Dokumentationsprobleme zurückgeführt.

Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurde deutlich häufiger kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (AJ 2025: 58,00 %; AJ 2024: 14,81 %). Die LAG begründeten dies mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen aufgrund von Einzelfällen. Eine LAG hat darüber hinaus keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet, wenn die Leistungserbringer im Vorjahr als qualitativ unauffällig bewertet wurden oder es sich um Dokumentationsprobleme handelte, zu denen bereits Maßnahmen umgesetzt wurden.

Eine LAG hat zu diesem Indikator keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt und das mit der Aussetzung des Verfahrens für das Auswertungsjahr 2025 begründet. Das IQTIG geht davon aus, dass die LAG damit die QS-Dokumentation meint. Diese war im Erfassungsjahr 2025 ausgesetzt.

Das Verfahren an sich war im Auswertungsjahr 2025 jedoch nicht ausgesetzt. Zu diesem Indikator hätten daher Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden müssen. Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 wurden nicht eingeleitet.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Aufgrund der Aussetzung des Verfahrens zum Erfassungsjahr 2025 werden im Verfahren aktuell keine Auffälligkeitskriterien ausgewertet.

4 Evaluation

Die in Teil 2 Verfahren 15 (*QS KEP*) § 1 Abs. 3 der DeQS-RL formulierten Ziele des Verfahrens beinhalten die Verbesserung der Ergebnisqualität sowie die Verringerung von Komplikationen während und nach der Operation.

In der Eckpunktebeauftragung und der Beauftragung zur Prüfung der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS KEP* wurden die Indikatoren des Verfahrens vor dem Hintergrund dieser Ziele intensiv geprüft und mithilfe von Expertinnen und Experten überarbeitet. Dabei wurden auch externe Rückmeldungen wie z. B. von den LAG berücksichtigt. Die Ergebnisse dieser Beauftragungen stellen die Grundlage der zum Erfassungsjahr 2026 umgesetzten Weiterentwicklung des Verfahrens dar.

Ein Ergebnis der Eckpunktebeauftragung war die Abschaffung der Indikatoren zur Indikationsstellung und der Transparenzkennzahl zur Beweglichkeit bei Entlassung. Die Erfassung der Indikationsindikatoren konnte nicht ausreichend mit Evidenz begründet werden. Darüber hinaus waren die Messeigenschaften für die Feststellung einer bedarfsgerechten Indikation nicht ausreichend.

Die Beweglichkeit bei Entlassung ließ sich ebenfalls nicht verlässlich über die QS-Dokumentation abbilden. Die beiden Qualitätsmerkmale stellen jedoch wichtige Aspekte im Verfahren dar, sodass das IQTIG eine Erfassung mittels Patientenbefragung empfahl. Der GBA beauftragte daraufhin das IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung (G-BA 2024).

Neben der Streichung von Indikatoren wurde in der Eckpunktebeauftragung empfohlen, die Risikoadjustierung der Indikatoren zu Komplikationen, Mobilität und frühzeitigen Wechseln zu überarbeiten. Vor allem die Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten wurden bisher nicht ausreichend abgebildet. Sie haben jedoch einen starken Einfluss auf das Auftreten von Komplikationen.

Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob die Indikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen sowie zur Sterblichkeit und zu den frühzeitigen Wechseln mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden könnten. Diese Qualitätsaspekte konnten bisher nur bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst werden. Aufgrund der immer geringeren postoperativen Verweildauer im Krankenhaus war die Aussagekraft dieser Indikatoren begrenzt.

Das IQTIG war parallel zur Eckpunktebeauftragung beauftragt, die Integration von Sozialdaten in das Verfahren zu prüfen. Außerdem hat das Institut in einem internen Projekt die Risikoadjustierung mittels Sozialdaten untersucht. Aufgrund dieser beiden Projekte konnten die entsprechenden Empfehlungen zu den Sozialdaten zeitnah umgesetzt werden. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Integration von Sozialdaten und die Risikoadjustierung mittels Sozialdaten möglich sind. 2024 wurde das IQTIG folgend mit der Entwicklung einer Sozialdatenspezifikation beauftragt.

© IQTIG 2026

5 Ausblick

Das Verfahren *QS KEP* befindet sich aktuell in einer Umwandlungsphase. Nach einer einjährigen Aussetzung wurde die QS-Dokumentation im Erfassungsjahr 2026 wieder aufgenommen. Die wichtigste Weiterentwicklung ist die Integration der Sozialdaten bei den Krankenkassen als weitere Datenquelle. Dieser Schritt wurde durch die Beauftragung zur Prüfung der Integration von Sozialdaten und durch das IQTIG-interne Projekt zur Risikoadjustierung mittels Sozialdaten vorbereitet.

Durch die Integration von Sozialdaten in das Verfahren und die Überarbeitung des Indikatorensets lässt sich der Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer deutlich reduzieren. Lediglich bei Verdacht auf eine Wundkomplikation ist eine QS-Dokumentation erforderlich. Durch die Umstellung müssen lediglich ca. 2 % der ehemals dokumentationspflichtigen Fälle weiterhin dokumentiert werden.

Da die Patientenperspektive im Verfahren abgebildet werden soll, hat der GBA das IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung beauftragt. Damit werden sich Qualitätsaspekte adressieren lassen, die über die Datenquellen QS-Dokumentation und Sozialdaten nicht oder nur ungenügend abgebildet werden können, z. B. die Mobilität bei Entlassung.

Seit dem Erfassungsjahr 2026 werden im Verfahren *QS KEP* Informationen aus QS-Dokumentations- und Sozialdaten erfasst. Diese werden im Auswertungsjahr 2027 erstmalig in Form von folgenden Kennzahlen ausgewertet:

- Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 202601)
- Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 202602)
- Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 202604)
- Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 202605)
- Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen (ID 202607)
- Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 202608)
- Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 202610)

Die mit dem Erfassungsjahr 2026 wieder aufgenommene QS-Dokumentation wird in den folgenden Jahren fortgesetzt. Zum Erfassungsjahr 2027 werden die sozialdatenbasierten Kennzahlen in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren umgewandelt. Ab dem Auswertungsjahr 2028 sollen Stellungnahmeverfahren zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren durchgeführt werden können.

Literatur

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozess- und Ergebnisqualität der Knie- und Hüftendoprothesenversorgung aus Patientensicht. [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6444/2024-01-31_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Patientenbefragung-Knie-Hueftendoprothesenversorgung.pdf (abgerufen am: 29.06.2026).