

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

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

Anhang zum Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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. Anhang zum Abschlussbericht

Ansprechperson Dr. Kathrin Wehner

Datum der Abgabe 14. März 2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren

Datum des Auftrags 19. Januar 2023

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Statistische Methodik zur Schätzung des Verbesserungspotenzials

Anhang B: Literaturrecherchen

Anhang B.1: Recherchebericht zum QS-Verfahren *Perinatalmedizin (QS PM)*

Anhang B.1.1: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien zum Auswertungsmodul
PM-GEBH

Anhang B.2: Recherchebericht zum QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)*

Literatur

Anhang C: Details zu den Indikatoren und Kennzahlen

1. QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
2. QS-Verfahren Cholezystektomie (QS CHE)
3. QS-Verfahren Nierenersatztherapie (QS NET)
 - 3.1 Nierentransplantationen (NET-NTX)
 - 3.2 Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen (NET-PNTX)
4. QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX)
 - 4.1 Herztransplantationen (TX-HTX)
 - 4.2 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU)
 - 4.3 Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX)
 - 4.4 Lebertransplantationen (TX-LTX)
 - 4.5 Leberlebendspenden (TX-LLS)
 - 4.6 Nierenlebendspenden (TX-NLS)
5. QS-Verfahren Perinatalmedizin (QS PM)
 - 5.1 Geburtshilfe (PM-GEBH)
 - 5.2 Neonatologie (PM-NEO)
6. QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Anhang D: Einbindung externer Expertise

Anhang E: Wirkmodelle

Anhang E.1: Wirkmodelle zum QS-Verfahren *Cholezystektomie (QS CHE)*

Anhang E.2: Wirkmodelle zum QS-Verfahren *Nierenersatztherapie (QS NET- NTX/PNTX)*

Anhang E.3: Wirkmodelle zum QS-Verfahren *Transplantationsmedizin (QS TX)*

Anhang F: Liste der zusätzlich im QS-Filter des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* zu berücksichtigenden Tracer-Operationen

Anhang A: Statistische Methodik zur Schätzung des Verbesserungspotenzials

1 Einleitung

In Abschnitt 2.3.3 des Abschlussberichts wurden zwei Größen zur Quantifizierung des Verbesserungspotenzials bei einem Qualitätsindikator eingeführt: der *erreichbare Indikatorwert* und die *Anzahl verbesserbarer Ereignisse*. Im Folgenden wird beschrieben, wie das IQTIG diese Größen operationalisiert hat.

Der erreichbare Indikatorwert und die Anzahl verbesserbarer Ereignisse lassen sich für jeden Indikator auf Bundesebene schätzen. Als Datenbasis dient in der Regel ein Erfassungsjahr. Im Folgenden sind mit Bundeswerten und Zählern von Indikatoren stets bundesweite Zahlen für dieses Erfassungsjahr gemeint. Die Behandlungsqualität eines Leistungserbringers bezieht sich auch jeweils auf diesen Indikator und dieses Erfassungsjahr.

Die Methodik basiert auf der generellen Idee eines Benchmarking-Ansatzes, anhand der Verteilung der Behandlungsqualitäten der Leistungserbringer in einem Indikator erreichbare Ziele für die Gesundheitsversorgung in diesem Indikator zu identifizieren (Gibberd et al. 2004, Weissmann et al. 1999, O'Brien et al. 2008, Paddock et al. 2014). Auf Basis dieses Vorgehens kann die folgende Frage gestellt werden: Wie sähen der Bundeswert und der Zähler des Indikators aus, wenn alle Leistungserbringer bereits gute Behandlungsqualität hinsichtlich dieses Indikators aufweisen würden?

Mit guter Behandlungsqualität ist hier die Qualität gemeint, die bei Erfüllung aller fachlichen Standards von den Leistungserbringern erreicht werden könnte.

Ausgehend von dieser Frage und auf Basis der QS-Daten werden ein hypothetisches (verbessertes) Bundesergebnis und ein hypothetischer (verbesserter) Zähler bestimmt. Diese führen zu den oben genannten Größen:

- Das hypothetische Bundesergebnis ist der erreichbare Indikatorwert. Dieser wird herangezogen, um zu ermitteln, wie viele Leistungserbringer noch verbesserungsfähige Behandlungsqualität aufweisen.
- Die Differenz zwischen dem empirischen Zähler und dem hypothetischen Zähler stellt das Verbesserungspotenzial in Form einer Anzahl verbesserbarer Ereignisse für den Indikator dar.

Die Methodik wird im Folgenden für einen Indikator und ein Erfassungsjahr beschrieben.

2 Operationalisierung

2.1 Allgemeine Erläuterung

Die Behandlungsqualität eines Leistungserbringers hinsichtlich eines Indikators operationalisiert das IQTIG durch einen leistungserbringerspezifischen Parameter. Dieser Parameter wird im Folgenden als Kompetenzparameter bezeichnet. Der Kompetenzparameter ist unbekannt und muss datengestützt geschätzt werden. Dabei wird angenommen, dass fallbezogene Einflüsse im Indikator ausreichend berücksichtigt werden; d. h., der Kompetenzparameter ist tatsächlich eine Eigenschaft des jeweiligen Leistungserbringers.

Das Verbesserungspotenzial für einen Indikator hängt entscheidend von der Verteilung der Kompetenzparameter der Leistungserbringer ab: Je stärker die Kompetenzparameter variieren, desto größer ist der Spielraum zur Verbesserung ungünstiger Kompetenzparameter hin zu günstigen Kompetenzparametern. Das Verbesserungspotenzial ist damit tendenziell größer. Das IQTIG schätzt das Verbesserungspotenzial auf Basis dieser Überlegungen in den folgenden zwei Schritten.

1. Analyse der Kompetenzen

Die Leistungserbringer werden anhand der geschätzten Kompetenzparameter in zwei Gruppen aufgeteilt: Leistungserbringer mit höherer Kompetenz (Gruppe 1) und Leistungserbringer mit geringerer Kompetenz (Gruppe 2). Die Aufteilung basiert darauf, welche Leistungserbringer statistisch einen positiven bzw. negativen Einfluss auf das interessierende Ereignis haben.

Anschließend wird ein Maßstab für gute Behandlungsqualität festgelegt: Gewählt wird der Median-Kompetenzparameter in Gruppe 1. Die Wahl des Medians ist dabei normativ und entspricht einer Orientierung an einem typischen Leistungserbringer mit höherer Kompetenz. Falls die beiden Gruppen gleich groß sind und der Indikator unerwünschte Ereignisse zählt, entspricht dieser Median dem 25. Perzentil aller empirisch geschätzten Kompetenzparameter. In der Praxis können die Gruppen aber unterschiedlich groß sein. Die Wahl der Median-Kompetenz in Gruppe 1 ist insofern allgemeingültiger.

Somit wird der Maßstab für gute Behandlungsqualität anhand der Verteilung der empirisch geschätzten Kompetenzparameter der Leistungserbringer festgelegt. Damit wird sichergestellt, dass sich die Schätzung des erreichbaren Indikatorwerts an tatsächlich existierenden Leistungserbringer-Kompetenzen orientiert und nicht allein auf theoretischen Überlegungen basiert.

2. Prognose der verbesserten Indikatorergebnisse

In diesem Schritt wird die Frage beantwortet, wie der Bundeswert aussehen würde, wenn alle Leistungserbringer bereits gute Behandlungsqualität hinsichtlich dieses Indikators aufweisen würden. Das IQTIG führt dazu eine Simulation unter folgender Annahme durch: Alle Fälle des Indikators werden von Leistungserbringern behandelt, die den oben definierten Maßstab für gute Behandlungsqualität erfüllen. Die Simulation liefert einen hypothetischen Bundeswert und eine

hypothetische Anzahl an interessierenden Ereignissen, d. h. Zähler des Indikators, unter dieser Annahme.

- Der erreichbare Indikatorwert ist definiert als der simulierte Bundeswert.
- Die Anzahl verbesserbarer Ereignisse ist definiert als die Differenz zwischen der simulierten und empirischen Anzahl an interessierenden Ereignissen.

Beispiel: Angenommen, eine Operation wurde bundesweit $N = 10.000$ mal durchgeführt und es sind insgesamt $O = 200$ Patientinnen und Patienten verstorben. Somit ist die Anzahl an interessierenden Ereignissen 200 und der (nicht risikoadjustierte) Bundeswert O/N entspricht 2 %. Die Simulation ergibt $O' = 150$ interessierende Ereignisse, wenn alle Leistungserbringer mit guter Behandlungsqualität behandeln würden. Damit entspricht der erreichbare Indikatorwert $O'/N = 1,5$ % und die Anzahl verbesserbarer Ereignisse $O - O' = 200 - 150 = 50$.

2.2 Mathematische Beschreibung

2.2.1 Punktschätzer für den erreichbaren Indikatorwert und die Anzahl verbesserbarer Ereignisse

Das binäre (Bernoulli-verteilte) Outcome zu Fall $j \in \{1, 2, \dots, n_i\}$ bei Leistungserbringer $i \in \{1, 2, \dots, I\}$ ist O_{ij} . Dabei wird die Zählweise des Indikators berücksichtigt, sodass die Gesamtfallzahl

$$N = \sum_{i=1}^I n_i$$

der Fallzahl des Indikators in der jeweiligen Bundesauswertung entspricht. Falls es sich um einen risikoadjustierten Indikator handelt, liegt zudem die jeweilige modellbasierte Prognose E_{ij} vor.

Der entscheidende Aspekt zur Berechnung des Verbesserungspotenzials liegt in den Kompetenzparametern der Leistungserbringer, insbesondere in ihrer Variabilität. Zu deren Quantifizierung wird jeweils für Leistungserbringer i ein Kompetenzparameter u_i geschätzt, und zwar als random intercept. Dazu eignet sich ein konditionales, logistisches Regressionsmodell für die Wahrscheinlichkeit π_{ij} , dass bei Fall j bei Leistungserbringer i das interessierende Ereignis eintritt. Ist der Indikator nicht risikoadjustiert bzw. risikoadjustiert, lauten diese Wahrscheinlichkeit und das Modell

$$\pi_{ij} = \mathbb{P}(O_{ij} = 1 \mid \beta_0, u_i) \text{ bzw. } \pi_{ij} = \mathbb{P}(O_{ij} = 1 \mid \beta_0, E_{ij}, u_i)$$

und

$$\text{logit}(\pi_{ij}) = \beta_0 + u_i \text{ bzw. } \text{logit}(\pi_{ij}) = \beta_0 + E_{ij} + u_i.$$

Dabei ist β_0 der globale intercept. Für die random intercepts gilt die Annahme $u_i \stackrel{\text{unabh.}}{\sim} \mathcal{N}(0, \sigma^2)$ mit zu schätzender Varianz σ^2 . Die modellbasierte Prognose E_{ij} wird als fest angenommen.

Im Folgenden wird angenommen, dass das interessierende Ereignis unerwünscht ist, wie etwa Versterben oder das Auftreten von Komplikationen. Falls für Leistungserbringer i ein negativer random intercept geschätzt wird ($\hat{u}_i < 0$), so hat er statistisch einen positiven Einfluss auf das interessierende Ereignis, also hohe Kompetenz in dem betrachteten Indikator. Als Maßstab für gute Behandlungsqualität wird der Median der negativen random intercepts festgelegt. Dieser heißt im Folgenden u^* . In der Theorie entspricht dieser Median dem 25. Perzentil der Kompetenzparameterverteilung aller Leistungserbringer. Empirisch ist dies oft nicht der Fall, beispielsweise wenn das interessierende Ereignis sehr selten vorkommt. Die Nutzung des Medians garantiert, dass der verwendete Maßstab im Bereich der hohen Kompetenzen liegt.

Im Fall eines erwünschten interessierenden Ereignisses werden stattdessen die positiven random intercepts für die Ermittlung des Maßstabes genutzt.

Diese Vorbereitung erlaubt nun eine Antwort auf die eingangs gestellte Frage, wie der Bundeswert aussehen würde, wenn alle Leistungserbringer bereits gute Behandlungsqualität hinsichtlich dieses Indikators aufweisen würden. Folgende Größen werden dafür benötigt:

$$\begin{aligned}\hat{\pi}_{ij} &= \text{logit}^{-1}(\hat{\beta}_0 + E_{ij} + \hat{u}_i), \\ \hat{\pi}_{ij}' &= \text{logit}^{-1}(\hat{\beta}_0 + E_{ij} + u^*)\end{aligned}$$

(im Fall ohne Risikoadjustierung ohne E_{ij}). Beides sind modellbasierte Prognosen für das Outcome bei Fall j bei Leistungserbringer i . Erstere nutzt die Kompetenz des tatsächlich behandelnden Leistungserbringers, letztere den Maßstab für gute Behandlungsqualität. Das Aufsummieren der Prognosen zu

$$O = \sum_{i,j} \hat{\pi}_{ij} \quad \text{bzw.} \quad O' = \sum_{i,j} \hat{\pi}_{ij}'$$

liefert die jeweilige Anzahl interessierender Ereignisse. Als Konsequenz aus der Nutzung eines logistischen Regressionsmodells entspricht die erste Summe genau der ursprünglichen Anzahl an interessierenden Ereignissen (= Zähler des Indikators). Die zweite Summe, O' , entspricht der erwarteten Anzahl an interessierenden Ereignissen unter der Annahme, dass alle Fälle mit dem Maßstab für gute Behandlungsqualität behandelt wurden. Damit lautet die geschätzte Anzahl verbesserbarer Ereignisse

$$O - O' \quad \text{bzw.} \quad O' - O$$

je nachdem, ob das interessierende Ereignis unerwünscht bzw. erwünscht ist.

Dieses Ergebnis lässt sich außerdem unmittelbar in den gemäß dieser Methodik erreichbaren Indikatorwert umrechnen. Dies ist der Bundeswert unter der Annahme, dass alle Fälle mit dem Maßstab für gute Behandlungsqualität behandelt wurden. Im risikoadjustierten Fall bezeichnet $E = \sum_{i,j} E_{ij}$ die ursprüngliche erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen, so lautet der geschätzte erreichbare Indikatorwert

$$\frac{O'}{N} \quad \text{bzw. ggf.} \quad \frac{O'}{E}. \quad (1)$$

3 Vergleich mit der ursprünglichen ABC-Methode

Der hier beschriebene Ansatz zur Berechnung des Verbesserungspotenzials, im Folgenden kurz als *Simulationsmethode* bezeichnet, stellt eine Weiterentwicklung der ABC-Methode (*achievable benchmarks of care*) (Weissmann et al. 1999) dar.

Das Prinzip der ursprünglichen ABC-Methode lautet wie folgt: Es wird eine Rangfolge der Leistungserbringerergebnisse unter Berücksichtigung ihrer fallzahlabhängigen Unsicherheit erstellt. Dabei wird ein Bayesianisches Verfahren verwendet, bei dem die Leistungserbringerergebnisse zunächst in Abhängigkeit der Fallzahl gegen den Bundesdurchschnitt geschrumpft und dann der Größe nach geordnet werden. Für die Berechnung des Benchmarks werden in bezüglich der Kompetenzparameter absteigender Reihenfolge so viele Leistungserbringer eingeschlossen, bis ein vorab festgelegter Prozentsatz behandelter Patientinnen und Patienten erreicht ist. In der ursprünglichen ABC-Methode werden hierfür die oberen 10 % gewählt. Für diese Patientinnen und Patienten wird anhand der beobachteten Daten ein gepooltes Indikatorergebnis berechnet. Dieses hypothetische Indikatorergebnis wird als „achievable benchmark of care“ bezeichnet, das aus den empirischen Indikatorergebnissen abgeleitet ist und demnach auch erreichbar ist (Weissmann et al. 1999).

Im Folgenden wird erläutert, weshalb und in welcher Weise das IQTIG diese Methode für die Zwecke der gesetzlichen Qualitätssicherung in Deutschland weiterentwickelt hat.

- **Kompetenzparameter:** Die ABC-Methode schätzt pro Leistungserbringer einen Kompetenzparameter, wobei die Daten für diese Schätzung jeweils auf den Leistungserbringer eingeschränkt werden. So können die Leistungserbringer nach den geschätzten Kompetenzparametern sortiert werden. Sehr nützlich wäre allerdings eine zusätzliche natürliche Möglichkeit, die Leistungserbringer in Gruppen mit höherer bzw. geringerer Kompetenz aufzuteilen. Die Simulationsmethode leistet dies durch parallele Schätzung aller Kompetenzparameter anhand des vollständigen Datensatzes.
- **Unmittelbare Messung des Verbesserungspotenzials:** Die ABC-Methode betrachtet – vereinfacht – Indikatorergebnisse der besten Leistungserbringer als erreichbaren Indikatorwert. Per Hochrechnung auf die bundesweite Fallzahl ergibt sich dann die Anzahl verbesserbarer Ereignisse. Die Simulationsmethode arbeitet deutlich direkter und auf Fallebene, ohne Hochrechnung: Verbesserung drückt sich durch Erhöhung der Kompetenz des behandelnden Leistungserbringers aus. Jeder Fall erhält in der Simulation (ggf. unter Berücksichtigung des individuellen Risikos) eine neue Prognose. Die Methode ist deutlich präziser insbesondere bezüglich der Fälle, die von Leistungserbringern mit geringerer Kompetenz behandelt werden. Das Verbesserungspotenzial hängt sowohl vom individuellen Risiko ab als auch davon, wie groß die Diskrepanz zwischen den zugehörigen Kompetenzparametern und dem gewählten Maßstab ist. Die ABC-Methode berücksichtigt beides nur indirekt bzw. grob.

Literatur

Gibberd, R; Hancock, S; Howley, P; Richards, K (2004): Using indicators to quantify the potential to improve the quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care* 16(Suppl. 1): i37-i43. DOI: 10.1093/intqhc/mzh019.

O'Brien, SM; DeLong, ER; Peterson, ED (2008): Impact of Case Volume on Hospital Performance Assessment. *Archives of Internal Medicine* 168(12): 1277-1284. DOI: 10.1001/archinte.168.12.1277.

Paddock, SM (2014): Statistical Benchmarks for Health Care Provider Performance Assessment: A Comparison of Standard Approaches to a Hierarchical Bayesian Histogram-Based Method. *Health Services Research* 49(3): 1056-1073. DOI: 10.1111/1475-6773.12149.

Weissman, NW; Allison, JJ; Kiefe, CI; Farmer, RM; Weaver, MT; Williams, OD; et al. (1999): Achievable benchmarks of care: the ABCTMs of benchmarking. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 5(3): 269-281. DOI: 10.1046/j.1365-2753.1999.00203.x.

Anhang B: Literaturrecherchen

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis	5
Recherchebericht zum QS-Verfahren Perinatalmedizin (QS PM)	6
1 Methodik.....	7
2 Recherche nach evidenz- und konsensbasierten Leitlinien	12
2.1 Recherche	12
2.2 Identifizierte Leitlinien.....	14
2.3 Leitlinienbewertung	15
2.4 Eingeschlossene Leitlinien.....	15
2.5 Ausgeschlossene Publikationen	17
Anhang: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien zum Auswertungsmodul <i>PM-GEBH</i> .	24
Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (<i>PM-GEBH</i>)	24
Evidenz- und Empfehlungsgraduierung der eingeschlossenen Leitlinien (<i>PM-GEBH</i>)	27
Extrahierte Empfehlungen aus den eingeschlossenen Leitlinien (<i>PM-GEBH</i>).....	32
3 Recherche nach weiterer hochwertiger Evidenz für den QI 52262 (<i>PM-NEO</i>)	35
3.1 Recherche nach systematischen Reviews von RCTs	36
3.1.1 Recherche	36
3.1.2 Identifizierte Literatur	42
3.1.3 Ausgeschlossene Publikationen	42
3.2 Recherche nach RCTs.....	43
3.2.1 Recherche	43
3.2.2 Identifizierte Literatur	49
4 Recherche nach Hinweisen für einen Zusammenhang mit einem unmittelbaren Merkmal für den QI 52262 (<i>PM-NEO</i>)	50
4.1 Recherche nach systematischen Reviews von prospektiven Kohortenstudien	51
4.2 Recherche nach prospektiven kontrollierten Kohortenstudien.....	51
4.2.1 Recherche	51
4.2.2 Identifizierte Literatur	55
4.3 Eingeschlossene Hinweise	56
4.4 Ausgeschlossene Publikationen	56

Literatur	59
Recherchebericht zum QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	63
1 Methodik.....	64
2 Recherche nach evidenz- und konsensbasierten Leitlinien	65
2.1 Recherche	65
2.2 Identifizierte Leitlinien.....	67
2.3 Leitlinienbewertung	67
2.4 Eingeschlossene Leitlinien.....	67
2.5 Ausgeschlossene Publikationen	68
3 Recherche nach weiterer hochwertiger Evidenz	72
3.1 Recherche nach systematischen Reviews von RCTs	72
3.1.1 Recherche	74
3.1.2 Identifizierte Literatur	81
3.1.3 Ausgeschlossene Publikationen	81
3.2 Recherche nach RCTs.....	86
3.2.1 Identifizierte Literatur	92
3.2.2 Ausgeschlossene Studien	93
4 Recherche nach weiteren Hinweisen zur Altersbegrenzung in den QIs 60685/60686 und 612.....	95
4.1 Recherche nach systematischen Reviews von prospektiven Kohortenstudien	97
4.2 Recherche nach prospektiven kontrollierten Kohortenstudien	97
4.2.1 Recherche	97
4.2.2 Identifizierte Literatur	102
4.3 Ausgeschlossene Publikationen	103
Literatur	107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anmerkungen zur projektspezifischen Anwendung von AMSTAR 2	9
Tabelle 2: Die einzelnen Domänen des ROBINS-I- und ROBINS-E-Tools zur Bewertung des Biasrisikos	10
Tabelle 3: Einschlusskriterien für Leitlinien; QS PM.....	12
Tabelle 4: Identifizierte Leitlinien; QS PM.....	14
Tabelle 5: AGREE-II-Bewertung der identifizierten Leitlinien; QS PM	15
Tabelle 6: Eingeschlossene hochwertige Leitlinien; QS PM.....	16
Tabelle 7: Einschlusskriterien für hochwertige Evidenz für den QI 52262; PM-NEO	35
Tabelle 8: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid; PM-NEO, QI 52262, systematische Reviews	37
Tabelle 9: Suchstrategie für Embase via Elsevier; PM-NEO, QI 52262, systematische Reviews ..	39
Tabelle 10: Suchstrategie für Cochrane via Wiley; PM-NEO, QI 52262, systematische Reviews....	41
Tabelle 11: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid; PM-NEO, QI 52262, RCTs	43
Tabelle 12: Suchstrategie für Embase via Elsevier; PM-NEO, QI 52262, RCTs.....	46
Tabelle 13: Suchstrategie für Cochrane via Wiley; PM-NEO, QI 52262, RCTs	48
Tabelle 14: Einschlusskriterien für Hinweise für den QI 52262; PM-NEO	50
Tabelle 15: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid; PM-NEO, QI 52262, prospektive Kohorten.....	52
Tabelle 16: Suchstrategie für Embase via Elsevier; PM-NEO, QI 52262, prospektive Kohorten	54
Tabelle 17: Einschlusskriterien für Leitlinien; QS GYN-OP	65
Tabelle 18: Einschlusskriterien für hochwertige Evidenz für die QIs 60685 und 60686; QS GYN-OP.....	72
Tabelle 19: Einschlusskriterien für hochwertige Evidenz für den QI 612; QS GYN-OP.....	74
Tabelle 20: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid für die QIs 60685 und 60686 und 612; QS GYN-OP , systematische Reviews von RCTs.....	75
Tabelle 21: Suchstrategie für Embase via Elsevier für die QIs 60685, 60686 und 612; QS GYN-OP;systematische Reviews von RCTs	77
Tabelle 22: Suchstrategie für Cochrane via Wiley für die QIs 60685, 60686 und 612 ;QS GYN-OP systematische Reviews von RCTs	79
Tabelle 23: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid für die QIs 60685, 60686 und QI 612; QS GYN-OP, RCTs	86
Tabelle 24: Suchstrategie für Embase via Elsevier für die QIs 60685, 60686 und QI 612; QS GYN-OP, RCTs	88
Tabelle 25: Suchstrategie für Cochrane via Wiley für die QIs 60685, 60686 und QI 612; QS GYN-OP, RCTs	90
Tabelle 26: Einschlusskriterien für Hinweise für die QIs 60685/60686.....	95
Tabelle 27: Einschlusskriterien für Hinweise für den QI 612; QS GYN-OP	96
Tabelle 28: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid für die QIs 60685 und 60686 ; QS GYN-OP; prospektive Kohorten	98
Tabelle 29: Suchstrategie für Embase via Elsevier für den QI 612; QS GYN-OP; prospektive Kohorten.....	100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach hochwertigen Leitlinien; QS PM	16
Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche nach systematischen Reviews für den QI 52262; PM-NEO	42
Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach RCTs für den QI 52262; PM-NEO	49
Abbildung 4: Flussdiagramm der Recherche nach prospektiven Kohortenstudien für den QI 52262; PM-NEO	56
Abbildung 5: Flussdiagramm der Recherche nach hochwertigen Leitlinien; QS GYN-OP.....	68
Abbildung 6: Flussdiagramm der Recherche nach systematischen Reviews von RCTs für die QIs 60685 und 60686, QS GYN-OP	80
Abbildung 7: Flussdiagramm der Recherche nach systematischen Reviews von RCTs für den QI 612, QS GYN-OP	81
Abbildung 8: Flussdiagramm der Recherche nach RCTs für die QIs 60685 und 60686, GYN-OP ..	91
Abbildung 9: Flussdiagramm der Recherche nach RCTs für den QI 612, GYN-OP	92
Abbildung 10: Flussdiagramm der Recherche nach prospektiven Kohortenstudien für die QIs 60685 und 60686; QS GYN-OP	101
Abbildung 11: Flussdiagramm der Recherche nach prospektiven Kohortenstudien für den QI 612; QS GYN-OP	102

Recherchebericht zum QS-Verfahren Perinatal- medizin (QS PM)

1 Methodik

Das Ziel der Literaturrecherche ist die systematische Überprüfung der Evidenzgrundlage der mittelbaren Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das QS-Verfahren *Perinatalmedizin (QS PM)* mit den Auswertungsmodulen *Geburtshilfe (PM-GEBH)* und *Neonatalogie (PM-NEO)*. Für diese werden dabei systematische Literaturrecherchen nach und -bewertungen von Publikationen benötigt, die den Zusammenhang des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal belegen (IQTIG 2022: 123).

Folgende Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen des Verfahrens *QS PM* wurden bei der Recherche berücksichtigt:

Geburtshilfe (PM-GEBH)

- Kez 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
- QI 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
- QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
- QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Neonatalogie (PM-NEO)

- QI 52262: Zunahme des Kopfumfangs

Als Kriterium für hochwertige Evidenz wird

- mind. eine starke Empfehlung aus einer methodisch hochwertigen evidenz- und konsensbasierten Leitlinie (analog S3 nach AWMF) oder
- eine systematische Übersichtsarbeit von randomisierten kontrollierten Studien (RCT) mit niedrigem Verzerrungspotenzial oder eine Evidenzsynthese von RCT mit niedrigem Verzerrungspotenzial aus einer evidenzbasierten Leitlinie (analog S2e nach AWMF) oder
- mind. zwei einzelne, gleichgerichtete RCT mit niedrigem Verzerrungspotenzial definiert.

Es erfolgt eine abgestufte systematische Recherche: In einem ersten Schritt wird nach evidenz- und konsensbasierten Leitlinien systematisch recherchiert. Lassen sich dabei keine methodisch hochwertigen Leitlinien finden, die für den QI passende Empfehlungen aufweisen, erfolgt eine Ausweitung der Recherche nach systematischen Übersichtsarbeiten von RCTs mit niedrigem Verzerrungspotenzial. Dabei werden auch Evidenzsynthesen von RCTs mit niedrigem Verzerrungspotenzial aus einer evidenzbasierten Leitlinie (analog S2e nach AWMF) berücksichtigt. Wird auch dabei keine hochwertige Evidenz identifiziert, wird eine Recherche nach RCTs mit niedrigem Verzerrungspotenzial angeschlossen.

Die Recherchen erfolgen entsprechend der methodischen Grundlagen (IQTIG 2022: 99).

Für eine kritische Bewertung der identifizierten Leitlinien wird das AGREE-II-Instrument herangezogen (AGREE Next Steps Consortium 2017). Daran angelehnt werden die Leitlinien von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet, begrenzt auf die

- Domäne 3: Rigour of Development und
- Domäne 6: Editorial Independence.

Die entsprechenden Items werden auf einer Punkteskala von 1 (Strongly Disagree) bis 7 (Strongly Agree) bewertet. Bei Unstimmigkeiten von mehr als zwei Punkten wird das Item von den bewertenden Personen diskutiert und ein finaler Konsens herbeigeführt. Daraus wird anschließend ein standardisierter Wert je Domäne errechnet, der dem prozentualen Anteil an der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne darstellt.

Für das vorliegende Projekt werden nur Leitlinien, die bei den Domänen 3 und 6 einen Domänenwert von $\geq 50\%$ aufweisen, als hochwertige Evidenz akzeptiert. Da die Patientenperspektive bei der QI-Prüfung bereits im Eignungskriterium „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“ eingeht und bei anderer hochwertiger Evidenz (z. B. bei systematischen Übersichtsarbeiten von RCT mit niedrigem Verzerrungspotenzial, siehe oben) eine Beteiligung aller relevanten Interessengruppen inkl. von Patientenvertretungen nicht gegeben ist, wird auch bei den evidenz- und konsensbasierten Leitlinien – im Unterschied zu den Ausführungen in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022: 103) – ein hoher Domänenwert von $\geq 50\%$ bei Domäne 2 nicht gefordert.

Werden mehrere Leitlinien bei der Recherche identifiziert, erhalten Leitlinien mit höheren Domänenwerten ein entsprechend höheres Gewicht bei der inhaltlichen Beurteilung.

Können methodisch hochwertige evidenz- und konsensbasierte bzw. evidenzbasierte Leitlinien identifiziert werden, so gelten Empfehlungen mit Empfehlungsgrad A nach AWMF bzw. einem analogen Empfehlungsgrad (starke Empfehlung) als entscheidend für die Eignung dieses QI anhand dieses Kriteriums.

Für eine kritische Bewertung der systematischen Übersichtsarbeiten von RCTs wird das AMSTAR 2-Tool herangezogen (A Measurement Tool to Assess systematic Reviews, Shea et al. 2017). Die Beantwortung der 16 Items zielt dabei nicht primär auf die Bildung eines Gesamtwertes ab, Shea et al. (2017) beschreiben aber ein Verfahren, bei dem bestimmte Items (*critical domains*) als besonders entscheidend für die Qualität eines systematischen Reviews definiert werden können. Weist ein systematischer Review in einer dieser Items eine methodisch kritische Schwachstelle (*critical flaw*¹) auf, ist der Grad des allgemeinen Vertrauens in die Ergebnisse als gering (*low*) anzusehen und bei mehr als einem *critical flaw* als sehr gering (*critically low*). Im Rahmen dieses Projektes wurden die Items 2, 4, 9, 11, 13, 15 als *critical domains* eingestuft. Als hochwertige Evidenz werden systematische Reviews angesehen, die in den *critical domains* über keine kritischen Schwachstellen verfügen dürfen (Antwort „yes“ oder „partial yes“), aber bei einigen anderen (unkritischen) Items Schwächen aufzeigen können (Antwort „no“). Weiterhin wurden die Kriterien für

¹ Unter einem *critical flaw* wird das Bewerten einer kritischen Domäne mit „no“ verstanden.

die Bewertung einzelner Items für diese Beauftragung operationalisiert wie in Tabelle 1 angegeben.

Tabelle 1: Anmerkungen zur projektspezifischen Anwendung von AMSTAR 2

Item	Anmerkungen zu den einzelnen Kriterien
Item 1	Keine Anpassung
Item 2 Protocol registered before commencement of the review	Wenn in einem systematischen Review vermerkt ist, dass ein Protokoll angefertigt wurde und die Unterpunkte im Dokument zu finden sind, wird dies als <i>Partial yes</i> bewertet. Dabei wird auch die Beschreibung der „Keywords“ als Suchstrategie akzeptiert. Für eine Bewertung mit <i>Yes</i> , muss das Protokoll zusätzlich auffindbar und die Mehrzahl der aufgeführten Unterpunkte erfüllt sein.
Item 3	Keine Anpassung
Item 4 Adequacy of the literature search	Das Kriterium „ <i>justified publication restriction</i> “ unter <i>Partial yes</i> ist mit einem Kriterium unter <i>Yes</i> austauschbar. Insgesamt kann ein <i>Yes</i> vergeben werden, sobald mindestens 2 weitere Kriterien unter <i>Yes</i> zutreffen.
Item 5	Keine Anpassung
Item 6	Keine Anpassung
Item 7	Keine Anpassung
Item 8	Keine Anpassung
Item 9 Risk of bias from individual studies being included in the review	Ist irgendeine Art der Bewertung des Verzerrungsrisikos aufgeführt (nicht zwingend mittels etablierter Checkliste), erfolgt die Bewertung mit <i>Partial yes</i> . Wurde eine etablierte Checkliste benutzt und sind zudem detailliertere Angaben je Studie (z. B. in einer Tabelle) vorhanden, erfolgt die Bewertung mit <i>Yes</i> .
Item 10	Keine Anpassung
Item 11 Appropriateness of meta-analytical methods	Keine Anpassung
Item 12	Keine Anpassung
Item 13 Consideration of risk of bias when interpreting the results of the review	Der zweite Unterpunkt ist erfüllt, wenn z. B. in der Diskussion das Risk of Bias (RoB) der eingeschlossenen Studien allgemein thematisiert wird.
Item 14	Keine Anpassung
Item 15 Assessment of presence and likely impact of publication bias	Wird durch die Autoren angegeben, dass bei einer bestimmten Studienanzahl die Bestimmung des Publikationsbias geplant war bzw. nicht durchgeführt werden konnte, ist das Item mit <i>Yes</i> zu bewerten.
Item 16	Keine Anpassung.

Hinweis: Die kritischen Domänen sind in der Tabelle mit **Fettdruck** gekennzeichnet.

Die Bewertung der identifizierten systematischen Reviews mittels AMSTAR 2 wird von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Uneinheitliche Bewertungen werden diskutiert und konsentiert.

Das Biasrisiko einzelner randomisierter Interventionsstudien wird mit dem RoB 2-tool (Risk-of-Bias tool for randomized trials, Sterne et al. 2019) bewertet. Dabei wird jeweils in fünf Domänen das Biasrisiko durch:

- den Randomisierungsprozess,
- Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen,
- fehlende Ergebnisdaten,
- die Ergebnismessung und
- die Selektion des berichteten Ergebnisses

mit niedrigem Risiko (*low*), einigen Bedenken (*some concerns*) oder hohem Risiko (*high*) eingeschätzt. Signalfragen zu jeder Domäne und ein Entscheidungsalgorithmus führen zu einer endpunktbezogenen Gesamtbewertung. Als hochwertige Evidenz werden demnach randomisierte Interventionsstudien angesehen, bei denen maximal zwei Domänen mit einigen Bedenken (*some concerns*) bewertet wurden.

Auch hier erfolgt die kritische Bewertung 2-fach unabhängig mit einer Konsentierung bei uneinheitlichen Bewertungen.

Erfüllt die gefundene Literatur die Kriterien für eine hochwertige Evidenz (siehe oben), wird der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Qualitätsmerkmal als gegeben angesehen.

Falls keine hochwertige Evidenz nach den obigen Kriterien vorliegt, wird anschließend geprüft, ob Hinweise für diesen Zusammenhang auf Basis von prospektiven kontrollierten Kohortenstudien vorliegen. Als Kriterien für eine hinreichende Evidenz in diesem Schritt definiert das IQTIG folgende Rechercheergebnisse:

- mindestens eine systematische Übersichtsarbeit von prospektiven kontrollierten Kohortenstudien mit niedrigem Verzerrungspotenzial oder
- zwei einzelne, gleichgerichtete prospektive kontrollierte Kohortenstudien mit niedrigem Verzerrungspotenzial.

Die kritische Bewertung der berichteten methodischen Qualität der eingeschlossenen systematischen Reviews von prospektiven Kohorten erfolgt auch hier mit dem AMSTAR 2-Instrument (Shea et al. 2017, siehe oben).

Zur Bewertung des Biasrisikos in prospektiven kontrollierten Kohortenstudien wird bei Interventionen das ROBINS-I-Tool (Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions, Sterne et al. 2016) und bei Expositionen das ROBINS-E-Tool (Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Exposures, Higgins et al. 2024) genutzt. Das Biasrisiko der eingeschlossenen Studien wird jeweils anhand von sieben Domänen bezogen auf einen Endpunkt eingeschätzt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Die einzelnen Domänen des ROBINS-I- und ROBINS-E-Tools zur Bewertung des Biasrisikos

ROBINS-I	ROBINS-E
Bias due to confounding	Bias due to confounding
Bias in selection of participants into the study	Bias arising from measurement of the exposure
Bias in classification of interventions	Bias in selection of participants into the study
Bias due to deviations from intended interventions	Bias due to post-exposure interventions
Bias due to missing data	Bias due to missing data
Bias in measurement of outcomes	Bias in measurement of the outcome
Bias in selection of the reported result	Bias in selection of the reported result

Prospektive kontrollierte Kohortenstudien werden mit niedrigem Verzerrungspotenzial angesehen, wenn das Biasrisiko insgesamt mit *low* oder *moderate* in allen Domänen bewertet wurde.

Erfüllt die gefundene Literatur die Kriterien für hinreichende Evidenz, wird zusätzlich das Votum eines geeigneten Expertengremiums eingeholt. Durch die Konsultation von Expertinnen und Experten soll die geringere Aussagekraft von Kohortenstudien im Vergleich zu randomisierten Studien zusätzlich abgesichert werden. Bestätigt das Expertengremium die Ergebnisse der Recherche und damit die Hinweise für einen Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, gilt der Zusammenhang des nur mittelbaren Qualitätsindikators mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal als gegeben. Bestätigt das Expertengremium die Hinweise aus der Literaturrecherche nicht, wird der Qualitätsindikator zur Aussetzung empfohlen.

Präzisierung der Fragestellung

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche erfolgte für alle mittelbaren Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragen für die systematische Recherche – zunächst für die Leitlinienrecherche und ggf. anschließend für die Recherche nach systematischen Reviews und Primärliteratur.

2 Recherche nach evidenz- und konsensbasierten Leitlinien

Die Recherche wurde gemeinsam für alle Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen durchgeführt. Das bedeutet, dass Leitlinien berücksichtigt wurden, wenn sie mindestens eine starke Empfehlung für wenigstens eine/n der zu prüfenden Qualitätsindikatoren/Kennzahlen aufwiesen.

2.1 Recherche

In Tabelle 3 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Leitlinien zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 3: Einschlusskriterien für Leitlinien; QS PM

	Einschluss
E1	Die Publikation ist eine Leitlinie und als Vollpublikation verfügbar.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Leitlinie ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Leitlinie ist aktuell und gültig (Publikationsdatum bzw. letzte Überprüfung ab 1. Januar 2019).
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Leitlinie ist aus Deutschland oder aus folgenden ausgewählten Ländern der OECD*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Kanada, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden, Schweiz, USA, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland.
E6	Die Leitlinie adressiert die Versorgung bei Frühgeburten bzw. bei Kaiserschnittentbindungen.
E7	Die Leitlinie enthält eindeutig identifizierbare starke Empfehlungen bzgl. der <i>Geburtshilfe (PM-GEBH)</i> zur <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antenatalen Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen (Kez 330) ▪ Perioperativen Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung (QI 50045) ▪ E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 min (QI 1058) ▪ Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten (QI 318) bzgl. der <i>Neonatologie (PM-NEO)</i> zur <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zunahme des Kopfumfangs (QI 52262).
E8	Die Leitlinie ist evidenz- und konsensbasiert.
E9	Die Leitlinie ist qualitativ hochwertig**.

* Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Leitlinien eingeschlossen werden sollen, wurden ausgewählte Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) herangezogen (OECD 2021: 23). Nur Leitlinien aus diesen Industrienationen, die wie Deutschland zu den Mitgliedstaaten der OECD gehören, wurden berücksichtigt.

** Leitlinien, die bei den Domänen 3 und 6 des AGREE-II-Instruments einen Domänenwert von $\geq 50\%$ aufwiesen (siehe Kapitel 1).

Die Recherche wurde national und international bei den folgenden Leitliniendatenbanken bzw. fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern durchgeführt:

Deutschland

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>

International

- American Academy of Pediatrics (AAP): <https://www.aap.org/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline>
- British Association of Perinatal Medicine (BAPM): <https://www.bapm.org/>
- European Association of Perinatal Medicine (EAPM): http://europerinatal.eu/guidelines_guidelines_endorsed.php
- European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG): <https://ebcog.eu/>
- European Society for Pediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC): <https://www.espnic.eu/>
- GuidelineCentral: <https://www.guidelinecentral.com/guidelines/>
- Guidelines International Network (GIN): <https://guidelines.ebmportal.com/>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO): <https://www.figo.org/figo-resources>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/guidance/published>
- Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG): <https://oeggg.at/leitlinien/geburtshilfe/>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG): <http://ranzcof.edu.au/resources/statements-and-guidelines-directory/>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/>
- Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH): <https://www.rcpch.ac.uk/resources/clinical-guidelines>
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG): <https://www.sggg.ch/fachthemen/guidelines/>
- Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie/ Swiss Society of Neonatology (SSN): <https://www.neonet.ch/recommendations/authored-ssn>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/>
- South Australia Health Perinatal Practice Guidelines (SAPPG): <https://www.sa-health.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+programs+and+practice+guidelines/womens+and+babies+health/perinatal/perinatal+practice+guidelines/perinatal+practice+guidelines>

- Trip Database (PRO-Zugang): <https://www.tripdatabase.com/>
- Union of European Neonatal & Perinatal Societies (UENPS): <https://www.uenps.eu/>

Die einzelnen Suchstrategien wurden dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, erfolgte die Identifizierung von Leitlinien über die Navigation, die Sitemap oder durch eine Suche nach „Leitlinie“ bzw. „guideline“ über die Suchfunktion der Website – somit wurde bei diesen die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien durchgesehen.

Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

- AWMF: alle aktuellen S2e- und S3-Leitlinien
- Trip Database: caesar* OR cesar* OR prematur* OR preterm* OR nicu; Filter: Since 2019 und Guidelines
- GuidelineCentral: Speciality: Neonatology And Perinatology; Publication Date: within 5 years; Available Formats: Free
- G-I-N: Countries of Application: Australia, Belgium, Canada, Denmark, EU, Finland, France, International, Netherlands, New Zealand, Spain, United Kingdom, United States; Guideline Publication Status: published, living guidelines; Languages: English; Publication Year: 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024

Die Recherche erfolgte vom 08. bis 10.01.2024.

2.2 Identifizierte Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden insgesamt 13 Leitlinien identifiziert, die für wenigstens einen Qualitätsindikator / eine Kennzahl des Verfahrens QS PM mindestens eine starke Empfehlung aussprachen (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Identifizierte Leitlinien; QS PM

	Leitlinie	Referenz
1	AWMF-Registernummer 015-084. S3-Leitlinie: Sectio caesarea	Abou-Dakn et al. (2020a)
2	European guidelines on perinatal care: corticosteroids for women at risk of preterm birth	Daskalakis et al. (2023)
3	Technical Update No. 439: Antenatal Corticosteroids at Late Pre-term Gestation	Liau et al. (2023)
4	NICE Guideline NG25. Preterm labour and birth	NICE (2022b)
5	NICE Guideline NG192. Caesarean birth	NICE (2023)
6	Perinatal care at of the extremely preterm baby	QCG (2020)
7	Antenatal corticosteroids (ACS)	QCG (2021)
8	Preterm labour and birth	QCG (2022)
9	Perinatal Care at the Threshold of Viability	SAPPG (2019)

	Leitlinie	Referenz
10	Preterm Labour & Birth. Prevention, Diagnosis & Management	SAPPG (2021)
11	Antibiotics in the Peripartum Period	SAPPG (2022)
12	Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality. Green-top Guideline No. 74	Stock et al. (2022)
13	WHO recommendations on Antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes	WHO (2022)

2.3 Leitlinienbewertung

Tabelle 5 stellt die AGREE-II-Bewertung der identifizierten Leitlinien für die zwei ausgewählten Domänen in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 5: AGREE-II-Bewertung der identifizierten Leitlinien; QS PM

Leitlinie	Domäne 3	Domäne 6
Abou-Dakn et al. (2020a)	55 %	88 %
Daskalakis et al. (2023)	33 %	21 %
Liau et al. (2023)	49 %	17 %
NICE (2022b)	89 %	67 %
NICE (2023)	88 %	71 %
QCG (2020)	39 %	46 %
QCG (2021)	33 %	42 %
QCG (2022)	39 %	50 %
SAPPG (2019)	15 %	0 %
SAPPG (2021)	15 %	0 %
SAPPG (2022)	13 %	0 %
Stock et al. (2022)	60 %	63 %
WHO (2022)	73 %	92 %

Fett gedruckt: hochwertige Leitlinien

2.4 Eingeschlossene Leitlinien

Nach der kritischen Bewertung konnten fünf Leitlinien als hochwertige Evidenz (siehe Abschnitt 1) eingestuft und für die Prüfung eines Zusammenhangs mit einem unmittelbaren Merkmal berücksichtigt werden (Abou-Dakn et al. 2020a, NICE 2022b, NICE 2023, Stock et al. 2022, WHO 2022) (siehe Tabelle 6).

Eine Übersicht über die Recherche und die nach dem Volltext-Screening identifizierten und nach der Bewertung eingeschlossenen Leitlinien bietet das Flussdiagramm (Abbildung 1).

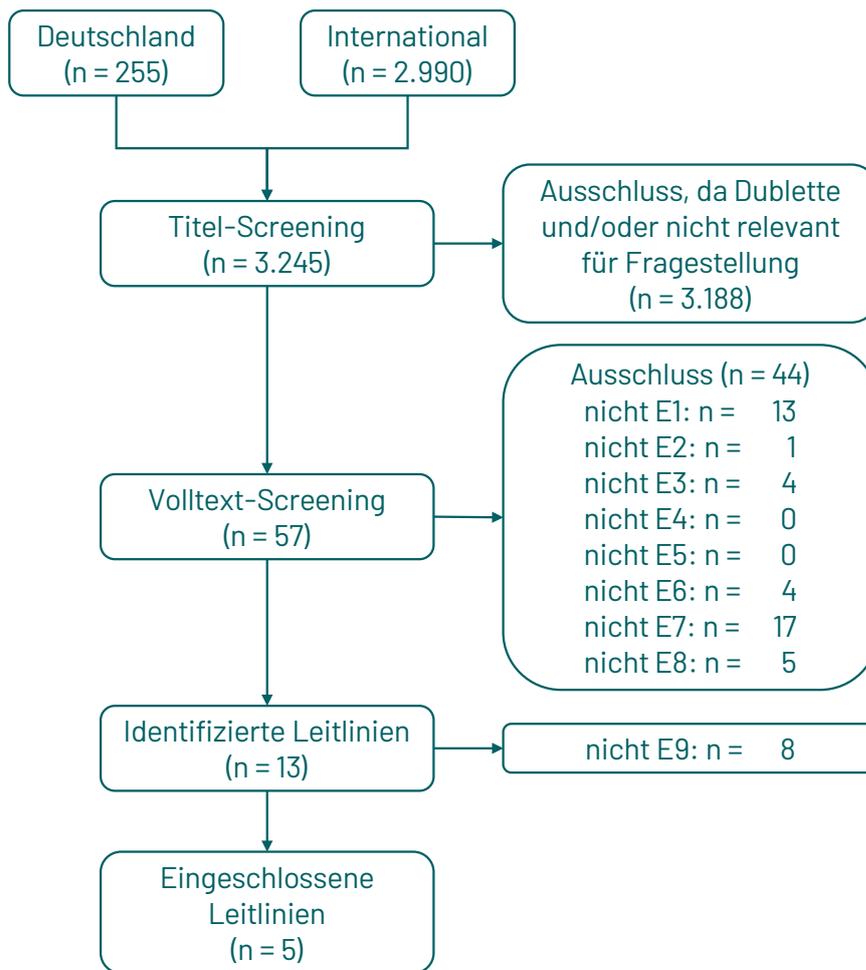


Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach hochwertigen Leitlinien; QS PM

Tabelle 6: Eingeschlossene hochwertige Leitlinien; QS PM

	Kez 330 (PM-GEBH)	QI 50045 (PM-GEBH)	QI 1058 (PM-GEBH)	QI 318 (PM-GEBH)	QI 52262 (PM-NEO)
Abou-Dakn et al. (2020a)	nein	nein	ja	ja	nein
NICE (2022b)	ja	nein	nein	nein	nein
NICE (2023)	nein	ja	ja	nein	nein
Stock et al. (2022)	ja	nein	nein	nein	nein
WHO (2022)	ja	nein	nein	nein	nein

Der Zusammenhang eines unmittelbar patientenrelevanten Merkmals mit dem/der jeweiligen mittelbar patientenrelevanten Qualitätsindikator (QI) / Kennzahl (Kez) wird durch mind. eine starke Empfehlung in der Leitlinie gestützt/belegt: „ja“ oder wird nicht gestützt/belegt: „nein“.

Da für den QI 52262 (PM-NEO) keine starke Empfehlung in hochwertigen Leitlinien identifiziert werden konnte, folgte die Recherche nach weiterer hochwertiger Evidenz (siehe Kapitel 3).

Datenextraktion

Die Datenextraktion für die hochwertigen Leitlinien wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die Datenextraktion umfasste zum einen die Leitliniencharakteristika und zum anderen die relevanten Empfehlungen mit ihren Evidenz- und Empfehlungsstärken je Qualitätsindikator/Kennzahl (siehe Anhang: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien zum Auswertungsmodul PM-GEBH).

2.5 Ausgeschlossene Publikationen

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Gründe vgl. Tabelle 3):

Nicht E1

1. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists] (2024): First and Second Stage Labor Management. [Stand:] January 2024. (Clinical Practice Guideline, Number 8). Washington, US-DC: ACOG.
2. ARC [Australian Resuscitation Council] (2021): Assessment of the Newborn. [Melbourne, AU]: ARC.
3. ARC [Australian Resuscitation Council] (2021): Introduction to Resuscitation of the Newborn. [Melbourne, AU]: ARC.
4. ARC [Australian Resuscitation Council] (2021): Planning for Neonatal Resuscitation and Identification of the Newborn at Risk. [Melbourne, AU]: ARC.
5. Cahill, AG; Kaimal, AJ; Kuller, JA; Turrentine, MA (2022): Use of Antenatal Corticosteroids at 22 Weeks of Gestation. Published: September 2021, reaffirmed: October 2022. Washington, US-DC: ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists]. URL: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/09/use-of-antenatal-corticosteroids-at-22-weeks-of-gestation> (abgerufen am: 26.01.2024).
6. Casey, L; Fenton, TR (2023): Recognizing and addressing atypical growth. Posted: 11.07.2023. Ottawa, ON-CA: CPS [Canadian Paediatric Society]. URL: <https://cps.ca/en/documents/position/recognizing-and-addressing-atypical-growth> (abgerufen am: 25.01.2024).
7. Davis, BE; O'Connor Leppert, M; German, KI; Lehmann, CU; Adams-Chapman, I (2023): Primary Care Framework to Monitor Preterm Infants for Neurodevelopmental Outcomes in Early Childhood. *Pediatrics* 152(1): e2023062511. DOI: 10.1542/peds.2023-062511.
8. FIGO [International Federation of Gynecology and Obstetrics] (2021): FIGO Statement – A Model for Safe Childbirth. [Stand:] September 2021. London, GB: FIGO. URL: https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Model_for_Safe_Childbirth_0.pdf (abgerufen am: 23.01.2024).

9. FIGO [International Federation of Gynecology and Obstetrics] (2021): Special section: FIGO Working Group for Preterm Birth – Good Practice Recommendations. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 155(1): e1-e4, 1-165.
10. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): NICE Clinical Guideline CG190. Intrapartum care for healthy women and babies. Published: December 2014. [London, GB]: NICE.
11. Palasanthiran, P; Starr, M; Jones, C; Giles, M; Hrsg. (2022): Management of Perinatal Infections. Third Edition. Sydney, AU: ASID [Australien Society for Infectious Diseases. URL: <https://ranzocg.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/ASID-Management-of-Perinatal-Infections.pdf> (abgerufen am: 24.01.2024).
12. van Goudoever, JB; van den Akker, CHP (2021): Parenteral Nutrition for Critically Ill Term and Preterm Neonates: A Commentary on the 2021 European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Position Paper. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 73(2): 137-138. DOI: 10.1097/mpg.0000000000003179.
13. Wright, A; Nassar, AH; Visser, G; Ramasauskaite, D; Theron, G (2021): FIGO Good Clinical Practice Paper: Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 152(2): 172-181. DOI: 10.1002/ijgo.13552.

Nicht E2

1. Gjesing Høj Eggers, A; Blikshavn, C; Lapirtis, C; Brix Andersson, C; Nyborg, K; Bøgh Anderson, K; et al. (2019): Preterm fetal monitoring. Approved: January 2019. [Odense, DK]: DSOG [Danish Society of Obstetrics and Gynecology]. URL: <https://nfog.org/wp-content/uploads/2019/04/190401-preterm-fetal-monitoring-NFOG.pdf> (abgerufen am: 25.01.2024).

Nicht E3

1. ANCCPG [Antenatal Corticosteroid Clinical Practice Guidelines Panel] (2015): Antenatal corticosteroids given to women prior to birth to improve fetal, infant, child and adult health: Clinical Practice Guidelines. Auckland, NZ: University of Auckland, Liggins Institute. ISBN: 978-0-473-32253-3. URL: <https://ranzocg.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Antenatal-Corticosteroids-Given-to-Women-Prior-to-Birth-to-Improve-Fetal-Infant-Child-and-Adult-Health.pdf> (abgerufen am: 24.01.2024).
2. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Guideline NG72. Developmental follow-up of children and young people born preterm [Guidance]. Published: August 2017, ©2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2626-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng72/resources/developmental-followup-of-children-and-young-people-born-preterm-pdf-1837630868677> (abgerufen am: 24.01.2024).
3. SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2014): Caesarean section. V3.0. [Stand:] 20.05.2014. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-74243-249-6. URL:

https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/49ceed004ee1e678aeb1afd150ce4f37/Caesarean+section+PPG_June2014.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).

4. SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2018): Twin pregnancy. V5.1. [Stand:] 05.07.2018. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-74243-484-1. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/4f4b69804eedff43b818bb6a7ac0d6e4/Twin+Pregnancy_PPG_v4_1.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).

Nicht E6

1. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG194. Postnatal care [Guidance]. Published: April 2021, ©2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4078-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037> (abgerufen am: 24.01.2024).
2. SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2021): Postnatal Care. Routine care of the well woman and neonate. V1.0. [Stand:] 15.09.2021. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-76083-427-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/4024bcbf-6acd-48af-bf8e-72caec419cd1/Postnatal+Care.+Routine+care+of+the+well+woman+and+neonate_PPG_v1_0.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).
3. SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2022): Labour and Birth Care. Routine care in normal labour and birth. V1.1. [Stand:] 09.03.2022. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-76083-426-5. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/b754c4d4-273b-47d9-86ed-e6d28eb6656f/Labour+and+Birth.+Routine+care+in+normal+labour+_birth_PPG_V1_1.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).
4. SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2023): Antenatal Care. Routine Care in Normal Pregnancy. V1.2. [Stand:] 14.02.2023. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-76083-425-8. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/4d05a722-4965-4597-9265-702bfd28bef2/Antenatal+Care.+Routine+Care+in+Normal+Pregnancy_PPG_v1.2.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).

Nicht E7

1. ARC [Australian Resuscitation Council]; NZ Resus [New Zealand Resuscitation Council] (2021): ANZCOR Guideline 13.8 – The Resuscitation of the Newborn in Special Circumstances. [Stand:] April 2021. [Melbourne, AU] [u. a.]: ARC [u. a.]. URL: <https://resus.org.au/download/anzcor-guideline-13-8-the-resuscitation-of-the-newborn-in-special-circumstances-april-2021-0-4-mib/?wpdmdl=13786&masterkey> (abgerufen am: 25.01.2024).
2. Embleton, ND; Jennifer Moltu, S; Lapillonne, A; van den Akker, CHP; Carnielli, V; Fusch, C; et al. (2023): Enteral Nutrition in Preterm Infants (2022): A Position Paper From the ESPGHAN

- Committee on Nutrition and Invited Experts. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 76(2): 248-268. DOI: 10.1097/mpg.0000000000003642.
3. Kaisenberg, CS; Klaritsch, P; Ochsenbein-Kölblle, N; Hodel, M; Nothacker, M; Hecher, K (2019): AWMF-Registernummer 015-087. S2e-Leitlinie: Überwachung und Betreuung von Zwillingschwangerschaften [Langfassung]. Version 1.0. [Stand:] 21.12.2019. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-087/S2e_Ueberwachung-Betreuung-Zwillingschwangerschaften_2020-05.pdf (abgerufen am: 23.01.2024).
 4. Lapillonne, A; Bronsky, J; Campoy, C; Embleton, N; Fewtrell, M; Fidler Mis, N; et al. (2019): Feeding the Late and Moderately Preterm Infant: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 69(2): 259-270. DOI: 10.1097/mpg.0000000000002397.
 5. Madar, J; Roehr, CC; Ainsworth, S; Ersdal, H; Morley, C; Rüdiger, M; et al. (2021): European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation* 161: 291-326. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.014.
 6. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG121. Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies [Guidance]. Published: March 2019, last updated: April 2009, ©2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3296-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121/resources/intrapartum-care-for-women-with-existing-medical-conditions-or-obstetric-complications-and-their-babies-pdf-66141653845957> (abgerufen am: 24.01.2024).
 7. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG137. Twin and triplet pregnancy [Guidance]. Published: September 2019, ©2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3513-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng137/resources/twin-and-triplet-pregnancy-pdf-66141724389829> (abgerufen am: 24.01.2024).
 8. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Guideline NG154. Neonatal parenteral nutrition [Guidance]. Published: February 2020, ©2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3673-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng154/resources/neonatal-parenteral-nutrition-pdf-66141840283333> (abgerufen am: 24.01.2024).
 9. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG201. Antenatal care [Guidance]. Published: August 2021, ©2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4227-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941> (abgerufen am: 24.01.2024).
 10. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2023): NICE Guideline NG235. Intrapartum care [Guidance]. Published: September 2023, ©2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-5384-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933> (abgerufen am: 24.01.2024).

11. QCG [Queensland Clinical Guidelines] (2022): Neonatal resuscitation. Publication date: October 2022, © 2022. (Guideline No. MN22.5-V6-R27). Brisbane, AU: Queensland Health. URL: https://www.health.qld.gov.au/___data/assets/pdf_file/0011/140600/g-resus.pdf (abgerufen am: 25.01.2024).
12. RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2023): Delivery of fetus at caesarean birth (C-Obs 37). First developed: July 2010, current: November 2019, interim update: November 2023. [Naarm/Melbourne, AU]: RANZCOG. URL: <https://ranzcof.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Delivery-of-the-fetus-at-caesarean-section.pdf> (abgerufen am: 24.01.2024).
13. Robinson, DT; Calkins, KL; Chen, Y; Cober, MP; Falciglia, GH; Church, DD; et al. (2023): Guidelines for parenteral nutrition in preterm infants: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 47(7): 830-858. DOI: 10.1002/jpen.2550.
14. SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2019): Breastfeeding. V1.0. [Stand:] 28.06.2019. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-76083-162-2. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/2bf4bd2f-5aba-4bda-8575-53317d0e6f9f/Breastfeeding_PPG_v1_0.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).
15. SSN [Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie] (2023): Die Unterstützung der Adaptation und Reanimation des Neugeborenen. Revidierte Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie. [Zürich, CH]: SSN. URL: https://www.neonet.ch/download_file/view/896/211 (abgerufen am: 25.01.2024).
16. WHO [World Health Organization] (2022): WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. [Stand: 15.11.2022]. Geneva, CH: WHO. ISBN: 978-92-4-005826-2. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363697/9789240058262-eng.pdf> (abgerufen am: 23.01.2024).
17. WHO [World Health Organization] (2023): WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. [Stand: 16.10.2023]. Geneva, CH: WHO. ISBN: 978-92-4-008186-4. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373358/9789240081864-eng.pdf?sequence=1> (abgerufen am: 23.01.2024).

Nicht E8

1. BAPM [British Association of Perinatal Medicine] (2019): Perinatal Management of Extreme Preterm Birth before 27 weeks of gestation. A Framework for Practice. [Stand:] October 2019. [London, GB]: BAPM. URL: https://hubble-live-assets.s3.eu-west-1.amazonaws.com/bapm/file_asset/file/30/Extreme_Preterm_28-11-19_FINAL.pdf (abgerufen am: 26.01.2024).

2. DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; OEGGG [Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; SGGG [Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] (2022): AWMF-Registernummer 015-025. S2k-Leitlinie: Prävention und Therapie der Frühgeburt [*Langfassung*]. Version 5.0. [Stand:] September 2022, © 2018. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-025l_S2k_Praevension-Therapie-Fruehgeburt_2022-09.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).
3. RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2021): Prophylactic antibiotics in obstetrics and gynaecology (C-Gen 17). First endorsed: November 2011, current: March 2021. [Naarm/Melbourne, AU]: RANZCOG. URL: <https://ranzocg.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Prophylactic-Antibiotics-in-Obstetrics-and-Gynaecology.pdf> (abgerufen am: 24.01.2024).
4. RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2023): Categorisation of Urgency for Caesarean Section (C-Obs 14). First endorsed: July 2002, current: July 2019, Review due: July 2022. Naarm (Melbourne), AU: RANZCOG. URL: <https://ranzocg.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Categorisation-of-Urgency-for-Caesarean-Section.pdf> (abgerufen am: 24.01.2024).
5. SGGG [gynécologie suisse]; AFMM [Akademie für fetomaternale Medizin]; SGN [Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie]; SGP [Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie]; SSAPM [Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine]; SHV [Schweizerischer Hebammenverband]; et al. (2022): Neonatale Erstversorgung - Interdisziplinäre Empfehlungen zur Verlegung und Betreuung. Revidierte Version vom 23.02.2022. Bern, CH [u. a.]: SGGG [u. a.]. URL: https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Neo-Versorg_stand_23_2_2022.pdf (abgerufen am: 25.01.2024).

Nicht E9

1. Daskalakis, G; Pergialiotis, V; Domellöf, M; Ehrhardt, H; Di Renzo, GC; Koç, E; et al. (2023): European guidelines on perinatal care: corticosteroids for women at risk of preterm birth. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 36(1): 2160628. DOI: 10.1080/14767058.2022.2160628.
2. Liauw, J; Foggin, H; Socha, P; Crane, J; Joseph, KS; Burrows, J; et al. (2023): Technical Update No. 439: Antenatal Corticosteroids at Late Preterm Gestation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 45(6): 445-457.e2. DOI: 10.1016/j.jogc.2022.12.006.
3. QCG [Queensland Clinical Guidelines] (2020): Perinatal care at of the extremely preterm baby. Publication date: September 2020, © 2020. (Guideline No. MN20.32-V2-R25). Brisbane, AU: Queensland Health. URL: https://www.health.qld.gov.au/___data/assets/pdf_file/0023/142259/g-viability.pdf (abgerufen am: 25.01.2024).
4. QCG [Queensland Clinical Guidelines] (2021): Antenatal corticosteroids (ACS) [*Shortguide*]. Effective: August 2021, © 2021. (Doc No: MN21.64-V1-R26). Brisbane, AU: Queensland Health.

URL: https://www.health.qld.gov.au/___data/assets/pdf_file/0016/1103164/g-antenatal-corticosteroids.pdf (abgerufen am: 25.01.2024).

5. QCG [Queensland Clinical Guidelines] (2022): Preterm labour and birth. Publication date: June 2020, amendment date: December 2022, © 2022. (Guideline No. MN20.6-V10-R25). Brisbane, AU: Queensland Health. URL: https://www.health.qld.gov.au/___data/assets/pdf_file/0019/140149/g-ptl.pdf (abgerufen am: 25.01.2024).
6. SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2019): Perinatal Care at the Threshold of Viability. V2.0. [Stand:] 20.12.2019. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-76083-166-0. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/8ddf798042ac004d9f11bfad100c470d/Perinatal+Care+at+the+Threshold+of+Viability_PPG_v2_0.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).
7. SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2021): Preterm Labour & Birth. Prevention, Diagnosis & Management. V7.1. [Stand:] 01.02.2021. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-76083-340-4. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/a75eba804eed9843b021b36a7ac0d6e4/Preterm+Labour+and+Birth.+Prevention%2C+Diagnosis+%26+Management_PPG_v7_1.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).
8. SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2022): Antibiotics in the Peripartum Period. V9.0. [Stand:] 29.06.2022. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-76083-487-6. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/84d20f804ee559c1a8baadd150ce4f37/Antibiotics+in+the+Peripartum+Period+PPG_V_9.0.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).

Anhang: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien zum Auswertungsmodul PM-GEBH

Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (PM-GEBH)

Referenz	Titel	Herausgeber Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
Abou-Dakn et al. (2020a)	AWMF-Registernummer 015-084. S3-Leitlinie: Sectio caesarea	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Deutschland Österreich Schweiz	Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes über die Sectio caesarea Fokus auf Definition und Klassifikation, Aufklärung, Indikation, Zeitpunkt und Durchführung sowie auf Schwangerschaft und Geburt nach einer Sectio caesarea Festlegung eines gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses zur Ermittlung des idealen Vorgehens angepasst an den individuellen Fall	Schwangere, bei denen eine Indikation zu einer Sectio caesarea vorliegt	Schwangere, bei denen eine Indikation zu einer Sectio caesarea vorliegt Hebammen und Entbindungshelfer/ Gynäkologinnen und Gynäkologen/ Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte / Neonatologinnen und Neonatologen/ Anästhesistinnen und Anästhesisten
NICE (2022b)	NICE Guideline NG25. Preterm labour and birth	National Institute for Health and Care Excellence England	to reduce the risks of preterm birth for the baby to describe treatments to prevent or delay early labour and birth	pregnant women who are considered to be at risk of preterm labour and birth pregnant women with preterm prelabour rupture of membranes pregnant women clinically suspected to be in preterm labour	Healthcare professionals who care for women at increased risk of or with symptoms and signs of preterm labour and women having a planned preterm birth Commissioners and providers of maternity services Women at increased risk of or with symptoms and signs of preterm labour and women having a planned preterm birth, and their families and carers

Referenz	Titel	Herausgeber Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
				women diagnosed to be in spontaneous pre-term labour women having a planned preterm birth	
NICE (2023)	NICE Guideline NG192. Caesarean birth	National Institute for Health and Care Excellence England	to help ensure consistency and quality of care experienced by women ... who have had a Caesarean section in the past and are now pregnant again, ... who have a clinical indication for a Caesarean section ... who are considering a Caesarean section in the absence of a clinical indication	pregnant women	pregnant women, their families, birth supporters and other carers community and healthcare professionals who are involved in the care of women during pregnancy and birth, and in the postnatal period, who may need or have had a Caesarean section primary care trust commissioners (UK) and Welsh Assembly Government officers public health and trust managers
Stock et al. (2022)	Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality. Green-top Guideline No. 74	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Great Britain	provide evidence-based recommendations on the use of antenatal corticosteroids in women at risk of preterm birth or undergoing caesarean birth at term	pregnant women who are considered to be at risk of preterm labour and birth	obstetricians and gynaecologists and other relevant health professionals
WHO (2022)	WHO recommendations on Antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes	World Health Organization Schweiz	improve the quality of care and outcomes for women with a high likelihood of experiencing preterm birth and babies born preterm	women giving birth in a range of resource settings	obstetricians, paediatricians, midwives, nurses and general practitioners health care professionals responsible for developing national and local health care protocols and policies

Referenz	Titel	Herausgeber Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
					managers of maternal and child health programmes policy-makers in all settings

Evidenz- und Empfehlungsgraduierung der eingeschlossenen Leitlinien (PM-GE BH)

AWMF-Registernummer 015-084. S3-Leitlinie: Sectio caesarea

Evidenzgraduierung

„Tabelle 9: Schema der Evidenzgraduierung nach SIGN“ (Abou-Dakn et al. 2020b: 16)

Grad	Beschreibung
1++	Qualitativ hochwertige Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit sehr geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1+	Gut durchgeführte Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1-	Metanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit hohem Risiko systematischer Fehler (Bias)
2++	Qualitativ hochwertige systematische Übersichten von Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien oder Qualitativ hochwertige Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit sehr niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und hoher Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist
2+	Gut durchgeführte Fall-Kontroll Studien oder Kohortenstudien mit niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und moderater Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist
2-	Fall-Kontroll Studien oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und signifikantem Risiko, dass die Beziehung nicht ursächlich ist
3	Nicht-analytische Studien, z.B. Fallberichte, Fallserien
4	Expertenmeinung

Empfehlungsgraduierung

„Tabelle 10: Übersicht der verwendeten Empfehlungsgrade“ (Abou-Dakn et al. 2020b: 17)

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	soll/soll nicht
B	Empfehlung	sollte/sollte nicht
0	Empfehlung offen	kann/kann nicht verzichtet werden

An Stellen, bei denen keine Evidenzquelle verfügbar war oder keine systematische Recherche zugrunde lag, wurden die Statements und Empfehlungen als EK (Expertenkonsens) definiert. Hier wurde die Verwendung der Symbole zur Graduierung der Empfehlungen (A, B, 0) verzichtet (Abou-Dakn et al. 2020b: 17).

NICE Guideline NG25. Preterm labour and birth

Evidenzgraduierung

The quality of evidence is classified as high, moderate, low or very low (see GRADE website for definitions) (NICE 2012: 87).

„Table 4: Overall quality of outcome evidence in GRADE Level“ (NCC-WCH 2022: 40)

Overall quality of outcome evidence in GRADE level	Description
High	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.
Low	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.
Very low	Any estimate of effect is very uncertain.

Empfehlungsgraduierung

The description of the process of moving from evidence to recommendations in section 9.1 indicates that some recommendations can be made with more certainty than others. This concept of the 'strength' of a recommendation should be reflected in the consistent wording of recommendations within and across clinical guidelines. There are three levels of certainty:

recommendations for interventions that must (or must not) be used

recommendations for interventions that should (or should not) be used

recommendations for interventions that could be used (NICE 2012: 138).

The wording of recommendations was agreed by the committee and focused on the following factors:

- [...]
 - *the strength of the recommendation (for example the word 'offer' was used for strong recommendations and 'consider' for weak recommendations) [...] (NCC-WCH 2022: 49)*

NICE Guideline NG192. Caesarean birth

Evidenzgraduierung

„Table 4: Overall quality of the evidence in GRADE (by outcome)“ (NICE 2021: 12)

Overall quality grading	Description
High	Further research is very unlikely to change the level of confidence in the estimate of effect
Moderate	Further research is likely to have an important impact on the level of confidence in the estimate of effect and may change the estimate
Low	Further research is very likely to have an important impact on the level of confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate
Very low	The estimate of effect is very uncertain

Empfehlungsgraduierung

NICE reflects the strength of the recommendation in the wording (see the section on wording the recommendations). NICE uses 'offer' (or words such as 'measure', 'advise', or 'refer') to reflect a strong recommendation, usually where there is clear evidence of benefit. NICE uses 'consider' to reflect a recommendation for which the evidence of benefit is less certain (NICE 2022a: 196).

Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality. Green-top Guideline No. 74

Evidenzgraduierung

„Classification of evidence levels“ (RCOG 2020: 53)

1++	High-quality meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials or randomised controlled trials with a very low risk of bias
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials or randomised controlled trials with a low risk of bias
1-	Meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials or randomised controlled trials with a high risk of bias
2++	High-quality systematic reviews of case-control or cohort studies or high-quality case-control or cohort studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a high probability that the relationship is causal
2+	Well-conducted case-control or cohort studies with a low risk of confounding, bias or chance and a moderate probability that the relationship is causal
2-	Case-control or cohort studies with a high risk of confounding, bias or chance and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytical studies, e.g. case reports, case series
4	Expert opinion

Empfehlungsgraduierung

„Grades of Recommendation“ (RCOG 2020: 53)

A	At least one meta-analysis, systematic reviews or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or a systematic review of RCTs or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results
B	A body of evidence including studies rated as 2++ directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+
C	A body of evidence including studies rated as 2+ directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++
D	Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2+
√	Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group.

WHO recommendations on Antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes

Evidenzgraduierung

High certainty: We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect;

Moderate certainty: We are moderately confident in the effect estimate. The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different;

Low certainty: Our confidence in the effect estimate is limited. The true effect may be substantially different from the estimate of the effect; and

Very low certainty: We have very little confidence in the effect estimate. The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect. (WHO 2022: 7)

Empfehlungsgraduierung

Recommended: This category indicates that the intervention should be implemented.

Not recommended: This category indicates that the intervention should not be implemented.

Recommended only in specific contexts (“context-specific recommendation”): This category indicates that the intervention is applicable only to the condition, setting or population specified in the recommendation, and should only be implemented in these contexts.

Recommended only in the context of rigorous research (“research-context recommendation”): This category indicates that there are important uncertainties about the intervention. In such instances, implementation can still be undertaken on a large scale, provided that it takes the form of research that is able to address unanswered questions and uncertainties related both to effectiveness of the intervention or option, and its acceptability and feasibility (WHO 2022: 7-8).

Extrahierte Empfehlungen aus den eingeschlossenen Leitlinien (PM-GEBH)

QI	Referenz	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Seite
330	WHO (2022)	Antenatal corticosteroid therapy is recommended for women with a high likelihood of preterm birth from 24 weeks to 34 weeks of gestation when the following conditions are met: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestational age assessment can be accurately undertaken ▪ There is a high likelihood of preterm birth within 7 days of starting therapy ▪ There is no clinical evidence of maternal infection ▪ Adequate childbirth care is available (including capacity to recognize and safely manage preterm labour and birth) ▪ The preterm newborn can receive adequate care (including resuscitation, kangaroo mother care, thermal care, feeding support, infection treatment and respiratory support including continuous positive airway pressure [CPAP] as needed) 	Context-specific recommendation	Very low to high certainty	9
		Antenatal corticosteroid therapy should be administered to women with a high likelihood of giving birth preterm in the next 7 days, even if it is anticipated that the full course of corticosteroids may not be completed.	Context-specific recommendation	Very low to moderate certainty	10
		Antenatal corticosteroid therapy is recommended for women with a high likelihood of preterm birth, irrespective of whether single or multiple birth is anticipated.	Context-specific recommendation	Low to high certainty	11
		Antenatal corticosteroid therapy is recommended for women with preterm prelabour rupture of membranes and no clinical signs of infection.	Context-specific recommendation	Very low to low certainty	11
		Antenatal corticosteroid therapy is not recommended for women with chorioamnionitis who are likely to give birth preterm.	Not recommended	Very low to low certainty	12
		Antenatal corticosteroid therapy is recommended for women with hypertensive disorders in pregnancy who have a high likelihood of preterm birth.	Context-specific recommendation	Very low to high certainty	12

QI	Referenz	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Seite
		Antenatal corticosteroid therapy is recommended for women with a high likelihood of preterm birth of a growth-restricted fetus.	Context-specific recommendation	Very low to moderate certainty	12
		Antenatal corticosteroid therapy is recommended for women with pre-gestational and gestational diabetes when there is a high likelihood of preterm birth, and this should be accompanied by interventions to optimize maternal blood glucose control.	Context-specific recommendation	Very low to low certainty	13
		A single repeat course of antenatal corticosteroids is recommended for women who have received a single course of antenatal corticosteroids at least 7 days prior and, on clinical assessment, have a high likelihood of giving birth preterm in the next 7 days.	Recommended	Moderate certainty	14
	NICE (2022b)	1.9.2 Offer maternal corticosteroids to women between 24+0 and 33+6 weeks of pregnancy who are in suspected, diagnosed or established preterm labour, are having a planned preterm birth or have P-PROM.	Strong	Low to Moderate	16
		1.9.6 When offering or considering maternal corticosteroids, discuss the benefits and risks with the woman (and her family members or carers, as appropriate).	Strong	Low to Moderate	16
	Stock et al. (2022)	A course of antenatal corticosteroids given within the seven days prior to preterm birth reduces perinatal and neonatal death and respiratory distress syndrome.	A	1++	37
		Corticosteroids should be offered to women between 24+0 and 34+6 weeks' gestation in whom imminent preterm birth is anticipated (either due to established preterm labour, preterm prelabour rupture of membranes [PPROM] or planned preterm birth).	A	1++	39
		Antenatal corticosteroids should be offered to women with PPRM, who are at increased risk of preterm birth.	A	1++	47
50045	NICE (2023)	1.4.43 Offer women prophylactic antibiotics before skin incision for caesarean birth, choosing antibiotics that are effective against endometritis, urinary tract and wound infections.	Strong	Low to High	23
		1.4.44 Inform woman that:	Strong	Low to High	23

QI	Referenz	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Seite
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ [...] ▪ Using prophylactic antibiotics before skin incision reduces the risk of maternal infection more than prophylactic antibiotics given after skin incision, and that there is no known effect on the baby. 			
1058	Abou-Dakn et al. (2020a)	Die Entschluss-Entwicklung-Zeit (E-E-Zeit) einer Kategorie 1 („Notsectio“) soll maximal 20 Minuten betragen.	A	2	60
	NICE (2023)	1.4.3 Perform category 1 caesarean birth as soon as possible, and in most situations within 30 minutes of making the decision.	Strong	Very low	16
318	Abou-Dakn et al. (2020a)	Die Anwesenheit eines in der Reanimation des Neugeborenen ausgebildeter Arzt (M/F/D) (möglichst ein Pädiater (M/F/D)) soll bei einer Vollnarkose oder bei zu erwartenden fetalen Problemen gegeben sein.	A	2b	104

3 Recherche nach weiterer hochwertiger Evidenz für den QI 52262 (PM-NEO)

Für den QI 52262 „Zunahme des Kopfumfangs“ erfolgte eine systematische Recherche nach weiterer hochwertiger Evidenz, da für diesen Qualitätsindikator keine starke Empfehlung in hochwertigen Leitlinien identifiziert werden konnte. Daher wurde in den nächsten Schritten zunächst nach systematischen Reviews von RCTs und anschließend nach einzelnen RCTs mit niedrigem Verzerrungspotenzial systematisch recherchiert, um so Belege für einen Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal zu erhalten.

Fragestellung: Welchen Einfluss hat das Kopfwachstum bei lebendgeborenen Kindern ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 37+0 Wochen oder mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g auf die mentale, kognitive, neurologische und/oder motorische Entwicklung des Kindes bis zum vollendetem 12. Lebensjahr?

In Tabelle 7 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening zugrunde lagen, kombiniert für systematische Reviews von RCTs (siehe Abschnitt 3.1) und einzelne RCTs (siehe Abschnitt 3.2) aufgeführt.

Tabelle 7: Einschlusskriterien für hochwertige Evidenz für den QI 52262; PM-NEO

	Einschluss
E1	Die Publikation ist als Vollpublikation erhältlich.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Publikation ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Publikation wurde ab dem 01. März 2004 publiziert.
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Publikation ist entweder ein systematisches Review von randomisierten kontrollierten Studien, bei dem die Recherche in mindestens zwei bibliographischen Datenbanken durchgeführt wurde und anschließend eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte (siehe Abschnitt 3.1), oder eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT, siehe Abschnitt 3.2).
E6	Die Publikation adressiert die Versorgung in Deutschland oder folgenden ausgewählten Ländern der OECD*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Kanada, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden, Schweiz, USA, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland.
E7	Population Die Publikation adressiert die Versorgung von lebendgeborenen Kindern ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 24 bis unter 37 Wochen oder mit einem Geburtsgewicht unter 2500 g (IQTiG 2023).
E8	Exposition Vermindertes Kopfwachstum

	Einschluss
E9	Comparison Stärkeres bzw. „normales“ Kopfwachstum
E10	Die Publikation untersucht das Kopfwachstum mittels einer fronto-okzipitalen Messung mit einem flexiblen, nicht dehnbaren Maßband (z. B. aus Plastik) zu mindestens zwei Zeitpunkten während des stationären Aufenthalts (z. B. Geburt bis Entlassung).
E11	Outcome Die Publikation untersucht die mentale, kognitive, neurologische und/oder motorische Entwicklung des Kindes zu mindestens einem Zeitpunkt vor Vollendung des 12. Lebensjahres.
E12	Die Publikation hat ein niedriges Verzerrungspotenzial**.

* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurden ausgewählte Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) herangezogen (OECD 2021: 23). Nur Studienpopulationen aus diesen Industrienationen, die wie Deutschland zu den Mitgliedstaaten der OECD gehören, wurden berücksichtigt.

** Bewertungen und Einschätzungen erfolgten mit dem AMSTAR 2-Tool (für systematische Reviews) oder dem RoB 2-Tool (für RCTs, siehe Abschnitt 1).

3.1 Recherche nach systematischen Reviews von RCTs

3.1.1 Recherche

Zuerst wurde eine Literaturrecherche nach systematischen Reviews in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- MEDLINE via Ovid
- Embase via Elsevier
- Cochrane via Wiley

Ausgehend von der Fragestellung wurden die geeigneten Suchbegriffe abgeleitet. Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus vier Blöcken: ein Rechercheblock für die Population (Früh- bzw. Neugeborene), ein Rechercheblock für die Intervention/Comparison (Kopfwachstum), ein Rechercheblock für das Outcome (mentale, kognitive, neurologische und/oder motorische Entwicklung) sowie einen auf systematische Reviews einschränkenden Rechercheblock. Der verwendete Filter für systematische Reviews stammte vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN [2017]-c). Dieser wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbank Embase adaptiert.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 2004
- nur „human“
- nur deutsche und englische Publikationen

- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (siehe Tabelle 8, Tabelle 9 und Tabelle 10).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 25.03.2024.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 8: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid; PM-NEO, QI 52262, systematische Reviews

#	Searches
1	exp Infant, Newborn/ or Intensive Care, Neonatal/ or Intensive Care Units, Neonatal/
2	(baby* or babies or infant? or infantile or infancy or low birth weight or low birthweight or neonat* or newborn* or new born or new borns or newly born or premature or prematures or prematurity or preterm or preterms or pre term or preemie or preemies or premies or premie or VLBW or LBW or ELBW or NICU).ti,ab,kw,kf.
3	1 or 2
4	Head/gd [Growth & Development]
5	Cephalometry/
6	Organ Size/ and head.ti,ab.
7	(head adj2 (growing or growth or size or circumference or development or volume or volumes)).ti,ab.
8	4 or 5 or 6 or 7
9	exp Child Development/
10	Cognition Disorders/
11	Cognition/
12	exp Psychomotor Performance/
13	Intelligence/
14	Intellectual Disability/
15	exp Neurodevelopmental Disorders/
16	Mental Competency/
17	Personality Development/
18	((neurodevelopmental or neurologic* or motor or neurocognitive or cognitive or linguistic or behavioral or intellectual or mental or personality or development*) adj (sequela? or outcome? or impairment? or condition? or disorder? or disability or disabilities or ability or abilities or delay? or function? or domain? or deficit? or deficienc* or retardation? or performance? or incompetenc* or competenc* or development)).ti,ab.
19	9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18
20	3 and 8 and 19

#	Searches
21	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
22	20 not 21
23	limit 22 to (english or german)
24	limit 23 to yr="2004 -Current"
25	limit 24 to (congress or case reports or comment or editorial or letter or preprint)
26	24 not 25
27	Meta-Analysis as Topic/ or exp Review Literature as Topic/
28	(meta analy* or metaanaly*).tw.
29	Meta-Analysis/ or Systematic Review/
30	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
31	27 or 28 or 29 or 30
32	(medline or pubmed or cochrane or embase or psycinfo or psycinfo or cinahl or cinhal or science citation index or scopus or science?direct or google scholar).ab.
33	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
34	(reference list* or bibliograph* or hand-search* or handsearch* or relevant journals or manual search*).ab.
35	32 or 33 or 34
36	(selection criteria or data extraction).ab.
37	Review/
38	36 and 37
39	31 or 35 or 38
40	26 and 39
41	remove duplicates from 40

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 9: Suchstrategie für Embase via Elsevier; PM-NEO, QI 52262, systematische Reviews

#	Query
#1	'newborn'/de OR 'prematurity'/de OR 'newborn intensive care'/de OR 'newborn care'/de
#2	baby*:ti,ab,kw OR babies:ti,ab,kw OR infant\$:ti,ab,kw OR infantile:ti,ab,kw OR infancy:ti,ab,kw OR 'low birth weight':ti,ab,kw OR 'low birthweight':ti,ab,kw OR neonat*:ti,ab,kw OR newborn*:ti,ab,kw OR 'new born':ti,ab,kw OR 'new borns':ti,ab,kw OR 'newly born':ti,ab,kw OR premature:ti,ab,kw OR prematures:ti,ab,kw OR prematurity:ti,ab,kw OR preterm:ti,ab,kw OR preterms:ti,ab,kw OR 'pre term':ti,ab,kw OR preemie:ti,ab,kw OR preemies:ti,ab,kw OR premies:ti,ab,kw OR premie:ti,ab,kw OR vlbw:ti,ab,kw OR lbw:ti,ab,kw OR elbw:ti,ab,kw OR nicu:ti,ab,kw
#3	#1 OR #2
#4	'head'/de
#5	'cephalometry'/de
#6	'organ size'/de AND head:ti,ab
#7	(head NEAR/2 (growing OR growth OR size OR circumference OR development OR volume OR volumes)):ti,ab
#8	#4 OR #5 OR #6 OR #7
#9	'child development'/de
#10	'cognitive defect'/de
#11	'cognition'/exp
#12	'psychomotor performance'/exp
#13	'intelligence'/de
#14	'intellectual impairment'/de
#15	'mental disease'/exp
#16	'ego development'/de
#17	((neurodevelopmental OR neurologic* OR motor OR neurocognitive OR cognitive OR linguistic OR behavioral OR intellectual OR mental OR personality OR development*) NEXT/1 (sequela\$ OR outcome\$ OR impairment\$ OR condition\$ OR disorder\$ OR disability OR disabilities OR ability OR abilities OR delay\$ OR function\$ OR domain\$ OR deficit\$ OR deficienc* OR retardation\$ OR performance\$ OR incompetenc* OR competenc* OR development)):ti,ab
#18	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
#19	#3 AND #8 AND #18
#20	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#21	#19 NOT #20
#22	#21 AND ([english]/lim OR [german]/lim)

#	Query
#23	#22 AND [2004-2024]/py
#24	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#25	#23 NOT #24
#26	'systematic review (topic)'/de OR 'systematic review'/de OR 'meta analysis (topic)'/de OR 'meta analysis'/exp
#27	metaanaly*:ab,ti OR 'meta analy*':ab,ti
#28	((systematic* OR comprehensive* OR integrative OR electronic*) NEAR/3 (review\$ OR overview\$ OR bibliographic* OR literature OR search*)):ab,ti
#29	#26 OR #27 OR #28
#30	medline:ab OR pubmed:ab OR cochrane:ab OR embase:ab OR psychinfo:ab OR psycinfo:ab OR cinahl:ab OR cinhal:ab OR 'science citation index':ab OR scopus:ab OR sciencedirect:ab OR 'science direct':ab OR 'google scholar':ab
#31	((study OR studies) NEAR/1 (selection OR selected)):ab
#32	'reference list*':ab OR bibliograph*':ab OR 'hand-search*':ab OR 'handsearch*':ab OR 'relevant journals':ab OR 'manual search*':ab
#33	#30 OR #31 OR #32
#34	'selection criteria':ab OR 'data extraction':ab
#35	'review'/de
#36	#34 AND #35
#37	#29 OR #33 OR #36
#38	#25 AND #37

Suchstrategie für Cochrane via Wiley

Tabelle 10: Suchstrategie für Cochrane via Wiley; PM-NEO, QI 52262, systematische Reviews

#	Searches
#1	MeSH descriptor: [Infant, Newborn] explode all trees
#2	MeSH descriptor: [Intensive Care, Neonatal] this term only
#3	MeSH descriptor: [Intensive Care Units, Neonatal] this term only
#4	(baby* or babies or infant? or infantile or infancy or low birth weight or low birthweight or neonat* or newborn* or new born or new borns or newly born or premature or prematures or prematurity or preterm or preterms or pre term or preemie or preemies or premies or premie or VLBW or LBW or ELBW or NICU):ti,ab,kw
#5	#1 or #2 or #3 or #4
#6	MeSH descriptor: [Head] explode all trees and with qualifier(s): [growth & development - GD]
#7	MeSH descriptor: [Cephalometry] this term only
#8	MeSH descriptor: [Organ Size] this term only
#9	head:ti,ab
#10	#8 and #9
#11	(head NEAR/2 (growing or growth or size or circumference or development or volume or volumes)):ti,ab
#12	#6 or #7 or #10 or 11
#13	MeSH descriptor: [Child Development] explode all trees
#14	MeSH descriptor: [Cognition Disorders] this term only
#15	MeSH descriptor: [Cognition] this term only
#16	MeSH descriptor: [Psychomotor Performance] this term only
#17	MeSH descriptor: [Intelligence] this term only
#18	MeSH descriptor: [Intellectual Disability] this term only
#19	MeSH descriptor: [Neurodevelopmental Disorders] explode all trees
#20	MeSH descriptor: [Mental Competency] this term only
#21	MeSH descriptor: [Personality Development] this term only
#22	((neurodevelopmental or neurologic* or motor or neurocognitive or cognitive or linguistic or behavioral or intellectual or mental or personality or development*) NEAR (sequela? or outcome? or impairment? or condition? or disorder? or disability or disabilities or ability or abilities or delay? or function? or domain? or deficit? or deficienc* or retardation? or performance? or incompetenc* or competenc* or development)):ti,ab
#23	#13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22
#24	#5 and #12 and #23

#	Searches
#25	#24 with Cochrane Library publication date Between Mar 2004 and Mar 2024, in Cochrane Reviews

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken nach systematischen Reviews bietet das Flussdiagramm (Abbildung 2).

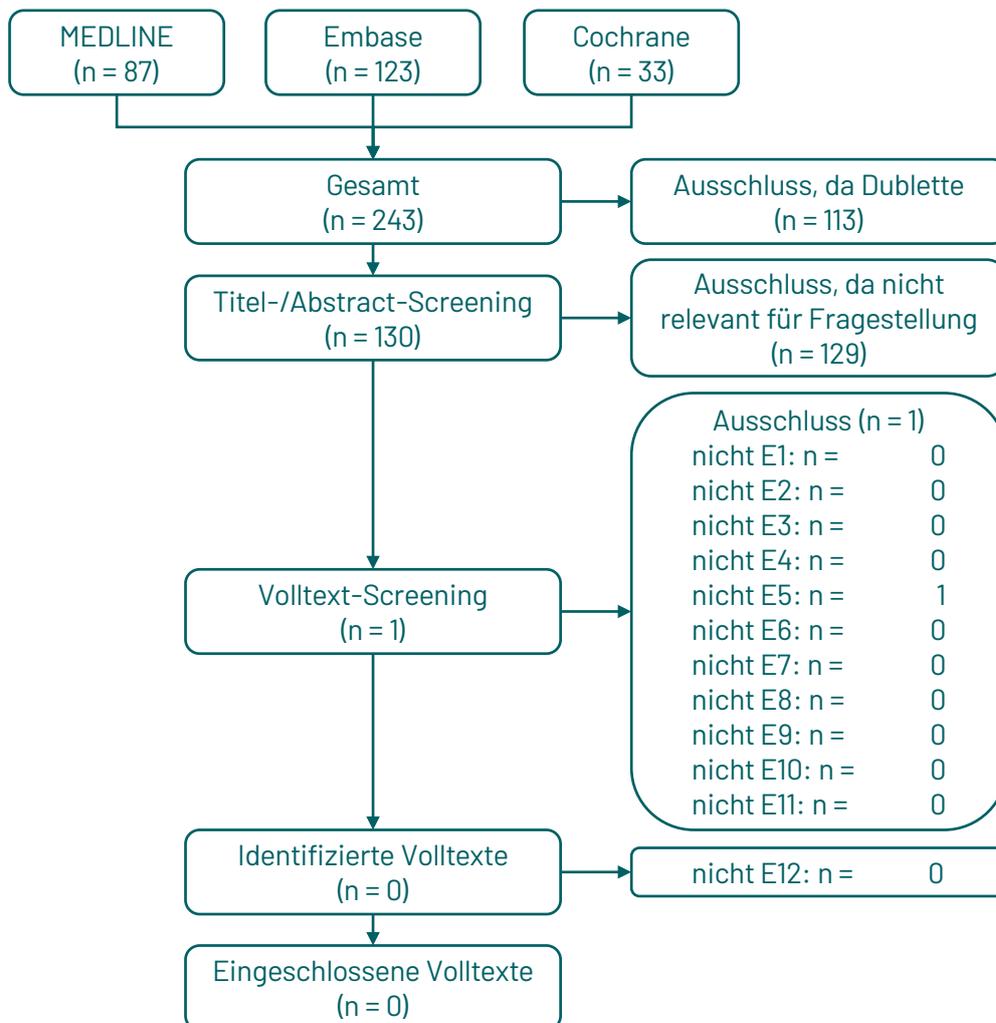


Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche nach systematischen Reviews für den QI 52262; PM-NEO

3.1.2 Identifizierte Literatur

Es konnte kein systematischer Review von RCTs identifiziert werden.

3.1.3 Ausgeschlossene Publikationen

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Gründe vgl. Tabelle 7):

Nicht E5

1. Ong, KK; Kennedy, K; Castañeda-Gutiérrez, E; Forsyth, S; Godfrey, KM; Koletzko, B; et al. (2015): Postnatal growth in preterm infants and later health outcomes: a systematic review. *Acta Paediatrica* 104(10): 974–986. DOI: 10.1111/apa.13128 PMC5054880.

3.2 Recherche nach RCTs

3.2.1 Recherche

Da keine systematischen Reviews von RCTs identifiziert werden konnten, erfolgte anschließend eine Literaturrecherche nach RCTs in bibliografischen Datenbanken wie in Abschnitt 3.1.1 beschrieben.

Die Rechercheblöcke für die Population (Früh- bzw. Neugeborene), für die Intervention/Comparison (Kopfwachstum) und für das Outcome (mentale, kognitive, neurologische und/oder motorische Entwicklung) blieben gleich (siehe Tabelle 8, Tabelle 9 und Tabelle 10). Zusätzlich wurde ein auf RCTs einschränkender Rechercheblock eingesetzt. Dieser stammte vom *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN [2017]-b), wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbank Embase adaptiert.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 2004
- nur „human“
- nur deutsche und englische Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (siehe Tabelle 11, Tabelle 12 und Tabelle 13).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 25.03.2024.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 11: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid; PM-NEO, QI 52262, RCTs

#	Searches
1	exp Infant, Newborn/ or Intensive Care, Neonatal/ or Intensive Care Units, Neonatal/
2	(baby* or babies or infant? or infantile or infancy or low birth weight or low birthweight or neonat* or newborn* or new born or new borns or newly born or premature or prematures or prematurity or preterm or preterms or pre term or preemie or preemies or premies or premie or VLBW or LBW or ELBW or NICU).ti,ab,kw,kf.
3	1 or 2
4	Head/gd [Growth & Development]
5	Cephalometry/

#	Searches
6	Organ Size/ and head.ti,ab.
7	(head adj2 (growing or growth or size or circumference or development or volume or volumes)).ti,ab.
8	4 or 5 or 6 or 7
9	exp Child Development/
10	Cognition Disorders/
11	Cognition/
12	exp Psychomotor Performance/
13	Intelligence/
14	Intellectual Disability/
15	exp Neurodevelopmental Disorders/
16	Mental Competency/
17	Personality Development/
18	((neurodevelopmental or neurologic* or motor or neurocognitive or cognitive or linguistic or behavioral or intellectual or mental or personality or development*) adj (sequela? or outcome? or impairment? or condition? or disorder? or disability or disabilities or ability or abilities or delay? or function? or domain? or deficit? or deficienc* or retardation? or performance? or incompetenc* or competenc* or development)).ti,ab.
19	9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18
20	3 and 8 and 19
21	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
22	20 not 21
23	limit 22 to (english or german)
24	limit 23 to yr="2004 -Current"
25	limit 24 to (congress or case reports or comment or editorial or letter or preprint)
26	24 not 25
27	exp Randomized Controlled Trials as Topic/ or exp randomized controlled trial/ or Random Allocation/ or Double Blind Method/ or Single Blind Method/ or exp clinical trial/
28	(clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or controlled clinical trial or randomized controlled trial or multicenter study or clinical trial).pt.
29	exp Clinical Trials as topic/
30	27 or 28 or 29
31	(clinical adj trial\$).tw.
32	((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.

#	Searches
33	randomly allocated.tw.
34	(allocated adj2 random\$).tw.
35	31 or 32 or 33 or 34
36	30 or 35
37	26 and 36
38	remove duplicates from 37

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 12: Suchstrategie für Embase via Elsevier; PM-NEO, QI 52262, RCTs

#	Query
#1	'newborn'/de OR 'prematurity'/de OR 'newborn intensive care'/de OR 'newborn care'/de
#2	baby*:ti,ab,kw OR babies:ti,ab,kw OR infant\$:ti,ab,kw OR infantile:ti,ab,kw OR infancy:ti,ab,kw OR 'low birth weight':ti,ab,kw OR 'low birthweight':ti,ab,kw OR neonat*:ti,ab,kw OR newborn*:ti,ab,kw OR 'new born':ti,ab,kw OR 'new borns':ti,ab,kw OR 'newly born':ti,ab,kw OR premature:ti,ab,kw OR prematures:ti,ab,kw OR prematurity:ti,ab,kw OR preterm:ti,ab,kw OR preterms:ti,ab,kw OR 'pre term':ti,ab,kw OR preemie:ti,ab,kw OR preemies:ti,ab,kw OR premies:ti,ab,kw OR premie:ti,ab,kw OR vlbw:ti,ab,kw OR lbw:ti,ab,kw OR elbw:ti,ab,kw OR nicu:ti,ab,kw
#3	#1 OR #2
#4	'head'/de
#5	'cephalometry'/de
#6	'organ size'/de AND head:ti,ab
#7	(head NEAR/2 (growing OR growth OR size OR circumference OR development OR volume OR volumes)):ti,ab
#8	#4 OR #5 OR #6 OR #7
#9	'child development'/de
#10	'cognitive defect'/de
#11	'cognition'/exp
#12	'psychomotor performance'/exp
#13	'intelligence'/de
#14	'intellectual impairment'/de
#15	'mental disease'/exp
#16	'ego development'/de
#17	((neurodevelopmental OR neurologic* OR motor OR neurocognitive OR cognitive OR linguistic OR behavioral OR intellectual OR mental OR personality OR development*) NEXT/1 (sequela\$ OR outcome\$ OR impairment\$ OR condition\$ OR disorder\$ OR disability OR disabilities OR ability OR abilities OR delay\$ OR function\$ OR domain\$ OR deficit\$ OR deficienc* OR retardation\$ OR performance\$ OR incompetenc* OR competenc* OR development)):ti,ab
#18	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
#19	#3 AND #8 AND #18
#20	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#21	#19 NOT #20
#22	#21 AND ([english]/lim OR [german]/lim)

#	Query
#23	#22 AND [2004-2024]/py
#24	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#25	#23 NOT #24
#26	'clinical trial'/de OR 'randomized controlled trial'/de OR 'controlled clinical trial'/de OR 'multicenter study'/de OR 'phase 3 clinical trial'/de OR 'phase 4 clinical trial'/de OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/de OR 'double blind procedure'/de OR 'crossover procedure'/de
#27	'randomi?ed controlled trial\$:ti,ab
#28	rct:ti,ab
#29	(random* NEAR/2 allocat*):ti,ab
#30	'single blind*':ti,ab
#31	'double blind*':ti,ab
#32	(treble OR triple) AND blind*':ti,ab
#33	'prospective study'/de
#34	#26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33
#35	#25 AND #34

Suchstrategie für Cochrane via Wiley

Tabelle 13: Suchstrategie für Cochrane via Wiley; PM-NEO, QI 52262, RCTs

#	Searches
#1	MeSH descriptor: [Infant, Newborn] explode all trees
#2	MeSH descriptor: [Intensive Care, Neonatal] this term only
#3	MeSH descriptor: [Intensive Care Units, Neonatal] this term only
#4	(baby* or babies or infant? or infantile or infancy or low birth weight or low birthweight or neonat* or newborn* or new born or new borns or newly born or premature or prematures or prematurity or preterm or preterms or pre term or preemie or preemies or premies or premie or VLBW or LBW or ELBW or NICU):ti,ab,kw
#5	#1 or #2 or #3 or #4
#6	MeSH descriptor: [Head] explode all trees and with qualifier(s): [growth & development - GD]
#7	MeSH descriptor: [Cephalometry] this term only
#8	MeSH descriptor: [Organ Size] this term only
#9	head:ti,ab
#10	#8 and #9
#11	(head NEAR/2 (growing or growth or size or circumference or development or volume or volumes)):ti,ab
#12	#6 or #7 or #10 or 11
#13	MeSH descriptor: [Child Development] explode all trees
#14	MeSH descriptor: [Cognition Disorders] this term only
#15	MeSH descriptor: [Cognition] this term only
#16	MeSH descriptor: [Psychomotor Performance] this term only
#17	MeSH descriptor: [Intelligence] this term only
#18	MeSH descriptor: [Intellectual Disability] this term only
#19	MeSH descriptor: [Neurodevelopmental Disorders] explode all trees
#20	MeSH descriptor: [Mental Competency] this term only
#21	MeSH descriptor: [Personality Development] this term only
#22	((neurodevelopmental or neurologic* or motor or neurocognitive or cognitive or linguistic or behavioral or intellectual or mental or personality or development*) NEAR (sequela? or outcome? or impairment? or condition? or disorder? or disability or disabilities or ability or abilities or delay? or function? or domain? or deficit? or deficienc* or retardation? or performance? or incompetenc* or competenc* or development)):ti,ab
#23	#13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22
#24	#5 and #12 and #23

#	Searches
#25	#24 with Publication Year from 2004 to 2024, in Trials

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken nach RCTs bietet das Flussdiagramm (Abbildung 3).

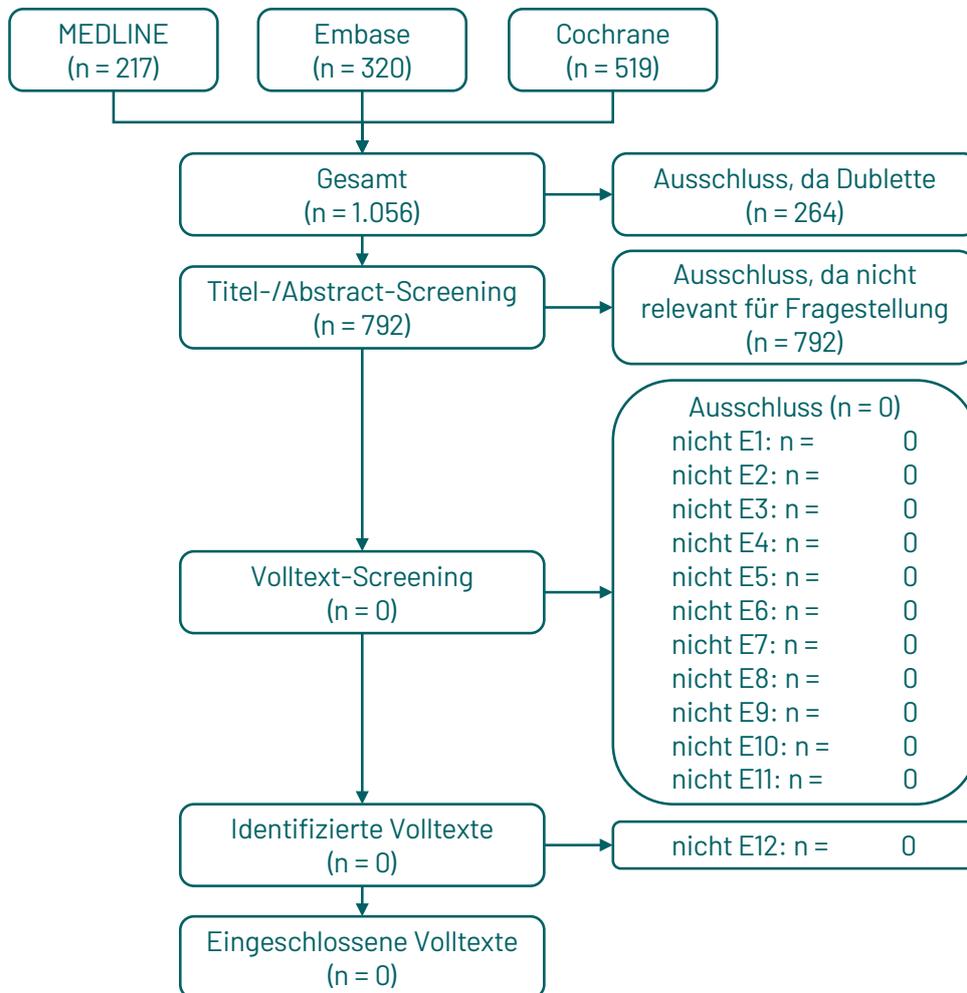


Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach RCTs für den QI 52262; PM-NEO

3.2.2 Identifizierte Literatur

Es konnte kein RCT identifiziert werden.

4 Recherche nach Hinweisen für einen Zusammenhang mit einem unmittelbaren Merkmal für den QI 52262 (PM-NEO)

Da für den QI 52262 keine hochwertige Evidenz für den Zusammenhang mit einem unmittelbaren Merkmal identifiziert werden konnte, wurden im nächsten Schritt systematische Reviews von prospektiven kontrollierten Kohortenstudien bzw. einzelne prospektive kontrollierte Kohortenstudien mit niedrigem Verzerrungspotenzial systematisch recherchiert, um Hinweise für einen Zusammenhang mit einem unmittelbaren Merkmal ermitteln zu können.

In Tabelle 14 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening zugrunde lagen, kombiniert für systematische Reviews von prospektiven Kohortenstudien (siehe Abschnitt 4.1) bzw. einzelne prospektive kontrollierte Kohortenstudien (siehe Abschnitt 4.2) aufgeführt. Das Einschlusskriterium E5 wurde wie folgt angepasst: „Die Publikation ist entweder ein systematischer Review von prospektiven kontrollierten Kohortenstudien, bei dem die Recherche in mindestens zwei bibliographischen Datenbanken durchgeführt wurde und anschließend eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte, oder eine einzelne prospektive kontrollierte Kohortenstudie“.

Tabelle 14: Einschlusskriterien für Hinweise für den QI 52262; PM-NEO

	Einschluss
E1	Die Publikation ist als Vollpublikation erhältlich.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Publikation ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Publikation wurde ab dem 01. März 2004 publiziert.
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Publikation ist entweder ein systematischer Review von prospektiven kontrollierten Kohortenstudien, bei dem die Recherche in mindestens zwei bibliographischen Datenbanken durchgeführt wurde und anschließend eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte (siehe Abschnitt 4.1), oder eine einzelne prospektive kontrollierte Kohortenstudie (siehe Abschnitt 4.2).
E6	Die Publikation adressiert die Versorgung in Deutschland oder folgenden ausgewählten Ländern der OECD.*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Kanada, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden, Schweiz, USA, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland.
E7	Population Die Publikation adressiert die Versorgung von lebendgeborenen Kindern ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 24 bis unter 37 Wochen oder mit einem Geburtsgewicht unter 2500 g (IQTIG 2023).
E8	Exposition Vermindertes Kopfwachstum

	Einschluss
E9	Comparison Stärkeres bzw. „normales“ Kopfwachstum
E10	Die Publikation untersucht das Kopfwachstum mittels einer fronto-okzipitalen Messung mit einem flexiblen, nicht dehnbaren Maßband (z. B. aus Plastik) zu mindestens zwei Zeitpunkten während des stationären Aufenthalts (z. B. Geburt bis Entlassung).
E11	Outcome Die Publikation untersucht die mentale, kognitive, neurologische und/oder motorische Entwicklung des Kindes zu mindestens einem Zeitpunkt vor Vollendung des 12. Lebensjahres.
E12	Die Publikation hat ein niedriges Verzerrungspotenzial**.

* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurden ausgewählte Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) herangezogen (OECD 2021: 23). Nur Studienpopulationen aus diesen Industrienationen, die wie Deutschland zu den Mitgliedstaaten der OECD gehören, wurden berücksichtigt.

** Bewertungen und Einschätzungen erfolgten mit dem AMSTAR 2-Tool (für systematische Reviews) oder dem ROBINS-E-Tool (für Kohortenstudien, siehe Abschnitt 1).

4.1 Recherche nach systematischen Reviews von prospektiven Kohortenstudien

Die Recherche und der Screeningprozess nach systematischen Reviews von prospektiven Kohorten entspricht komplett der Recherche nach systematischen Reviews von RCTs (siehe Abschnitt 3.1). Beim Screening der Publikationen, welches zwei Personen unabhängig voneinander durchführten, wurde lediglich beim Einschlusskriterium E5 (siehe Tabelle 14) nur auf systematische Reviews von prospektiven Kohorten eingeschränkt. In dem recherchierten Pool an Publikationen fanden sich daher weder systematische Reviews von RCTs noch systematische Reviews von prospektiven Kohortenstudien (vgl. Abbildung 2 und Abschnitt 3.1).

4.2 Recherche nach prospektiven kontrollierten Kohortenstudien

4.2.1 Recherche

Da keine systematischen Reviews von prospektiven Kohorten identifiziert werden konnten, erfolgte anschließend eine Literaturrecherche nach einzelnen prospektiven kontrollierten Kohortenstudien in den folgenden bibliografischen Datenbanken:

- MEDLINE via Ovid
- Embase via Elsevier

Die Suchstrategie bestand aus vier Blöcken und wurde zunächst für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Rechercheblöcke für die Population (Früh- bzw. Neugeborene), für die Intervention/Comparison (Kopfwachstum) und für das Outcome (mentale, kognitive, neurologische und/oder motorische Entwicklung) blieben gleich (siehe Tabelle 8, Tabelle 9 und Tabelle 10). Zusätzlich wurde ein auf

Kohortenstudien einschränkender Rechercheblock eingesetzt. Dieser stammte vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN [2017]-a), wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbank Embase adaptiert.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 2004
- nur „human“
- nur deutsche und englische Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (siehe Tabelle 15 und Tabelle 16).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 25.03.2024.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 15: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid; PM-NEO, QI 52262, prospektive Kohorten

#	Searches
1	exp Infant, Newborn/ or Intensive Care, Neonatal/ or Intensive Care Units, Neonatal/
2	(baby* or babies or infant? or infantile or infancy or low birth weight or low birthweight or neonat* or newborn* or new born or new borns or newly born or premature or prematures or prematurity or preterm or preterms or pre term or preemie or preemies or premies or premie or VLBW or LBW or ELBW or NICU).ti,ab,kw,kf.
3	1 or 2
4	Head/gd [Growth & Development]
5	Cephalometry/
6	Organ Size/ and head.ti,ab.
7	(head adj2 (growing or growth or size or circumference or development or volume or volumes)).ti,ab.
8	4 or 5 or 6 or 7
9	exp Child Development/
10	Cognition Disorders/
11	Cognition/
12	exp Psychomotor Performance/
13	Intelligence/
14	Intellectual Disability/
15	exp Neurodevelopmental Disorders/

#	Searches
16	Mental Competency/
17	Personality Development/
18	((neurodevelopmental or neurologic* or motor or neurocognitive or cognitive or linguistic or behavio?ral or intellectual or mental or personality or development*) adj (sequela? or outcome? or impairment? or condition? or disorder? or disability or disabilities or ability or abilities or delay? or function? or domain? or deficit? or deficienc* or retardation? or performance? or incompetenc* or competenc* or development)).ti,ab.
19	9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18
20	3 and 8 and 19
21	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
22	20 not 21
23	limit 22 to (english or german)
24	limit 23 to yr="2004 -Current"
25	limit 24 to (congress or case reports or comment or editorial or letter or preprint)
26	24 not 25
27	Epidemiologic Studies/ or Cohort Studies/ or Follow-Up Studies/ or Observational Study/ or Longitudinal Studies/ or Prospective Studies/ or Comparative Study/ or Clinical Study/
28	((epidemiologic* or cohort or observational or comparative or clinical or follow up or followup) adj (study or studies)).ti,ab.
29	cohort analy*.ti,ab.
30	(longitudinal or prospective).ti,ab.
31	27 or 28 or 29 or 30
32	26 and 31
33	remove duplicates from 32

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 16: Suchstrategie für Embase via Elsevier; PM-NEO, QI 52262, prospektive Kohorten

#	Query
#1	'newborn'/de OR 'prematurity'/de OR 'newborn intensive care'/de OR 'newborn care'/de
#2	baby*:ti,ab,kw OR babies:ti,ab,kw OR infant\$:ti,ab,kw OR infantile:ti,ab,kw OR infancy:ti,ab,kw OR 'low birth weight':ti,ab,kw OR 'low birthweight':ti,ab,kw OR neonat*:ti,ab,kw OR newborn*:ti,ab,kw OR 'new born':ti,ab,kw OR 'new borns':ti,ab,kw OR 'newly born':ti,ab,kw OR premature:ti,ab,kw OR prematures:ti,ab,kw OR prematurity:ti,ab,kw OR preterm:ti,ab,kw OR preterms:ti,ab,kw OR 'pre term':ti,ab,kw OR preemie:ti,ab,kw OR preemies:ti,ab,kw OR premies:ti,ab,kw OR premie:ti,ab,kw OR vlbw:ti,ab,kw OR lbw:ti,ab,kw OR elbw:ti,ab,kw OR nicu:ti,ab,kw
#3	#1 OR #2
#4	'head'/de
#5	'cephalometry'/de
#6	'organ size'/de AND head:ti,ab
#7	(head NEAR/2 (growing OR growth OR size OR circumference OR development OR volume OR volumes)):ti,ab
#8	#4 OR #5 OR #6 OR #7
#9	'child development'/de
#10	'cognitive defect'/de
#11	'cognition'/exp
#12	'psychomotor performance'/exp
#13	'intelligence'/de
#14	'intellectual impairment'/de
#15	'mental disease'/exp
#16	'ego development'/de
#17	((neurodevelopmental OR neurologic* OR motor OR neurocognitive OR cognitive OR linguistic OR behavioral OR intellectual OR mental OR personality OR development*) NEXT/1 (sequela\$ OR outcome\$ OR impairment\$ OR condition\$ OR disorder\$ OR disability OR disabilities OR ability OR abilities OR delay\$ OR function\$ OR domain\$ OR deficit\$ OR deficienc* OR retardation\$ OR performance\$ OR incompetenc* OR competenc* OR development)):ti,ab
#18	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
#19	#3 AND #8 AND #18
#20	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#21	#19 NOT #20
#22	#21 AND ([english]/lim OR [german]/lim)

#	Query
#23	#22 AND [2004-2024]/py
#24	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#25	#23 NOT #24
#26	'cohort analysis'/de OR 'family study'/de OR 'observational study'/de OR 'longitudinal study'/de OR 'prospective study'/de OR 'comparative study'/de OR 'clinical study'/de
#27	((epidemiologic* OR cohort OR observational OR comparative OR clinical OR 'follow-up' OR follow\$up) NEXT/1 (study OR studies)):ti,ab
#28	'cohort analy*':ti,ab
#29	longitudinal:ti,ab OR prospective:ti,ab
#30	#26 OR #27 OR #28 OR #29
#31	#25 AND #30

4.2.2 Identifizierte Literatur

Nach dem Volltext-Screening konnten 3 prospektive kontrollierte Kohortenstudien für den QI 52262 identifiziert werden, die die Einschlusskriterien E1 bis E11 (siehe Tabelle 14) erfüllten (Buck und Russo 2021, Ehrenkranz et al. 2006, Selvanathan et al. 2022, Sicard et al. 2017). Bei der Bewertung mit dem ROBINS-E-Tool (siehe Abschnitt 1) zeigten diese Studien aber insgesamt ein hohes Verzerrungspotenzial und erfüllten damit nicht das Einschlusskriterium E12.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken nach prospektiven Kohortenstudien bietet das Flussdiagramm (Abbildung 4).

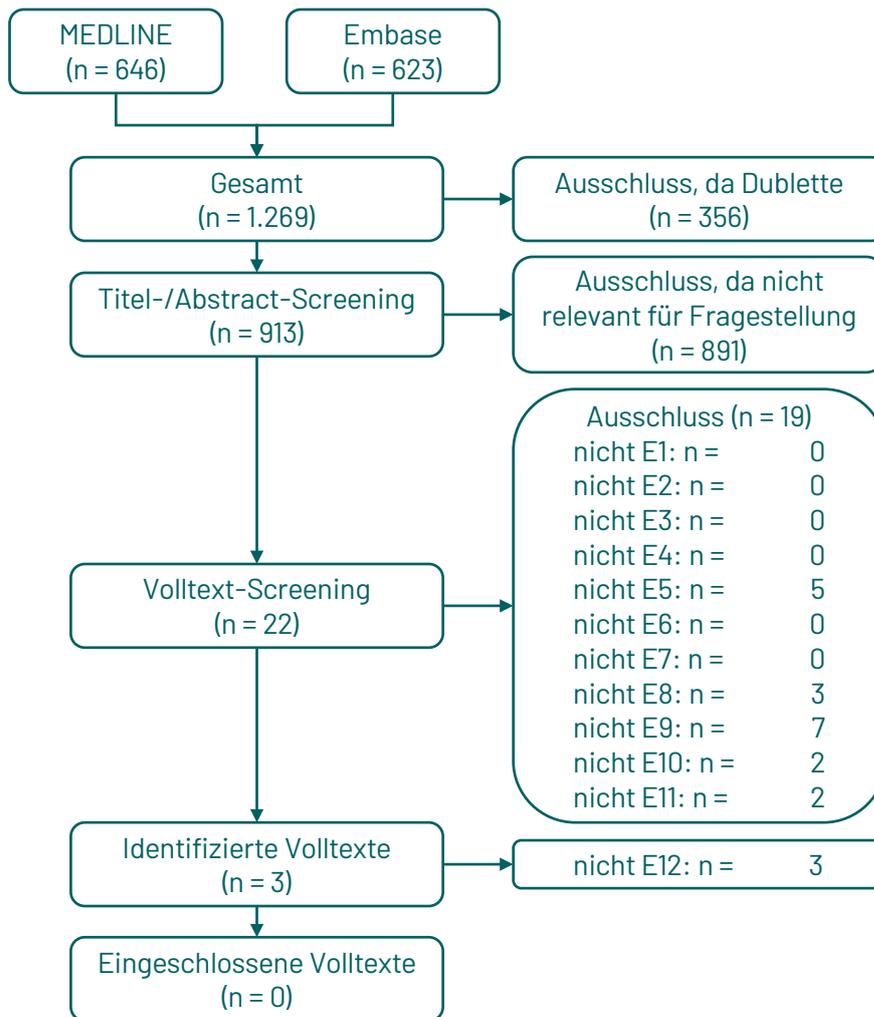


Abbildung 4: Flussdiagramm der Recherche nach prospektiven Kohortenstudien für den QI 52262; PM-NEO

4.3 Eingeschlossene Hinweise

Für den QI 52262 konnten somit keine Hinweise (in Form von systematischen Reviews von prospektiven kontrollierten Kohortenstudien oder einzelnen prospektiven kontrollierten Kohortenstudien mit einem geringen Verzerrungspotenzial) identifiziert und eingeschlossen werden.

4.4 Ausgeschlossene Publikationen

Nicht E5

1. Bocca-Tjeertes, I; Bos, A; Kerstjens, J; de Winter, A; Reijneveld, S (2014): Symmetrical and Asymmetrical Growth Restriction in Preterm-Born Children. *Pediatrics* 133(3): e650–e656. DOI: 10.1542/peds.2013-1739.
2. Franz, AR; Pohlandt, F; Bode, H; Mihatsch, WA; Sander, S; Kron, M; et al. (2009): Intrauterine, Early Neonatal, and Postdischarge Growth and Neurodevelopmental Outcome at 5.4 Years in

Extremely Preterm Infants After Intensive Neonatal Nutritional Support. *Pediatrics* 123(1): e101-e109. DOI: 10.1542/peds.2008-1352.

3. Nash, A; Dunn, M; Asztalos, E; Corey, M; Mulvihill-Jory, B; O'Connor, DL (2011): Pattern of growth of very low birth weight preterm infants, assessed using the WHO Growth Standards, is associated with neurodevelopment. *Applied Physiology, Nutrition, & Metabolism* 36(4): 562-569. DOI: 10.1139/h11-059.
4. Neubauer, V; Fuchs, T; Griesmaier, E; Kager, K; Pupp-Peglow, U; Kiechl-Kohlendorfer, U (2016): Poor postdischarge head growth is related to a 10% lower intelligence quotient in very preterm infants at the chronological age of five years. *Acta Paediatrica* 105(5): 501-517. DOI: 10.1111/apa.13336.
5. Nyakotey, DA; Clarke, AM; Cormack, BE; Bloomfield, FH; Harding, JE (2024): Postnatal growth and neurodevelopment at 2 years' corrected age in extremely low birthweight infants. *Pediatric Research*. DOI: 10.1038/s41390-024-03054-1.

Nicht E8

1. Bushman, ET; Blanchard, C; Sinkey, RG; Harris, S; Casey, B; Tita, AT; et al. (2021): Head Circumference within the Normal Range and Neurodevelopmental Outcomes in Preterm Infants. *American Journal of Perinatology* 38(14): 1459-1464. DOI: 10.1055/s-0041-1732460.
2. Neubauer, V; Griesmaier, E; Pehböck-Walser, N; Pupp-Peglow, U; Kiechl-Kohlendorfer, U (2013): Poor postnatal head growth in very preterm infants is associated with impaired neurodevelopment outcome. *Acta Paediatrica* 102(9): 883-888. DOI: 10.1111/apa.12319.
3. Scharf, RJ; Stroustrup, A; Conaway, MR; DeBoer, MD (2016): Growth and development in children born very low birthweight. *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal* 101(5): F433-438. DOI: 10.1136/archdischild-2015-309427.

Nicht E9

1. Badr, LK; Bookheimer, S; Purdy, I; Deeb, M (2009): Predictors of neurodevelopmental outcome for preterm infants with brain injury: MRI, medical and environmental factors. *Early Human Development* 85(5): 279-284. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2008.11.005.
2. Belfort, MB; Rifas-Shiman, SL; Sullivan, T; Collins, CT; McPhee, AJ; Ryan, P; et al. (2011): Infant Growth Before and After Term: Effects on Neurodevelopment in Preterm Infants. *Pediatrics* 128(4): e899-e906. DOI: 10.1542/peds.2011-0282.
3. García Ventura, M; de Arriba Muñoz, A; Puga González, B; Abenia Usón, P; Sánchez Malo, MJ; Labarta Aizpún, JI (2022): Perinatal factors influence on the neurocognitive development of children born small for gestational age (SGA) during the first 2 years of life. *Endocrinología Diabetes Y Nutrición* 69(4): 271-278. DOI: 10.1016/j.endien.2022.03.006.
4. Guellec, I; Marret, S; Baud, O; Cambonie, G; Lapillonne, A; Roze, JC; et al. (2015): Intrauterine Growth Restriction, Head Size at Birth, and Outcome in Very Preterm Infants. *The Journal of Pediatrics* 167(5): 975-81.e2. DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.08.025

5. Guellec, I; Brunet, A; Lapillonne, A; Taine, M; Torchin, H; Favrais, G; et al. (2024): Birth weight and head circumference discordance and outcome in preterms: Results from the EPIPAGE-2 cohort. *Archives of Disease in Childhood*. DOI: 10.1136/archdischild-2023-326336.
6. Leppänen, M; Lapinleimu, H; Lind, A; Matomäki, J; Lehtonen, L; Haataja, L; et al. (2014): Antenatal and Postnatal Growth and 5-Year Cognitive Outcome in Very Preterm Infants. *Pediatrics* 133(1): 63-70. DOI: 10.1542/peds.2013-1187.
7. Lidzba, K; Rodemann, S; Goelz, R; Krägeloh-Mann, I; Bevot, A (2016): Growth in very preterm children: Head growth after discharge is the best independent predictor for cognitive outcome. *Early Human Development* 103: 183-188. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2016.09.016.

Nicht E10

1. Neubauer, A-P; Voss, W; Kattner, E (2008): Outcome of extremely low birth weight survivors at school age: the influence of perinatal parameters on neurodevelopment. *European Journal of Pediatrics* 167: 87-95. DOI: 10.1007/s00431-007-0435-x.
2. Voss, W; Neubauer, A-P (2010): Entwicklung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1 000 g - Langzeitentwicklung bis zum Schulalter. Welche Risikofaktoren sind bei der Entlassung definierbar? *Gynakologische Praxis* 34(2): 319-328.

Nicht E11

1. Samallahti, S; Heinonen, K; Andersson, S; Lahti, M; Pirkola, S; Lahti, J; et al. (2017): Growth after late-preterm birth and adult cognitive, academic, and mental health outcomes. *Pediatric Research* 81(5): 767-774. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038/pr.2016.276>.
2. van Dommelen, P; van der Pal, SM; Bennebroek Gravenhorst, J; Walther, FJ; Wit, JM; van der Pal de Bruin, KM (2014): The Effect of Early Catch-Up Growth on Health and Well-Being in Young Adults. *Annals of Nutrition & Metabolism* 65(2-3): 220-226. DOI: 10.1159/000364884.

Nicht E12

1. Ehrenkranz, RA; Dusick, AM; Vohr, BR; Wright, LL; Wrage, LA; Poole, WK (2006): Growth in the Neonatal Intensive Care Unit Influences Neurodevelopmental and Growth Outcomes of Extremely Low Birth Weight Infants. *Pediatrics* 117(4): 1253-1261. DOI: 10.1542/peds.2005-1368.
2. Selvanathan, T; Guo, T; Kwan, E; Chau, V; Brant, R; Synnes, AR; et al. (2022): Head circumference, total cerebral volume and neurodevelopment in preterm neonates. *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal* 107(2): 181-187. DOI: 10.1136/archdischild-2020-321397.
3. Sicard, M; Nusinovici, S; Hanf, M; Muller, JB; Guellec, I; Ancel, P-Y; et al. (2017): Fetal and Postnatal Head Circumference Growth: Synergetic Factors for Neurodevelopmental Outcome at 2 Years of Age for Preterm Infants. *Neonatology* 112(2): 122-129. DOI: 10.1159/000464272.

Literatur

Abou-Dakn, M; Louwen, F; Wagner, U; Dötsch, J; Lawrenz, B; Ehm, D; et al. (2020a): AWMF-Registernummer 015-084. S3-Leitlinie: Sectio caesarea [Langfassung]. Version 1.0. Stand: Juni 2020. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf (abgerufen am: 16.01.2025).

Abou-Dakn, M; Louwen, F; Wagner, U; Dötsch, J; Lawrenz, B; Ehm, D; et al. (2020b): AWMF-Registernummer 015-084. S3-Leitlinie: Sectio caesarea. Leitlinienreport. Version 1.0. Stand: Juni 2020. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084m_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).

AGREE Next Steps Consortium (2017): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Update: December 2017. AGREE Research Trust. URL: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf> (abgerufen am: 06.01.2025).

Buck, S; Russo, SG (2021): Perioperative Ketoazidose unter SGLT2-Hemmer. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 56(10): 704-708. DOI: 10.1055/a-1493-0280.

Daskalakis, G; Pergialiotis, V; Domellöf, M; Ehrhardt, H; Di Renzo, GC; Koç, E; et al. (2023): European guidelines on perinatal care: corticosteroids for women at risk of preterm birth. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 36(1): 2160628. DOI: 10.1080/14767058.2022.2160628.

Ehrenkranz, RA; Dusick, AM; Vohr, BR; Wright, LL; Wrage, LA; Poole, WK (2006): Growth in the Neonatal Intensive Care Unit Influences Neurodevelopmental and Growth Outcomes of Extremely Low Birth Weight Infants. *Pediatrics* 117(4): 1253-1261. DOI: 10.1542/peds.2005-1368.

Higgins, JPT; Morgan, RL; Rooney, AA; Taylor, KW; Thayer, KA; Silva, RA; et al. (2024): A tool to assess risk of bias in non-randomized follow-up studies of exposure effects (ROBINS-E). *Environment International* 186: 108602. DOI: 10.1016/j.envint.2024.108602.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 06.01.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Ausfüllhinweise. Neonatologie (NEO). QS-Spezifikation 2023 V06. Stand: 21.03.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/erfassung/2023/v06/neo/Ausfuellhinweise_NEO.html (abgerufen am: 18.02.2025).

- Liauw, J; Foggin, H; Socha, P; Crane, J; Joseph, KS; Burrows, J; et al. (2023): Technical Update No. 439: Antenatal Corticosteroids at Late Preterm Gestation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 45(6): 445–457.e2. DOI: 10.1016/j.jogc.2022.12.006.
- NCC-WCH [National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health] (2022): NICE Guideline NG25. Preterm labour and birth. Full guideline. *Methods, evidence and recommendations*. Version 2.0. Published: November 2015, last updated: June 2022. [London, GB]: NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/evidence/full-guideline-november-2015-pdf-2176838029> (abgerufen am: 19.02.2025).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2012): The guidelines manual. Process. Published: 30.11.2012. London, GB: NICE. [unveröffentlicht; auf Anfrage von Corporate Communications Coordinator NICE zugesandt].
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG192. Caesarean birth. Methods. Development of guideline and methods [*Guidance*]. Published: March 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4052-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/evidence/methods-pdf-9071980525> (abgerufen am: 19.02.2025).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2022a): Developing NICE guidelines: the manual. Process and methods. Published: 31.10.2014, last updated: 18.01.2022. [London, GB]: NICE. [unveröffentlicht; auf Anfrage von Corporate Communications Coordinator NICE zugesandt].
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2022b): NICE Guideline NG25. Preterm labour and birth [*Guidance*]. Published: November 2015, last updated: June 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-1529-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/resources/preterm-labour-and-birth-pdf-1837333576645> (abgerufen am: 18.02.2025).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2023): NICE Guideline NG192. Caesarean birth [*Guidance*]. Published: March 2021, last updated: September 2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-5377-6. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805> (abgerufen am: 18.02.2025).
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2021): OECD Secretary-General's Report to Ministers 2021. Paris, FR: OECD. DOI: 10.1787/8cd95b77-en.
- QCG [Queensland Clinical Guidelines] (2020): Perinatal care at of the extremely preterm baby. Publication date: September 2020, © 2020. (Guideline No. MN20.32-V2-R25). Brisbane, AU: Queensland Health. URL: https://www.health.qld.gov.au/___data/assets/pdf_file/0023/142259/q-viability.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).

- QCG [Queensland Clinical Guidelines] (2021): Antenatal corticosteroids (ACS) [Shortguide]. Effective: August 2021, © 2021. (Doc No: MN21.64-V1-R26). Brisbane, AU: Queensland Health. URL: https://www.health.qld.gov.au/___data/assets/pdf_file/0016/1103164/g-antenatal-corticosteroids.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).
- QCG [Queensland Clinical Guidelines] (2022): Preterm labour and birth. Publication date: June 2020, amendment date: December 2022, © 2022. (Guideline No. MN20.6-V10-R25). Brisbane, AU: Queensland Health. URL: https://www.health.qld.gov.au/___data/assets/pdf_file/0019/140149/g-ptl.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).
- RCOG [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists] (2020): Developing a Green-top Guideline. Guidance for developers. London, GB: RCOG. URL: <https://www.rcog.org.uk/media/pxqn50uk/rcog-guideline-development-guide.pdf> (abgerufen am: 19.02.2025).
- SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2019): Perinatal Care at the Threshold of Viability. V2.0. [Stand:] 20.12.2019. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-76083-166-0. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/8ddf798042ac004d9f11bfad100c470d/Perinatal+Care+at+the+Threshold+of+Viability_PPG_v2_0.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).
- SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2021): Preterm Labour & Birth. Prevention, Diagnosis & Management. V7.1. [Stand:] 01.02.2021. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-76083-340-4. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/a75eba804eed9843b021b36a7ac0d6e4/Preterm+Labour+and+Birth.+Prevention%2C+Diagnosis+%26+Management_PPG_v7_1.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).
- SAPPG [South Australian Perinatal Practice Guidelines] (2022): Antibiotics in the Peripartum Period. V9.0. [Stand:] 29.06.2022. [Adelaide, AU]: SA Health [Government of South Australia, Department for Health and Wellbeing]. ISBN: 978-1-76083-487-6. URL: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/84d20f804ee559c1a8baadd150ce4f37/Antibiotics+in+the+Peripartum+Period+PPG_V_9.0.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).
- Selvanathan, T; Guo, T; Kwan, E; Chau, V; Brant, R; Synnes, AR; et al. (2022): Head circumference, total cerebral volume and neurodevelopment in preterm neonates. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition* 107(2): 181-187. DOI: 10.1136/archdischild-2020-321397.
- Shea, BJ; Reeves, BC; Wells, G; Thuku, M; Hamel, C; Moran, J; et al. (2017): AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 358: j4008. DOI: 10.1136/bmj.j4008.

Sicard, M; Nusinovici, S; Hanf, M; Muller, JB; Guellec, I; Ancel, P-Y; et al. (2017): Fetal and Postnatal Head Circumference Growth: Synergetic Factors for Neurodevelopmental Outcome at 2 Years of Age for Preterm Infants. *Neonatology* 112(2): 122-129. DOI: 10.1159/000464272.

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([2017]-a): [Search filters:] Observational Studies [Edinburgh, GB]: SIGN. URL: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/search-filters/> [Resources > Observational studies (Word) > Download] (abgerufen am: 06.01.2025).

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([2017]-b): [Search filters:] Randomised controlled trials. [Edinburgh, GB]: SIGN. URL: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/search-filters/> [Resources > Randomised controlled trials (Word)] (abgerufen am: 06.01.2025).

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([2017]-c): [Search filters:] Systematic Reviews. [Edinburgh, GB]: SIGN. URL: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/search-filters/> [Resources > Systematic reviews (Word) > Download] (abgerufen am: 06.01.2025).

Sterne, JAC; Hernán, MA; Reeves, BC; Savović, J; Berkman, ND; Viswanathan, M; et al. (2016): ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ* 355: i4919. DOI: 10.1136/bmj.i4919.

Sterne, JAC; Savović, J; Page, MJ; Elbers, RG; Blencowe, NS; Boutron, I; et al. (2019): RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 366: l4898. DOI: 10.1136/bmj.l4898.

Stock, SJ; Thomson, AJ; Papworth, S (2022): Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality. Green-top Guideline No. 74. *BJOG* 129(8): e35-e60. DOI: 10.1111/1471-0528.17027.

WHO [World Health Organization] (2022): WHO recommendations on Antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes. [Stand: 15.11.2022]. Geneva, CH: WHO. ISBN: 978-92-4-005729-6. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363131/9789240057296-eng.pdf> (abgerufen am: 18.02.2025).

Recherchebericht zum QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

1 Methodik

Das Ziel der Literaturrecherche ist die systematische Überprüfung der Evidenzgrundlage der mittelbaren Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)*. Für diese werden dabei systematische Literaturrecherchen und -bewertungen nach bzw. von Publikationen benötigt, die die gewählten Altersgruppen validieren (IQTIG 2022: 123).

Folgende Indikatoren bzw. Kennzahlen des QS-Verfahrens *Gynäkologische Operationen* wurden bei der Recherche berücksichtigt:

- Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie (QI 60685)
- Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie (QI 60686)
- Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre (QI 612)

Eine detaillierte Beschreibung der abgestuften methodischen Vorgehensweise zur Identifikation von hochwertiger Evidenz befindet sich im Methodenkapitel des Rechercheberichtes zum QS-Verfahren *PM* (siehe Kapitel 1).

2 Recherche nach evidenz- und konsensbasierten Leitlinien

Die Recherche wurde gemeinsam für alle Indikatoren durchgeführt. Das bedeutet, dass Leitlinien berücksichtigt wurden, wenn sie mindestens eine starke Empfehlung für wenigstens einen der zu prüfenden Indikatoren aufwiesen.

2.1 Recherche

In Tabelle 17 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Leitlinien zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 17: Einschlusskriterien für Leitlinien; QS GYN-OP

	Einschluss
E1	Die Publikation ist eine Leitlinie und als Vollpublikation verfügbar.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Leitlinie ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Leitlinie ist aktuell und gültig (Publikationsdatum bzw. letzte Überprüfung ab 1. Januar 2019).
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Leitlinie ist aus Deutschland oder aus folgenden ausgewählten Ländern der OECD*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Kanada, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden, Schweiz, USA, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland.
E6	Die Leitlinie adressiert die Versorgung von Patientinnen bei denen eine gynäkologische Operation durchgeführt wird.
E7	Die Leitlinie enthält eindeutig identifizierbare starke Empfehlungen bzgl. <i>gynäkologischen Operationen</i> zur <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie (QI 60685) ▪ Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie (QI 60686) ▪ Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre (QI 612).
E8	Die Leitlinie ist evidenz- und konsensbasiert.
E9	Die Leitlinie ist qualitativ hochwertig**.

* Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Leitlinien eingeschlossen werden sollen, wurden ausgewählte Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) herangezogen (OECD 2021: 23). Nur Leitlinien aus diesen Industrienationen, die wie Deutschland zu den Mitgliedstaaten der OECD gehören, wurden berücksichtigt.

** Leitlinien, die bei den Domänen 3 und 6 des AGREE-II-Instruments einen Domänenwert von $\geq 50\%$ aufwiesen (siehe Kapitel 1 des Rechercheberichtes zum QS-Verfahren PM).

Die Recherche wurde national und international bei den folgenden Leitliniendatenbanken bzw. fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern durchgeführt:

Deutschland

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
- Stiftung ZQP: <https://pflegeleitlinien.zqp.de/recherche.php>

International

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC): <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/index.html>
- GuidelineCentral: <https://www.guidelinecentral.com/guidelines/>
- Guidelines International Network (G-I-N): <https://guidelines.ebmportal.com>
- Infectious Disease Society of America (IDSA): <https://www.idsociety.org/practice-guideline/alphabetical-guidelines/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/guidance/published>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG): <http://ranzcog.edu.au/resources/statements-and-guidelines-directory/>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/>
- Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction (SUFU): <https://sufu.org.com/resources/guidelines.aspx>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/>
- The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA): <https://shea-online.org/guidance/>
- Trip Database (PRO-Zugang): <https://www.tripdatabase.com/>

Die einzelnen Suchstrategien wurden dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, erfolgte die Identifizierung von Leitlinien über die Navigation, die Sitemap oder durch eine Suche nach „Leitlinie“ bzw. „guideline“ über die Suchfunktion der Website – somit wurde bei diesen die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien durchgesehen.

Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

- AWMF: alle aktuellen S2e- und S3-Leitlinien
- Stiftung ZQP: Kategorie: Gynäkologische Pflege
- GuidelineCentral: Speciality: Obstetrics & Gynecology, Publication Date: within 5 years, Full text

- G-I-N: Countries of Application: Australia, Belgium, Canada, Denmark, EU, Finland, France, International, Netherlands, New Zealand, Spain, United Kingdom, United States; Guideline Publication Status: published, living guidelines; Languages: English; Publication Year: 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024
- NICE: Type: Guidance und Guidance programme: NICE guidelines & Interventional procedures
- RANZCOG: Category: Gynaecology
- RCOG: Green-top Guidelines, other guidelines & reports
- Trip Database: (((cath*) AND ((urin* OR ureth* OR urologic* OR urogyn*))) OR ((adnex* OR ovar* OR endomet*))); Filter links: 2019-2024 und Guidelines

Die Recherche erfolgte am 26.01.2024.

2.2 Identifizierte Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening konnte keine Leitlinie identifiziert werden, die für wenigstens einen Indikator des QS-Verfahrens *GYN-OP* mindestens eine starke Empfehlung aussprach.

2.3 Leitlinienbewertung

Da keine Leitlinie identifiziert werden konnte, die eine passende Empfehlung zu den recherchierten Indikatoren beinhaltet, wurde keine AGREE-II-Bewertung durchgeführt.

2.4 Eingeschlossene Leitlinien

Es konnte keine Leitlinie eingeschlossen werden.

Eine Übersicht über die Rechschritte bietet das Flussdiagramm (Abbildung 5).

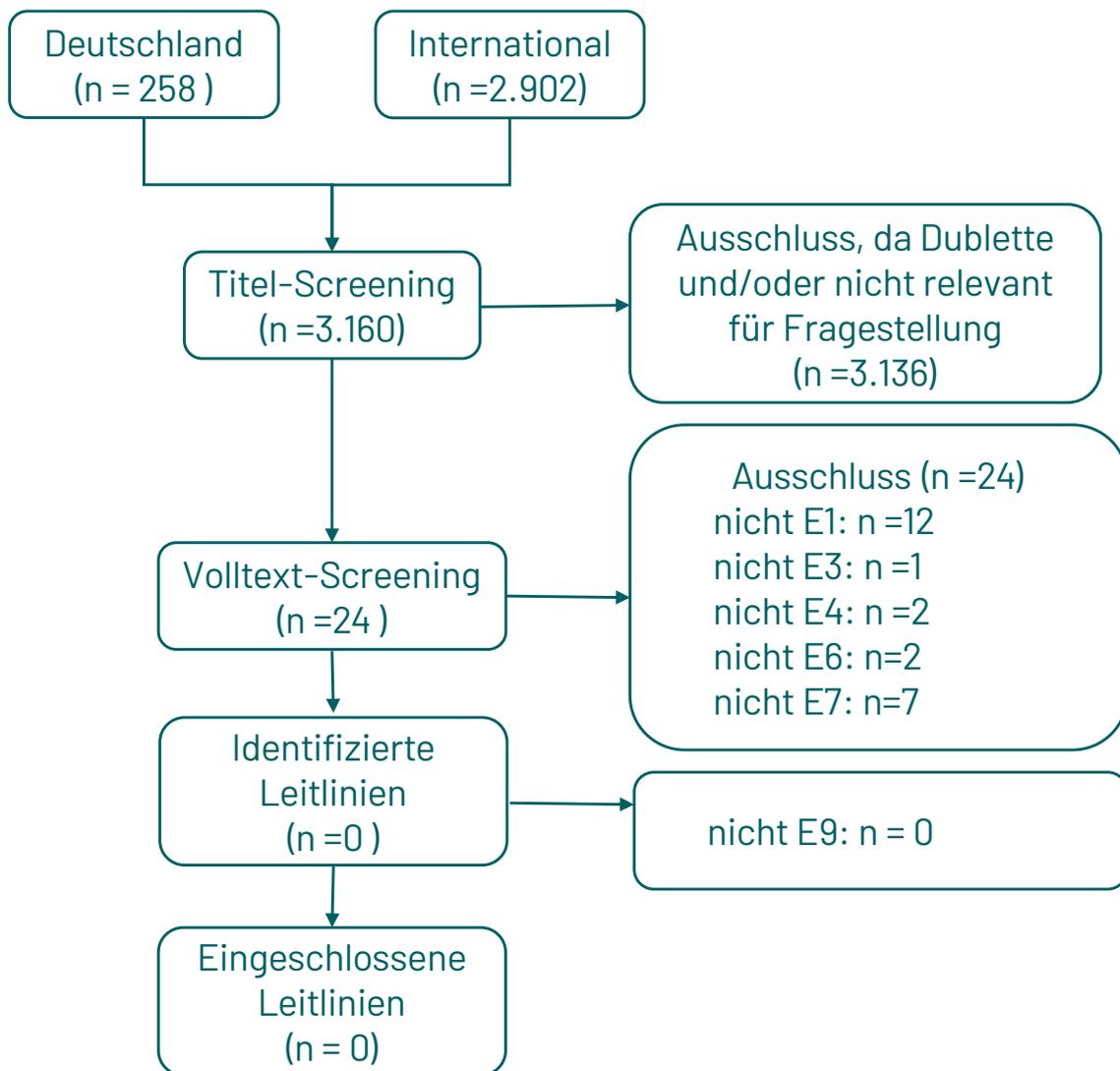


Abbildung 5: Flussdiagramm der Recherche nach hochwertigen Leitlinien; QS GYN-OP

Datenextraktion

Es konnte keine passende Leitlinie zu den o.g. Indikatoren identifiziert werden. Daher wurden keine Daten extrahiert.

2.5 Ausgeschlossene Publikationen

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Gründe vgl. Tabelle 3):

Nicht E1

1. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Gynecologic Practice (2019): ACOG Committee Opinion No. 774. Opportunistic Salpingectomy as a Strategy for Epithelial Ovarian Cancer Prevention. *Obstetrics & Gynecology* 133(4): e279-e284. URL:

- <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2019/04/opportunistic-salpingectomy-as-a-strategy-for-epithelial-ovarian-cancer-prevention.pdf> (abgerufen am: 07.02.2024).
2. ACR [American College of Radiology] (2022): ACR Appropriateness Criteria®. Fibroids. [Reston, US-VA]: ACR. URL: <https://acsearch.acr.org/docs/3188532/Narrative/> (abgerufen am: 07.02.2024).
 3. ACR [American College of Radiology] (2023): ACR Appropriateness Criteria®. Clinically Suspected Adnexal Mass, No Acute Symptoms. Revised: 2023. [Reston, US-VA]: ACR. URL: <https://acsearch.acr.org/docs/69466/Narrative/> (abgerufen am: 07.02.2024).
 4. M., M (2023): Ovarian Cysts. [Published: 2020]; last updated: March 2023. Newark, US-NJ: Medscape. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/255865-overview> (abgerufen am: 06.02.2024).
 5. Nathan, C (2023): Ovarian Cyst Rupture. [Published: 2020]; last updated: March 2023. Newark, US-NJ: Medscape. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/253620-overview> (abgerufen am: 06.02.2024).
 6. NICE [National Institute for Health and Care Excellence], CKS [Clinical Knowledge Summaries] ([2020]): Endometriosis. London, GB [u. a.]: NICE.
 7. NICE [National Institute for Health and Care Excellence], CKS [Clinical Knowledge Summaries] ([2023]): Polycystic ovary syndrome. London, GB [u. a.]: NICE.
 8. RCPA [Royal College of Pathologists of Australasia] (2024): Ovarian Ab. Last reviewed: January 2024. Surry Hills, AU: RCPA. URL: <https://www.rcpa.edu.au/Manuals/RCPA-Manual/Pathology-Tests/O/Ovarian-Ab> (abgerufen am: 06.02.2024).
 9. RCPA [Royal College of Pathologists of Australasia] (2024): Ovarian biopsy. Last reviewed: January 2024. Surry Hills, AU: RCPA. URL: <https://www.rcpa.edu.au/Manuals/RCPA-Manual/Pathology-Tests/O/Ovarian-biopsy> (abgerufen am: 06.02.2024).
 10. Rivlin, ME (2019): Endometritis. Last updated: April 2019. Newark, US-NJ: Medscape. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/254169-overview> (abgerufen am: 06.02.2024).
 11. Scott Lucidi, R (2023): Polycystic Ovarian Syndrome. [Published: 2020]; last updated: November 2023. Newark, US-NJ: Medscape. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/256806-overview> (abgerufen am: 06.02.2024).
 12. Teng, N (2022): Adnexal Tumors. Published: 2020; last updated: April 2022. Newark, US-NJ: Medscape. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/258044-overview> (abgerufen am: 06.02.2024).

Nicht E3

1. RCOG [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists] (2016): Providing Quality Care for Women. Standards for Gynaecology Care. London, GB: RCOG. URL: <https://www.rcog.org.uk/media/mgnejcft/gynaestandards.pdf> (abgerufen am: 06.02.2024).

Nicht E4

1. Teede, HJ; Tay, CT; Laven, JJE; Dokras, A; Moran, LJ; Piltonen, TT; et al. (2023): Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *European Journal of Endocrinology* 189(2): G43-G64. DOI: 10.1093/ejendo/lvad096.
2. Teede, HJ; Tay, CT; Laven, J; Dokras, A; Moran, LJ; Piltonen, TT; et al. (2023): Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *Fertility and Sterility* 120(4): 767-793. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2023.07.025.

Nicht E6

1. NAMS [North American Menopause Society], Board of Trustees (2020): The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 27(9): 976-992. DOI: 10.1097/GME.0000000000001609.
2. New Zealand Government, Ministry of Health (2020): Diagnosis and Management of Endometriosis in New Zealand. Published: March 2020. Wellington, NZ: New Zealand Government. ISBN: 978-1-98-859772-0. URL: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/diagnosis-and-management-of-endometriosis-in-new-zealand-mar2020-apr21-update.pdf> (abgerufen am: 06.02.2024).

Nicht E7

1. ESHRE [European Society of Human Reproduction and Embryology], Endometriosis Guideline Development Group (2022): Endometriosis. [Strombeek-Bever, BE]: ESHRE. URL: https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDE-LINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf (abgerufen am: 07.02.2024).
2. Keckstein, J; Becker, CM; Canis, M; Feki, A; Grimbizis, GF; Hummelshoj, L; et al. (2019): Recommendations for the surgical treatment of endometriosis Part 2: deep endometriosis. *Facts Views & Vision in ObGyn* 11(4): 269-297. URL: <https://fvvo.eu/assets/807/FVVinObGyn-11-269.pdf>.
3. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2023): NICE Interventional Procedures Guidance IPG774. Vaginal transluminal endoscopic hysterectomy and adnexal surgery for benign gynaecological conditions [Guidance]. Published: October 2023, ©2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-5436-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg774/resources/vaginal-transluminal-endoscopic-hysterectomy-and-adnexal-surgery-for-benign-gynaecological-conditions-pdf-1899876461756101> (abgerufen am: 05.02.2024).
4. Ouazana, M; Kerbage, Y; Chauvet, P; Collinet, P; Bouet, PE; Touboul, C; et al. (2021): Prophylactic procedures associated with gynecological surgery for the management of superficial en-

- dometriosis and adhesions. Clinical practice guidelines from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 50(10): 102206. DOI: 10.1016/j.jogoh.2021.102206.
5. RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2021): Australian clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis. [First endorsed and current: June 2021]. Melbourne, AU: RANZCOG. ISBN: 978-0-6450141-0-5. URL: <https://ranzcoг.edu.au/wp-content/uploads/2022/02/Endometriosis-clinical-practice-guideline.pdf> (abgerufen am: 05.02.2024).
 6. RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists], ESAC [Endoscopic Surgery Advisory Committee] (2023): C-Gyn 25: Managing the adnexa at the time of hysterectomy for benign gynaecological disease. Version 4.0. First developed: July 2009; last updated: February 2023. Melbourne, AU: RANZCOG. URL: <https://ranzcoг.edu.au/wp-content/uploads/2023/03/Managing-the-adnexa-at-the-time-of-hysterectomy-for-benign-gynaecological-disease.pdf> (abgerufen am: 05.02.2024).
 7. Teede, H; Tay, CT; Laven, J; Dokras, A; Moran, L; Piltonen, T; et al. (2023): International Evidence-based Guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023. Original version: 2011, last updated, expanded: February 2023. Melbourne, AU: Monash University. DOI: 10.26180/24003834.v1.

3 Recherche nach weiterer hochwertiger Evidenz

3.1 Recherche nach systematischen Reviews von RCTs

Für die QI 60685, 60686 und 612 erfolgte eine systematische Recherche nach weiterer hochwertiger Evidenz, da für die Qualitätsindikatoren keine starke Empfehlung in hochwertigen Leitlinien identifiziert werden konnte. Daher wurde in den nächsten Schritten zunächst nach systematischen Reviews von RCTs und anschließend nach einzelnen RCTs mit niedrigem Verzerrungspotenzial systematisch recherchiert.

Recherche zum QI 60685 und 60686

Vor der Konkretisierung der Fragestellung erfolgte in Anlehnung an GRADE (Guyatt et al. 2008) eine Priorisierung von möglichen, zu betrachtenden Outcomes, welche nach der Durchführung einer beidseitigen Ovariectomie bei der benannten Zielgruppe für einen bestimmten Beobachtungszeitraum betrachtet werden sollen. Im Rahmen einer orientierenden Recherche wurde eine Liste mit möglichen zu betrachtenden Outcomes erstellt. Das Ranking der Outcomes und die zu betrachtenden Zeiträume erfolgte im April 2024 durch das Expertengremium auf Bundesebene per Email.

Folglich wurden die neun ersten Outcomes für die Fragestellung betrachtet (vgl. E10 in Tabelle 18).

Es ergab sich folgende Fragestellung:

Welche Auswirkungen haben eine beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und bei Patientinnen von 46 bis 55 Jahre im Rahmen einer Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund bzw. benigner Histologie hinsichtlich der Diagnose von Ovarialkrebs, Brustkrebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Mortalität aufgrund von Ovarialkrebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der allgemeinen Mortalität, dem Zeitpunkt der Symptome der Menopause und der Lebensqualität innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff sowie chirurgischen/operativen Komplikationen innerhalb von 3 Monaten nach dem Eingriff?

In Tabelle 18 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening zugrunde lagen, kombiniert für systematische Reviews von RCTs (siehe Abschnitt 3.1) und einzelne RCTs (siehe Abschnitt 3.2), aufgeführt.

Tabelle 18: Einschlusskriterien für hochwertige Evidenz für die QIs 60685 und 60686; QS GYN-OP

	Einschluss
E1	Die Publikation ist als Vollpublikation erhältlich.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Publikation ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Publikation wurde ab dem 01. April 2014 publiziert.
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.

	Einschluss
E5	Die Publikation ist entweder ein systematischer Review von RCTs, bei dem die Recherche in mindestens zwei bibliographischen Datenbanken durchgeführt wurde und anschließend eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte oder die Publikation ist eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT).
E6	Die Studienpopulation ist aus Deutschland oder aus folgenden ausgewählten Ländern der OECD*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Kanada, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden, Schweiz, USA, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland.
E7	Population Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen bis 45 Jahre (QI 60685) und von 46 bis 55 Jahre (QI 60686) bei denen eine Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie durchgeführt wird, die nicht mit einer prophylaktischen Operation an den Ovarien wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen einhergeht.
E8	Intervention Beidseitige Ovariectomie
E9	Comparison Erhalt beider gesunder Ovarien
E10	Die Publikation liefert Ergebnisse zu den Outcomes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnose von Ovarialkrebs innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Chirurgische/Operative Komplikationen innerhalb von 3 Monaten nach Eingriff ▪ Mortalität aufgrund von Ovarialkrebs innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ (Veränderungen der) Lebensqualität innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Diagnose von Herz-Kreislauf-Erkrankungen innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Zeitpunkt der Symptome der Menopause innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Allgemeine Mortalität innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Diagnose von Brustkrebs innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff
E11	Die Publikationen haben ein niedriges Verzerrungspotenzial**.

* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurden ausgewählte Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) herangezogen (OECD 2021: 23). Nur Studienpopulationen aus diesen Industrienationen, die wie Deutschland zu den Mitgliedstaaten der OECD gehören, wurden berücksichtigt.

** Bewertungen und Einschätzungen erfolgten mit dem AMSTAR 2-Tool (für systematische Reviews) oder dem RoB 2-Tool (für RCTs, siehe Abschnitt 1 des Rechercheberichtes zum QS-Verfahren PM).

Recherche zum QI 612

Fragestellung: Welche Auswirkungen haben Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre mit Organerhaltung hinsichtlich des Zeitpunkts der Menopause, der Fertilität und des Hormonhaushalts der Frau im Gegensatz zu einer Operation ohne Organerhaltung?

In Tabelle 19 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening zugrunde lagen, kombiniert für systematische Reviews von RCTs (siehe Abschnitt 3.1) und einzelne RCTs (siehe Abschnitt 3.2), aufgeführt.

Tabelle 19: Einschlusskriterien für hochwertige Evidenz für den QI 612; QS GYN-OP

	Einschluss
E1	Die Publikation ist als Vollpublikation erhältlich.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Publikation ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Publikation wurde ab dem 01. April 2014 publiziert.
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Publikation ist entweder ein systematischer Review von RCTs, bei dem die Recherche in mindestens zwei bibliographischen Datenbanken durchgeführt wurde und anschließend eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte oder die Publikation ist eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT).
E6	Die Studienpopulation ist aus Deutschland oder aus folgenden ausgewählten Ländern der OECD*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Kanada, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden, Schweiz, USA, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland.
E7	Population Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen bis 45 Jahre bei denen eine Operation am Ovar, mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie, durchgeführt wird.
E8	Intervention Operationen am Ovar mit Organerhaltung.
E9	Comparison Operationen am Ovar ohne Organerhaltung.
E10	Die Publikation liefert Ergebnisse zu den Outcomes: Zeitpunkt der Menopause, Fertilität, Endokrine Folgen/Hormonhaushalt
E11	Die Publikationen haben ein niedriges Verzerrungspotenzial**.

* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurden ausgewählte Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) herangezogen (OECD 2021: 23). Nur Studienpopulationen aus diesen Industrienationen, die wie Deutschland zu den Mitgliedstaaten der OECD gehören, wurden berücksichtigt.

** Bewertungen und Einschätzungen erfolgten mit dem AMSTAR 2-Tool (für systematische Reviews) oder dem RoB 2-Tool (für RCTs, siehe Abschnitt 1 des Rechercheberichtes zum QS-Verfahren PM).

3.1.1 Recherche

Zuerst wurde eine Literaturrecherche nach systematischen Reviews für die drei QIs 60685/60686 und 612 in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- MEDLINE via Ovid

- Embase via Elsevier
- Cochrane via Wiley

Ausgehend von der Fragestellung wurden die geeigneten Suchbegriffe abgeleitet. Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus vier Blöcken: ein Rechercheblock für die Population, ein Rechercheblock für die Intervention/Comparison, ein Rechercheblock für die Outcomes sowie einen auf systematische Reviews einschränken- den Rechercheblock. Der verwendete Filter für systematische Reviews stammte vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN [2017]-c). Dieser wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbank Embase adaptiert.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 01.04.2014
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 8, Tabelle 9, Tabelle 10).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 10.04.2024.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 20: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid für die QIs 60685 und 60686 und 612; QS GYN-OP, systematische Reviews von RCTs

#	Searches
1	exp Adnexal Diseases/ or exp adnexa uteri/ or (ovar* or adnex*).ti,ab.
2	exp Surgical Procedures, Operative/ or (operat* or surger*).ti,ab.
3	1 and 2
4	exp Ovariectomy/ or (ovar?ectom* or oophorectom* or TAHBSO).ti,ab.
5	3 or 4
6	exp Leiomyoma/ or exp Adenoma/ or endometriosis/ or exp cysts/ or thecoma/ or exp inflammation/ or myoma/
7	(fibroid? or fibrom* or adenom* or endometrio* or cyst* or dermoid? or thecoma* or theca* or hydatid? or adnexitis or inflamm* or benign*).ti,ab.
8	(ovar* adj3 torsion*).ti,ab.
9	(ectopic* adj3 pregn*).ti,ab.
10	(ovar* adj3 (conserv* or retain* or preserv* or remov*)).ti,ab.

#	Searches
11	6 or 7 or 8 or 9 or 10
12	5 and 11
13	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
14	12 not 13
15	limit 14 to (congress or case reports or comment or editorial or letter or preprint)
16	14 not 15
17	limit 16 to (english or german)
18	limit 17 to yr="2014 - Current"
19	Meta-Analysis as Topic/ or exp Review Literature as Topic/
20	(meta analy* or metaanaly*).tw.
21	Meta-Analysis/ or Systematic Review/
22	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
23	19 or 20 or 21 or 22
24	(medline or pubmed or cochrane or embase or psychinfo or psycinfo or cinahl or cinhal or science citation index or scopus or science?direct or google scholar).ab.
25	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
26	(reference list* or bibliograph* or hand-search* or handsearch* or relevant journals or manual search*).ab.
27	24 or 25 or 26
28	(selection criteria or data extraction).ab.
29	Review/
30	28 and 29
31	23 or 27 or 30
32	18 and 31
33	remove duplicates from 32

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 21: Suchstrategie für Embase via Elsevier für die QIs 60685, 60686 und 612; QS GYN-OP;systematische Reviews von RCTs

#	Query
#1	'adnexa disease'/exp OR 'ovary'/exp OR ovar*:ti,ab OR adnex*:ti,ab
#2	'surgery'/exp OR operat*:ti,ab OR surger*:ti,ab
#3	#1 AND #2
#4	'ovariectomy'/exp OR 'salpingoophorectomy'/exp OR ovar\$ectom*:ti,ab OR oophorec- tom*:ti,ab OR tahbso:ti,ab
#5	#3 OR #4
#6	'ovarian leiomyoma'/de OR 'adenoma'/de OR 'endometriosis'/exp OR 'ovary cyst'/de OR 'be- nign ovarian tumor'/de OR 'inflammation'/exp OR 'myoma'/de
#7	fibroid?:ti,ab OR fibrom*:ti,ab OR adenom*:ti,ab OR endometrio*:ti,ab OR cyst*:ti,ab OR der- moid?:ti,ab OR thecoma*:ti,ab OR theca*:ti,ab OR hydatid?:ti,ab OR adnexitis:ti,ab OR in- flamm*:ti,ab OR benign*:ti,ab
#8	(ovar* NEAR/3 torsion*):ti,ab
#9	(ectopic* NEAR/3 pregn*):ti,ab
#10	(ovar* NEAR/3 (conserv* OR retain* OR preserv* OR remov*)):ti,ab
#11	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
#12	#5 AND #11
#13	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#14	#12 NOT #13
#15	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#16	#14 NOT #15
#17	#16 AND [2014-2024]/py
#18	#17 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#19	'systematic review (topic)'/de OR 'systematic review'/de OR 'meta analysis (topic)'/de OR 'meta analysis'/exp
#20	metaanaly*:ab,ti OR 'meta analy*':ab,ti
#21	((systematic* OR comprehensive* OR integrative OR electronic*) NEAR/3 (review\$ OR over- view\$ OR bibliographic* OR literature OR search*)):ab,ti
#22	#19 OR #20 OR #21
#23	medline:ab OR pubmed:ab OR cochrane:ab OR embase:ab OR psychinfo:ab OR psycinfo:ab OR cinahl:ab OR cinhal:ab OR 'science citation index':ab OR scopus:ab OR sciencedirect:ab OR 'science direct':ab OR 'google scholar':ab

#	Query
#24	((study OR studies) NEAR/1 (selection OR selected)):ab
#25	'reference list*':ab OR bibliograph*':ab OR 'hand-search*':ab OR 'handsearch*':ab OR 'relevant journals':ab OR 'manual search*':ab
#26	#23 OR #24 OR #25
#27	'selection criteria':ab OR 'data extraction':ab
#28	'review'/de
#29	#27 AND #28
#30	#22 OR #26 OR #29
#31	#18 AND #30

Suchstrategie für Cochrane via Wiley

Tabelle 22: Suchstrategie für Cochrane via Wiley für die QIs 60685, 60686 und 612 ;QS GYN-OP systematische Reviews von RCTs

ID	Search
#1	MeSH descriptor: [Adnexal Diseases] explode all trees
#2	MeSH descriptor: [Adnexa Uteri] explode all trees
#3	ovar*:ti,ab or adnex*:ti,ab
#4	MeSH descriptor: [Gynecology] this term only
#5	operat*:ti,ab or surger*:ti,ab
#6	#1 OR #2 OR #3
#7	#4 OR #5
#8	#6 AND #7
#9	MeSH descriptor: [Ovariectomy] explode all trees
#10	ovariectom*:ti,ab or ovarectom*:ti,ab or oophorectom*:ti,ab or TAHBSO:ti,ab
#11	#9 OR #10
#12	#8 OR #11
#13	MeSH descriptor: [Leiomyoma] explode all trees
#14	MeSH descriptor: [Adenoma] explode all trees
#15	MeSH descriptor: [Endometriosis] this term only
#16	MeSH descriptor: [Cysts] explode all trees
#17	MeSH descriptor: [Dermoid Cyst] explode all trees
#18	MeSH descriptor: [Inflammation] explode all trees
#19	MeSH descriptor: [Myoma] this term only
#20	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19
#21	fibr*:ti,ab or adenom*:ti,ab or endometrio*:ti,ab or cyst*:ti,ab or dermoid*:ti,ab or thecoma*:ti,ab
#22	theca*:ti,ab or hydat*:ti,ab or adnexitis:ti,ab or inflamm*:ti,ab or benign*:ti,ab
#23	#21 or #22
#24	(ovar* NEAR/3 torsion*):ti,ab
#25	(ectopic* NEAR/3 pregn*):ti,ab
#26	(ovar* NEAR/3 (conserv* or retain* or preserv* or remov*)):ti,ab
#27	#24 OR #25 OR #26
#28	#20 OR #23 OR #27

ID	Search
#29	#12 AND #28
#30	#29 with Cochrane Library publication date Between Mar 2014 and Mar 2024, in Cochrane Reviews

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken nach systematischen Reviews bieten die Flussdiagramme (Abbildung 6 und Abbildung 7).

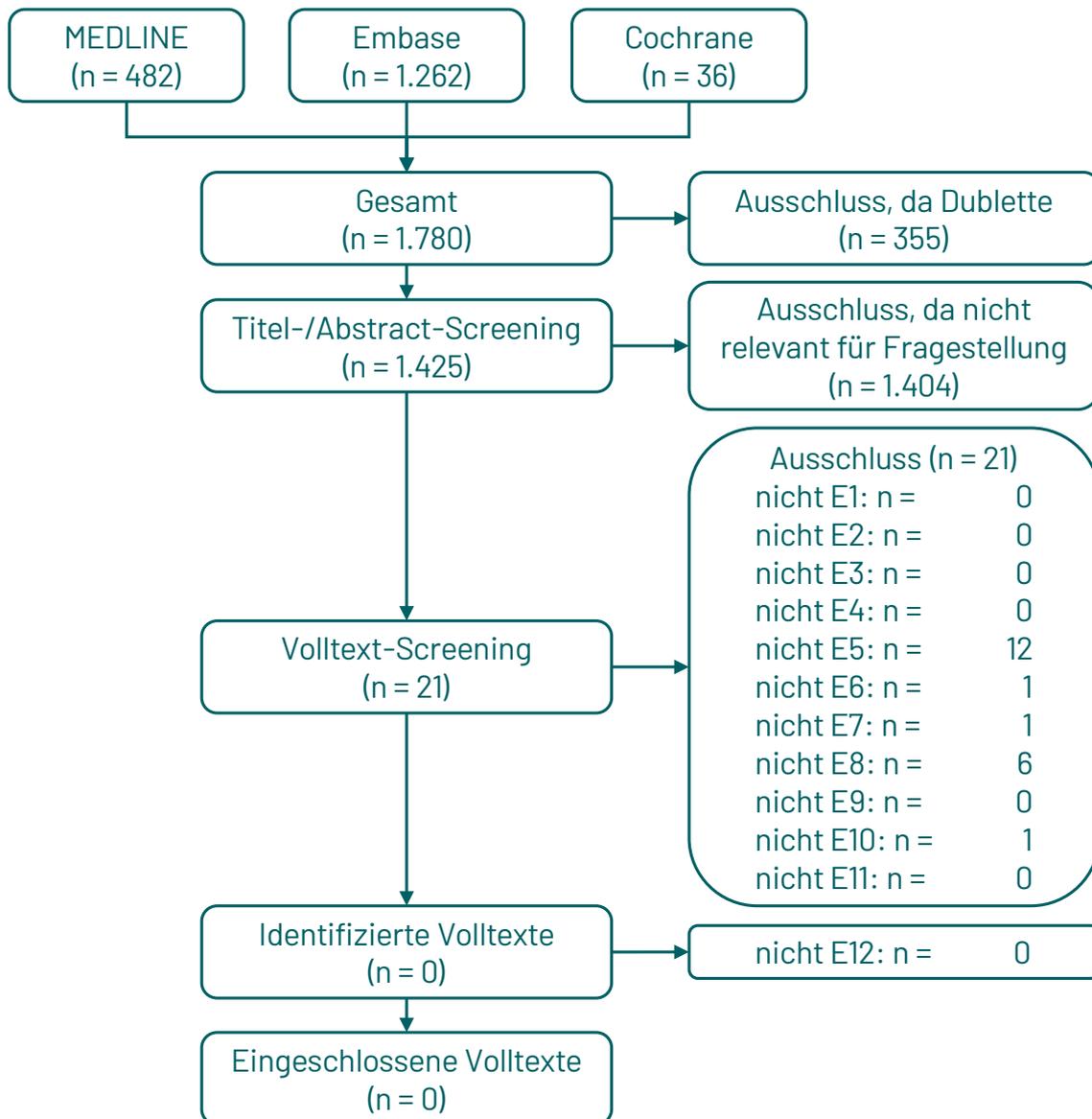


Abbildung 6: Flussdiagramm der Recherche nach systematischen Reviews von RCTs für die QIs 60685 und 60686, QS GYN-OP

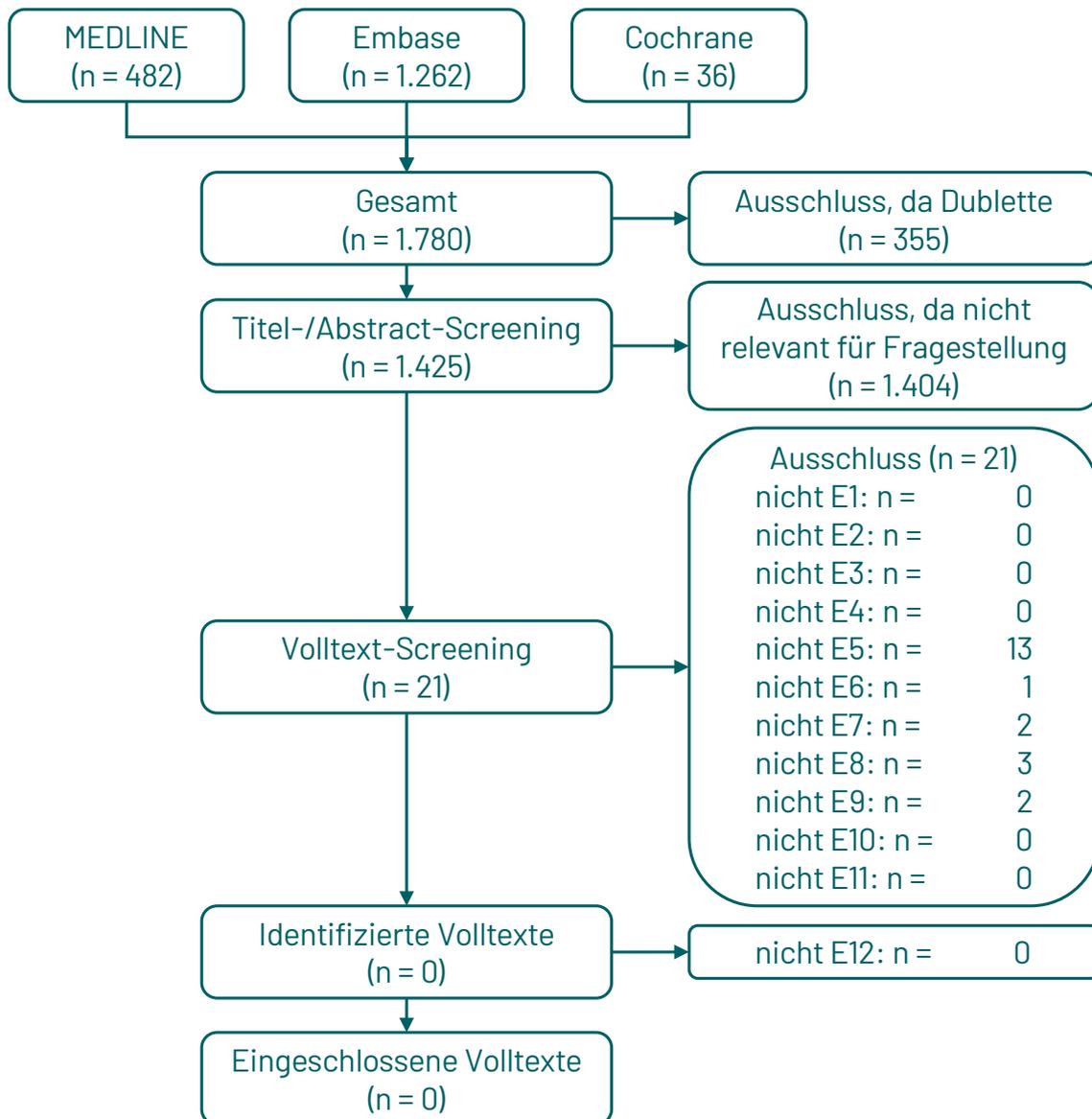


Abbildung 7: Flussdiagramm der Recherche nach systematischen Reviews von RCTs für den QI 612, QS GYN-OP

3.1.2 Identifizierte Literatur

Es konnte kein systematischer Review von RCTs identifiziert werden.

3.1.3 Ausgeschlossene Publikationen

Folgende im Volltext nach überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Gründe vgl. Tabelle 18 und Tabelle 19).

QI 60685/60686**Nicht E5**

1. Ata, B; Uncu, G (2015): Impact of endometriomas and their removal on ovarian reserve. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* 27(3): 235-241. DOI: 10.1097/GCO.000000000000165.
2. Buffeteau, A; Tanguy Le Gac, Y; Weyl, A; Chantalat, E; Guerby, P; Vidal, F (2020): Rationale for opportunistic salpingectomy during gynecological surgery for a benign condition: A review of the available literature. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 49(8): 101829. DOI: 10.1016/j.jogoh.2020.101829.
3. Castellano, T; Zerden, M; Marsh, L; Boggess, K (2017): Risks and Benefits of Salpingectomy at the Time of Sterilization. *Obstetrical & Gynecological Survey* 72(11): 663-668. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000503.
4. Daniilidis, A; Grigoriadis, G; Kalaitzopoulos, DR; Angioni, S; Kalkan, Ü; Crestani, A; et al. (2023): Surgical Management of Ovarian Endometrioma: Impact on Ovarian Reserve Parameters and Reproductive Outcomes. *Journal of Clinical Medicine* 12(16): 5324. DOI: 10.3390/jcm12165324.
5. Evans, EC; Matteson, KA; Orejuela, FJ; Alperin, M; Balk, EM; El-Nashar, S; et al. (2016): Salpingo-oophorectomy at the Time of Benign Hysterectomy. A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology* 128(3): 476-485. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001592.
6. Evans, EC; Matteson, KA; Orejuela, FJ; Alperin, M; Balk, EM; El-Nashar, S; et al. (2017): Salpingo-oophorectomy at the Time of Benign Hysterectomy: A Systematic Review. *Obstetrical & Gynecological Survey* 72(4): 220-221. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000430.
7. Grigore, M; Murarasu, M; Himiniuc, LM; Toma, BF; Duma, O; Popovici, R (2021): Large ovarian tumors in adolescents, a systematic review of reported cases, diagnostic findings and surgical management. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 60(4): 602-608. DOI: 10.1016/j.tjog.2021.05.005.
8. Hassan, H; Allen, I; Sofianopoulou, E; Walburga, Y; Turnbull, C; Eccles, DM; et al. (2024): Long-term outcomes of hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 230(1): 44-57. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.06.043.
9. Kives, S; Gascon, S; Dubuc, É; Van Eyk, N (2017): No. 341-Diagnosis and Management of Adnexal Torsion in Children, Adolescents, and Adults. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 39(2): 82-90. DOI: 10.1016/j.jogc.2016.10.001.
10. Raicevic, M; Saxena, AK (2017): Asynchronous bilateral ovarian torsions in girls-systematic review. *World Journal of Pediatrics* 13(5): 416-420. DOI: 10.1007/s12519-017-0052-3.
11. Shah, DK; Mejia, RB; Lebovic, DI (2014): Effect of Surgery for Endometrioma on Ovarian Function. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 21(2): 203-209. DOI: 10.1016/j.jmig.2013.09.012.

12. Song, SY; Jung, YW; Min, JH; Shin, W; Park, M; Yoo, HJ (2022): Ovarian Function in Patients Who Underwent Opportunistic Bilateral Salpingectomy during Hysterectomy. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* 49(9): 201. DOI: 10.31083/j.ceog4909201.

Nicht E6

1. Younis, JS; Shapso, N; Fleming, R; Ben-Shlomo, I; Izhaki, I (2019): Impact of unilateral versus bilateral ovarian endometriotic cystectomy on ovarian reserve: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update* 25(3): 375-391. DOI: 10.1093/humupd/dmy049.

Nicht E7

1. Catanzarite, T; Eskander, RN (2020): Opportunistic Salpingectomy at the Time of Urogynecologic Surgery: Why, in Whom, and How? *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery* 26(6): 401-406. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000741.

Nicht E8

1. Adamyan, L; Kasyan, V; Pivazyan, L; Isaeva, S; Avetisyan, J (2023): Laser vaporization compared with other surgical techniques in women with ovarian endometrioma: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 308(2): 413-425. DOI: 10.1007/s00404-022-06799-4.
2. Dan, H; Limin, F (2014): Laparoscopic Ovarian Cystectomy versus Fenestration/Coagulation or Laser Vaporization for the Treatment of Endometriomas: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 76(2): 75-82. DOI: 10.1159/000351165.
3. Kho, RM; Wechter, ME (2017): Operative Outcomes of Opportunistic Bilateral Salpingectomy at the Time of Benign Hysterectomy in Low-Risk Premenopausal Women: A Systematic Review. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 24(2): 218-229. DOI: 10.1016/j.jmig.2016.12.004.
4. Kotlyar, A; Gingold, J; Shue, S; Falcone, T (2017): The Effect of Salpingectomy on Ovarian Function. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 24(4): 563-578. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.02.014.
5. Sharifzadeh, EA-S; Gharabaghi, PM; Pashazadeh, F; Zarei, M; Aqayinejad, M (2022): Postoperative Ovarian Reservation Salpingectomy with Ovarian Preservation during Hysterectomy based on AMH Measurement Before and After Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Pharmaceutical Negative Results* 13: 2032-2038. DOI: 10.47750/pnr.2022.13.S08.249.
6. van Lieshout, LAM; Steenbeek, MP; De Hullu, JA; Vos, MC; Houterman, S; Wilkinson, J; et al. (2019): Hysterectomy with opportunistic salpingectomy versus hysterectomy alone (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8). Art. No.: CD012858. DOI: 10.1002/14651858.CD012858.pub2.

Nicht E10

1. Orozco, LJ; Tristan, M; Vreugdenhil, MM; Salazar, A (2014): Hysterectomy versus hysterectomy plus oophorectomy for premenopausal women (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews (7). Art. No.: CD005638. DOI: 10.1002/14651858.CD005638.pub3.

QI 612**Nicht E5**

1. Ata, B; Uncu, G (2015): Impact of endometriomas and their removal on ovarian reserve. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology 27(3): 235-241. DOI: 10.1097/GCO.000000000000165.
2. Buffeteau, A; Tanguy Le Gac, Y; Weyl, A; Chantalat, E; Guerby, P; Vidal, F (2020): Rationale for opportunistic salpingectomy during gynecological surgery for a benign condition: A review of the available literature. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction 49(8): 101829. DOI: 10.1016/j.jogoh.2020.101829.
3. Castellano, T; Zerden, M; Marsh, L; Boggess, K (2017): Risks and Benefits of Salpingectomy at the Time of Sterilization. Obstetrical & Gynecological Survey 72(11): 663-668. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000503.
4. Daniilidis, A; Grigoriadis, G; Kalaitzopoulos, DR; Angioni, S; Kalkan, Ü; Crestani, A; et al. (2023): Surgical Management of Ovarian Endometrioma: Impact on Ovarian Reserve Parameters and Reproductive Outcomes. Journal of Clinical Medicine 12(16): 5324. DOI: 10.3390/jcm12165324.
5. Evans, EC; Matteson, KA; Orejuela, FJ; Alperin, M; Balk, EM; El-Nashar, S; et al. (2016): Salpingo-oophorectomy at the Time of Benign Hysterectomy. A Systematic Review. Obstetrics & Gynecology 128(3): 476-485. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001592.
6. Evans, EC; Matteson, KA; Orejuela, FJ; Alperin, M; Balk, EM; El-Nashar, S; et al. (2017): Salpingo-oophorectomy at the Time of Benign Hysterectomy: A Systematic Review. Obstetrical & Gynecological Survey 72(4): 220-221. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000430.
7. Grigore, M; Murarasu, M; Himiniuc, LM; Toma, BF; Duma, O; Popovici, R (2021): Large ovarian tumors in adolescents, a systematic review of reported cases, diagnostic findings and surgical management. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology 60(4): 602-608. DOI: 10.1016/j.tjog.2021.05.005.
8. Kives, S; Gascon, S; Dubuc, É; Van Eyk, N (2017): No. 341-Diagnosis and Management of Adnexal Torsion in Children, Adolescents, and Adults. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 39(2): 82-90. DOI: 10.1016/j.jogc.2016.10.001.
9. Pio, L; Abu-Zaid, A; Zaghoul, T; Halepota, HF; Davidoff, AM; Losty, PD; et al. (2023): Ovarian-sparing surgery for ovarian tumors in children: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Surgical Oncology 49(10): 106923. DOI: 10.1016/j.ejso.2023.04.022.
10. Raicevic, M; Saxena, AK (2017): Asynchronous bilateral ovarian torsions in girls-systematic review. World Journal of Pediatrics 13(5): 416-420. DOI: 10.1007/s12519-017-0052-3.

11. Shah, DK; Mejia, RB; Lebovic, DI (2014): Effect of Surgery for Endometrioma on Ovarian Function. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 21(2): 203-209. DOI: 10.1016/j.jmig.2013.09.012.
12. Song, SY; Jung, YW; Min, JH; Shin, W; Park, M; Yoo, HJ (2022): Ovarian Function in Patients Who Underwent Opportunistic Bilateral Salpingectomy during Hysterectomy. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* 49(9): 201. DOI: 10.31083/j.ceog4909201.
13. Younis, JS; Naoum, I; Salem, N; Perlitz, Y; Izhaki, I (2018): The impact of unilateral oophorectomy on ovarian reserve in assisted reproduction: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 125(1): 26-35. DOI: 10.1111/1471-0528.14913.

Nicht E6

1. Younis, JS; Shapso, N; Fleming, R; Ben-Shlomo, I; Izhaki, I (2019): Impact of unilateral versus bilateral ovarian endometriotic cystectomy on ovarian reserve: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update* 25(3): 375-391. DOI: 10.1093/humupd/dmy049.

Nicht E7

1. Sharifzadeh, EA-S; Gharabaghi, PM; Pashazadeh, F; Zarei, M; Aqayinejad, M (2022): Postoperative Ovarian Reservation Salpingectomy with Ovarian Preservation during Hysterectomy based on AMH Measurement Before and After Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Pharmaceutical Negative Results* 13: 2032-2038. DOI: 10.47750/pnr.2022.13.S08.249.
2. van Lieshout, LAM; Steenbeek, MP; De Hullu, JA; Vos, MC; Houterman, S; Wilkinson, J; et al. (2019): Hysterectomy with opportunistic salpingectomy versus hysterectomy alone (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8). Art. No.: CD012858. DOI: 10.1002/14651858.CD012858.pub2.

Nicht E8

1. Catanzarite, T; Eskander, RN (2020): Opportunistic Salpingectomy at the Time of Urogynecologic Surgery: Why, in Whom, and How? *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery* 26(6): 401-406. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000741.
2. Kotlyar, A; Gingold, J; Shue, S; Falcone, T (2017): The Effect of Salpingectomy on Ovarian Function. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 24(4): 563-578. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.02.014.
3. Orozco, LJ; Tristan, M; Vreugdenhil, MM; Salazar, A (2014): Hysterectomy versus hysterectomy plus oophorectomy for premenopausal women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). Art. No.: CD005638. DOI: 10.1002/14651858.CD005638.pub3.

Nicht E9

1. Adamyan, L; Kasyan, V; Pivazyan, L; Isaeva, S; Avetisyan, J (2023): Laser vaporization compared with other surgical techniques in women with ovarian endometrioma: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 308(2): 413-425. DOI: 10.1007/s00404-022-06799-4.
2. Dan, H; Limin, F (2014): Laparoscopic Ovarian Cystectomy versus Fenestration/Coagulation or Laser Vaporization for the Treatment of Endometriomas: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 76(2): 75-82. DOI: 10.1159/000351165.

3.2 Recherche nach RCTs

Da keine systematischen Reviews von RCTs identifiziert werden konnten, erfolgte anschließend eine Literaturrecherche nach RCTs für die drei QIs 60685/60686 und 612 in bibliografischen Datenbanken wie in Abschnitt 3.1.1 beschrieben.

Die Rechercheblöcke für die Population, für die Intervention/Comparison und für die Outcomes blieben bei den jeweiligen QI gleich (siehe Tabelle 8, Tabelle 9 und Tabelle 10).

Zusätzlich wurde ein auf RCTs einschränkender Rechercheblock eingesetzt. Dieser stammte vom *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN [2017]-b), wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbank Embase adaptiert.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 2014
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 23, Tabelle 24, Tabelle 25).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 10.04.2024.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 23: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid für die QIs 60685, 60686 und QI 612; QS GYN-OP, RCTs

#	Searches
1	exp Adnexal Diseases/ or exp adnexa uteri/ or (ovar* or adnex*).ti,ab.
2	exp Surgical Procedures, Operative/ or (operat* or surger*).ti,ab.
3	1 and 2
4	exp Ovariectomy/ or (ovar?ectom* or oophorectom* or TAHBSO).ti,ab.
5	3 or 4

#	Searches
6	exp Leiomyoma/ or exp Adenoma/ or endometriosis/ or exp cysts/ or thecoma/ or exp inflammation/ or myoma/
7	(fibroid? or fibrom* or adenom* or endometrio* or cyst* or dermoid? or thecoma* or theca* or hydatid? or adnexitis or inflamm* or benign*).ti,ab.
8	(ovar* adj3 torsion*).ti,ab.
9	(ectopic* adj3 pregn*).ti,ab.
10	(ovar* adj3 (conserv* or retain* or preserv* or remov*).ti,ab.
11	6 or 7 or 8 or 9 or 10
12	5 and 11
13	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
14	12 not 13
15	limit 14 to (congress or case reports or comment or editorial or letter or preprint)
16	14 not 15
17	limit 16 to (english or german)
18	limit 17 to yr="2014 - Current"
19	exp Randomized Controlled Trials as Topic/ or exp randomized controlled trial/ or Random Allocation/ or Double Blind Method/ or Single Blind Method/ or exp clinical trial/
20	(clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or controlled clinical trial or randomized controlled trial or multicenter study or clinical trial).pt.
21	exp Clinical Trials as topic/
22	19 or 20 or 21
23	(clinical adj trial\$).tw.
24	((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripI\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.
25	randomly allocated.tw.
26	(allocated adj2 random\$).tw.
27	23 or 24 or 25 or 26
28	22 or 27
29	18 and 28
30	remove duplicates from 29

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 24: Suchstrategie für Embase via Elsevier für die QIs 60685, 60686 und QI 612; QS GYN-OP, RCTs

#	Query
#1	'adnexa disease'/exp OR 'ovary'/exp OR ovar*:ti,ab OR adnex*:ti,ab
#2	'surgery'/exp OR operat*:ti,ab OR surger*:ti,ab
#3	#1 AND #2
#4	'ovariectomy'/exp OR 'salpingoophorectomy'/exp OR ovar§ectom*:ti,ab OR oophorectom*:ti,ab OR tahbso:ti,ab
#5	#3 OR #4
#6	'ovarian leiomyoma'/de OR 'adenoma'/de OR 'endometriosis'/exp OR 'ovary cyst'/de OR 'benign ovarian tumor'/de OR 'inflammation'/exp OR 'myoma'/de
#7	fibroid?:ti,ab OR fibrom*:ti,ab OR adenom*:ti,ab OR endometrio*:ti,ab OR cyst*:ti,ab OR dermoid?:ti,ab OR thecoma*:ti,ab OR theca*:ti,ab OR hydatid?:ti,ab OR adnexitis:ti,ab OR inflamm*:ti,ab OR benign*:ti,ab
#8	(ovar* NEAR/3 torsion*):ti,ab
#9	(ectopic* NEAR/3 pregn*):ti,ab
#10	(ovar* NEAR/3 (conserv* OR retain* OR preserv* OR remov*)):ti,ab
#11	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
#12	#5 AND #11
#13	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#14	#12 NOT #13
#15	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#16	#14 NOT #15
#17	#16 AND [2014-2024]/py
#18	#17 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#19	'clinical trial'/de OR 'randomized controlled trial'/de OR 'controlled clinical trial'/de OR 'multicenter study'/de OR 'phase 3 clinical trial'/de OR 'phase 4 clinical trial'/de OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/de OR 'double blind procedure'/de OR 'crossover procedure'/de
#20	'randomi?ed controlled trial\$:ti,ab
#21	rct:ti,ab
#22	(random* NEAR/2 allocat*):ti,ab
#23	'single blind*':ti,ab
#24	'double blind*':ti,ab
#25	(treble OR triple) AND blind*:ti,ab

#	Query
#26	'prospective study'/de
#27	#19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26
#28	#18 AND #27

Suchstrategie für Cochrane via Wiley

Tabelle 25: Suchstrategie für Cochrane via Wiley für die QIs 60685, 60686 und QI 612; QS GYN-OP, RCTs

ID	Search
#1	MeSH descriptor: [Adnexal Diseases] explode all trees
#2	MeSH descriptor: [Adnexa Uteri] explode all trees
#3	ovar*:ti,ab or adnex*:ti,ab
#4	MeSH descriptor: [Gynecology] this term only
#5	operat*:ti,ab or surger*:ti,ab
#6	#1 OR #2 OR #3
#7	#4 OR #5
#8	#6 AND #7
#9	MeSH descriptor: [Ovariectomy] explode all trees
#10	ovariectom*:ti,ab or ovalectom*:ti,ab or oophorectom*:ti,ab or TAHBSO:ti,ab
#11	#9 OR #10
#12	#8 OR #11
#13	MeSH descriptor: [Leiomyoma] explode all trees
#14	MeSH descriptor: [Adenoma] explode all trees
#15	MeSH descriptor: [Endometriosis] this term only
#16	MeSH descriptor: [Cysts] explode all trees
#17	MeSH descriptor: [Dermoid Cyst] explode all trees
#18	MeSH descriptor: [Inflammation] explode all trees
#19	MeSH descriptor: [Myoma] this term only
#20	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19
#21	fibr*:ti,ab or adenom*:ti,ab or endometrio*:ti,ab or cyst*:ti,ab or dermoid*:ti,ab or thecoma*:ti,ab
#22	theca*:ti,ab or hydat*:ti,ab or adnexitis:ti,ab or inflamm*:ti,ab or benign*:ti,ab
#23	#21 or #22
#24	(ovar* NEAR/3 torsion*):ti,ab
#25	(ectopic* NEAR/3 pregn*):ti,ab
#26	(ovar* NEAR/3 (conserv* or retain* or preserv* or remov*)):ti,ab
#27	#24 OR #25 OR #26
#28	#20 OR #23 OR #27

ID	Search
#29	#12 AND #28
#30	#29 with Publication Year from 2014 to 2024, in Trials

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken nach RCTs bieten die Flussdiagramme (Abbildung 3, Abbildung 8 und Abbildung 9).

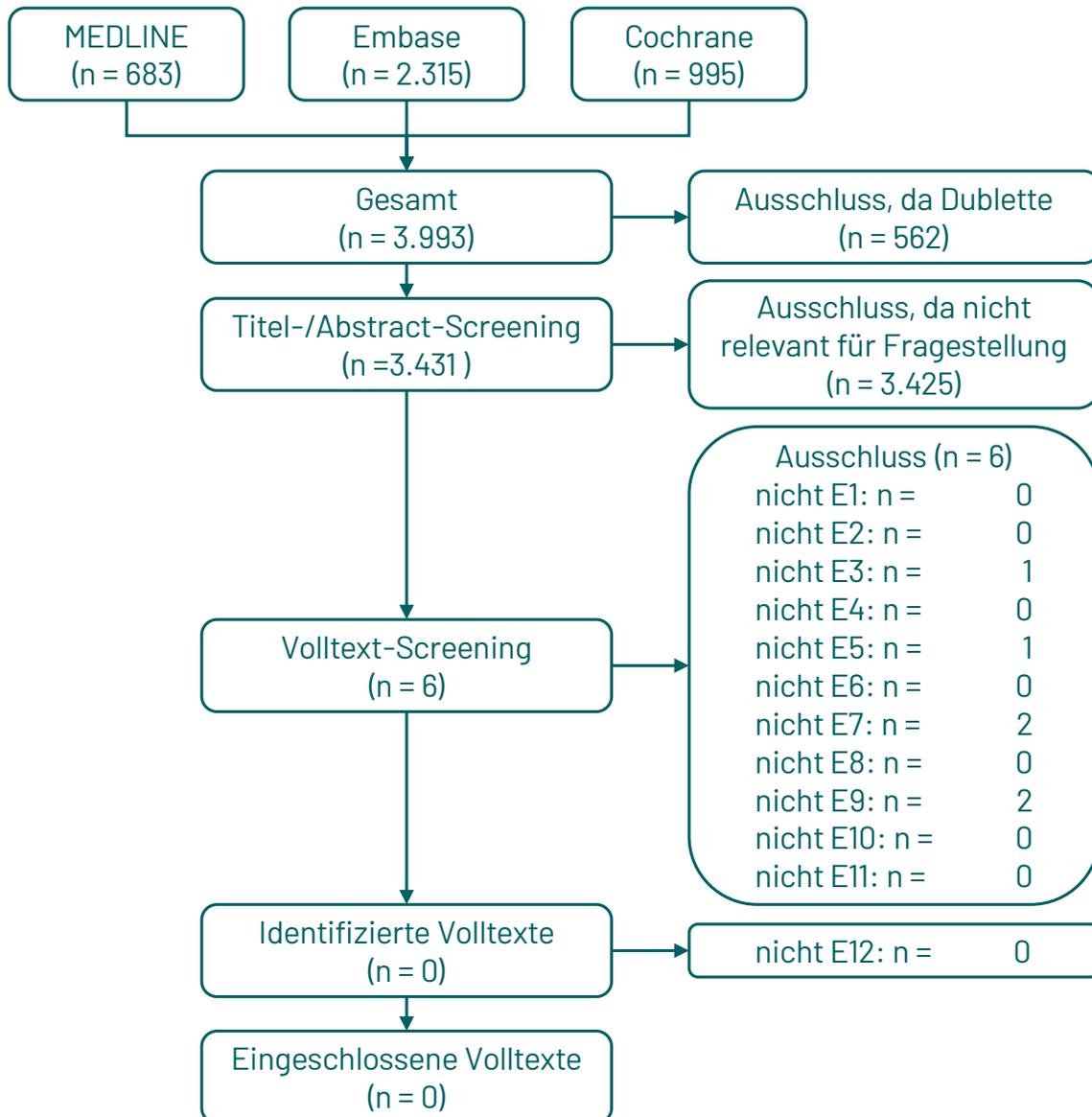


Abbildung 8: Flussdiagramm der Recherche nach RCTs für die QIs 60685 und 60686, GYN-OP

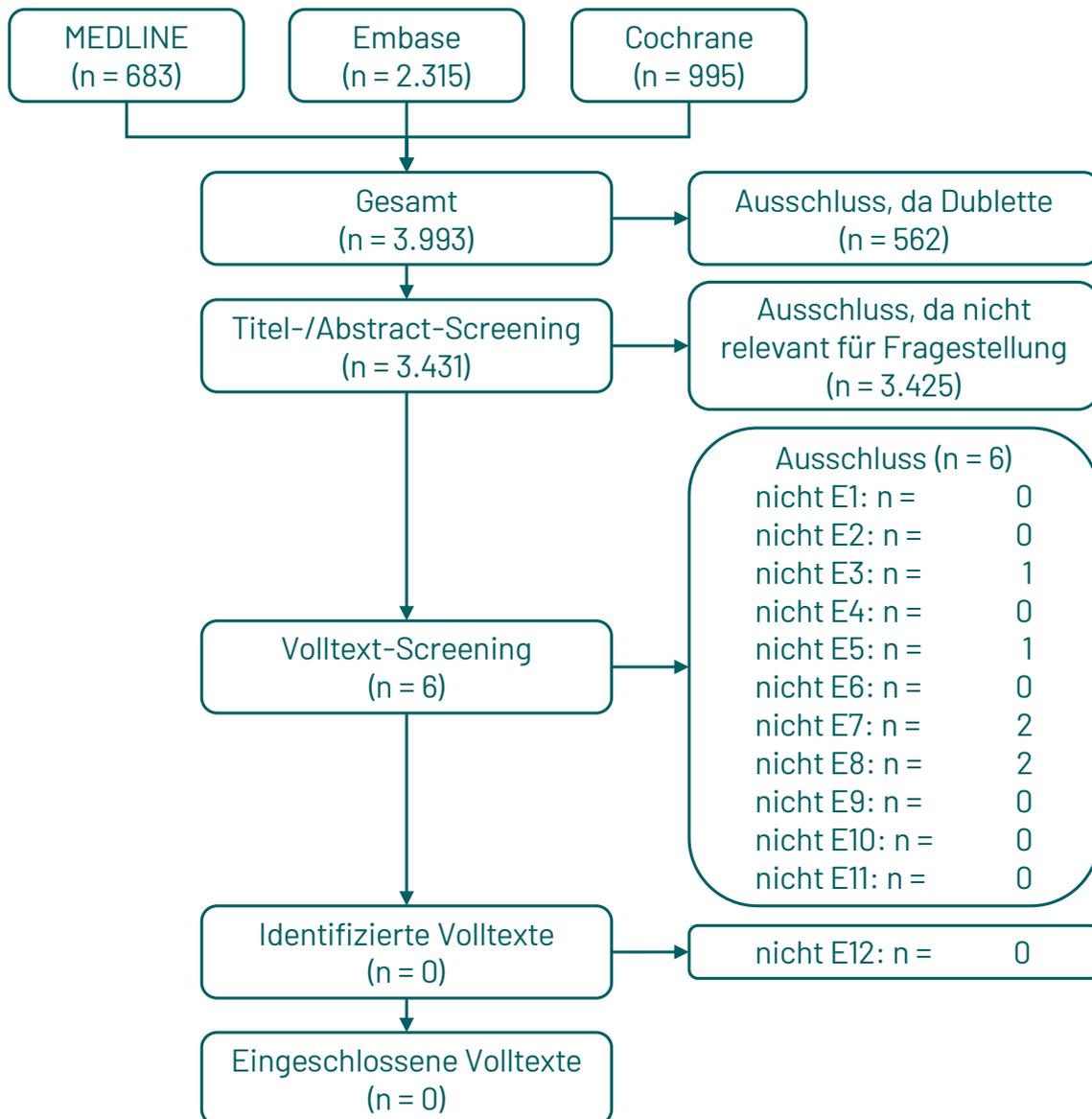


Abbildung 9: Flussdiagramm der Recherche nach RCTs für den QI 612, GYN-OP

3.2.1 Identifizierte Literatur

QI 60685 und QI 60686

Es konnte kein RCT identifiziert werden.

QI 612

Es konnte kein RCT identifiziert werden.

3.2.2 Ausgeschlossene Studien

QI 60685 und QI 60686

Nicht E3

1. Boggs, DA; Palmer, JR; Rosenberg, L (2014): Bilateral oophorectomy and risk of cancer in African American women. *Cancer Causes and Control* 25(4): 507-513. DOI: 10.1007/s10552-014-0353-y.

Nicht E5

1. Kurt, S; Kandemir, S; Yavuz, O; Koyuncuoglu, M; Ulukus, EC; Celiloglu, M (2020): Persistent tubal epithelium in ovaries after salpingectomy. *European Journal of Gynaecological Oncology* 41(6): 919-923. DOI: 10.31083/J.EJGO.2020.06.2117.

Nicht E7

1. Braverman, M (2022): vNOTES Salpingo-oophorectomy or Bilateral Salpingectomy Compared With Laparoscopic. *CENTRAL – Cochrane Central Register of Controlled Trials* (03). DOI: 10.1002/central/CN-02381454.
2. Liedberg, F (2019): Randomized comparison of oophorectomy or not in conjunction with radical cystectomy in women. *CENTRAL – Cochrane Central Register of Controlled Trials* (3). DOI: 10.1002/central/CN-01888709.

Nicht E9

1. Kapoor, E (2019): Oophorectomy, Estrogen Therapy and Cardiovascular Disease Risk in Young Women. *CENTRAL – Cochrane Central Register of Controlled Trials* (3). DOI: 10.1002/central/CN-01796048.
2. Mohr-Sasson, A (2019): vNOTES for Salpingo-oophorectomy. *CENTRAL – Cochrane Central Register of Controlled Trials* (07). DOI: 10.1002/central/CN-01953143.

QI 612

Nicht E3

1. Boggs, DA; Palmer, JR; Rosenberg, L (2014): Bilateral oophorectomy and risk of cancer in African American women. *Cancer Causes and Control* 25(4): 507-513. DOI: 10.1007/s10552-014-0353-y.

Nicht E5

1. Kurt, S; Kandemir, S; Yavuz, O; Koyuncuoglu, M; Ulukus, EC; Celiloglu, M (2020): Persistent tubal epithelium in ovaries after salpingectomy. *European Journal of Gynaecological Oncology* 41(6): 919-923. DOI: 10.31083/J.EJGO.2020.06.2117.

Nicht E7

1. Braverman, M (2022): vNOTES Salpingo-oophorectomy or Bilateral Salpingectomy Compared With Laparoscopic. *CENTRAL – Cochrane Central Register of Controlled Trials* (03). DOI: 10.1002/central/CN-02381454.
2. Liedberg, F (2019): Randomized comparison of oophorectomy or not in conjunction with radical cystectomy in women. *CENTRAL – Cochrane Central Register of Controlled Trials* (3). DOI: 10.1002/central/CN-01888709.

Nicht E8

1. Kapoor, E (2019): Oophorectomy, Estrogen Therapy and Cardiovascular Disease Risk in Young Women. *CENTRAL – Cochrane Central Register of Controlled Trials* (3). DOI: 10.1002/central/CN-01796048.
2. Mohr-Sasson, A (2019): vNOTES for Salpingo-oophorectomy. *CENTRAL – Cochrane Central Register of Controlled Trials* (07). DOI: 10.1002/central/CN-01953143.

4 Recherche nach weiteren Hinweisen zur Altersbegrenzung in den QIs 60685/60686 und 612

Da für die drei QIs 60685/60686 und 612 keine hochwertige Evidenz identifiziert werden konnte, wurden in einem nächsten Schritt systematische Reviews von prospektiven kontrollierten Kohortenstudien bzw. einzelne prospektive kontrollierte Kohortenstudien mit niedrigem Verzerrungspotenzial systematisch recherchiert.

In Tabelle 26 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening zugrunde lagen, kombiniert für systematische Reviews von prospektiven Kohortenstudien (siehe Abschnitt 4.1) bzw. einzelne prospektive kontrollierte Kohortenstudien (siehe Abschnitt 4.2), aufgeführt. Das Einschlusskriterium E5 wurde angepasst auf: „Die Publikation ist entweder ein systematischer Review von prospektiven kontrollierten Kohortenstudien, bei dem die Recherche in mindestens zwei bibliographischen Datenbanken durchgeführt wurde und anschließend eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte oder eine einzelne prospektive kontrollierte Kohortenstudie“.

Tabelle 26: Einschlusskriterien für Hinweise für die QIs 60685/60686

	Einschluss
E1	Die Publikation ist als Vollpublikation erhältlich.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Publikation ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Publikation wurde ab dem 01. April 2014 publiziert.
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Publikation ist entweder ein systematischer Review von prospektiven kontrollierten Kohortenstudien, bei dem die Recherche in mindestens zwei bibliographischen Datenbanken durchgeführt wurde und anschließend eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte oder eine einzelne prospektive kontrollierte Kohortenstudie.
E6	Die Studienpopulation ist aus Deutschland oder aus folgenden ausgewählten Ländern der OECD.*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Kanada, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden, Schweiz, USA, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland.
E7	Population Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen bis 45 Jahre (QI 60685) und von 46 bis 55 Jahre (QI 60686) bei denen eine Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie durchgeführt wird, die nicht mit einer prophylaktischen Operation an den Ovarien wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen einhergeht.
E8	Intervention Beidseitige Ovariectomie

	Einschluss
E9	Comparison Erhalt beider gesunder Ovarien
E10	Outcomes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnose von Ovarialkrebs innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Chirurgische/Operative Komplikationen innerhalb von 3 Monaten nach Eingriff ▪ Mortalität aufgrund von Ovarialkrebs innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ (Veränderungen der) Lebensqualität innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Diagnose von Herz-Kreislauf-Erkrankungen innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Zeitpunkt der Symptome der Menopause innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Allgemeine Mortalität innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff ▪ Diagnose von Brustkrebs innerhalb von 10 Jahren nach dem Eingriff
E11	Die Publikationen haben ein niedriges Verzerrungspotenzial**.

* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurden ausgewählte Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) herangezogen (OECD 2021: 23). Nur Studienpopulationen aus diesen Industrienationen, die wie Deutschland zu den Mitgliedstaaten der OECD gehören, wurden berücksichtigt.

** Bewertungen und Einschätzungen erfolgten mit dem AMSTAR 2-Tool (für systematische Reviews) oder dem ROBINS-E-Tool (für Kohortenstudien, siehe Abschnitt 1 des Rechercheberichtes zum QS-Verfahren PM).

Tabelle 27: Einschlusskriterien für Hinweise für den QI 612; QS GYN-OP

	Einschluss
E1	Die Publikation ist als Vollpublikation erhältlich.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Publikation ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Publikation wurde ab dem 01. April 2014 publiziert.
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Publikation ist entweder ein systematischer Review von prospektiven kontrollierten Kohortenstudien, bei dem die Recherche in mindestens zwei bibliographischen Datenbanken durchgeführt wurde und anschließend eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte oder eine einzelne prospektive kontrollierte Kohortenstudie.
E6	Die Studienpopulation ist aus Deutschland oder aus folgenden ausgewählten Ländern der OECD. *: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Kanada, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Spanien, Schweden, Schweiz, USA, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland.
E7	Population Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen bis 45 Jahre bei denen eine Operation am Ovar, mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie, durchgeführt wird.
E8	Intervention

	Einschluss
	Operationen am Ovar mit Organerhaltung.
E9	Comparison Operationen am Ovar ohne Organerhaltung.
E10	Outcome Zeitpunkt der Menopause, Fertilität, Endokrine Folgen/Hormonhaushalt
E11	Die Publikationen haben ein niedriges Verzerrungspotenzial**.

* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurden ausgewählte Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) herangezogen (OECD 2021: 23). Nur Studienpopulationen aus diesen Industrienationen, die wie Deutschland zu den Mitgliedstaaten der OECD gehören, wurden berücksichtigt.

** Bewertungen und Einschätzungen erfolgten mit dem AMSTAR 2-Tool (für systematische Reviews) oder dem ROBINS-E-Tool (für Kohortenstudien, siehe Abschnitt 1 des Rechercheberichtes zum QS-Verfahren PM).

4.1 Recherche nach systematischen Reviews von prospektiven Kohortenstudien

Die Recherche und der Screeningprozess nach systematischen Reviews von prospektiven Kohorten entspricht komplett der Recherche nach systematischen Reviews von RCTs (siehe Abschnitt 3.1). Beim Screening der Publikationen, welches zwei Personen unabhängig voneinander durchführten, wurde lediglich beim Einschlusskriterium E5 (siehe Tabelle 19 und Tabelle 27) nur auf systematische Reviews von prospektiven Kohorten eingeschränkt. In dem recherchierten Pool an Publikationen fanden sich daher weder systematische Reviews von RCTs noch systematische Reviews von prospektiven Kohortenstudien (vgl. Abbildung 7).

4.2 Recherche nach prospektiven kontrollierten Kohortenstudien

4.2.1 Recherche

Da keine systematischen Reviews von prospektiven Kohorten identifiziert werden konnten, erfolgte anschließend eine Literaturrecherche nach einzelnen prospektiven kontrollierten Kohortenstudien in den folgenden bibliografischen Datenbanken:

- MEDLINE via Ovid
- Embase via Elsevier

Die Suchstrategie bestand aus vier Blöcken und wurde zunächst für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Rechercheblöcke für die Population, für die Intervention/Comparison und für das Outcome blieben gleich (siehe Tabelle 28 und Tabelle 29). Zusätzlich wurde ein auf Kohortenstudien einschränkender Rechercheblock eingesetzt. Dieser stammte vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN [2017]-a), wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbank Embase adaptiert.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 2004
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 28 und Tabelle 29).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 10.04.2024.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 28: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid für die QIs 60685 und 60686 ; QS GYN-OP; prospektive Kohorten

#	Searches
1	exp Adnexal Diseases/ or exp adnexa uteri/ or (ovar* or adnex*).ti,ab.
2	exp Surgical Procedures, Operative/ or (operat* or surger*).ti,ab.
3	1 and 2
4	exp Ovariectomy/ or (ovar?ectom* or oophorectom* or TAHBSO).ti,ab.
5	3 or 4
6	exp Leiomyoma/ or exp Adenoma/ or endometriosis/ or exp cysts/ or thecoma/ or exp inflammation/ or myoma/
7	(fibroid? or fibrom* or adenom* or endometrio* or cyst* or dermoid? or thecoma* or theca* or hydatid? or adnexitis or inflamm* or benign*).ti,ab.
8	(ovar* adj3 torsion*).ti,ab.
9	(ectopic* adj3 pregn*).ti,ab.
10	(ovar* adj3 (conserv* or retain* or preserv* or remov*).ti,ab.
11	6 or 7 or 8 or 9 or 10
12	5 and 11
13	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
14	12 not 13
15	limit 14 to (congress or case reports or comment or editorial or letter or preprint)
16	14 not 15
17	limit 16 to (english or german)
18	limit 17 to yr="2014 - Current"

#	Searches
19	Epidemiologic Studies/ or Cohort Studies/ or Follow-Up Studies/ or Observational Study/ or Longitudinal Studies/ or Prospective Studies/ or Comparative Study/ or Clinical Study/
20	((epidemiologic* or cohort or observational or comparative or clinical or follow up or followup) adj (study or studies)).ti,ab.
21	cohort analy*.ti,ab.
22	(longitudinal or prospective).ti,ab.
23	19 or 20 or 21 or 22
24	18 and 23
25	remove duplicates from 24

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 29: Suchstrategie für Embase via Elsevier für den QI 612; QS GYN-OP; prospektive Kohorten

#	Query
#1	'adnexa disease'/exp OR 'ovary'/exp OR ovar*:ti,ab OR adnex*:ti,ab
#2	'surgery'/exp OR operat*:ti,ab OR surger*:ti,ab
#3	#1 AND #2
#4	'ovariectomy'/exp OR 'salpingoophorectomy'/exp OR ovar\$ectom*:ti,ab OR oophorectom*:ti,ab OR tahbso:ti,ab
#5	#3 OR #4
#6	'ovarian leiomyoma'/de OR 'adenoma'/de OR 'endometriosis'/exp OR 'ovary cyst'/de OR 'benign ovarian tumor'/de OR 'inflammation'/exp OR 'myoma'/de
#7	fibroid?:ti,ab OR fibrom*:ti,ab OR adenom*:ti,ab OR endometrio*:ti,ab OR cyst*:ti,ab OR dermoid?:ti,ab OR thecoma*:ti,ab OR theca*:ti,ab OR hydatid?:ti,ab OR adnexitis:ti,ab OR inflamm*:ti,ab OR benign*:ti,ab
#8	(ovar* NEAR/3 torsion*):ti,ab
#9	(ectopic* NEAR/3 pregn*):ti,ab
#10	(ovar* NEAR/3 (conserv* OR retain* OR preserv* OR remov*)):ti,ab
#11	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10
#12	#5 AND #11
#13	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#14	#12 NOT #13
#15	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#16	#14 NOT #15
#17	#16 AND [2014-2024]/py
#18	#17 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#19	'cohort analysis'/de OR 'family study'/de OR 'observational study'/de OR 'longitudinal study'/de OR 'prospective study'/de OR 'comparative study'/de OR 'clinical study'/de
#20	((epidemiologic* OR cohort OR observational OR comparative OR clinical OR 'follow-up' OR follow\$up) NEXT/1 (study OR studies)):ti,ab
#21	'cohort analy*':ti,ab
#22	longitudinal:ti,ab OR prospective:ti,ab
#23	#19 OR #20 OR #21 OR #22
#24	#18 AND #23

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken nach prospektiven Kohortenstudien bieten die Flussdiagramme (Abbildung 10 und Abbildung 11).

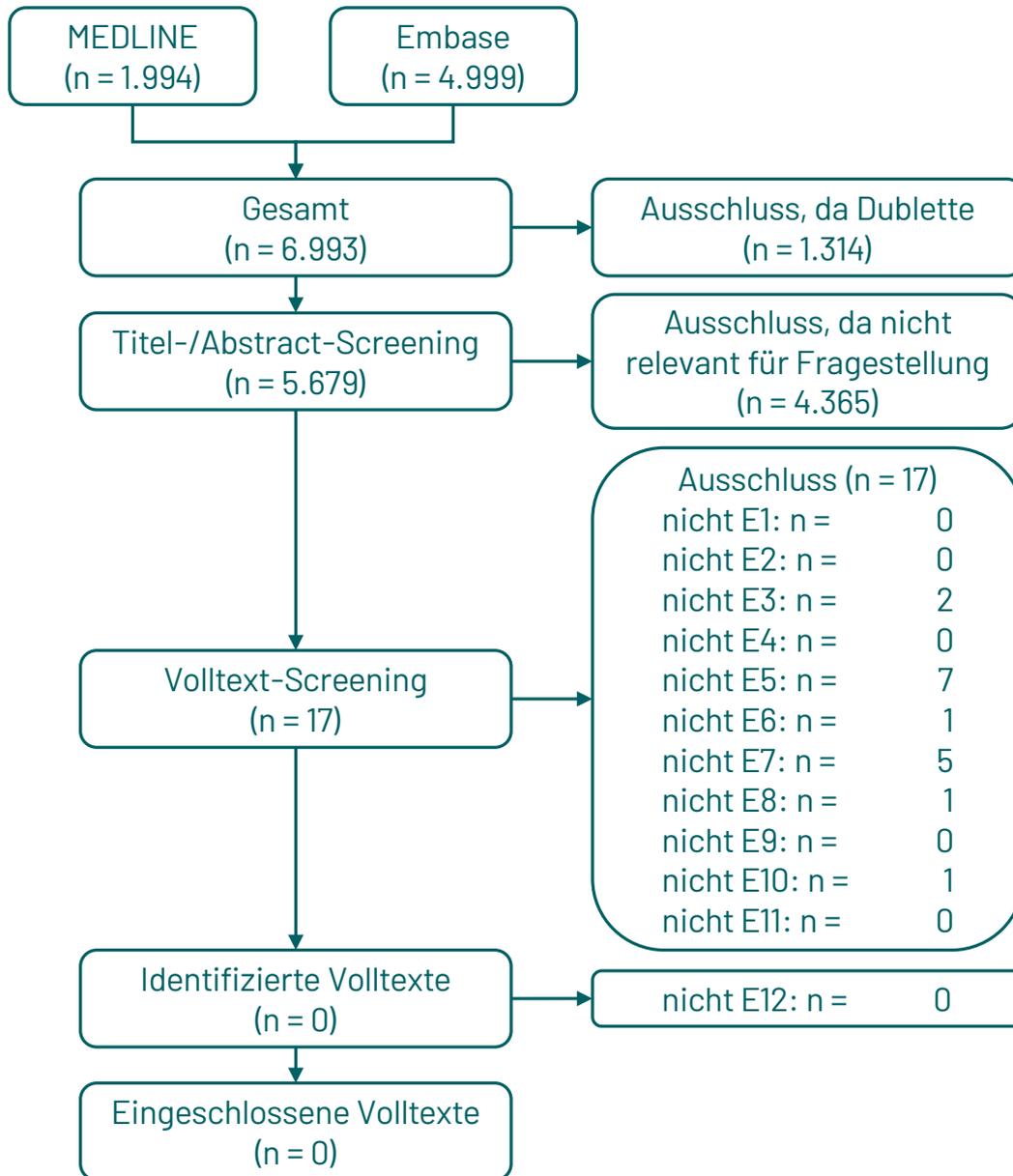


Abbildung 10: Flussdiagramm der Recherche nach prospektiven Kohortenstudien für die QIs 60685 und 60686; QS GYN-OP

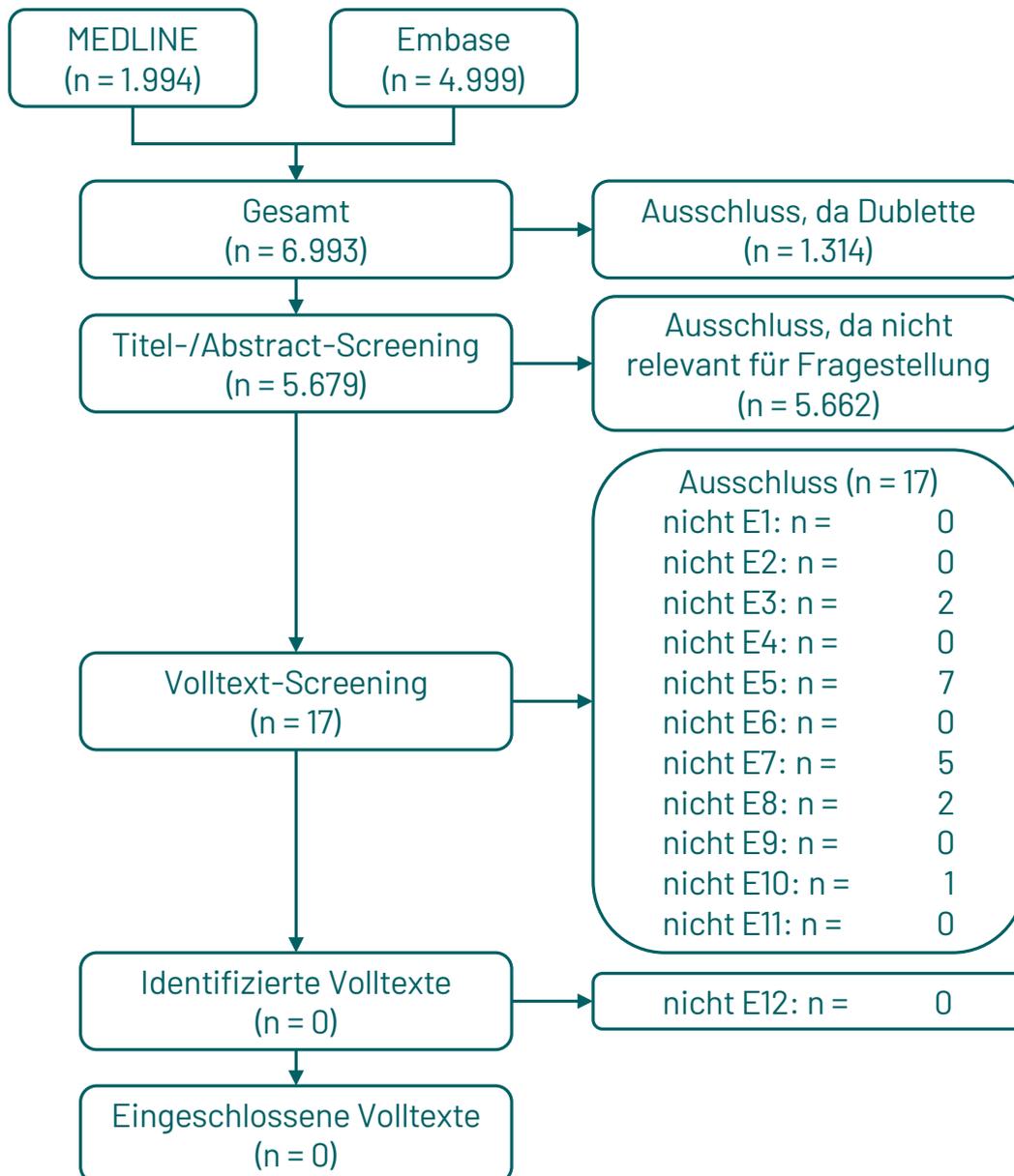


Abbildung 11: Flussdiagramm der Recherche nach prospektiven Kohortenstudien für den QI 612; QS GYN-OP

4.2.2 Identifizierte Literatur

QI 60685 und QI 60686

Es konnte keine prospektive Kohortenstudie identifiziert werden.

QI 612

Es konnte keine prospektive Kohortenstudie identifiziert werden.

4.3 Ausgeschlossene Publikationen

QI 60685/60686

Nicht E3

1. Boggs, DA; Palmer, JR; Rosenberg, L (2014): Bilateral oophorectomy and risk of cancer in African American women. *Cancer Causes and Control* 25(4): 507-513. DOI: 10.1007/s10552-014-0353-y.
2. Chan, JK; Urban, R; Capra, AM; Jacoby, V; Osann, K; Whittimore, A; et al. (2014): Ovarian Cancer Rates After Hysterectomy With and Without Salpingo-Oophorectomy. *Obstetrics and Gynecology* 123(1): 65-72. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000061.

Nicht E5

1. Chow, S; Raine-Bennett, T; Samant, ND; Postlethwaite, DA; Holzapfel, M (2020): Breast cancer risk after hysterectomy with and without salpingo-oophorectomy for benign indications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 223(6): 900.e1-900.e7. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.06.040.
2. Cusimano, MC; Chiu, M; Ferguson, SE; Moineddin, R; Aktar, S; Liu, N; et al. (2021): Association of bilateral salpingo-oophorectomy with all cause and cause specific mortality: population based cohort study. *BMJ* 375: e067528. DOI: 10.1136/bmj-2021-067528.
3. Cusimano, MC; Ferguson, SE; Moineddin, R; Chiu, M; Aktar, S; Liu, N; et al. (2022): Ovarian cancer incidence and death in average-risk women undergoing bilateral salpingo-oophorectomy at benign hysterectomy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 226(2): 220.e1-220.e26. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.09.020.
4. Gottschau, M; Rosthoj, S; Settnes, A; Aalborg, GL; Viuff, JH; Munk, C; et al. (2023): Long-Term Health Consequences After Ovarian Removal at Benign Hysterectomy. A Nationwide Cohort Study. *Annals of Internal Medicine* 176(5): 596-604. DOI: 10.7326/m22-1628.
5. Rocca, WA; Gazzuola-Rocca, L; Smith, CY; Grossardt, BR; Faubion, SS; Shuster, LT; et al. (2016): Accelerated Accumulation of Multimorbidity After Bilateral Oophorectomy: A Population-Based Cohort Study. *Mayo Clinic Proceedings* 91(11): 1577-1589. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.08.002.
6. Soh, PQ; Cheng, C; Reddington, C; Dior, UP; Healey, M (2022): Oophorectomy for ovarian torsion – should this be abandoned? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 62(4): 548-552. DOI: 10.1111/ajo.13506.
7. Tuesley, KM; Protani, MM; Webb, PM; Dixon-Suen, SC; Wilson, LF; Stewart, LM; et al. (2020): Hysterectomy with and without oophorectomy and all-cause and cause-specific mortality. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 223(5): 723.e1-723.e16. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.04.037.

Nicht E6

1. Gumussoy, S; Gumussoy, M; Hortu, I; Ergenoglu, AM (2020): The effect of surgical menopause after bilateral oophorectomy on hormonal changes, mucociliary clearance, and quality of life. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 277(10): 2793-2800. DOI: 10.1007/s00405-020-06164-8.

Nicht E7

1. Farland, LV; Rice, MS; Degnan, WJ; Rexrode, KM; Manson, JE; Rimm, EB; et al. (2023): Hysterectomy With and Without Oophorectomy, Tubal Ligation, and Risk of Cardiovascular Disease in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health* 32(7): 747-756. DOI: 10.1089/jwh.2022.0207.
2. Hickey, M; Moss, KM; Mishra, GD; Krejany, EO; Domchek, SM; Wark, JD; et al. (2021): What Happens After Menopause? (WHAM): A prospective controlled study of cardiovascular and metabolic risk 12 months after premenopausal risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy. *Gynecologic Oncology* 162(1): 88-96. DOI: 10.1016/j.ygyno.2021.04.038.
3. Koch, T; Jørgensen, JT; Christensen, J; Dehlendorff, C; Priskorn, L; Simonsen, MK; et al. (2021): Breast cancer rate after oophorectomy: A Prospective Danish Cohort Study. *International Journal of Cancer* 149(3): 585-593. DOI: 10.1002/ijc.33563.
4. Moss, KM; Mishra, GD; Krejany, EO; Hickey, M (2022): What happens after menopause? (WHAM): A prospective controlled study of symptom profiles up to 12 months after premenopausal risk-reducing salpingo-oophorectomy. *Gynecologic Oncology* 167(1): 58-64. DOI: 10.1016/j.ygyno.2022.07.029.
5. Olesen, CS; Koch, T; Uldbjerg, CS; Gregersen, LS; Christensen, J; Dehlendorff, C; et al. (2021): Cardiovascular mortality after bilateral oophorectomy: a prospective cohort study. *Menopause* 29(1): 28-34. DOI: 10.1097/gme.0000000000001873.

Nicht E8

1. Zimmerman, J; Brannstrom, M; Bergdahl, C; Aziz, A; Hermansson, J (2023): Long-Term Follow Up of Sexual Function and Steroid Levels in Women after Perimenopausal Hysterectomy with or without Concomitant Oophorectomy. *Journal of Clinical Medicine* 12: 4976. DOI: 10.3390/jcm12154976.

Nicht E10

1. Appiah, D; Schreiner, PJ; Bower, JK; Sternfeld, B; Lewis, CE; Wellons, MF (2015): Is Surgical Menopause Associated With Future Levels of Cardiovascular Risk Factor Independent of Antecedent Levels? The CARDIA Study. *American Journal of Epidemiology* 182(12): 991-999. DOI: 10.1093/aje/kwv162.

QI 612**Nicht E3**

1. Boggs, DA; Palmer, JR; Rosenberg, L (2014): Bilateral oophorectomy and risk of cancer in African American women. *Cancer Causes and Control* 25(4): 507-513. DOI: 10.1007/s10552-014-0353-y.
2. Chan, JK; Urban, R; Capra, AM; Jacoby, V; Osann, K; Whittemore, A; et al. (2014): Ovarian Cancer Rates After Hysterectomy With and Without Salpingo-Oophorectomy. *Obstetrics and Gynecology* 123(1): 65-72. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000061.

Nicht E5

1. Chow, S; Raine-Bennett, T; Samant, ND; Postlethwaite, DA; Holzapfel, M (2020): Breast cancer risk after hysterectomy with and without salpingo-oophorectomy for benign indications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 223(6): 900.e1-900.e7. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.06.040.
2. Cusimano, MC; Chiu, M; Ferguson, SE; Moineddin, R; Aktar, S; Liu, N; et al. (2021): Association of bilateral salpingo-oophorectomy with all cause and cause specific mortality: population based cohort study. *BMJ* 375: e067528. DOI: 10.1136/bmj-2021-067528.
3. Cusimano, MC; Ferguson, SE; Moineddin, R; Chiu, M; Aktar, S; Liu, N; et al. (2022): Ovarian cancer incidence and death in average-risk women undergoing bilateral salpingo-oophorectomy at benign hysterectomy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 226(2): 220.e1-220.e26. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.09.020.
4. Gottschau, M; Rosthoj, S; Settnes, A; Aalborg, GL; Viuff, JH; Munk, C; et al. (2023): Long-Term Health Consequences After Ovarian Removal at Benign Hysterectomy. A Nationwide Cohort Study. *Annals of Internal Medicine* 176(5): 596-604. DOI: 10.7326/m22-1628.
5. Rocca, WA; Gazzuola-Rocca, L; Smith, CY; Grossardt, BR; Faubion, SS; Shuster, LT; et al. (2016): Accelerated Accumulation of Multimorbidity After Bilateral Oophorectomy: A Population-Based Cohort Study. *Mayo Clinic Proceedings* 91(11): 1577-1589. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.08.002.
6. Soh, PQ; Cheng, C; Reddington, C; Dior, UP; Healey, M (2022): Oophorectomy for ovarian torsion – should this be abandoned? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 62(4): 548-552. DOI: 10.1111/ajo.13506.
7. Tuesley, KM; Protani, MM; Webb, PM; Dixon-Suen, SC; Wilson, LF; Stewart, LM; et al. (2020): Hysterectomy with and without oophorectomy and all-cause and cause-specific mortality. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 223(5): 723.e1-723.e16. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.04.037.

Nicht E7

1. Hickey, M; Moss, KM; Mishra, GD; Krejany, EO; Domchek, SM; Wark, JD; et al. (2021): What Happens After Menopause? (WHAM): A prospective controlled study of cardiovascular and metabolic risk 12 months after premenopausal risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy. *Gynecologic Oncology* 162(1): 88-96. DOI: 10.1016/j.ygyno.2021.04.038.
2. Koch, T; Jørgensen, JT; Christensen, J; Dehlendorff, C; Priskorn, L; Simonsen, MK; et al. (2021): Breast cancer rate after oophorectomy: A Prospective Danish Cohort Study. *International Journal of Cancer* 149(3): 585-593. DOI: 10.1002/ijc.33563.
3. Moss, KM; Mishra, GD; Krejany, EO; Hickey, M (2022): What happens after menopause? (WHAM): A prospective controlled study of symptom profiles up to 12 months after premenopausal risk-reducing salpingo-oophorectomy. *Gynecologic Oncology* 167(1): 58-64. DOI: 10.1016/j.ygyno.2022.07.029.
4. Olesen, CS; Koch, T; Uldbjerg, CS; Gregersen, LS; Christensen, J; Dehlendorff, C; et al. (2021): Cardiovascular mortality after bilateral oophorectomy: a prospective cohort study. *Menopause* 29(1): 28-34. DOI: 10.1097/gme.0000000000001873.
5. Zimmerman, J; Brannstrom, M; Bergdahl, C; Aziz, A; Hermansson, J (2023): Long-Term Follow Up of Sexual Function and Steroid Levels in Women after Perimenopausal Hysterectomy with or without Concomitant Oophorectomy. *Journal of Clinical Medicine* 12: 4976. DOI: 10.3390/jcm12154976.

Nicht E8

1. Farland, LV; Rice, MS; Degnan, WJ; Rexrode, KM; Manson, JE; Rimm, EB; et al. (2023): Hysterectomy With and Without Oophorectomy, Tubal Ligation, and Risk of Cardiovascular Disease in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health* 32(7): 747-756. DOI: 10.1089/jwh.2022.0207.
2. Gumussoy, S; Gumussoy, M; Hortu, I; Ergenoglu, AM (2020): The effect of surgical menopause after bilateral oophorectomy on hormonal changes, mucociliary clearance, and quality of life. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 277(10): 2793-2800. DOI: 10.1007/s00405-020-06164-8.

Nicht E10

1. Appiah, D; Schreiner, PJ; Bower, JK; Sternfeld, B; Lewis, CE; Wellons, MF (2015): Is Surgical Menopause Associated With Future Levels of Cardiovascular Risk Factor Independent of Antecedent Levels? The CARDIA Study. *American Journal of Epidemiology* 182(12): 991-999. DOI: 10.1093/aje/kwv162.

Literatur

Guyatt, GH; Oxman, AD; Vist, GE; Kunz, R; Vist, GE; Falck-Ytter, Y; et al. (2008): What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 336(7651): 995–998. DOI: 10.1136/bmj.39490.551019.BE.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 06.01.2025).

OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2021): OECD Secretary-General's Report to Ministers 2021. Paris, FR: OECD. DOI: 10.1787/8cd95b77-en.

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([2017]-a): [Search filters:] Observational Studies [Edinburgh, GB]: SIGN. URL: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/search-filters/> [Resources > Observational studies (Word) > Download] (abgerufen am: 06.01.2025).

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([2017]-b): [Search filters:] Randomised controlled trials. [Edinburgh, GB]: SIGN. URL: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/search-filters/> [Resources > Randomised controlled trials (Word)] (abgerufen am: 06.01.2025).

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([2017]-c): [Search filters:] Systematic Reviews. [Edinburgh, GB]: SIGN. URL: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/search-filters/> [Resources > Systematic reviews (Word) > Download] (abgerufen am: 06.01.2025).

Anhang C: Details zu den Indikatoren und Kennzahlen

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
1 QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)</i>	11
1.1 <i>Postoperative Wundinfektionen (fallbezogen stationär) (WI-S)</i>	11
Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	11
Bewertung des Erhebungsaufwands	15
1.2 <i>Postoperative Wundinfektionen (fallbezogen ambulant) (WI-A)</i>	16
Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	16
Bewertung des Erhebungsaufwands	18
2 QS-Verfahren <i>Cholezystektomie (QS CHE)</i>	20
Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	20
Bewertung des Erhebungsaufwands	26
3 QS-Verfahren <i>Nierenersatztherapie (QS NET)</i>	27
3.1 <i>Nierentransplantationen (NET-NTX)</i>	27
Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	27
Bewertung des Erhebungsaufwands	45
3.2 <i>Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen (NET-PNTX)</i>	46
Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	46
Bewertung des Erhebungsaufwands	56
4 QS-Verfahren <i>Transplantationsmedizin (QS TX)</i>	57
4.1 <i>Herztransplantationen (TX-HTX)</i>	57
Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	57
Bewertung des Erhebungsaufwands	62
4.2 <i>Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU)</i>	62
Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	62
Bewertung des Erhebungsaufwands	73
4.3 <i>Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX)</i>	73
Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	73
Bewertung des Erhebungsaufwands	78

4.4	Lebertransplantationen (TX-LTX)	79
	Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	79
	Bewertung des Erhebungsaufwands	86
4.5	Leberlebendspenden (TX-LLS)	86
	Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	86
	Bewertung des Erhebungsaufwands	96
4.6	Nierenlebendspenden (TX-NLS).....	97
	Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	97
	Bewertung des Erhebungsaufwands	107
5	QS-Verfahren <i>Perinatalmedizin (QS PM)</i>	109
5.1	Geburtshilfe (PM-GEBH)	109
	Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	109
	Bewertung des Erhebungsaufwands	122
5.2	Neonatologie (PM-NEO)	123
	Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	123
	Bewertung des Erhebungsaufwands	140
6	QS-Verfahren <i>Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)</i>	142
	Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium	142
	Bewertung des Erhebungsaufwands	149

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bewertung für den Qualitätsindikator „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)“ (ID 2500)	11
Tabelle 2: Bewertung für den Qualitätsindikator „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)“ (ID 2501)	12
Tabelle 3: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)“ (ID 2502)	12
Tabelle 4: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)“ (ID 2503)	13
Tabelle 5: Bewertung für die Kennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)“ (ID 342000).....	14
Tabelle 6: Bewertung des Aufwands in QS WI-S	15
Tabelle 7: Bewertung für den Qualitätsindikator „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)“ (ID 1500).....	16
Tabelle 8: Bewertung für den Qualitätsindikator „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)“ (ID 1501).....	17
Tabelle 9: Bewertung für die Kennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)“ (ID 332000)	17
Tabelle 10: Bewertung des Aufwands in QS WI-A	18
Tabelle 11: Bewertung für den Qualitätsindikator „Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58000).....	20
Tabelle 12: Bewertung für den Qualitätsindikator „Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58004)	21
Tabelle 13: Bewertung für den Qualitätsindikator „Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58002).....	21
Tabelle 14: Bewertung für den Qualitätsindikator „Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58003)	22
Tabelle 15: Bewertung für den Qualitätsindikator „Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 58001)	23
Tabelle 16: Bewertung für den Qualitätsindikator „Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres“ (ID 58005)	24

Tabelle 17: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen“ (ID 58006)	25
Tabelle 18: Bewertung des Aufwands in QS CHE	26
Tabelle 19: Bewertung für den Qualitätsindikator „Intra- oder postoperative Komplikationen“ (ID 572016)	27
Tabelle 20: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572017) ...	28
Tabelle 21: Bewertung für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572018)	29
Tabelle 22: Bewertung für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572019)	30
Tabelle 23: Bewertung für den Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572020)	31
Tabelle 24: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 302300)	32
Tabelle 25: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung“ (ID 572022)	33
Tabelle 26: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“ (ID 572023)	34
Tabelle 27: Bewertung für den Qualitätsindikator „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)“ (ID 572024)	35
Tabelle 28: Bewertung für den Qualitätsindikator „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)“ (ID 572025)	36
Tabelle 29: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation“ (ID 572026)	37
Tabelle 30: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation“ (ID 572027)	38
Tabelle 31: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation“ (ID 572028)	39
Tabelle 32: Bewertung für die Kennzahl „Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 572100)	40
Tabelle 33: Bewertung für die Kennzahl „Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 572101)	41
Tabelle 34: Bewertung für den Qualitätsindikator „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation“ (ID 572032)	42
Tabelle 35: Bewertung für die Kennzahl „Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation“ (ID 572033)	43
Tabelle 36: Bewertung für die Kennzahl „Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation“ (ID 572034)	44
Tabelle 37: Bewertung des Aufwands in QS NET-NTX	45
Tabelle 38: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572036) ...	46

Tabelle 39: Bewertung für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572037)	47
Tabelle 40: Bewertung für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572039).....	48
Tabelle 41: Bewertung für den Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572041).....	49
Tabelle 42: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 312300).....	50
Tabelle 43: Bewertung für den Qualitätsindikator „Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung“ (ID 572043).....	51
Tabelle 44: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)“ (ID 572044)	52
Tabelle 45: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)“ (ID 572045)	53
Tabelle 46: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)“ (ID 572046)	54
Tabelle 47: Bewertung für den Qualitätsindikator „Entfernung des Pankreastransplantats“ (ID 572047)	55
Tabelle 48: Bewertung des Aufwands in QS NET-PNTX	56
Tabelle 49: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2157)	57
Tabelle 50: Bewertung für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12253).....	58
Tabelle 51: Bewertung für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12269).....	59
Tabelle 52: Bewertung für den Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID12289).....	60
Tabelle 53: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 252300)	61
Tabelle 54: Bewertung des Aufwands in QS TX-HTX.....	62
Tabelle 55: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800).....	62
Tabelle 56: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (ID 251801)	63
Tabelle 57: Bewertung für den Qualitätsindikator „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD“ (ID 52385)	64
Tabelle 58: Bewertung für die Kennzahl „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD“ (ID 52386)	65
Tabelle 59: Bewertung für die Kennzahl „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH“ (ID 52387)	66

Tabelle 60: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sepsis bei Implantation eines LVAD“ (ID 52388).....	67
Tabelle 61: Bewertung für die Kennzahl „Sepsis bei Implantation eines BiVAD“ (ID 52389)	68
Tabelle 62: Bewertung für die Kennzahl „Sepsis bei Implantation eines TAH“ (ID 52390).....	69
Tabelle 63: Bewertung für den Qualitätsindikator „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD“ (ID 52391).....	70
Tabelle 64: Bewertung für die Kennzahl „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD“ (ID 52392).....	71
Tabelle 65: Bewertung für die Kennzahl „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH“ (ID 52393).....	72
Tabelle 66: Bewertung des Aufwands in QS TX-MKU	73
Tabelle 67: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2155)	73
Tabelle 68: Bewertung für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12397).....	74
Tabelle 69: Bewertung für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12413).....	75
Tabelle 70: Bewertung für den Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12433)	76
Tabelle 71: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 282300)	77
Tabelle 72: Bewertung des Aufwands in QS TX-LUTX.....	78
Tabelle 73: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tod durch operative Komplikationen“ (ID 2097).....	79
Tabelle 74: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2096)	80
Tabelle 75: Bewertung für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12349).....	81
Tabelle 76: Bewertung für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12365).....	82
Tabelle 77: Bewertung für den Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12385).....	83
Tabelle 78: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 272300)	84
Tabelle 79: Bewertung für den Qualitätsindikator „Postoperative Verweildauer“ (ID 2133).....	85
Tabelle 80: Bewertung des Aufwands in QS TX-LTX.....	86
Tabelle 81: Bewertung für den Qualitätsindikator „Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen“ (ID 2128)	86
Tabelle 82: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2125).....	87
Tabelle 83: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende“ (ID 12296)	88

Tabelle 84: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende“ (ID 12308)	89
Tabelle 85: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende“ (ID 262300).....	90
Tabelle 86: Bewertung für den Qualitätsindikator „Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich“ (ID 2127)	91
Tabelle 87: Bewertung für den Qualitätsindikator „Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich“ (ID 12549)	92
Tabelle 88: Bewertung für den Qualitätsindikator „Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich“ (ID 12561)	93
Tabelle 89: Bewertung für den Qualitätsindikator „Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)“ (ID 12609).....	94
Tabelle 90: Bewertung für den Qualitätsindikator „Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)“ (ID 12613)	95
Tabelle 91: Bewertung des Aufwands in QS TX-LLS	96
Tabelle 92: Bewertung für den Qualitätsindikator „Intra- oder postoperative Komplikationen“ (ID 51567).....	97
Tabelle 93: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2137)	98
Tabelle 94: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende“ (ID 12440)	99
Tabelle 95: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende“ (ID 12452)	100
Tabelle 96: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende“ (ID 292300)	101
Tabelle 97: Bewertung für den Qualitätsindikator „Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich“ (ID 2138)	102
Tabelle 98: Bewertung für den Qualitätsindikator „Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)“ (ID 12636).....	103
Tabelle 99: Bewertung für den Qualitätsindikator „Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)“ (ID 12640)	104
Tabelle 100: Bewertung für den Qualitätsindikator „Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende“ (ID 51997)	105
Tabelle 101: Bewertung für den Qualitätsindikator „Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende“ (ID 51998)	106
Tabelle 102: Bewertung des Aufwands in QS TX-NLS	107
Tabelle 103: Bewertung für die Kennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330)	109
Tabelle 104: Bewertung für den Qualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045).....	110

Tabelle 105: Bewertung für den Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249)	111
Tabelle 106: Bewertung für den Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058)	112
Tabelle 107: Bewertung für die Kennzahlen „Azidose bei reifen Einlingen (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 321/ID 51397)	113
Tabelle 108: Bewertung für den Qualitätsindikator „Azidose bei frühgeborenen Einlingen“ (ID 51831)	114
Tabelle 109: Bewertung für den Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318).....	115
Tabelle 110: Bewertung für den Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803)	116
Tabelle 111: Bewertung für die Kennzahl „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ (ID 181800)	117
Tabelle 112: Bewertung für den Qualitätsindikator „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ (ID 331)	118
Tabelle 113: Bewertung für den Qualitätsindikator „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182010)	119
Tabelle 114: Bewertung für den Qualitätsindikator „Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182011)	120
Tabelle 115: Bewertung für den Qualitätsindikator „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182014)	121
Tabelle 116: Bewertung des Aufwands in QS PM-GEBH	122
Tabelle 117: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070)	123
Tabelle 118: Bewertung für die Kennzahlen „Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51832/51837).....	124
Tabelle 119: Bewertung für die Kennzahlen „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51076/50050)	125
Tabelle 120: Bewertung für die Kennzahl „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus“ (ID 222200)	126
Tabelle 121: Bewertung für die Kennzahlen „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51838/51843)	127
Tabelle 122: Bewertung für die Kennzahl „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK“ (ID 222201).....	128
Tabelle 123: Bewertung für die Kennzahlen „Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51077/50051)	129

Tabelle 124: Bewertung für die Kennzahlen „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51079/50053)	130
Tabelle 125: Bewertung für die Kennzahlen „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51078/50052).....	132
Tabelle 126: Bewertung für den Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901).....	133
Tabelle 127: Bewertung für den Qualitätsindikator „Nosokomiale Infektion“ (ID 50060).....	134
Tabelle 128: Bewertung für den Qualitätsindikator „Pneumothorax unter oder nach Beatmung“ (ID 50062).....	135
Tabelle 129: Bewertung für den Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262)	136
Tabelle 130: Bewertung für den Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063)...	137
Tabelle 131: Bewertung für den Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069)	138
Tabelle 132: Bewertung für den Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074).....	139
Tabelle 133: Bewertung des Aufwands im Auswertungsmodul PM-NEO	140
Tabelle 134: Bewertung für den Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ (ID 51906)....	142
Tabelle 135: Bewertung für den Qualitätsindikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaringriff mit Gewebeentfernung“ (ID 12874).....	143
Tabelle 136: Bewertung für den Qualitätsindikator „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (ID 10211)	144
Tabelle 137: Bewertung für den Qualitätsindikator „Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ (ID 60685).....	145
Tabelle 138: Bewertung für den Qualitätsindikator „Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ (ID 60686).....	146
Tabelle 139: Bewertung für den Qualitätsindikator „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (ID 612).....	147
Tabelle 140: Bewertung für den Qualitätsindikator „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (ID 52283)	148
Tabelle 141: Bewertung des Aufwands in QS GYN-OP.....	149

1 QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

1.1 Postoperative Wundinfektionen (fallbezogen stationär) (WI-S)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 1: Bewertung für den Qualitätsindikator „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)“ (ID 2500)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch ¹
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	4364,48 (eher hoch)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	29,01 % (hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

¹ für A1-Infektionen: „gering“

Tabelle 2: Bewertung für den Qualitätsindikator „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)“ (ID 2501)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch ²
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1750,32 (eher hoch)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	20,14 % (eher hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Tabelle 3: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)“ (ID 2502)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	

² für A1-Infektionen: „gering“

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	2863,57 (eher hoch)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	24,29 % (eher hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Tabelle 4: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)“ (ID 2503)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1446,93 (eher hoch)	eher hoch

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	17,70 % (mittel)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Tabelle 5: Bewertung für die Kennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)“ (ID 342000)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	115,37 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	7,83 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 6: Bewertung des Aufwands in QS WI-S

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund-gesamtheit [n]	Auf-wand [AE]	Bewertung
2500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	1.157.480	107.639	eher hoch
2501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1.008.994	93.831	mittel
2502	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)	1.157.480	107.639	eher hoch
2503	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	1.157.480	93.831	mittel
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	19.192	1.785	eher gering

1.2 Postoperative Wundinfektionen (fallbezogen ambulant) (WI-A)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 7: Bewertung für den Qualitätsindikator „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)“ (ID 1500)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch ³
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	33,03 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	3,78 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

³ für A1-Infektionen: „gering“

Tabelle 8: Bewertung für den Qualitätsindikator „Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)“ (ID 1501)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch ⁴
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,46 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	2,34 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Tabelle 9: Bewertung für die Kennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)“ (ID 332000)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	

⁴ für A1-Infektionen: „gering“

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	2,28 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,17 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 10: Bewertung des Aufwands in QS WI-A

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund-gesamtheit [n]	Auf-wand [AE]	Bewertung
1500	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	561.134	52.182	mittel
1501	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	54.303	5.050	eher gering

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund- gesamtheit [n]	Auf- wand [AE]	Bewertung
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen post-operativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	409	38	gering

2 QS-Verfahren Cholezystektomie (QS CHE)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 11: Bewertung für den Qualitätsindikator „Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58000)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	98,43 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	7,38 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,45 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	nein	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 12: Bewertung für den Qualitätsindikator „Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58004)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	485,96 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	9,15 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,36 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch

Tabelle 13: Bewertung für den Qualitätsindikator „Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58002)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
patientenrelevanten Merkmal			
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	520,43 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	12,51 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,54 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	vollständig
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 14: Bewertung für den Qualitätsindikator „Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen“ (ID 58003)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	273,96	mittel

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Potenzial zur Verbesserung		(mittel)	
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	8,50 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,36 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 15: Bewertung für den Qualitätsindikator „Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 58001)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1.710,23 (eher hoch)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	18,46 % (mittel)	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,26 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	vollständig
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 16: Bewertung für den Qualitätsindikator „Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres“ (ID 58005)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	368,24 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	10,22 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,17 % (gering)	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 17: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen“ (ID 58006)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	461,55 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	9,86 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,43 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 18: Bewertung des Aufwands in QS CHE

ID	Bezeichnung des Indikators	Grundgesamtheit [n]	Aufwand [AE]	Bewertung
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	158.571	65.392	mittel
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	158.571	64.683	mittel
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	158.571	79.914	mittel
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	158.571	104.560	eher hoch
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	149.434	13.964	mittel
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	149.434	13.964	mittel
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	149.434	13.964	mittel

3 QS-Verfahren Nierenersatztherapie (QS NET)

3.1 Nierentransplantationen (NET-NTX)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 19: Bewertung für den Qualitätsindikator „Intra- oder postoperative Komplikationen“ (ID 572016)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	36,08 (eher gering)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	23,08 % (eher hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	2,56 % (mittel)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungsverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 20: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572017)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	5,13 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,00 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 21: Bewertung für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572018)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1,19 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	7,89 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 22: Bewertung für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572019)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	13,06 (eher gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	12,82 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 23: Bewertung für den Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572020)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	4,98 (gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	13,16 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 24: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 302300)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	nicht geprüft		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	206,63 (mittel)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	48,72 % (hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 25: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung“ (ID 572022)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	85,94 (eher gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	25,64 % (hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	2,56 % (mittel)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 26: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“ (ID 572023)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	4,35 (gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	10,81 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	8,33 % (hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 27: Bewertung für den Qualitätsindikator „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)“ (ID 572024)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	8,60 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	10,53 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	vollständig
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 28: Bewertung für den Qualitätsindikator „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)“ (ID 572025)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	vollständig
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 29: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation“ (ID 572026)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	2,63 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 30: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation“ (ID 572027)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	30,44 (eher gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	13,16 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 31: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation“ (ID 572028)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	5,26 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 32: Bewertung für die Kennzahl „Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 572100)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	16,69 (eher gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	13,16 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	gering
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	nein	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	nein	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 33: Bewertung für die Kennzahl „Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ (ID 572101)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	16,69 (eher gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	13,16 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	gering
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	nein	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	nein	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 34: Bewertung für den Qualitätsindikator „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation“ (ID 572032)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	19,37 (eher gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	15,79 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 35: Bewertung für die Kennzahl „Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation“ (ID 572033)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	20,14 (eher gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	15,79 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 36: Bewertung für die Kennzahl „Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation“ (ID 572034)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	18,22 (eher gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	15,79 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 37: Bewertung des Aufwands in QS NET-NTX

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund- gesamtheit [n]	Auf- wand [AE]	Bewertung
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen	2.038	40.539	mittel
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	2.038	1.699	eher gering
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	1.765	3.916	eher gering
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	1.703	3.778	eher gering
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	1.227	2.722	eher
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organ- spende bis zur Entlassung	1.419	19.288	mittel
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	603	8.196	eher gering
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	1.207	7.456	eher gering
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	510	3.150	eher gering
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	1.623	7.077	eher gering
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	1.475	6.432	eher gering
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	1.026	4.474	eher gering
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	1.794	10.854	mittel
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Ab- stoßungen innerhalb von 90 Tagen	1.794	10.854	mittel
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	1.794	5.053	eher gering
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	1.634	4.602	eher gering

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund- gesamtheit [n]	Auf- wand [AE]	Bewertung
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation	1.148	2.858	eher gering

3.2 Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen (NET-PNTX)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 38: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 572036)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,90 (gering)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	10,00 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	4,76 % (eher hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 39: Bewertung für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572037)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1,71 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	5,88 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 40: Bewertung für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572039)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	2,08 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	5,56 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 41: Bewertung für den Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 572041)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 42: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 312300)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Nicht geprüft		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	6,81 (gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	13,04 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 43: Bewertung für den Qualitätsindikator „Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung“ (ID 572043)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,00 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 44: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)“ (ID 572044)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1,32 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 45: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)“ (ID 572045)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	4,48 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 46: Bewertung für die Kennzahl „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)“ (ID 572046)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1,83 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 47: Bewertung für den Qualitätsindikator „Entfernung des Pankreastransplantats“ (ID 572047)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	9,52 % (hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stimmnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 48: Bewertung des Aufwands in QS NET-PNTX

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund- gesamtheit [n]	Auf- wand [AE]	Bewertung
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	100	83	gering
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Sta- tus	44	98	gering
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Sta- tus	56	124	gering
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Sta- tus	60	133	gering
312300	Unbekannter Follow-up-Status inner- halb von 3 Jahren nach der Transplanta- tion	168	373	gering
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	97	4.800	eher gering
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunk- tion (1 Jahr nach Transplantation)	45	175	gering
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunk- tion (2 Jahre nach Transplantation)	54	209	gering
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunk- tion (3 Jahre nach Transplantation)	58	206	gering
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	100	336	gering

4 QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX)

4.1 Herztransplantationen (TX-HTX)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 49: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2157)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	21,05 % (hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 50: Bewertung für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12253)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	17,65 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 51: Bewertung für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12269)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	7,98 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	10,00 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 52: Bewertung für den Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID12289)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	6,42 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	10,53 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 53: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 252300)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Nicht geprüft		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	46,94 (eher gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	28,57 % (hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 54: Bewertung des Aufwands in QS TX-HTX

ID	Bezeichnung des Indikators	Grundgesamtheit [n]	Aufwand [AE]	Bewertung
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	313	620	gering
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	304	865	gering
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	288	820	gering
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	196	558	gering
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	842	2.396	eher gering

4.2 Herzunterstützungssysteme/Kunsterzen (TX-MKU)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 55: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems“ (ID 251800)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,81 (gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	1,72 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	9,43 % (hoch)	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 56: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (ID 251801)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	mittel	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	10,12 (eher gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	2,70 % (mittel)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 57: Bewertung für den Qualitätsindikator „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD“ (ID 52385)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	9,11 (gering)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	5,17 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	3,77 % (eher hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 58: Bewertung für die Kennzahl „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD“ (ID 52386)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,67 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	7,69 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 59: Bewertung für die Kennzahl „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH“ (ID 52387)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 60: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sepsis bei Implantation eines LVAD“ (ID 52388)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	11,41 (eher gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	17,24 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	7,55 % (hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 61: Bewertung für die Kennzahl „Sepsis bei Implantation eines BiVAD“ (ID 52389)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	7,69 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 62: Bewertung für die Kennzahl „Sepsis bei Implantation eines TAH“ (ID 52390)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 63: Bewertung für den Qualitätsindikator „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD“ (ID 52391)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	5,17 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,00 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 64: Bewertung für die Kennzahl „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD“ (ID 52392)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 65: Bewertung für die Kennzahl „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH“ (ID 52393)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 66: Bewertung des Aufwands in QS TX-MKU

ID	Bezeichnung des Indikators	Grundgesamtheit [n]	Aufwand [AE]	Bewertung
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	696	7.572	eher gering
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	635	6.908	eher gering
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	678	3.814	eher gering
52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	20	112	gering
52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	3	17	gering
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	678	2.303	eher gering
52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	20	68	gering
52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	3	10	gering
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	678	2.303	eher gering
52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	20	68	gering
52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	3	10	gering

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

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 67: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2155)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1,39 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	10,00 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,00 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 68: Bewertung für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12397)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	2,27 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	10,00 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 69: Bewertung für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12413)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	7,29 (gering)	eher hoch

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	20,00 % (eher hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 70: Bewertung für den Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12433)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	3,08 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	9,09 % (eher gering)	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 71: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 282300)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Nicht geprüft		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	6,96 (gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	33,33 % (hoch)	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 72: Bewertung des Aufwands in QS TX-LUTX

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund-gesamtheit [n]	Auf-wand [AE]	Bewertung
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	267	138	gering
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	244	1.012	eher gering
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	283	1.174	eher gering
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	246	1.021	eher gering
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation	783	3.248	eher gering

4.4 Lebertransplantationen (TX-LTX)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 73: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tod durch operative Komplikationen“ (ID 2097)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	4,15 (gering)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	5,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	4,76 % (eher hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 74: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2096)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	20,01 (eher gering)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	15,00 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	4,76 % (eher hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stimmnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 75: Bewertung für den Qualitätsindikator „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12349)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	20,57 (eher gering)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	23,81 % (eher hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 76: Bewertung für den Qualitätsindikator „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12365)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	19,57 (eher gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	28,57 % (hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 77: Bewertung für den Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status“ (ID 12385)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	4,04 (gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	15,00 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 78: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation“ (ID 272300)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Nicht geprüft		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	51,66 (eher gering)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	23,81 % (eher hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 79: Bewertung für den Qualitätsindikator „Postoperative Verweildauer“ (ID 2133)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	mittel
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	24,98 (eher gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	25,00 % (hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	14,29 % (hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	nein	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 80: Bewertung des Aufwands in QS TX-LTX

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund- gesamtheit [n]	Auf- wand [AE]	Bewertung
2097	Tod durch operative Komplikationen	828*	0	gering
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	828	748	gering
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Sta- tus	638	1.913	eher gering
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Sta- tus	694	2.081	eher gering
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Sta- tus	510	1.529	eher gering
272300	Unbekannter Follow-up-Status inner- halb von 3 Jahren nach der Transplanta- tion	1.919	5.754	eher gering
2133	Postoperative Verweildauer	762	689	gering

* Der QI „Tod durch operative Komplikationen“ ist eine Teilmenge des QI „Sterblichkeit im Krankenhaus“ und erzeugt daher keine separaten Aufwandseinheiten.

4.5 Leberlebendspenden (TX-LLS)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 81: Bewertung für den Qualitätsindikator „Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen“ (ID 2128)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	hoch

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	9,09 % (hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 82: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2125)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	hoch	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,00 % (gering)	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt, da keine Fälle auftraten.

Tabelle 83: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende“ (ID 12296)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 84: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende“ (ID 12308)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 85: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende“ (ID 262300)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	mittel
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	mittel	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	entfällt	nicht geprüft, da gesetzlich normiert	-
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	3,21 (gering)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	25,00 % (hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 86: Bewertung für den Qualitätsindikator „Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich“ (ID 2127)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt, da keine Fälle auftraten.

Tabelle 87: Bewertung für den Qualitätsindikator „Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich“ (ID 12549)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 88: Bewertung für den Qualitätsindikator „Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich“ (ID 12561)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 89: Bewertung für den Qualitätsindikator „Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)“ (ID 12609)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	mittel
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	mittel	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 90: Bewertung für den Qualitätsindikator „Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)“ (ID 12613)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	mittel
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	mittel	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 91: Bewertung des Aufwands in QS TX-LLS

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund-gesamtheit [n]	Auf-wand [AE]	Bewertung
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	50	186	gering
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	50	13	gering
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberle-bendspende	33	29	gering
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberle-bendspende	33	29	gering
262300	Unbekannter Follow-up-Status inner-halb von 3 Jahren nach Leberle-bendspende	70	44	gering
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	50	13	gering

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund- gesamtheit [n]	Auf- wand [AE]	Bewertung
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	33	48	gering
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	33	48	gering
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	20	41	gering
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	24	63	gering

4.6 Nierenlebendspenden (TX-NLS)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 92: Bewertung für den Qualitätsindikator „Intra- oder postoperative Komplikationen“ (ID 51567)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	3,28 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	8,11 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 93: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 2137)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt, da keine Fälle auftraten.

Tabelle 94: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende“ (ID 12440)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 95: Bewertung für den Qualitätsindikator „Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende“ (ID 12452)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 96: Bewertung für den Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende“ (ID 292300)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	mittel
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	mittel	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	entfällt	nicht geprüft, da gesetzlich normiert	-
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	106,34 (mittel)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	36,11 % (hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 97: Bewertung für den Qualitätsindikator „Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich“ (ID 2138)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	gegeben
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt, da keine Fälle auftraten.

Tabelle 98: Bewertung für den Qualitätsindikator „Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)“ (ID 12636)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 99: Bewertung für den Qualitätsindikator „Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)“ (ID 12640)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	hoch
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	0,00 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 100: Bewertung für den Qualitätsindikator „Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende“ (ID 51997)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	mittel
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	mittel	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	2,73 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	8,57 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Tabelle 101: Bewertung für den Qualitätsindikator „Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende“ (ID 51998)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	n.e.	mittel
	2: Dauer	n.e.	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	mittel	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,24 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	6,25 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	- (unbekannt)	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	gegeben
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	n.z.*	

* Im betrachteten Auswertungsjahr wurde kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt.

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 102: Bewertung des Aufwands in QS TX-NLS

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund-gesamtheit [n]	Auf-wand [AE]	Bewertung
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	609	1.287	eher gering
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	609	0	gering
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	425	261	gering
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	262	161	gering
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	823	506	gering
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	609	322	gering

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund- gesamtheit [n]	Auf- wand [AE]	Bewertung
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	383	1.683	eher gering
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	241	1.059	eher gering
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	371	1.895	eher gering
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	234	1.195	eher gering

5 QS-Verfahren Perinatalmedizin (QS PM)

5.1 Geburtshilfe (PM-GEBH)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 103: Bewertung für die Kennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	1: starke Empfehlung aus hochwertiger Leitlinie	ja	gegeben
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	133,76 (mittel)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	18,86 % (eher hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	1,42 % (eher gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	nein	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL/ § 11 plan. QI-RL	DeQS-RL: mind. 1 qualitative Auffälligkeit plan. QI-RL: 0 = keine unzureichende Qualität	

Tabelle 104: Bewertung für den Qualitätsindikator „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	mittel	mittel
	2: Dauer	mittel	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	mittel	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	1: starke Empfehlung aus hochwertiger Leitlinie	ja	gegeben
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1.380,19 (eher hoch)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	31,99 % (hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,16 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL/§ 11 plan. QI-RL	DeQS: 0 = keine qualitative Auffälligkeit plan. QI-RL: mind. 1 unzureichende Qualität	

Tabelle 105: Bewertung für den Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	18.475,89 (hoch)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	49,52 % (hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	6,16 % (hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 106: Bewertung für den Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	1: starke Empfehlung aus hochwertiger Leitlinie	ja	gegeben
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	3,54 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	1,01 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL/ § 11 plan. QI-RL	DeQS: 0 = keine qualitative Auf- fälligkeit plan. QI-RL: mind. 1 unzu- reichende Quali- tät	

Tabelle 107: Bewertung für die Kennzahlen „Azidose bei reifen Einlingen (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 321/ID 51397)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	rohe Rate: 264,19 (mittel) risikoadjustierte Rate: 267,63 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	rohe Rate: 10,61 % (eher gering) risikoadjustierte Rate: 10,77 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	kein StnV erfolgt	

Tabelle 108: Bewertung für den Qualitätsindikator „Azidose bei frühgeborenen Einlingen“ (ID 51831)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,83 (gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	3,61 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	1,28 % (eher gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 109: Bewertung für den Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	1: starke Empfehlung aus hochwertiger Leitlinie	ja	gegeben
	interne Evidenz	ja	
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	140,50 (mittel)	hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	21,40 % (eher hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	5,67 % (hoch)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL/§ 11 plan. QI-RL	DeQS: mind. 1 qualitative Auffälligkeit plan. QI-RL: mind. 1 unzureichende Qualität	

Tabelle 110: Bewertung für den Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	673,17 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	14,47 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	1,77 % (eher gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL/§ 11 plan. QI-RL	DeQS: mind. 1 qualitative Auffälligkeit plan. QI-RL: mind. 1 unzureichende Qualität	

Tabelle 111: Bewertung für die Kennzahl „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ (ID 181800)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	50,98 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	7,62 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,63 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 112: Bewertung für den Qualitätsindikator „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ (ID 331)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,00 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	3,21 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	kein StnV erfolgt	

Tabelle 113: Bewertung für den Qualitätsindikator „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182010)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	entfällt	nicht geprüft, da untergesetzlich in der QFR-RL normiert	nicht geprüft
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	0,38 (gering)	gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	3,90 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	nein	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	kein StnV erfolgt	

Tabelle 114: Bewertung für den Qualitätsindikator „Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182011)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	entfällt	nicht geprüft, da untergesetzlich in der QFR-RL normiert	nicht geprüft
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	155,87 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	16,42 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	nein	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	kein StnV erfolgt	

Tabelle 115: Bewertung für den Qualitätsindikator „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182014)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	entfällt	nicht geprüft, da untergesetzlich in der QFR-RL normiert	nicht geprüft
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1.552,47 (eher hoch)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	22,49 % (eher hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	nein	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	kein StnV erfolgt	

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 116: Bewertung des Aufwands in QS PM-GEBH

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund- gesamtheit [n]	Auf- wand [AE]	Bewertung
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	6.408	343.442	eher hoch
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	219.354	113.938	eher hoch
52249	Kaiserschnittgeburt	658.823	1.374.496	hoch
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	8.920	13.380	mittel
321/51397	Azidose bei reifen Einlingen (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)	427.486	rohe Rate: kein zu- sätzlicher Aufwand risikoad- justierte Rate: 1.246.049	hoch
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	37.130	734.260	eher hoch
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	20.031	356.113	eher hoch
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	617.518	3.163.412	hoch
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	440.942	1.722.278	hoch
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	663.556	0	gering
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	65.586	90.829	eher hoch
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	77.051	199.708	eher hoch

ID	Bezeichnung des Indikators	Grundgesamtheit [n]	Aufwand [AE]	Bewertung
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	202.551	524.991	eher hoch

5.2 Neonatologie (PM-NEO)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 117: Bewertung für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	13,21 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	5,84 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	1,48 % (eher gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 118: Bewertung für die Kennzahlen „Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51832/51837)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 34,14 (eher gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 14,05 (eher gering) 	n. e. ⁵
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 7,69 % (eher gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 5,13 % (gering) 	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	

⁵ Die Kennzahlen fließen als Ebene in den Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) ein. Das Potenzial zur Verbesserung bzw. der Aufwand der Messung wird für diese Kennzahlen daher in diesem Qualitätsindikator berücksichtigt.

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 119: Bewertung für die Kennzahlen „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51076/50050)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 15,53 (eher gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 5,88 (gering) 	n. e. ⁶

⁶ Die Kennzahlen fließen als Ebene in den Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) ein. Das Potenzial zur Verbesserung bzw. der Aufwand der Messung wird für diese Kennzahlen daher in diesem Qualitätsindikator berücksichtigt.

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 5,66 % (gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 4,53 % (gering) 	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 120: Bewertung für die Kennzahl „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus“ (ID 222200)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	7,84 (gering)	gering

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	4,27 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 121: Bewertung für die Kennzahlen „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51838/51843)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 30,12 (eher gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
		26,31 (eher gering)	n. e. ⁷
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 5,86 % (gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 5,86 % (gering) 	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 122: Bewertung für die Kennzahl „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK“ (ID 222201)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	

⁷ Die Kennzahlen fließen als Ebene in den Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) ein. Das Potenzial zur Verbesserung bzw. der Aufwand der Messung wird für diese Kennzahlen daher in diesem Qualitätsindikator berücksichtigt.

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	36,14 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	5,52 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 123: Bewertung für die Kennzahlen „Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51077/50051)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 10,84 (eher gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 10,19 (eher gering) 	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 6,08 % (gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 6,08 % (gering) 	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 124: Bewertung für die Kennzahlen „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51079/50053)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt- bewertung
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 38,11 (eher gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 24,70 (eher gering) 	n. e. ⁸
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 7,28 % (eher gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 6,90 % (eher gering) 	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

⁸ Die Kennzahlen fließen als Ebene in den Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) ein. Das Potenzial zur Verbesserung bzw. der Aufwand der Messung wird für diese Kennzahlen daher in diesem Qualitätsindikator berücksichtigt.

Tabelle 125: Bewertung für die Kennzahlen „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate)“ (ID 51078/50052)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 54,81 (eher gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 38,83 (eher gering) 	n. e. ⁹
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: 11,63 % (eher gering) ▪ risikoadjustierte Rate: 11,16 % (eher gering) 	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	kein StnV erfolgt	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

⁹ Die Kennzahlen fließen als Ebene in den Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) ein. Das Potenzial zur Verbesserung bzw. der Aufwand der Messung wird für diese Kennzahlen daher in diesem Qualitätsindikator berücksichtigt.

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	0 = keine qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 126: Bewertung für den Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	44,47 (eher gering)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	6,55 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	2,66 % (mittel)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 127: Bewertung für den Qualitätsindikator „Nosokomiale Infektion“ (ID 50060)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	89,00 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	8,33 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,25 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 128: Bewertung für den Qualitätsindikator „Pneumothorax unter oder nach Beatmung“ (ID 50062)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	75,67 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	8,02 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,56 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stimmnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 129: Bewertung für den Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	mittelmäßig	mittel
	2: Dauer	mittelmäßig	
	3: Wertvorstellungen	mittel	
	4: Sicherheit der Einschätzung	mittel	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	1: starke Empfehlung aus hochwertiger Leitlinie	nein	nicht gegeben
	2: hochwertige Evidenz aus RCTs	nein	
	3: Hinweise aus Kohortenstudien	nein	
	4: Vertrauenswürdigkeit der Kohortenstudien	entfällt	
	5: positive Nutzenabwägung	nein	
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	243,44 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	16,17 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,67 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	mittel
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	mittel	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	-	-
	2: plausible QS-Maßnahme	-	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	-	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 130: Bewertung für den Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	entfällt	nicht geprüft, da untergesetzlich in der Kinder-RL normiert	nicht geprüft
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	719,22 (mittel)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	24,94 % (eher hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	1,46 % (eher gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 131: Bewertung für den Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	hoch	hoch
	2: Dauer	hoch	
	3: Wertvorstellungen	sehr	
	4: Sicherheit der Einschätzung	hoch	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	75,33 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	10,80 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	1,01 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Tabelle 132: Bewertung für den Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	hoch	hoch
	2: Dauer	hoch	
	3: Wertvorstellungen	sehr	
	4: Sicherheit der Einschätzung	hoch	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	558,57 (mittel)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	20,38 % (eher hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	2,29 % (eher gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	eher hoch
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	eher hoch	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	mind. 1 qualitative Auffälligkeit	

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 133: Bewertung des Aufwands im Auswertungsmodul PM-NEO

ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Grundgesamtheit [n]	Aufwand [AE]	Bewertung
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	76.629	74.893	mittel
51832/51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe bzw. risikoadjustierte Rate) (Kennzahl)	8.478	kein zusätzlicher Aufwand	n. e. ¹⁰
51076/50050	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate) (Kennzahl)	8.362	kein zusätzlicher Aufwand	n. e. ¹⁰
222200	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus (Kennzahl)	9.048	86.433	mittel
51838/51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate) (Kennzahl)	9.221	kein zusätzlicher Aufwand	n. e. ¹⁰
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK (Kennzahl)	9.221	120.900	eher hoch
51077/50051	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate) (Kennzahl)	7.712	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rohe Rate: kein zusätzlicher Aufwand ▪ risikoadjustierte Rate: 59.913 	mittel
51079/50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate) (Kennzahl)	6.139	kein zusätzlicher Aufwand	n. e. ¹⁰
51078/50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe bzw. risikoadjustierte Rate) (Kennzahl)	4.290	kein zusätzlicher Aufwand	n. e. ¹⁰

¹⁰ Die Kennzahlen fließen als Ebene in den Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) ein. Das Potenzial zur Verbesserung bzw. der Aufwand der Messung wird für diese Kennzahlen daher in diesem Qualitätsindikator berücksichtigt.

ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Grundgesamtheit [n]	Aufwand [AE]	Bewertung
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	9.221	321.814	eher hoch
50060	Nosokomiale Infektion	74.185	177.106	eher hoch
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	32.304	128.475	eher hoch
52262	Zunahme des Kopfumfangs	11.710	126.791	eher hoch
50063	Durchführung eines Hörtests	83.560	74.691	mittel
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	9.170	17.726	mittel
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	76.986	194.513	eher hoch

6 QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Bewertung der Leitfragen/Unterkriterien je Eignungskriterium

Tabelle 134: Bewertung für den Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ (ID 51906)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	60,03 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	5,96 % (gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,21 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	ja	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stimmnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	ja	

Tabelle 135: Bewertung für den Qualitätsindikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung“ (ID 12874)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	98,79 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	6,66 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,63 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	ja	

Tabelle 136: Bewertung für den Qualitätsindikator „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (ID 10211)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	188,03 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	11,05 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV ¹¹	1,36 % (eher gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	ja	

¹¹ Einschließlich Anteil der LE, deren Versorgungsqualität in einem Stellungnahmeverfahren gemäß § 11 plan.QI-RL als „qualitativ unzureichend“ beurteilt wurde.

Tabelle 137: Bewertung für den Qualitätsindikator „Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ (ID 60685)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	51,33 (eher gering)	eher gering
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	6,96 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	1,95 % (eher gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	ja	

Tabelle 138: Bewertung für den Qualitätsindikator „Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ (ID 60686)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	336,07 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	11,64 % (eher gering)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	1,68 & (eher gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	ja	

Tabelle 139: Bewertung für den Qualitätsindikator „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (ID 612)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamtbewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant		
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	397,70 (mittel)	mittel
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	14,55 % (mittel)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	1,62 % (eher gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	nein	mittel
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	nein	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	ja	

Tabelle 140: Bewertung für den Qualitätsindikator „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (ID 52283)

Kriterium	Leitfragen/Unterkriterien	Ergebnis	Gesamt-bewertung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	1: Schwere/Ausprägung	sehr	hoch
	2: Dauer	sehr	
	3: Wertvorstellungen	hoch	
	4: Sicherheit der Einschätzung	sehr	
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	1: starke Empfehlung aus hochwertiger Leitlinie	ja	gegeben
Potenzial zur Verbesserung	Kennzahl 1: Anzahl verbesserbarer Ereignisse	1.048,26 (eher hoch)	eher hoch
	Kennzahl 2: Anteil LE mit Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert	19,74 % (eher hoch)	
	Kennzahl 3: Anteil LE mit Einstufung als „qualitativ auffällig“ im StnV	0,41 % (gering)	
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	1: Gestaltungsmöglichkeit durch die LE	kein Ergebnis-QI	ja
	2: Verantwortlichkeit der LE	ja	
	3: Zuschreibung bei mehreren LE	vollständig	
Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss	1: Anlass für interne QM-Maßnahmen	ja	ja
	2: plausible QS-Maßnahme	ja	
	3: Zeitabstand zur Versorgungsmaßnahme	ja	
Validität	1: Abdeckung aller interessierenden Fälle	ja	hoch
	2: Ausschluss irrelevanter Fälle	ja	
	3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse	ja	
	5: Übereinstimmung mit Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL	js	

Bewertung des Erhebungsaufwands

Tabelle 141: Bewertung des Aufwands in QS GYN-OP

ID	Bezeichnung des Indikators	Grund- gesamtheit [n]	Auf- wand [AE]	Bewertung
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	134.387	546.713	eher hoch
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	32.820	26.351	mittel
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	15.023	39.314	mittel
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	39.191	139.707	eher hoch
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	9.732	34.530	mittel
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	34.530	90.362	mittel
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	95.113	919.004	eher hoch

Anhang D: Einbindung externer Expertise

Für die im Bericht dargestellte Überprüfung der übrigen sechs QS-Verfahren wurden die Expertengremien auf Bundesebene¹ im Rahmen der Frühjahrs- bzw. Herbstsitzungen oder zusätzlicher Sondersitzungen eingebunden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Einbindung der Expertengremien auf Bundesebene in die Überprüfung der QS-Verfahren

QS-Verfahren	Frühjahrssitzung <i>(ganztägige Beratung / halbtägige Beratung / Beratung als Tagesordnungspunkt)</i>	Sondersitzung <i>(ganztägige Beratung / halbtägige Beratung)</i>	Herbstsitzung <i>(ganztägige Beratung / halbtägige Beratung / Beratung als Tagesordnungspunkt)</i>
QS WI	keine Beratung der Verfahrensüberprüfung	10.06.2024 (ganztägige Beratung) 27.06.2024 (ganztägige Beratung)	10.10.2024 (ganztägige Beratung)
QS CHE	15.05.2024 (ganztägige Beratung)	03.07.2024 (ganztägige Beratung)	-
QS NET	22.05.2024 (Beratung als Tagesordnungspunkt)	10.07.2024 (halbtägige Beratung) 30.01.2025 (halbtägige Beratung)	-
QS TX	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HTX/MKU/LUTX: 15.05.2024 (Beratung als Tagesordnungspunkt) ▪ LTX/LLS: 06.05.2024 (Beratung als Tagesordnungspunkt) ▪ NLS: 22.05.2024 (Beratung als Tagesordnungspunkt) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HTX/MKU/LUTX: 03.07.2024 (halbtägige Beratung) ▪ LTX/LLS: 26.06.2024 (halbtägige Beratung) ▪ NLS: 22.05.2024 (halbtägige Beratung) 	-
QS PM	23.04.2024 (halbtägige Beratung)	11.06.2024 (halbtägige Beratung) 21.08.2024 (halbtägige Beratung)	07.11.2023 (halbtägige Beratung)
QS GYN-OP	16.05.2024 (Beratung als Tagesordnungspunkt)	16.07.2024 (halbtägige Beratung)	16.09.2024 (Beratung als Tagesordnungspunkt)

¹ Die Expertinnen und Experten der jeweiligen Expertengremien finden sich auf der IQTIG-Website: <https://iqtig.org/das-iqtig/wer-wir-sind/beratungsgremien/>

Anhang E: Wirkmodelle

Anhang E.1: Wirkmodelle zum QS-Verfahren Cholezystektomie (QS CHE)

1.1 QI 58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen



Abbildung 1: QI 58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **gegeben** eingeschätzt, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung des Qualitätsmerkmals positiv beeinflussen kann. Gemäß den Methodischen Grundlagen V2.1 des IQTIG (IQTIG 2024) werden die relevanten Einflussfaktoren und die verantwortlichen Leistungserbringer für ein Qualitätsmerkmal mithilfe eines „Wirkmodells“ dargestellt.

Für die Entstehung einer operationsbedingten Gallenwegskomplikation sowohl innerhalb von 30 als auch 90 Tagen wurden 4 relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der operative Eingriff, die Wahl der operativen Zugangsart, die medikamentöse Therapie sowie die Wundnachsorge und -kontrolle.

An dieser Stelle und im Folgenden wird unter dem Einflussfaktor „Operation“ folgende Faktoren zusammengefasst, welche dem Verantwortungsbereich des Indexleistungserbringers unterliegen: die Erfahrung des Operateurs, die Vor- und Einhaltung von sterilen Bedingungen und Hygienestandards, präoperative Evaluation und OP-Vorbereitung der Patientinnen und Patienten (Anamnese, Bewertung und Management von Komorbiditäten und Bestimmung des Risikoprofils, Anästhesie, medikamentöse Prophylaxe sowie Therapie und Management) als auch der adäquate Verschluss von Wunden.

Ebenso im Verantwortungsbereich des Indexleistungserbringers liegt die Wahl des operativen Zugangs (laparoskopisch oder offen-chirurgisch. Bei einer laparoskopischen Cholezystektomie werden beispielsweise höhere Raten an Gallengangsverletzungen beobachtet als bei einer offen-chirurgischen Cholezystektomie (Gutt et al. 2018).

Nicht alle Gallengangverletzungen oder dadurch ausgelöste Inflammations- oder Infektionsprozesse werden jedoch intraoperativ oder zeitnah postoperativ symptomatisch. Im frühen postoperativen Verlauf kann der stationäre Leistungserbringer anhand des klinischen Zustands des Patienten bzw. der Patientin entsprechende Untersuchungen durchführen, um mögliche Gallenwegsverletzung zu diagnostizieren. Zum Beispiel können Laborparameter, wie Cholestaseparameter erhoben oder ggf. ein Ultraschall oder eine endoskopisch-retrograde Cholangio-Pankreatikographie (ERCP) zum Detektieren von Verletzungen durchgeführt und anschließend im Sinne einer Wundnachsorge/-kontrolle therapiert werden. Bei vorliegender Infektion oder Wundheilungsstörung sind entsprechende medikamentöse Therapien einzuleiten (z. B. Antibiotikagabe). Nach der Entlassung können sich spätere Zeichen einer Gallengangverletzung, Gallengangsstriktur oder eines Gallengangsverschlusses bemerkbar machen, die im Rahmen der ambulanten Wundversorgung und Nachbeobachtung vom klinischen Zustand und entsprechender Symptomatik diagnostiziert und ggf. behandelt oder zur Weiterbehandlung an einem stationären Versorger überwiesen werden können. Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb des Einflussbereichs der Leistungserbringer und werden daher in der Risikoadjustierung berücksichtigt.

Die in der Abbildung hervorgehobenen Pfeile weisen darauf hin, dass für den Follow-up-Zeitraum sowohl von 30 als auch 90 Tagen die maßgebliche Verantwortung ausschließlich beim Indexleistungserbringer gesehen wird. Der Einfluss der ambulanten Leistungserbringer auf eben diese Zeiträume wird nicht gesehen, da an dieser Stelle nur bereits bestehende Komplikationen weiterbehandelt und nicht initial zu ihrer Vermeidung beigetragen werden kann.

1.2 QI 58004: weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Im Verfahren Cholezystektomie sind das Auftreten einer Thrombose und Lungenarterienembolie, einer Pneumonie, eines Herzinfarktes, eines Schlaganfalls, oder eines Ileus innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie als weitere postoperative Komplikationen definiert. Diese stellen jeweils ein Qualitätsmerkmal dar. Die relevanten Einflussfaktoren und die verantwortlichen Leistungserbringer wurden mithilfe von Wirkmodellen dargestellt, da sich die Maßnahmen, welche vom Indexleistungserbringer beeinflusst werden können je nach Komplikation (Qualitätsmerkmal) unterscheiden können.

Thrombose und Lungenembolie

Für die Komplikationen Thrombose und Lungenembolie wurden fünf relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt. Der operative Eingriff, die Wahl der operativen Zugangsart, die adäquate perioperative Thromboseprophylaxe und das Gerinnungsmanagement, eine frühzeitige Mobilisation sowie ein kardiovaskuläres Monitoring

(inkl. Flüssigkeitshaushalt) haben einen Einfluss auf die Endpunkte Thrombose und Lungenembolie innerhalb von 30 Tagen.

Dem Index-Leistungserbringer wird die alleinige Verantwortung für den operativen Eingriff und der Wahl der operativen Zugangsart zugeschrieben. Die antithrombotische Therapie muss durch den Index-Leistungserbringer begonnen, kann jedoch von weiteren Leistungserbringern fortgeführt werden, da Patientinnen und Patienten nach der Cholezystektomie im Regelfall innerhalb von wenigen Tagen ($\leq 7^1$) wieder entlassen werden oder es sich um Risikopatienten für eine Thrombose handelt, welche entsprechend nachgesorgt werden müssen.

Alle in der Behandlung involvierten Leistungserbringer sollten, soweit notwendig, eine Blutentnahme durchführen, um etwaige Laborparameter zu kontrollieren und bei Auffälligkeiten zu handeln.

Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb des Einflussbereiches der Leistungserbringer und werden über die Risikoadjustierung ausgeglichen. Dennoch sollte präoperativ das individuelle Risikoprofil eines jeden Patienten und jeder Patientin erhoben werden (Anamnese, klinische Untersuchung, Laborparameter). Auch wenn patientenseitige Risikofaktoren nicht vom Indexleistungserbringer beeinflussbar sind, können Maßnahmen ergriffen werden, um das Risiko für postoperative Komplikationen zu minimieren. Wenn ein Patient bspw. durch ein Faktor V-Leiden ein erhöhtes Risiko für eine Thrombose aufweist, kann die Erkrankung selbst durch den Leistungserbringer nicht beeinflusst werden, aber bei der präoperativen Evaluation und Vorbereitung des Patienten oder der Patientin als besonderes Risiko berücksichtigt werden und soweit möglich Maßnahmen zur Vorbeugung einer Thrombose und Embolie ergriffen werden. Dies kann z. B. durch die Anpassung der bestehenden Medikation/Gerinnungshemmer, durch eine frühe Mobilisation oder das entsprechende kardi-ovaskuläres Monitoring erfolgen. Postoperativ sollten körperliche Untersuchungen, Laborkontrollen (klinischer Zustand, Gerinnungslabor etc.) durchgeführt werden, um eine Thrombose/Embolie zu vermeiden.

Die in der Abbildung hervorgehobenen Pfeile weisen darauf hin, dass für den Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen die maßgebliche Verantwortung am wahrscheinlichsten beim Index-Leistungserbringer gesehen wird. Der Einfluss der ambulanten Leistungserbringer auf eben diese Zeiträume wird als geringer, jedoch nicht als vernachlässigbar eingeschätzt.

¹ <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>

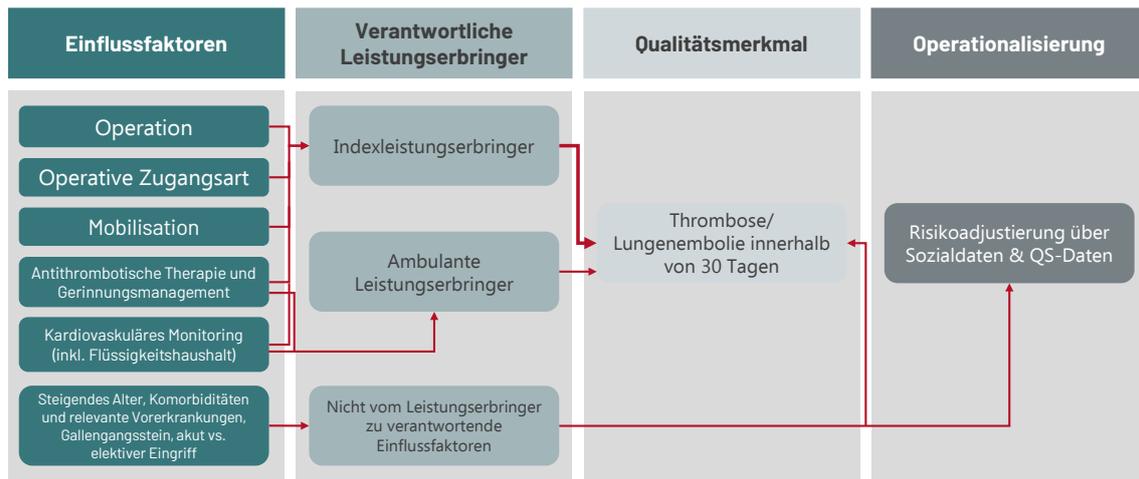


Abbildung 2:58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen: Thrombose/Lungenembolie

Pneumonie

Für die Komplikation Pneumonie wurden fünf relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt. Die Verantwortung für den operativen Eingriff und die daraus folgenden möglichen Komplikationen werden dem Index-Leistungserbringer zugeschrieben. Die Wahl eines offen-chirurgischen Zugangs birgt ein höheres Risiko für allgemeine postoperative Komplikationen, also auch für die Entstehung einer Pneumonie. Präoperativ sollten durch den Indexleistungserbringer die respiratorischen Funktionen und das pulmonale Risiko bestimmt werden, um postoperative pulmonale Komplikationen zu vermeiden (DGAI et al. 2024). Durch eine Anamnese und körperliche Untersuchung, Pulsoxymetrie und der Verwendung von Risiko-Scores zur Vorhersage pulmonaler Komplikationen kann das individuelle Risiko des Patienten und der Patientin eingeschätzt werden. Das Erkennen eines Ungleichgewichts im Flüssigkeitshaushalt der Patientin bzw. des Patienten hat ebenfalls einen Einfluss auf den Endpunkt Pneumonie innerhalb von 30 Tagen und sollte durch den Indexleistungserbringer geprüft werden. Die postoperative Mobilisation und die Durchführung eines Atemtrainings ist insbesondere bei speziell vorerkrankten Patienten und Patientinnen von Bedeutung. Alle in der Behandlung involvierten Leistungserbringer (inkl. ambulante Nachsorger) sollen bei Bedarf körperliche Untersuchungen vornehmen, um die Entstehung einer Pneumonie frühzeitig zu identifizieren und entsprechende Therapiemaßnahmen einzuleiten.

Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb des Einflussbereichs der Leistungserbringer und werden über eine Risikoadjustierung ausgeglichen.

Die in der Abbildung hervorgehobenen Pfeile weisen darauf hin, dass für den Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen die maßgebliche Verantwortung beim Index-Leistungserbringer gesehen wird.

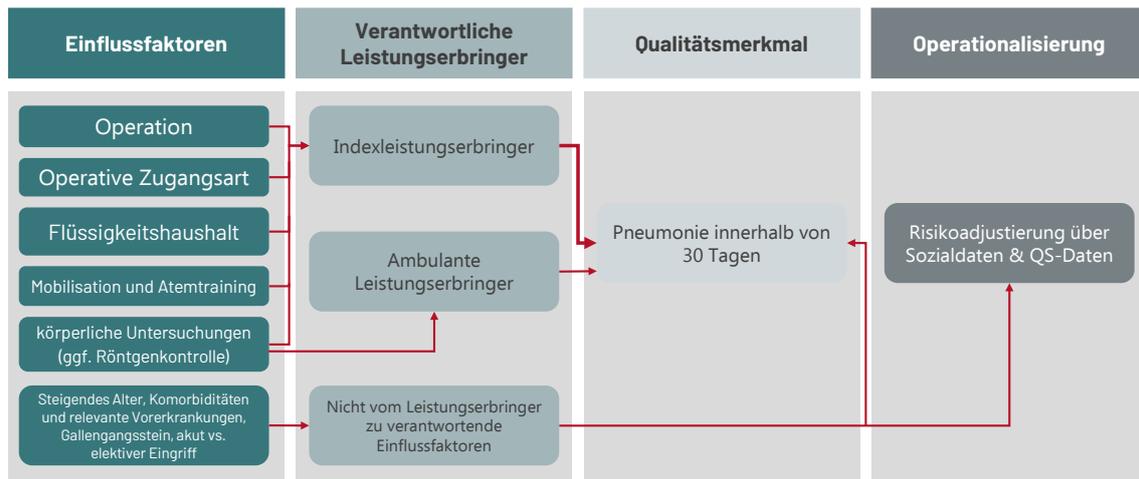


Abbildung 3: 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen: Pneumonie

Schlaganfall

Für die Komplikation Schlaganfall wurden fünf relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt. Die Verantwortung für den operativen Eingriff wird dabei allein dem Index-Leistungserbringer zugeschrieben. Bei einem laparoskopischen Eingriff kann z. B. durch den erhöhten intraabdominellen und -thorakalen Druck bei Patienten oder Patientinnen mit persistierendem Foramen ovale zur Lösung eines Thrombus führen, welcher einen Schlaganfall auslösen kann. Das Gerinnungsmanagement und die Thromboseprophylaxe, die frühzeitige Mobilisation sowie das kardiovaskuläre Monitoring (inkl. Kontrolle des Flüssigkeitshaushaltes) haben ebenfalls einen Einfluss auf den Endpunkt Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen. Dem Index-Leistungserbringer wird dabei eine Verantwortung zugeschrieben, diese Einflussfaktoren zu beachten. Im Rahmen der präoperativen Evaluation und OP-Vorbereitung der Patienten und Patientinnen können hierzu auch weitere Maßnahmen zur Minimierung des Risikos eines Schlaganfalls getroffen werden. Bei Patienten und Patientinnen mit erhöhtem Risiko muss z. B. der intraoperative Blutdruck stets gut eingestellt sein, auch können gegebenenfalls invasive Blutdruckmessung notwendig sein. Postoperativ können diese Patienten und Patientinnen auf einer Überwachungsstation nachbeobachtet werden. Bei relevanten Vorerkrankungen für die Entstehung eines Schlaganfalls, wie z. B. Vorhofflimmern, muss die Antikoagulation präoperativ vor einem elektiven Eingriff angepasst werden und postoperativ durch den behandelten Hausarzt eingestellt werden. Die perioperative antithrombotische Prophylaxe muss durch den Index-Leistungserbringer begonnen, kann jedoch aufgrund der in der Regel kurzen Hospitalisierungsdauer auch durch die weiteren Leistungserbringer in der ambulanten Nachsorge weitergeführt werden. Das kardiovaskuläre Monitoring in Form der Durchführung eines Elektrokardiogramms, der Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie soll, soweit notwendig, von allen in der Behandlung beteiligten Leistungserbringern durchgeführt werden.

Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb des Einflussbereichs der stationären Leistungserbringer, die den Indexeingriff durchführen, und werden über eine Risikoadjustierung ausgeglichen.

Die in der Abbildung hervorgehobenen Pfeile weisen darauf hin, dass im Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen die maßgebliche Verantwortung beim Index-Leistungserbringer gesehen wird. Der Einfluss der anderen Leistungserbringer wird als geringer, jedoch nicht vernachlässigbar eingeschätzt.

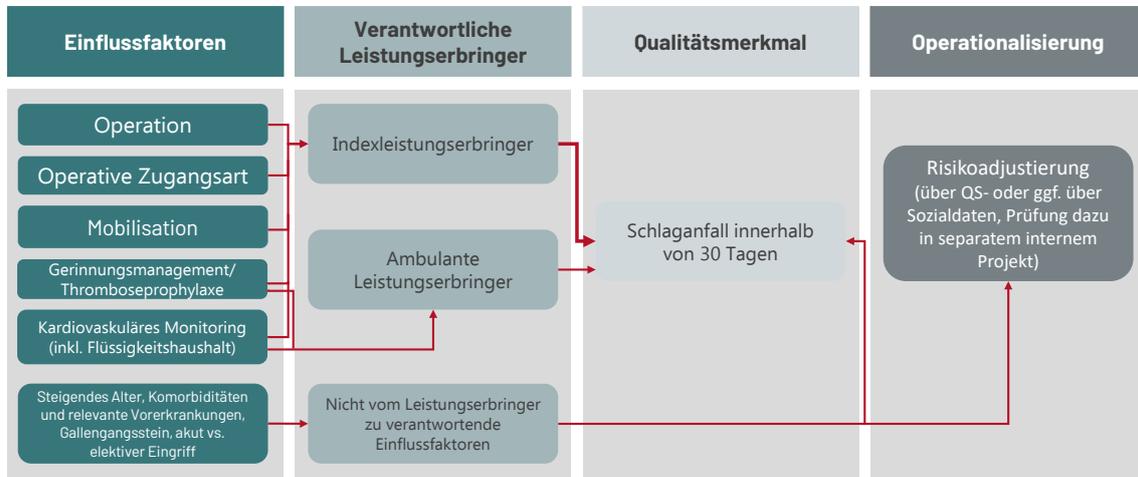


Abbildung 4: 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen: Schlaganfall

Myokardinfarkt

Für die kardiale Komplikation Myokardinfarkt wurden drei relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt. Der operative Eingriff, das kardiovaskuläre Monitoring (inkl. Kontrolle des Flüssigkeitshaushaltes), sowie das Gerinnungsmanagement haben einen Einfluss auf den Endpunkt Myokardinfarkt innerhalb von 30 Tagen.

Die Verantwortung für den operativen Eingriff wird ausschließlich dem durchführenden Index-Leistungserbringer zugeordnet. Das kardiovaskuläre Monitoring in Form der Durchführung eines Elektrokardiogramms, Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie soll, soweit notwendig, von allen in der Behandlung beteiligten Leistungserbringern durchgeführt werden. Die Verantwortung für das Erkennen eines Ungleichgewichtes im Flüssigkeitshaushalt der Patientin oder des Patienten wird ebenfalls allen Leistungserbringern zugeschrieben.

Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb des Einflussbereiches der stationären Leistungserbringer, die den Indexeingriff durchführen, und werden über eine Risikoadjustierung ausgeglichen. Jedoch muss der Leistungserbringer im Rahmen der präoperativen Evaluation patientenseitige Risikofaktoren berücksichtigen und managen, um das Risiko für einen postoperativen Myokardinfarkt gering halten zu können. Im Rahmen der präoperativen Anamnese und OP-Vorbereitung des Patienten oder der Patientin ist zu erheben, ob eine symptomatische Herzerkrankung vorliegt. Das kardiale Risikoprofil des Patienten oder der Patientin (z. B. Bestimmung von Risikoindizes), die kardiale Belastbarkeit (z. B. Bestimmung der metabolische Äquivalente, MET) sowie die Risikoeinstufung des Eingriffs selber können als diagnostische Hilfsmittel genutzt werden, um das Risiko für die Patienten oder Patientinnen einzuschätzen (DGAI et al. 2024). Die körperliche Belastbarkeit ist ein relevanter prognostischer

Faktor für die Entwicklung postoperativer Komplikationen bei großen, elektiven nicht-herzchirurgischen Eingriffen, einschließlich pulmonaler oder kardialer Komplikationen und Tod. (DGA et al. 2024). Bei Patienten und Patientinnen mit erhöhtem Risiko für einen Myokardinfarkt sollte der intraoperative Blutdruck stets gut eingestellt sein. Gegebenenfalls können auch invasive Blutdruckmessung notwendig werden. Postoperativ können diese Patienten und Patientinnen auf einer Überwachungsstation nachbeobachtet werden.

Die in der Abbildung hervorgehobenen Pfeile weisen darauf hin, dass für den Follow-up-Zeitraum innerhalb von 30 Tagen die maßgebliche Verantwortung am wahrscheinlichsten beim Index-Leistungserbringer gesehen wird. Der Einfluss der anderen Leistungserbringer auf diesen Zeitraum wird als geringer, jedoch nicht vernachlässigbar eingeschätzt.

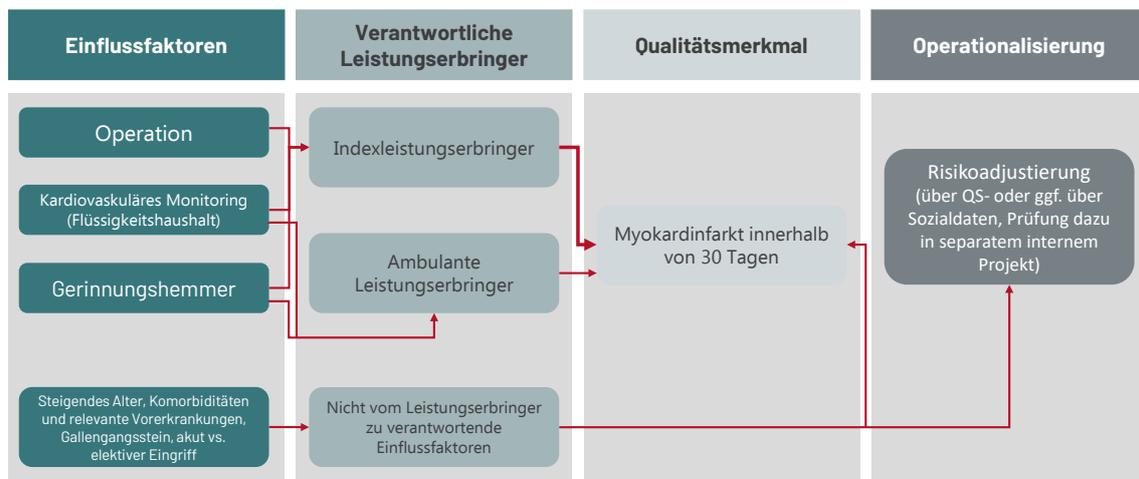


Abbildung 5: 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen: Myokardinfarkt

Ileus

Für die Entstehung eines Ileus (Darmverschluss) wurden sechs relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt. Der operative Eingriff, die operative Zugangart, die Wundnachsorge und -kontrolle, die Beobachtung des Flüssigkeitshaushaltes, der Kostaufbau und eine frühzeitige Mobilisierung haben einen Einfluss auf den Endpunkt Ileus innerhalb von 30 Tagen.

Die Verantwortung für den operativen Eingriff wird ausschließlich dem durchführenden Index-Leistungserbringer zugeordnet, da die Entstehung eines Darmverschlusses in der Regel durch den operativen Eingriff oder durch eine Infektion (eingriffsspezifisch oder bestehend) bedingt ist. Das Risiko für die Entstehung eines Ileus ist durch die Wahl eines offen-chirurgischen Zugangs höher als bei einem laparoskopischen. In der Folge kann der ambulante Nachsorger lediglich Therapien einleiten, um die bereits bestehenden Darmverschluss zu behandeln oder deren Ausbreitung zu vermeiden. Daher liegt die Verantwortlichkeit für eine adäquate Nachsorge und -kontrolle als auch die Beobachtung des Flüssigkeitshaushaltes sowohl beim Index- als auch den ambulanten Leistungserbringern in der Nachbehandlung.

Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb des Einflussbereiches der stationären Leistungserbringer, die den Indexeingriff durchführen, und werden über eine Risikoadjustierung ausgeglichen. Die in der Abbildung hervorgehobenen Pfeile weisen darauf hin, dass für den Follow-up-Zeitraum innerhalb von 30 Tagen die maßgebliche Verantwortung am wahrscheinlichsten beim Index-Leistungserbringer gesehen wird. Der Einfluss der anderen Leistungserbringer auf diesen Zeitraum wird als geringer, jedoch nicht vernachlässigbar eingeschätzt.

In der Gesamtheit zeigen die Wirkmodelle, dass mehrere Leistungserbringer an der prä-, intra- und postoperativen Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligt sind und ihnen jeweils ein gewisser Anteil der Verantwortung am Prozess sowie dessen Ergebnissen zugeschrieben werden muss, da einige Einflussfaktoren auch nach dem Entlasszeitpunkt aus der stationären Behandlung durch sie mitverantwortet werden. Aus den Überlegungen und Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene (mittels dick dargestelltem Pfeil) ergab sich die Annahme, dass die maßgebliche Verantwortung für eine Auffälligkeit für den Indikator 58004 weiterhin beim Index-Leistungserbringer gesehen wird.

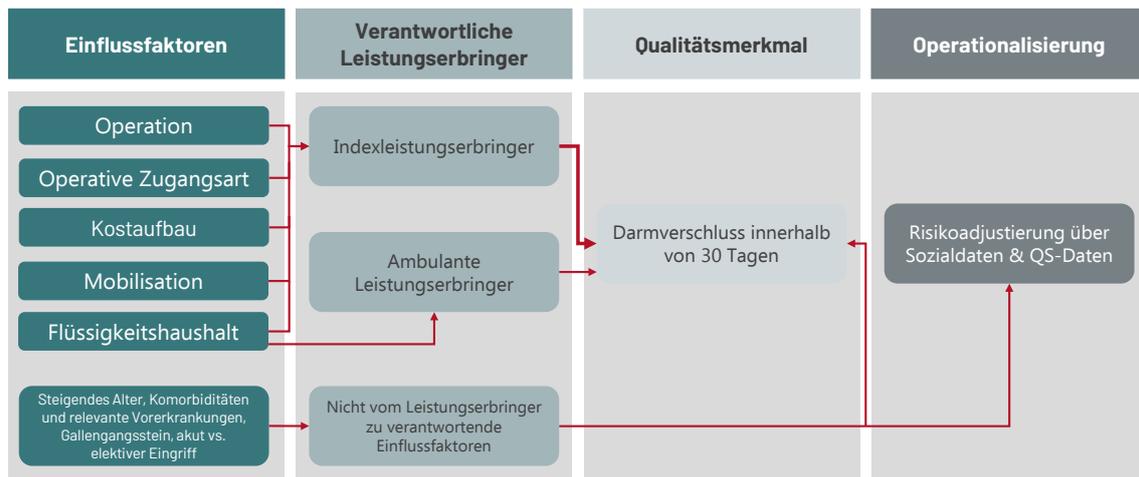


Abbildung 6: 58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen: Darmverschluss (Ileus)

1.3 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird als **vollständig** gegeben eingeschätzt.

Für die eingriffsspezifischen Infektionen wurden drei relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt. Der operative Eingriff, die Wahl der operativen Zugangsart, sowie die Wundnachsorge und -kontrolle haben einen Einfluss auf die Entstehung einer eingriffsspezifischen Infektion innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie. Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb

des Einflussbereiches der stationären Leistungserbringer, die den Indexeingriff durchführen, und werden über eine Risikoadjustierung ausgeglichen.

Eine Infektion kann durch unsterile Bedingungen während des operativen Eingriffs oder aber auch postoperativ entstehen, wenn Operationswunden nicht gut verheilen oder nachgesorgt wurden. Wie bereits zur Bedeutung für den Patienten beschrieben, variieren die postoperativen Infektionsraten je nach Wahl des Operationsverfahren – offen oder laparoskopisch. Patienten oder Patientinnen mit einer Sepsis, Peritonitis oder eines Leberabszesses müssen im Krankenhaus weiter untersucht und behandelt werden durch weiterführende Diagnostik (bildgebende Verfahren, Labor), Antibiotikagabe und ggf. einer Relaparotomie oder Herdsanierung bei intraperitoneale Prozessen.

Die Einnahme von oraler Antibiotika kann, wenn nötig, auch in der ambulanten Nachbetreuung fortgeführt werden. Wundinfektionen sind in den ersten 2 Wochen nach einem Eingriff zu erwarten, die notwendige Wundkontrolle und Beobachtung (inkl. Verbandswechsel) kann sowohl vom Indexleistungserbringer als auch im ambulanten Bereich vorgenommen werden. Bestehen Auffälligkeiten in der ambulanten Nachsorge kann eine Diagnostik/Therapie auch ambulant durchgeführt und bei schweren Infektzeichen eine Hospitalisierung eingeleitet werden.

Die in der Abbildung hervorgehobenen Pfeile weisen darauf hin, dass für den Follow-up-Zeitraum innerhalb von 30 Tagen die maßgebliche Verantwortung beim Index-Leistungserbringer gesehen wird. Der Einfluss der ambulanten Leistungserbringer auf eben diese Zeiträume wird nicht gesehen, da an dieser Stelle nur bereits bestehende Komplikationen weiterbehandelt und nicht initial zu ihrer Vermeidung beigetragen werden kann.



Abbildung 7: 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

1.4 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **gegeben** eingeschätzt.

Für die interventionsbedürftigen Blutungen wurden zwei relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der operative Eingriff sowie die Wahl der operativen Zugangsart.

Eine interventionsbedürftige Blutung nach einer Cholezystektomie kann als Folge des operativen Eingriffs, z. B. durch eine Gefäßverletzung verursacht werden und im Verlauf mitunter zum Schock durch hohen Blutverlust führen. Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb des Einflussbereiches der stationären Leistungserbringer, die den Indexeingriff durchführen, liegen und werden über eine Risikoadjustierung ausgeglichen.

Die in der Abbildung hervorgehobenen Pfeile weisen darauf hin, dass für den Follow-up-Zeitraum innerhalb von 30 Tagen die maßgebliche Verantwortung beim Index-Leistungserbringer gesehen wird.

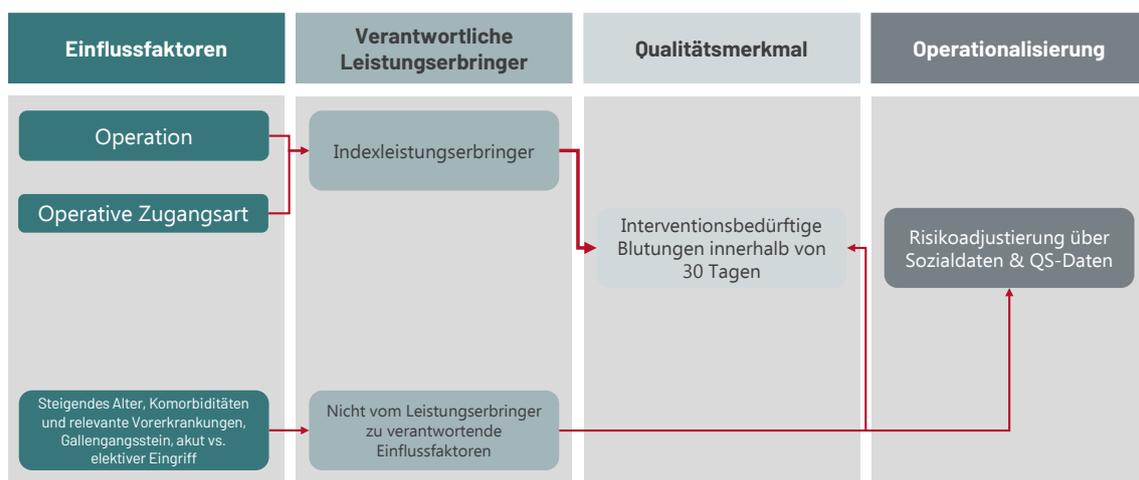


Abbildung 8: 58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

1.5 58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **vollständig** gegeben eingeschätzt.

Für eine Reintervention nach einer Cholezystektomie wurden drei relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der operative Eingriff, die Wahl der operativen Zugangsart sowie körperliche Untersuchungen (z. B. Laborkontrollen).

Eine Reintervention nach einer Cholezystektomie kann als Folge des operativen Eingriffs (z. B. Gefäß-/Gallengangsverletzung, Einblutung der Leber, postoperative Entzündungen) entstehen. Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb des

Einflussbereiches der stationären Leistungserbringer, die den Indexeingriff durchführen, und werden über eine Risikoadjustierung ausgeglichen.

Die in der Abbildung hervorgehobenen Pfeile weisen darauf hin, dass für den Follow-up-Zeitraum innerhalb von 30 Tagen die maßgebliche Verantwortung beim Index-Leistungserbringer gesehen wird, da ambulante Leistungserbringer die Notwendigkeit einer Reintervention über körperliche Untersuchungen erkennen, nicht aber verhindern können.

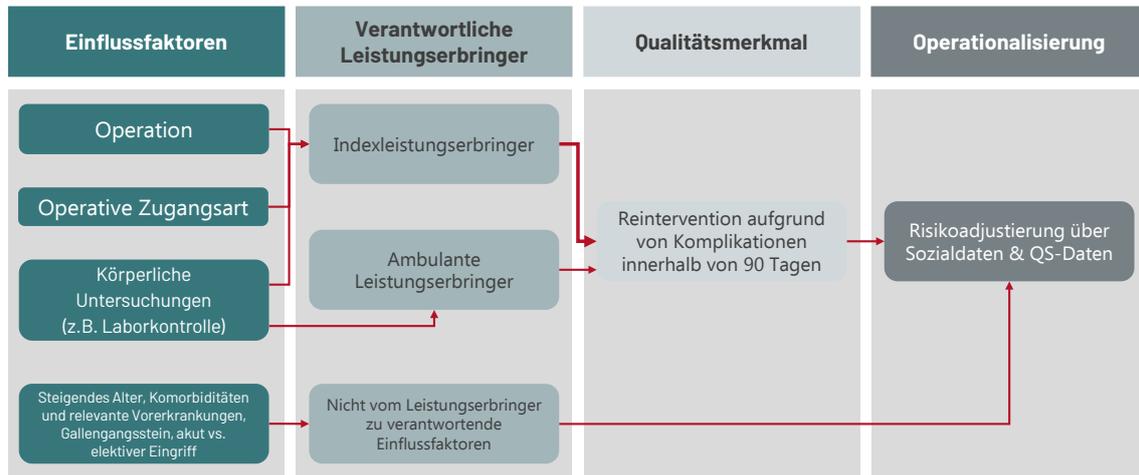


Abbildung 9: 58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

1.6 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** eingeschätzt, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Weitere betrachtete postoperative Komplikationen sind das Auftreten einer Narbenhernie, einer Adhäsion sowie weitere unspezifische Komplikationen innerhalb eines Jahres nach einer Cholezystektomie. Diese stellen jeweils ein Qualitätsmerkmal dar. Die relevanten Einflussfaktoren und die verantwortlichen Leistungserbringer wurden mithilfe von Wirkmodellen dargestellt, da sich die Maßnahmen, welche vom Indexleistungserbringer beeinflusst werden können je nach Komplikation (Qualitätsmerkmal) unterscheiden können.

Narbenhernie

Für die Komplikation Narbenhernie wurden zwei relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt. Der operative Eingriff als auch die Nachsorge und -kontrolle haben einen Einfluss auf den Endpunkt einer Narbenhernie innerhalb von 365 Tagen.

Dem Index-Leistungserbringer wird die alleinige Verantwortung für den operativen Eingriff zugeschrieben. Eine Narbenhernie kann durch eine Schwachstelle an Bauchdeckenwand, eine Bindegewebsstörung, eine Infektion oder durch Insuffizienzen von Nähten entstehen. Ältere Patienten und Patientinnen mit Narbenhernie werden, wenn sie nicht symptomatisch sind, nicht mehr operativ, sondern konservativ behandelt. Aufgrund der größeren Operationsnarbe ist bei einer offenen Cholezystektomie ein höheres Risiko für die Entstehung von Narbenhernien zu erwarten. Die Verhaltens- und die Belastungsvorgaben nach der Operation, sowie eine entsprechende Nachsorge und -kontrolle werden gleichermaßen im Verantwortungsbereich der Index- als auch ambulanten Nachsorger gesehen.

Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb des Einflussbereiches der Leistungserbringer und werden über die Risikoadjustierung ausgeglichen. Dennoch sollte präoperativ das individuelle Risikoprofil eines jeden Patienten und jeder Patientin erhoben werden (Anamnese, klinische Untersuchung, Laborparameter).

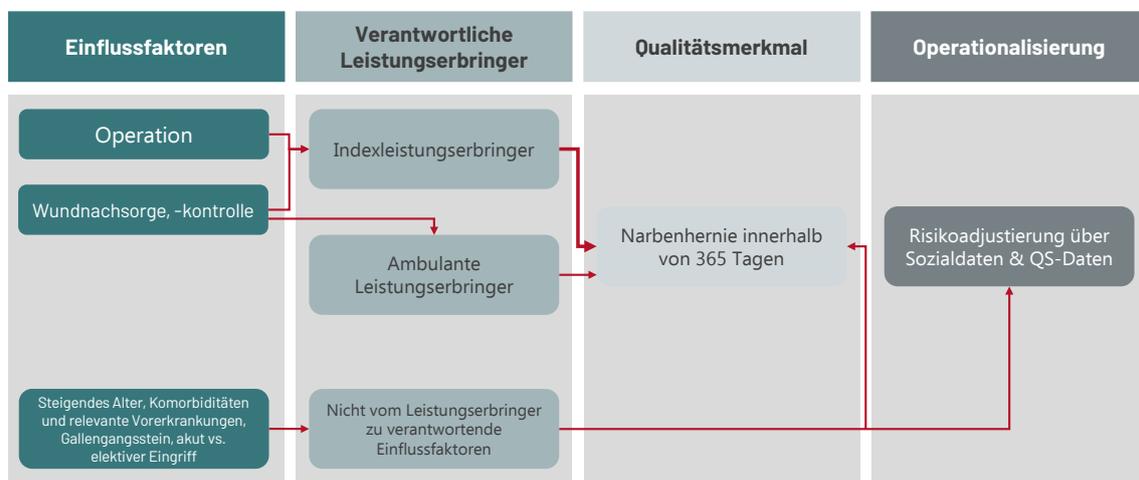


Abbildung 10: 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres: Narbenhernie

Adhäsion

Für die Komplikation Adhäsion wurden zwei relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt. Der operative Eingriff als auch der operative Zugang haben einen Einfluss auf den Endpunkt einer Adhäsion innerhalb von 365 Tagen und werden ausschließlich dem Verantwortungsbereich der Indexleistungserbringer zugeschrieben.

Als Adhäsion wird eine Narbenbildung im Bauchraum verstanden. Durch einen Eingriff im Bauchraum können Schnitte falsch verwachsen und überschüssiges Gewebe bilden, wodurch ungewollte Verwachsungen entstehen. Deren Entstehung ist abhängig von der patientenindividuellen Wundheilung und weiterer Risikofaktoren. Bestimmte präexistente Komorbiditäten und relevante Vorerkrankungen stehen jedoch außerhalb des Einflussbereiches der Leistungserbringer und werden über die Risikoadjustierung ausgeglichen. Dennoch sollte präoperativ das individuelle Risikoprofil eines jeden Patienten und jeder Patientin erhoben werden (Anamnese, klinische Untersuchung, Laborparameter).

Eine Adhäsion kann innerhalb von 3-4 Wochen nach dem Eingriff auftreten, wenn die Wundheilung abgeschlossen ist. Eine Adhäsion kann eine Adhäsiolyse notwendig machen. Die Einflussfaktoren zur Vermeidung der Entstehung einer Adhäsion sind begrenzt. Bei einer laparoskopischen Cholezystektomie sind weniger Verwachsungen zu erwarten, da kleinere Schnitte notwendig sind als bei einem offen-chirurgischen Eingriff (Brüggmann et al. 2010).

Durch eine adäquate intraoperative Blutstillung kann das Risiko zur Entstehung von Adhäsionen verringert werden (Brüggmann et al. 2010). Grundsätzlich sollte während des operativen Eingriffs eine gute Nahtadaption beachtet werden.

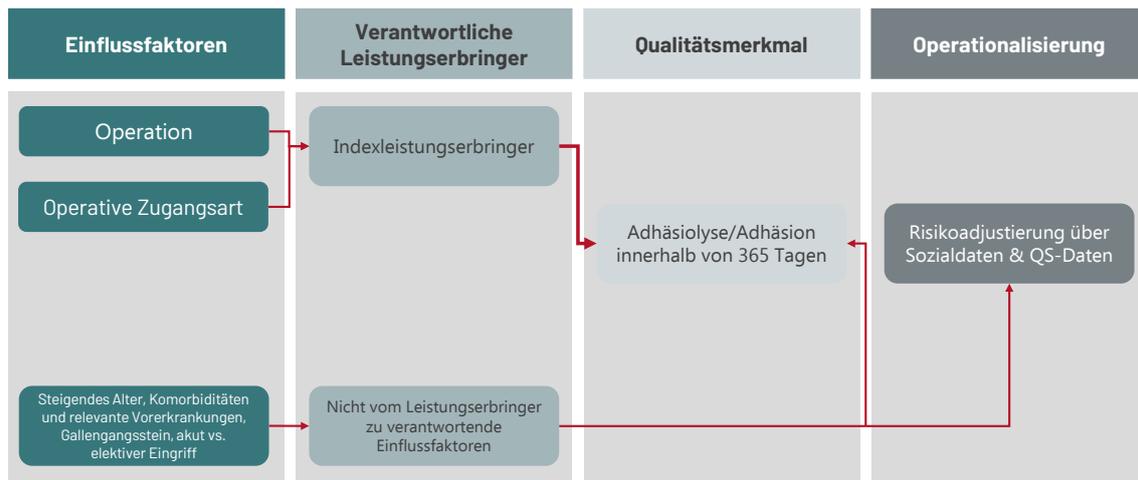


Abbildung 11: 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres: Adhäsiolyse/Adhäsion

Sonstige

Zu den „sonstigen“ Komplikationen werden sowohl Fremdkörper, die versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben sind als auch weitere nicht näher bezeichnete oder sonstige Komplikationen eines Eingriffs im Indikator betrachtet. Diesbezüglich wurden zwei relevante Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt. Der operative Eingriff als auch der operative Zugang haben einen Einfluss auf den Endpunkt einer sonstigen Komplikation innerhalb von 365 Tagen und werden ausschließlich dem Verantwortungsbereich der Indexleistungserbringer zugeschrieben.

In der Gesamtheit zeigen die Wirkmodelle, dass mehrere Leistungserbringer an der prä-, intra- und postoperativen Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligt sind und ihnen jeweils ein gewisser Anteil der Verantwortung am Prozess sowie dessen Ergebnissen zugeschrieben werden muss, da einige Einflussfaktoren auch nach dem Entlasszeitpunkt aus der stationären Behandlung durch sie mitverantwortet werden. Aus den Überlegungen und Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene (mittels dick dargestelltem Pfeil) ergab sich die Annahme, dass die maßgebliche Verantwortung für eine Auffälligkeit für den Indikator 58005 weiterhin beim Index-Leistungserbringer gesehen wird. Diese Zuweisung wird dadurch geschärft, dass dieser

Qualitätsindikator risikoadjustiert ist, um eine Vergleichbarkeit der Leistungserbringer zu gewährleisten. Zudem werden nur die Ergebnisse der schlechtesten 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällig.



Abbildung 12: 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres: Sonstige

1.7 58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** eingeschätzt.

Für das Qualitätsmerkmal Sterblichkeit kann die Verantwortung grundsätzlich bei jedem Leistungserbringer, der in der prä-, intra- oder postoperativen Versorgung der Patientinnen und Patienten involviert war, liegen. Dabei wurde der Index-Leistungserbringer sowie die ambulanten Nachsorger identifiziert. Mögliche relevante Einflussfaktoren wurden in Zusammenarbeit mit dem Expertengremium auf Bundesebene ausgearbeitet. Die Verantwortung für den operativen Eingriff sowie für dessen Verlauf wird ausschließlich dem durchführenden Index-Leistungserbringer zugeordnet. Die Verantwortung für eine frühzeitige Mobilisation bei Risikopatienten wird ebenfalls dem Index-Leistungserbringer zugeordnet. Für die Einflussfaktoren medikamentöse Therapie, Kontrolle der Laborparameter und körperliche Untersuchung wurden alle Leistungserbringer als verantwortlich für deren Durchführung oder Kontrolle identifiziert. Die regelmäßige Untersuchung der Patientinnen und Patienten sowie, falls notwendig, Kontrollblutentnahmen sollten alle in die Behandlung involvierten Leistungserbringer durchführen.

Bestimmte präexistente Komorbiditäten bzw. relevante Vorerkrankungen stehen außerhalb des Einflussbereiches der Leistungserbringer und werden über eine Risikoadjustierung ausgeglichen werden. Die in der Abbildung hervorgehobenen Pfeile weisen darauf hin, dass für den Follow-up-Zeiträume von 90 Tagen die maßgebliche Verantwortung am wahrscheinlichsten beim Index-Leistungserbringer gesehen wird. Der Einfluss der anderen Leistungserbringer auf diesen Zeitraum wird als geringer, jedoch nicht vernachlässigbar eingeschätzt.

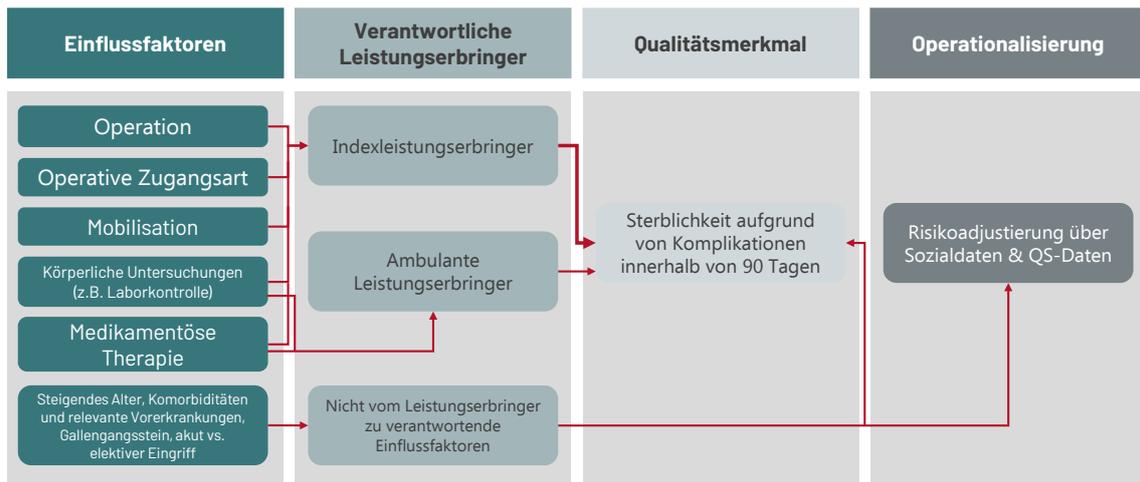


Abbildung 13: 58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

Literatur

Brüggmann, D; Tchartchian, G; Wallwiener, M; Münstedt, K; Tinneberg, H-R; Hackethal, A (2010): Intraabdominale Adhäsionen. Definition, Entstehung, Bedeutung in der operativen Medizin und Möglichkeiten der Reduktion. *Deutsches Ärzteblatt* 107(44): 769-775. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0769.

DGAI [Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin]; BDA [Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten]; DGIM [Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin]; DGCH [Deutsche Gesellschaft für Chirurgie] (2024): Empfehlung zur präoperativen Evaluation erwachsener Patientinnen und Patienten vor elektiven, nicht herzthoraxchirurgischen Eingriffen. Stand: Februar 2024. Nürnberg [u. a.]: DGAI [u. a.]. URL: <https://www.dgai.de/alle-docman-dokumente/entschliessungen-vereinbarungen/2317-praeoperative-evaluation-erwachsener-patientinnen-und-patienten-vor-elektiven-nicht-herzthoraxchirurgischen-eingriffen/file.html> (abgerufen am: 18.09.2024).

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 zur Zeit überarbeitet].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27-1.pdf (abgerufen am: 11.12.2024).

Anhang E.2: Wirkmodelle zum QS-Verfahren Nierenersatztherapie (QS NET – NTX/PNTX)

Nierentransplantationen (NET-NTX) sowie Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen (NET-PNTX)

1.1 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

- **NET-NTX: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 572018)**
- **NET-PNTX: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 572037)**

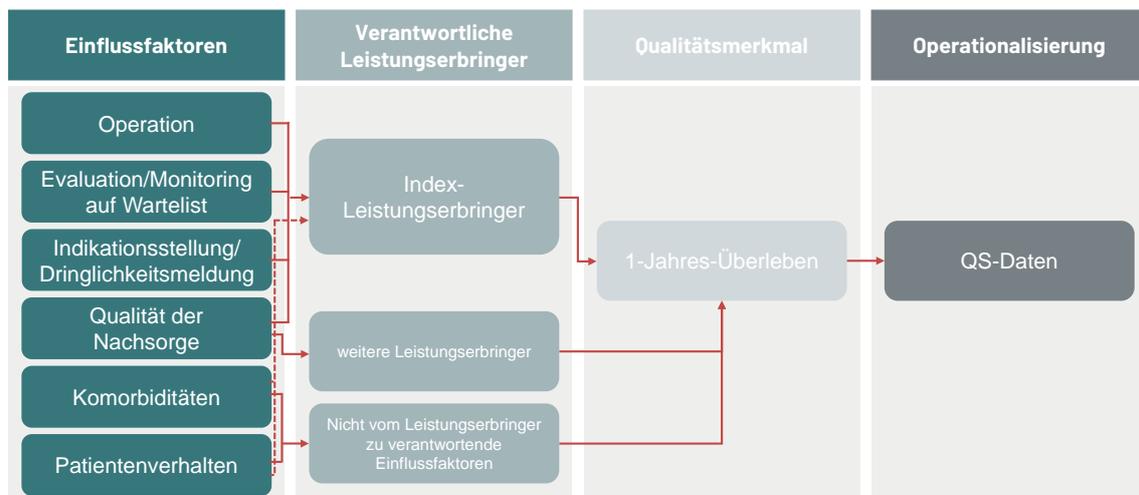


Abbildung 14: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (NTX: ID 572018, PNTX: ID 572037)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Als maßgebliche Faktoren, die das 1-Jahres-Überleben von Transplantationspatientinnen und -patienten beeinflussen, wurden 6 Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der operative Eingriff, die Evaluation sowie das Monitoring auf der Warteliste, die Indikationsstellung sowie Dringlichkeitsmeldung, die Qualität der Nachsorge, Komorbiditäten und das Patientenverhalten.

Der Begriff Operation ist an dieser Stelle und im Folgenden als Oberbegriff zu sehen und fasst verschiedene assoziierte Bereiche zusammen. Neben dem Eingriff an sich sind hier auch die Erfahrung des Operators, die präoperative Begutachtung des Spenderorgans, die Vor- und Einhaltung von sterilen Bedingungen und Hygienestandards, die OP-Vorbereitung der Patientinnen und Patienten als auch der adäquate Verschluss von Wunden inbegriffen.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Daher ist das Transplantationszentrum in der vollen Verantwortung für die Indikationsstellung und Dringlichkeitsmeldung zur Transplantation sowie für die Evaluation und das Wartelisten-Monitoring der Patientin bzw. des Patienten, wobei hier auch das Matching zwischen Empfänger und Spender inbegriffen ist. Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbiditäten sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Aus Fachsicht sollte das Transplantationszentrum besonders im ersten Jahr nach einer Transplantation besonders stark in der Nachsorge engagiert sein und den Austausch mit potentiell unterstützend involvierten niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten steuern. Vor allem im ersten Jahr nach der Transplantation beeinflusst das postoperative Management sowie Komplikationsmanagement im Rahmen der Nachsorge das 1-Jahres-Überleben.

Auch wenn in den Nachsorgeprozessen neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert sind, wird der Anteil des Transplantationszentrums an der Verantwortung für die Versorgungsqualität dieses Qualitätsmerkmals als eher hoch eingeschätzt.

1.2 Überleben bei bekanntem Status

- **NET-NTX: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 572019)**
- **NET-PNTX: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 572039)**
- **NET-NTX: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 572020)**
- **NET-PNTX: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 572041)**

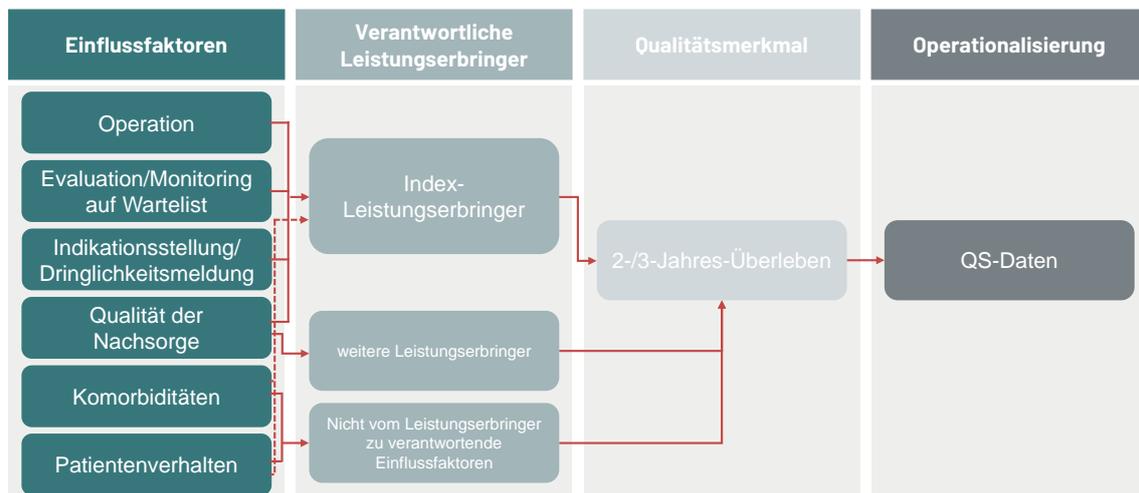


Abbildung 15: 2- bzw. 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (NTX: IDs 572019/572020, PNTX: IDs 572039/572041)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **mittel** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Als maßgebliche Faktoren, die das 1-Jahres-Überleben von Transplantationspatientinnen und -patienten beeinflussen, wurden 6 Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der operative Eingriff, die Evaluation sowie das Monitoring auf der Warteliste, die Indikationsstellung sowie Dringlichkeitsmeldung, die Qualität der Nachsorge, Komorbiditäten und das Patientenverhalten.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Daher ist das Transplantationszentrum in der vollen Verantwortung für die Indikationsstellung und Dringlichkeitsmeldung zur Transplantation sowie für die Evaluation und das Wartelisten-Monitoring der Patientin bzw. des Patienten, wobei hier auch das Matching zwischen Empfänger und Spender inbegriffen ist. Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbiditäten sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Im Gegensatz zum 1-Jahresüberleben wird der Anteil weiterer (niedergelassener) Leistungserbringer an der Nachsorge von Transplantationspatientinnen und -patienten im zweiten und dritten Jahr nach der Transplantation bedeutender, auch wenn diese nach Expertenmeinung weiterhin hauptsächlich beim Index-Leistungserbringer liegen sollte. Durch die Steuerung und Durchführung der Nachsorge hat der Leistungserbringer die Möglichkeit, das 2- und 3-Jahres-Überleben positiv zu beeinflussen.

Da in den Nachsorgeprozessen neben dem Transplantationszentrum im zweiten und dritten Jahr nach der Transplantation zunehmend weitere (niedergelassene) Leistungserbringer involviert sind, wird der Anteil des Transplantationszentrums an der Verantwortung für die Versorgungsqualität dieses Qualitätsmerkmals als mittel eingeschätzt.

1.3 Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation

- **NET-NTX: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 302300)**
- **NET-PNTX: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 312300)**

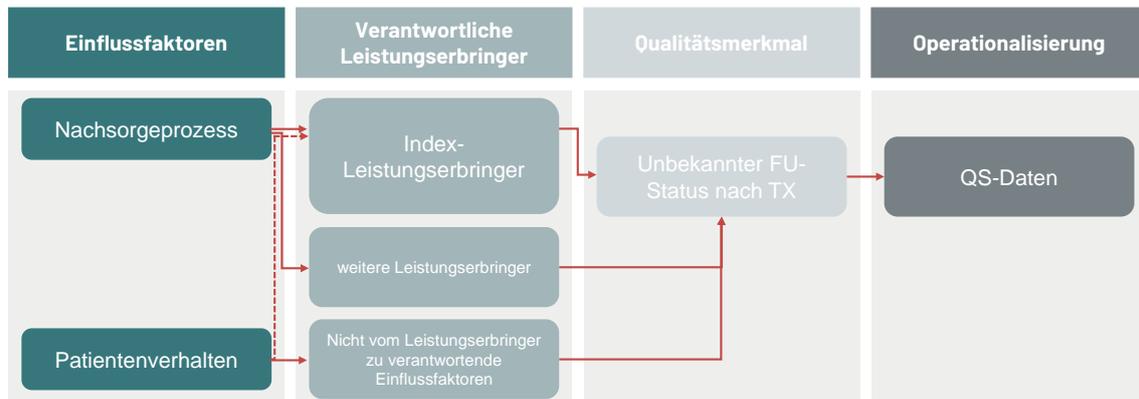


Abbildung 16: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (NTX: ID 302300, PNTX: ID 312300)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Als maßgebliche Faktoren, die den unbekanntem Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation beeinflussen, wurden 2 Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der Nachsorgeprozess bei dem Leistungserbringer sowie die Adhärenz/Compliance der Transplantierten.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Daher ist das Transplantationszentrum im Rahmen seines Nachsorgemanagements in der vollen Verantwortung für einen unbekanntem Follow-up-Status. Hierbei sind zwar die Adhärenz und Compliance der Transplantierten den Transplantierten selbst zuzuschreiben. Die angemessene Reflexion der Adhärenz und Compliance der Transplantierten ist jedoch durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Auch wenn in den Nachsorgeprozessen neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert sind, wird der Anteil des Transplantationszentrums an der Verantwortung für die Versorgungsqualität dieses Qualitätsmerkmals als eher hoch eingeschätzt. Der Index-Leistungserbringer kann die Nachsorge-Untersuchungen selbst durchführen und die Einbindung weiterer Leistungserbringer steuern sowie Informationen von anderen Leistungserbringern einholen.

1.4 Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation

- **NET-NTX: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende) (ID 572024)**
- **NET-NTX: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) (ID 572025)**

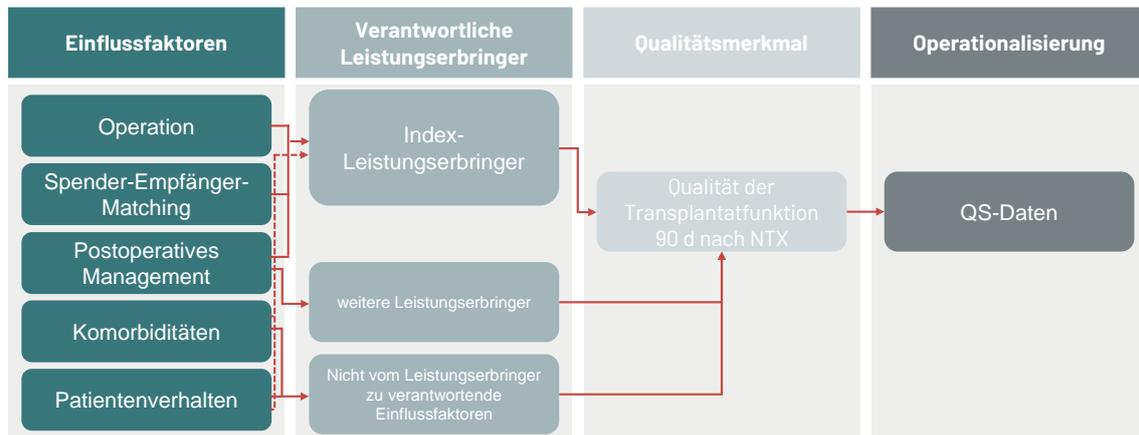


Abbildung 17: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach (postmortaler/Lebendspende) NTX (NTX: IDs 572024/ 572025)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **gegeben** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Als maßgebliche Faktoren, die das 1-Jahres-Überleben von Transplantationspatientinnen und -patienten beeinflussen, wurden 5 Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der operative Eingriff, das Spender-Empfänger-Matching, das postoperative Management, Komorbidity und das Patientenverhalten.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. 90 Tage nach Entlassung liegt die Beeinflussbarkeit noch vollständig bei dem Transplantationszentrum, das die Transplantation durchgeführt hat. Nach der Entlassung werden neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert, nach einem so kurzen Zeitraum ist es jedoch weiterhin hauptsächlich das Transplantationszentrum, welches die Nachsorge durchführt, Begleitumstände berücksichtigen muss und somit vollständig auf das Outcome Einfluss nehmen kann. Daher ist das Transplantationszentrum in der vollen Verantwortung für die Operation und das postoperative Management (bis zu 90 Tagen nach der Transplantation). Das Spender-Empfänger-Matching und die damit einhergehende Bewertung der Qualität des Spenderorgans direkt vor der Transplantation werden als besonders relevant für die Qualität der Transplantatfunktion gesehen und liegen einzig in der Verantwortung des Transplantationszentrums. Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbidity sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den

Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Nach der Entlassung werden neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert, der Nachsorgeprozess liegt jedoch 90 Tage nach Transplantation noch komplett beim Transplantationszentrum.

1.5 Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

- **NET-NTX: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen (ID 572100)**
- **NET-NTX: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen (ID 572101)**

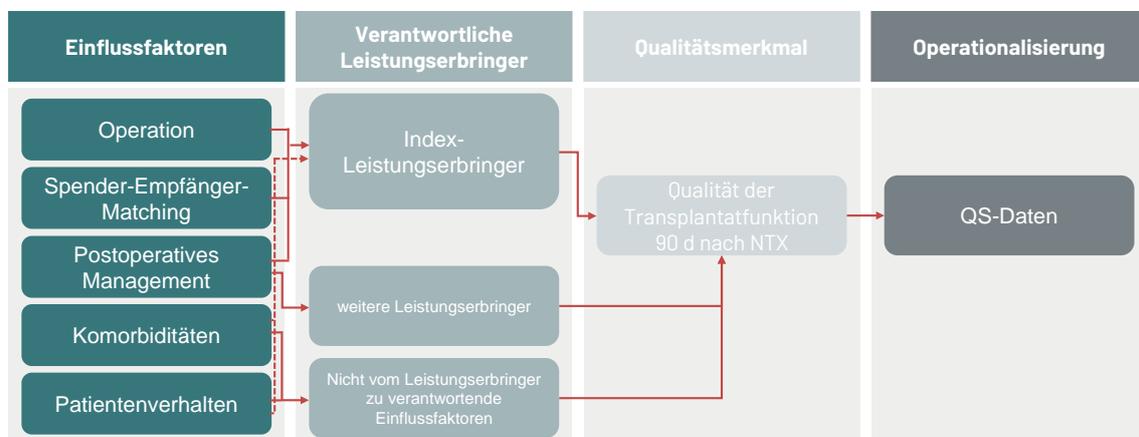


Abbildung 18: Niedrige/hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen NTX (NTX: IDs 572100/572101)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **gegeben** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Als maßgebliche Faktoren, die das 1-Jahres-Überleben von Transplantationspatientinnen und -patienten beeinflussen, wurden 5 Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der operative Eingriff, das Spender-Empfänger-Matching, das postoperative Management, Komorbiditäten und das Patientenverhalten.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. 90 Tage nach Entlassung liegt die Beeinflussbarkeit noch vollständig bei dem Transplantationszentrum, das die Transplantation durchgeführt hat. Nach der Entlassung werden neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert, nach einem so kurzen Zeitraum ist es jedoch weiterhin hauptsächlich das Transplantationszentrum, welches die Nachsorge durchführt, Begleitumstände berücksichtigen muss und somit vollständig auf das Outcome Einfluss nehmen kann. Daher ist das Transplantationszentrum in der

vollen Verantwortung für die Operation und das postoperative Management (bis zu 90 Tagen nach der Transplantation). Das Spender-Empfänger-Matching und die damit einhergehende Bewertung der Qualität des Spenderorgans direkt vor der Transplantation werden als besonders relevant für die Qualität der Transplantatfunktion gesehen und liegen einzig in der Verantwortung des Transplantationszentrums. Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbiditäten sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Nach der Entlassung werden neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert, der Nachsorgeprozess liegt jedoch 90 Tage nach Transplantation noch komplett beim Transplantationszentrum.

1.6 Qualität der Transplantatfunktion

- **NET-NTX: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation (ID 572026)**
- **NET-PNTX: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) (ID 572044)**
- **NET-NTX: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation (ID 572027)**
- **NET-PNTX: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) (ID 572045)**
- **NET-NTX: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation (ID 572028)**
- **NET-PNTX: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation) (ID 572046)**

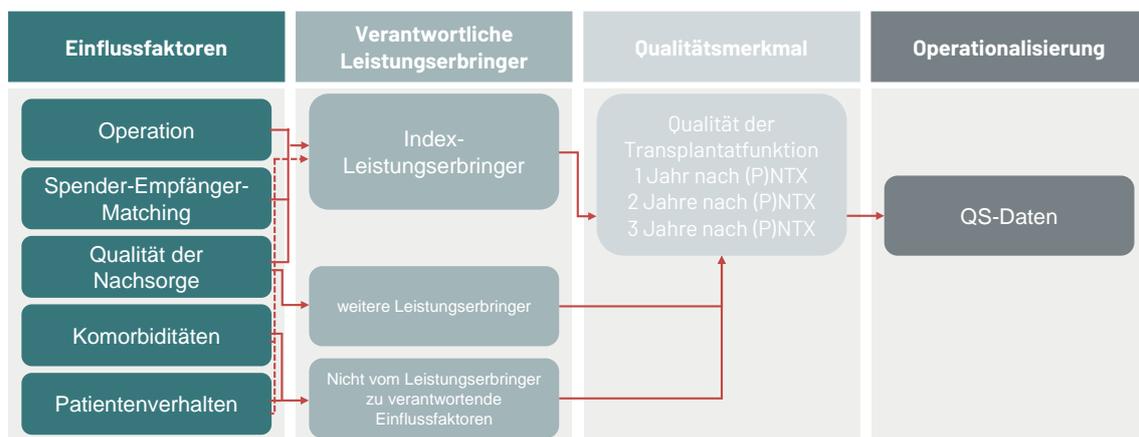


Abbildung 19: Qualität der Transplantatfunktion 1 bzw. 2 bzw. 3 Jahr(e) nach NTX bzw. PNTX (NTX: IDs 572026, 572027, 572028; PNTX: IDs 572044, 572045, 572046)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch bzw. mittel** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Als maßgebliche Faktoren, die das 1-Jahres-Überleben von Transplantationspatientinnen und -patienten beeinflussen, wurden 5 Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der operative Eingriff, das Spender-Empfänger-Matching, die Qualität der Nachsorge, Komorbiditäten und das Patientenverhalten.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Das Spender-Empfänger-Matching und die damit einhergehende Bewertung der Qualität des Spenderorgans direkt vor der Transplantation werden als besonders relevant für die Qualität der Transplantatfunktion gesehen und liegen einzig in der Verantwortung des Transplantationszentrums. Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbiditäten sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Bei dem Indikator „Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation“ (ID 572026, *NET-NTX*) und der Transparenzkennzahl „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)“ (ID 572044, *NET-PNTX*) wird die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als eher hoch eingeschätzt. Auch wenn in den Nachsorgeprozessen neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert sind, wird der Anteil des Transplantationszentrums an der Verantwortung für die Versorgungsqualität dieses Qualitätsmerkmals als eher hoch eingeschätzt. Aus Fachsicht sollte das Transplantationszentrum besonders im ersten Jahr nach einer Transplantation besonders stark in der Nachsorge engagiert sein und den Austausch mit potentiell unterstützend involvierten (niedergelassenen) Fachärzten und Hausärzten steuern. Somit hat der Leistungserbringer durchgängig die Möglichkeit, die Transplantatfunktion ein Jahr nach der Transplantation positiv zu beeinflussen.

Bei den Indikatoren „Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation“ (ID 572027, *NET-NTX*), „Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation“ (ID 572028, *NET-NTX*) und den Transparenzkennzahlen „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)“ (ID 572045, *NET-PNTX*) und „Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)“ (ID 572046, *NET-PNTX*) wird die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als mittel eingeschätzt. Da in den Nachsorgeprozessen neben dem Transplantationszentrum zunehmend weitere (niedergelassene) Leistungserbringer involviert sind, wird der Anteil des Transplantationszentrums an der Verantwortung für die Versorgungsqualität dieses Qualitätsmerkmals als mittel eingeschätzt. Im Gegensatz zur Nachsorge im ersten Jahr nach Transplantation wird der Anteil niedergelassener Leistungserbringer an der Nachsorge von Transplantationspatientinnen und -patienten bedeutender, auch wenn diese nach Expertenmeinung weiterhin hauptsächlich beim Index-Leistungserbringer liegen sollte. Durch die Steuerung und Durchführung der Nachsorge hat der Leistungserbringer die Möglichkeit, die Qualität der Transplantatfunktion zwei und drei Jahre nach der Transplantation positiv zu beeinflussen.

1.7 Transplantatversagen nach Nierentransplantation

- **NET-NTX: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (ID 572032)**
- **NET-NTX: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation (ID 572033)**
- **NET-NTX: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation (ID 572034)**

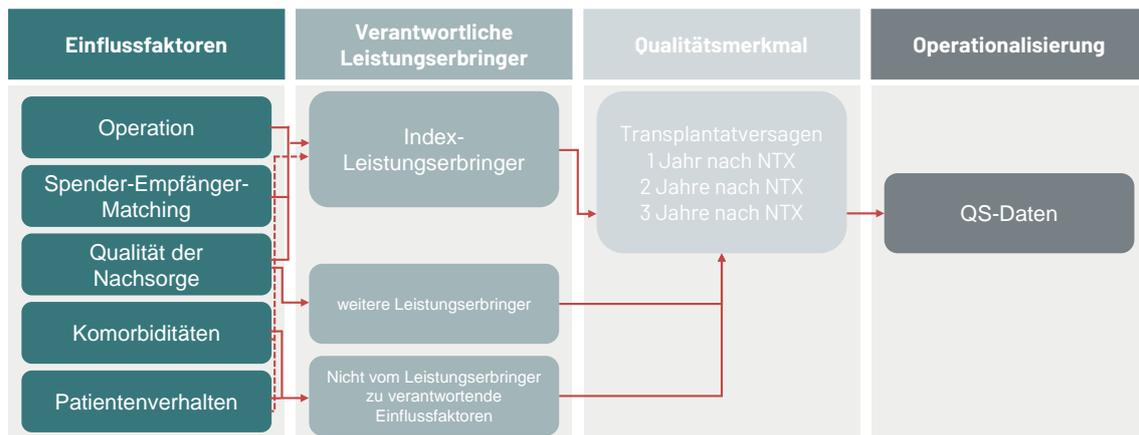


Abbildung 20: Transplantatversagen innerhalb des 1. bzw. 2. bzw. 3. Jahres nach Nierentransplantation (NTX: IDs 572032, 572033, 572034)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich beim Indikator „Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation“ (ID 572032, NET-NTX) als **eher hoch** eingeschätzt wird, wird sie bei den Indikatoren „Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation“ (ID 572033, NET-NTX) und „Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation“ (ID 572034, NET-NTX) als **mittel** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Das Spender-Empfänger-Matching und die damit einhergehende Bewertung der Qualität des Spenderorgans direkt vor der Transplantation werden als besonders relevant für das Transplantatversagen gesehen und liegen einzig in der Verantwortung des Transplantationszentrums. Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbiditäten sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Auch wenn in den Nachsorgeprozessen neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert sind, wird der Anteil des Transplantationszentrums an der Verantwortung für die Versorgungsqualität dieses Qualitätsmerkmals ein Jahr nach der Transplantation noch als eher hoch eingeschätzt. Aus Fachsicht sollte das Transplantationszentrum besonders im ersten

Jahr nach einer Transplantation besonders stark in der Nachsorge engagiert sein und den Austausch mit potentiell unterstützend involvierten niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten steuern. Somit hat der Leistungserbringer durchgängig die Möglichkeit, die Transplantatfunktion ein Jahr nach der Transplantation positiv zu beeinflussen. Im zweiten und dritten Jahr nach der Transplantation wird der Anteil niedergelassener Leistungserbringer an der Nachsorge von Transplantationspatientinnen und -patienten bedeutender, auch wenn diese nach Expertenmeinung weiterhin hauptsächlich beim Index-Leistungserbringer liegen sollte. Durch die Steuerung und Durchführung der Nachsorge hat der Leistungserbringer die Möglichkeit, die Qualität der Transplantatfunktion zwei und drei Jahre nach der Transplantation positiv zu beeinflussen.

Anhang E.3: Wirkmodelle zum QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX)

Herztransplantationen (TX-HTX), Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU), Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX) sowie Lebertransplantationen (TX-LTX)

1.1 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

- **TX-HTX: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12253)**
- **TX-LUTX: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12397)**
- **TX-LTX: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12349)**

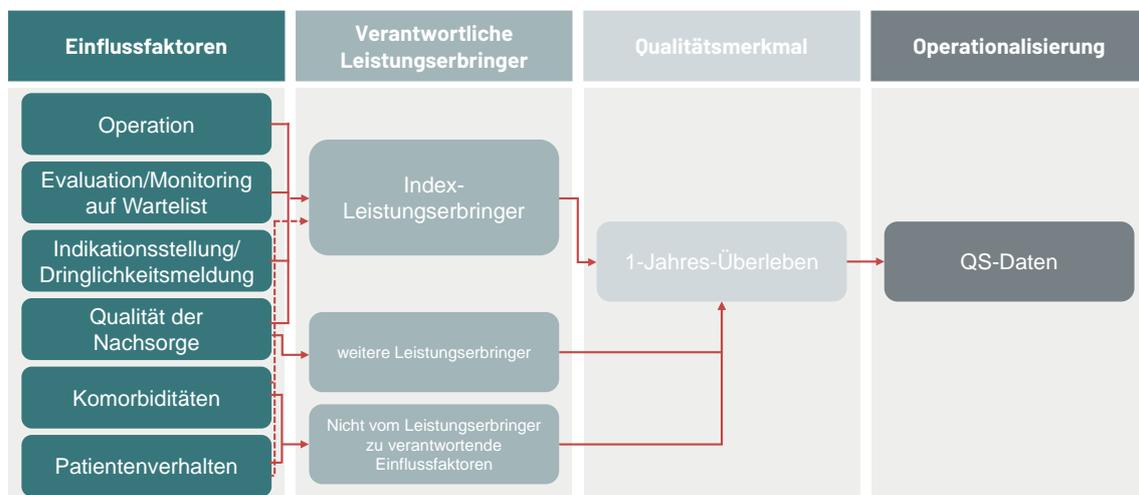


Abbildung 21: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (HTX: ID 12253, LUTX: ID 12397, LTX: ID 12349)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Als maßgebliche Faktoren, die das 1-Jahres-Überleben von Transplantationspatientinnen und -patienten beeinflussen, wurden 6 Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der operative Eingriff, die Evaluation sowie das Monitoring auf der Warteliste, die Indikationsstellung sowie Dringlichkeitsmeldung, die Qualität der Nachsorge, Komorbiditäten und das Patientenverhalten.

Der Begriff Operation ist an dieser Stelle und im Folgenden als Oberbegriff zu sehen und fasst verschiedene assoziierte Bereiche zusammen. Neben dem Eingriff an sich sind hier auch die Erfahrung des Operateurs, die präoperative Begutachtung des Spenderorgans, die Vor- und Einhaltung von sterilen Bedingungen und Hygienestandards, die OP-Vorbereitung der Patientinnen und Patienten als auch der adäquate Verschluss von Wunden inbegriffen.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Daher ist das Transplantationszentrum in der vollen Verantwortung für die Indikationsstellung und Dringlichkeitsmeldung zur Transplantation sowie für die Evaluation und das Wartelisten-Monitoring der Patientin bzw. des Patienten, wobei hier auch das Matching zwischen Empfänger und Spender inbegriffen ist. Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbiditäten sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Aus Fachsicht sollte das Transplantationszentrum besonders im ersten Jahr nach einer Transplantation besonders stark in der Nachsorge engagiert sein und den Austausch mit potentiell unterstützend involvierten niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten steuern. Vor allem im ersten Jahr nach der Transplantation beeinflusst das postoperative Management sowie Komplikationsmanagement im Rahmen der Nachsorge das 1-Jahres-Überleben.

Auch wenn in den Nachsorgeprozessen neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert sind, wird der Anteil des Transplantationszentrums an der Verantwortung für die Versorgungsqualität dieses Qualitätsmerkmals als eher hoch eingeschätzt.

1.2 Überleben bei bekanntem Status

- **TX-HTX: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12269)**
- **TX-LUTX: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12413)**
- **TX-LTX: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12365)**
- **TX-HTX: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12289)**
- **TX-LUTX: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12433)**
- **TX-LTX: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12385)**

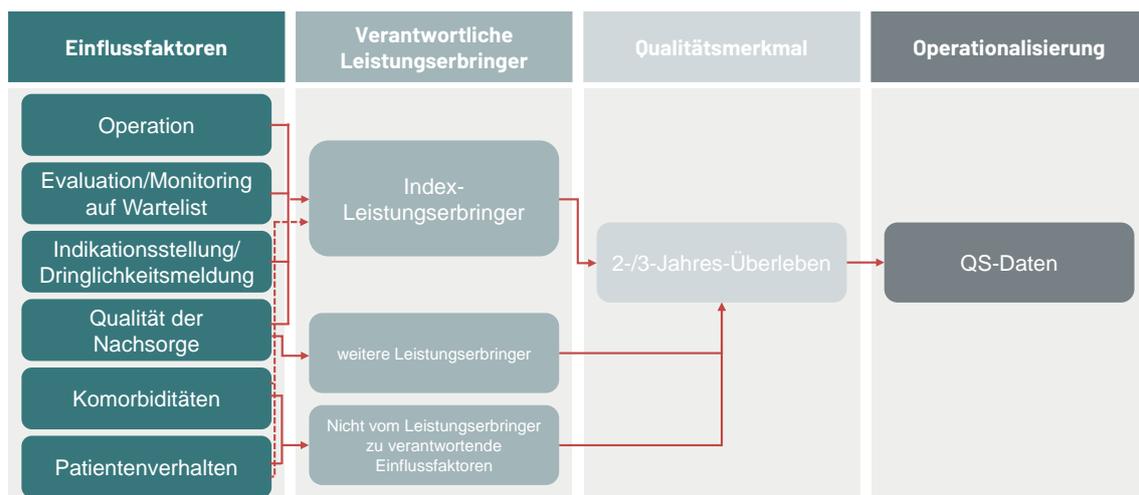


Abbildung 22: 2- bzw. 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (HTX: IDs 12269/ 12289, LUTX: IDs 12413/ 12433, LTX: IDs 12365/ 12385)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **mittel** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Als maßgebliche Faktoren, die das 1-Jahres-Überleben von Transplantationspatientinnen und -patienten beeinflussen, wurden 6 Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der operative Eingriff, die Evaluation sowie das Monitoring auf der Warteliste, die Indikationsstellung sowie Dringlichkeitsmeldung, die Qualität der Nachsorge, Komorbiditäten und das Patientenverhalten.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Daher ist das Transplantationszentrum in der vollen Verantwortung für die Indikationsstellung und Dringlichkeitsmeldung zur Transplantation sowie für die Evaluation und das Wartelisten-Monitoring der Patientin bzw. des Patienten, wobei hier auch das Matching zwischen Empfänger und Spender inbegriffen ist. Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbiditäten sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Im Gegensatz zum 1-Jahresüberleben wird der Anteil weiterer (niedergelassener) Leistungserbringer an der Nachsorge von Transplantationspatientinnen und -patienten im zweiten und dritten Jahr nach der Transplantation bedeutender, auch wenn diese nach Expertenmeinung weiterhin hauptsächlich beim Index-Leistungserbringer liegen sollte. Durch die Steuerung und Durchführung der Nachsorge hat der Leistungserbringer die Möglichkeit, das 2- und 3-Jahres-Überleben positiv zu beeinflussen.

Da in den Nachsorgeprozessen neben dem Transplantationszentrum im zweiten und dritten Jahr nach der Transplantation zunehmend weitere (niedergelassene) Leistungserbringer involviert sind, wird der Anteil des Transplantationszentrums an der Versorgungsqualität dieses Qualitätsmerkmals als mittel eingeschätzt.

1.3 Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation

- **TX-HTX: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 252300)**
- **TX-LUTX: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 282300)**
- **TX-LTX: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (ID 272300)**

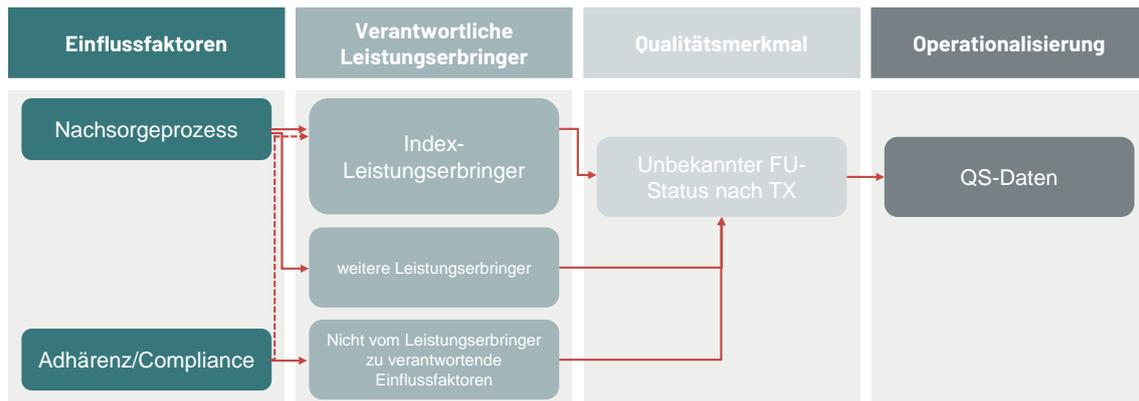


Abbildung 23: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation (HTX: ID 252300, LUTX: ID 282300, LTX: ID 272300)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Als maßgebliche Faktoren, die den unbekanntem Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation beeinflussen, wurden 2 Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der Nachsorgeprozess bei dem Leistungserbringer sowie die Adhärenz/Compliance der Transplantierten.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Daher ist das Transplantationszentrum im Rahmen seines Nachsorgemanagements in der vollen Verantwortung für einen unbekanntem Follow-up-Status. Hierbei sind zwar die Adhärenz und Compliance der Transplantierten den Transplantierten selbst zuzuschreiben. Die angemessene Reflexion der Adhärenz und Compliance der Transplantierten ist jedoch durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Auch wenn in den Nachsorgeprozessen neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert sind, wird der Anteil des Transplantationszentrums an der Verantwortung für die Versorgungsqualität dieses Qualitätsmerkmals als eher hoch eingeschätzt. Der Index-Leistungserbringer kann die Nachsorge-Untersuchungen selbst durchführen und die Einbindung

weiterer Leistungserbringer steuern sowie Informationen von anderen Leistungserbringern einholen.

Leberlebendspenden (TX-LLS) und Nierenlebendspenden (TX-NLS)

1.4 Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Lebendspende

- **TX-LLS: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende (ID 12296)**
- **TX-NLS: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende (ID 12440)**
- **TX-LLS: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende (ID 12308)**
- **TX-NLS: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende (ID 12452)**

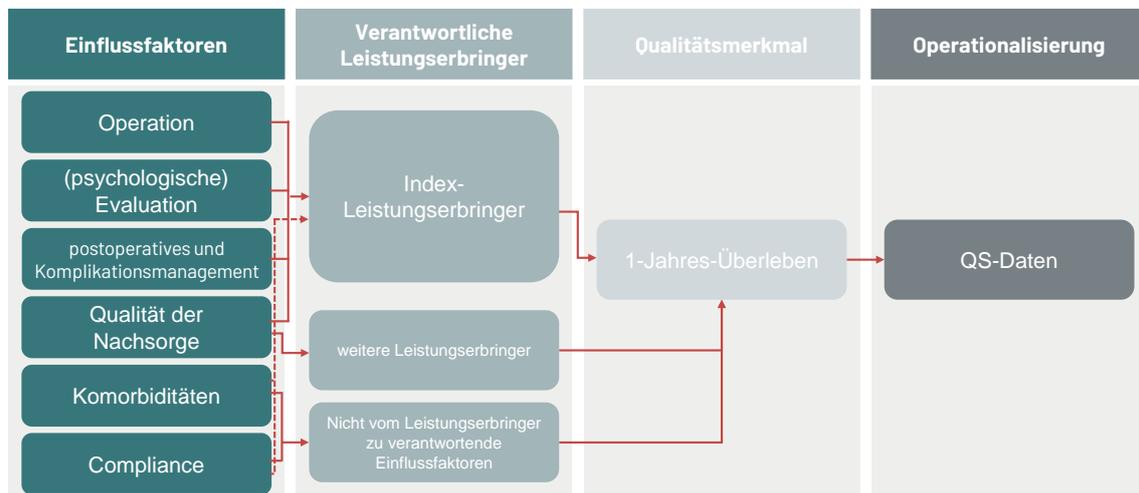


Abbildung 24: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. bzw. 2. Jahres nach Lebendspende (TX-LLS: IDs 12296/12308, TX-NLS: IDs 12440/12452)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** angesehen bei einer Nachbeobachtungsphase von einem Jahr, und als **mittel** bei einer Nachbeobachtungsphase von zwei Jahren, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann. Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Das TPG regelt entsprechend die Verpflichtung der Transplantationszentren zur Nachsorge der Lebendspender (§ 10 (2) Satz 8 TPG). Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbiditäten sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen. Der Leistungserbringer hat dementsprechend durchgängig die Möglichkeit, die Follow-up-Rate positiv zu beeinflussen.

1.5 Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Lebendspende

- **TX-LLS: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende (ID 262300)**
- **TX-NLS: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende (ID 292300)**

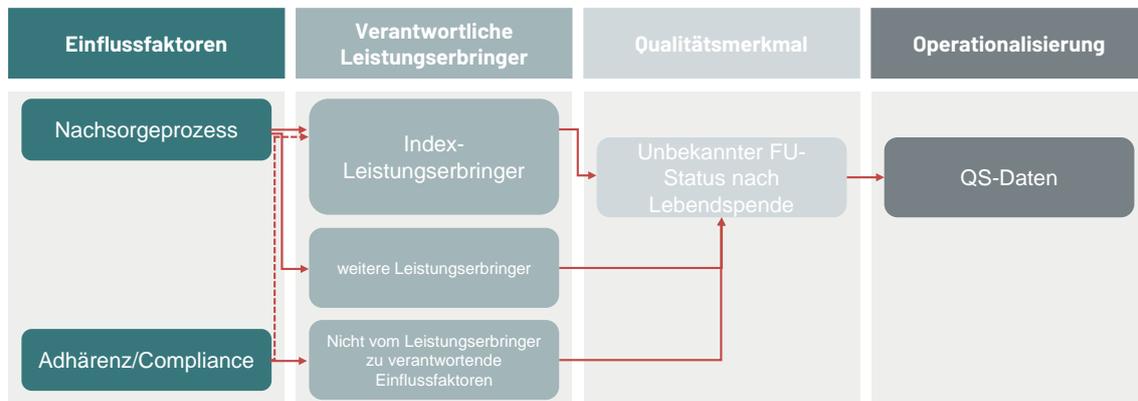


Abbildung 25: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebendspende (TX-LLS: ID 262300, TX-NLS: ID 292300)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **mittel** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann.

Als maßgebliche Faktoren, die den unbekanntem Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation beeinflussen, wurden 2 Einflussfaktoren identifiziert und mit dem Expertengremium auf Bundesebene abgestimmt: der Nachsorgeprozess bei dem Leistungserbringer sowie die Adhärenz/Compliance der Transplantierten.

Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Das TPG regelt entsprechend die Verpflichtung der Transplantationszentren zur Nachsorge der Lebendspender (§10 (2) Satz 8 TPG). Daher ist das Transplantationszentrum im Rahmen seines Nachsorgemanagements in der vollen Verantwortung für einen unbekanntem Follow-up-Status. Hierbei sind zwar die Adhärenz und Compliance der Lebendspender den Spendern selbst zuzuschreiben. Die angemessene Reflexion der Adhärenz und Compliance der Lebendspender ist jedoch durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen und ggf. über die häufig langen Wartezeiten bis zur Transplantation und während des Nachsorgezeitraums positiv zu beeinflussen.

Auch wenn in den Nachsorgeprozessen neben dem Transplantationszentrum weitere Leistungserbringer involviert sind, wird der Anteil des Transplantationszentrums an der Verantwortung für die Versorgungsqualität dieses Qualitätsmerkmals als eher hoch eingeschätzt. Der Index-Leistungserbringer kann die Nachsorge-Untersuchungen selbst durchführen und die Einbindung

weiterer Leistungserbringer steuern sowie Informationen von anderen Leistungserbringern einholen.

1.6 Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich

- **TX-LLS: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich (ID 12549)**
- **TX-LLS: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich (ID 12561)**

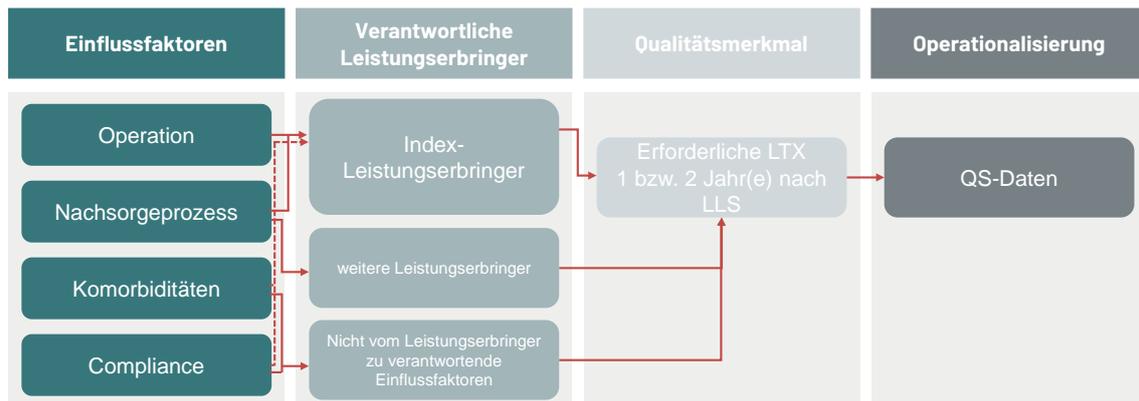


Abbildung 26: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. bzw. 2. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich (TX-LLS: IDs 12549/12561)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann. Bei der Lebendspende soll durch sorgfältige Bewertung der spendenden Person vor dem Eingriff und durch bestmögliche Qualität der medizinischen Versorgung während und nach der Lebendspende ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden. Es gilt, jede Komplikation, so auch Lebertransplantationen, für die Lebendspenderinnen und Lebendspender zu vermeiden, nicht nur unmittelbar während und nach dem Eingriff, sondern auch in der mehrere Jahre andauernden Nachsorgephase.

1.7 Beeinträchtigte / eingeschränkte Organfunktion

- **TX-LLS: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) (ID 12609)**
- **TX-NLS: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) (ID 12636)**
- **TX-LLS: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) (ID 12613)**
- **TX-NLS: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) (ID 12640)**

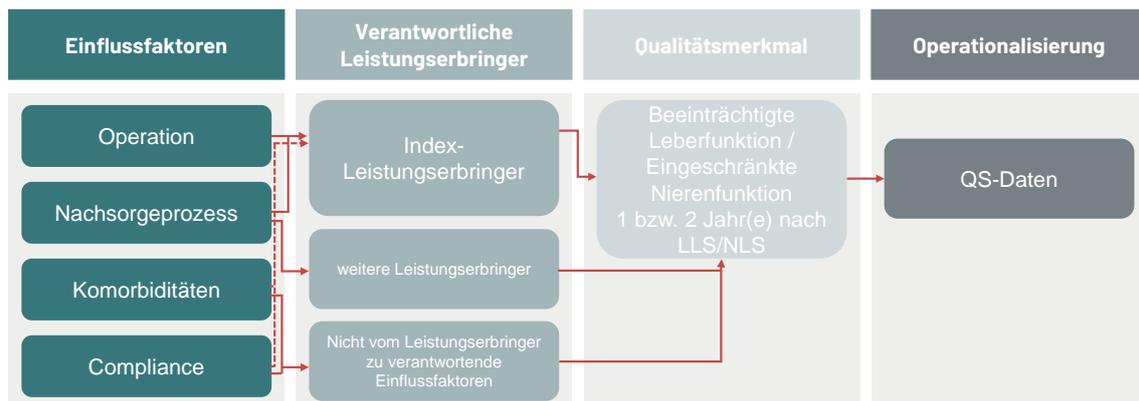


Abbildung 27: Beeinträchtigte / eingeschränkte Organfunktion (1 bzw. 2 Jahre nach Lebendspende) (TX-LLS: IDs 12609/12613, TX-NLS: IDs 12636/12640)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** angesehen, außer bei dem Indikator „Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)“ (ID 12640, TX-NLS) wird sie als **mittel** eingeschätzt, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann. Organspenden gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Das TPG regelt entsprechend die Verpflichtung der Transplantationszentren zur Nachsorge der Lebendspender (§ 10 (2) Satz 8 TPG). Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbiditäten sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen. Der Leistungserbringer hat dementsprechend durchgängig die Möglichkeit, das Outcome und potentielle Komplikationen positiv zu beeinflussen.

1.8 Albuminurie nach Nierenlebenspende

- **TX-NLS: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende (ID 51997)**
- **TX-NLS: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende (ID 51998)**

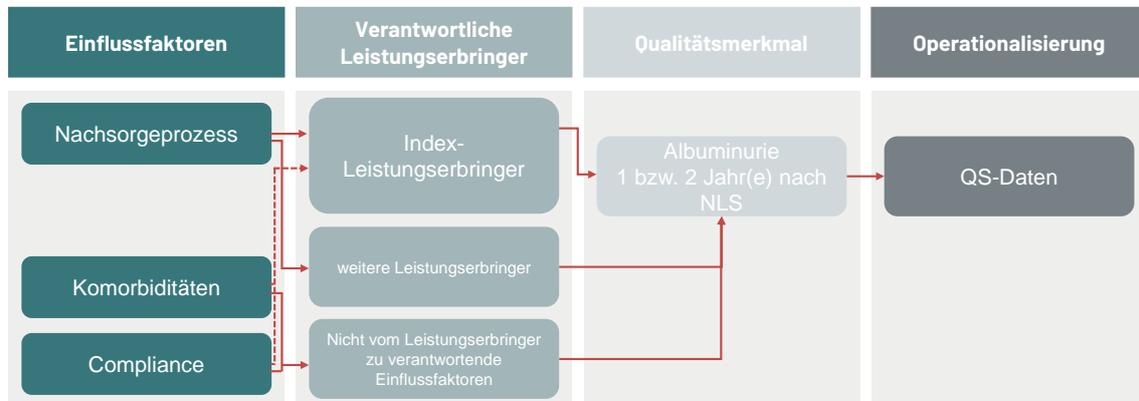


Abbildung 28: Albuminurie innerhalb des 1. bzw. 2. Jahres nach Nierenlebenspende (TX-LLS: IDs 12609/12613, TX-NLS: IDs 51997/ 51998)

Die **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer** wird grundsätzlich als **eher hoch** 1 Jahr nach der Nierenlebenspende und **mittel** 2 Jahre nach der Nierenlebenspende angesehen, da die Versorgung durch den Indexleistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung der Qualitätsmerkmale positiv beeinflussen kann. Organtransplantationen gehen mit einer intensiven Vor- und Nachbereitung durch das durchführende Transplantationszentrum einher. Das TPG regelt entsprechend die Verpflichtung der Transplantationszentren zur Nachsorge der Lebendspender (§ 10 (2) Satz 8 TPG). Hierbei ist auch die angemessene Reflexion potenzieller Komorbiditäten sowie des Patientenverhaltens (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsweise) durch den Leistungserbringer zu berücksichtigen. Der Leistungserbringer hat dementsprechend durchgängig die Möglichkeit, das Outcome und potentielle Komplikationen positiv zu beeinflussen.

Anhang F: Liste der zusätzlich im QS-Filter des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* zu ergänzenden Tracer-Operationen

Fachgebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
ACH	5-455.91	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomose
ACH	5-455.92	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
ACH	5-455.93	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata
ACH	5-455.94	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter
ACH	5-455.95	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose
ACH	5-455.96	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Enterostoma
ACH	5-455.97	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-455.9x	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Sonstige
ACH	5-455.a1	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomose

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
ACH	5-455.a2	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
ACH	5-455.a3	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata
ACH	5-455.a4	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter
ACH	5-455.a5	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose
ACH	5-455.a6	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Enterostoma
ACH	5-455.a7	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-455.ax	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Sonstige
ACH	5-455.b1	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Offen chirurgisch mit Anastomose
ACH	5-455.b2	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
ACH	5-455.b3	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata
ACH	5-455.b4	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter
ACH	5-455.b5	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Laparoskopisch mit Anastomose
ACH	5-455.b6	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Laparoskopisch mit Enterostoma
ACH	5-455.b7	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-455.bx	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Sonstige
ACH	5-455.c1	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomose

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
ACH	5-455.c2	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
ACH	5-455.c3	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata
ACH	5-455.c4	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter
ACH	5-455.c5	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose
ACH	5-455.c6	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Enterostoma
ACH	5-455.c7	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-455.cx	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Sonstige
ACH	5-455.d1	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomose
ACH	5-455.d2	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
ACH	5-455.d3	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata
ACH	5-455.d4	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
ACH	5-455.d5	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Laparoskopisch mit A-nastomose
ACH	5-455.d6	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Laparoskopisch mit Enterostoma
ACH	5-455.d7	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-455.dx	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Sonstige
ACH	5-469.1x	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Sonstige
ACH	5-469.2x	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Sonstige
ACH	5-469.30	Andere Operationen am Darm: Dünndarmfaltung (Jejunoplikatio nach Noble) (OP nach Philipps-Child): Offen chirurgisch
ACH	5-469.31	Andere Operationen am Darm: Dünndarmfaltung (Jejunoplikatio nach Noble) (OP nach Philipps-Child): Laparoskopisch
ACH	5-469.32	Andere Operationen am Darm: Dünndarmfaltung (Jejunoplikatio nach Noble) (OP nach Philipps-Child): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-469.3x	Andere Operationen am Darm: Dünndarmfaltung (Jejunoplikatio nach Noble) (OP nach Philipps-Child): Sonstige
ACH	5-469.40	Andere Operationen am Darm: Myotomie (quere Einkerbung der freien Tänie des Dickdarmes): Offen chirurgisch
ACH	5-469.41	Andere Operationen am Darm: Myotomie (quere Einkerbung der freien Tänie des Dickdarmes): Laparoskopisch
ACH	5-469.42	Andere Operationen am Darm: Myotomie (quere Einkerbung der freien Tänie des Dickdarmes): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-469.4x	Andere Operationen am Darm: Myotomie (quere Einkerbung der freien Tänie des Dickdarmes): Sonstige
ACH	5-469.50	Andere Operationen am Darm: Fixation des Dünndarmes an der rechten Bauchwandseite und des Dickdarmes an der linken Bauchwandseite: Offen chirurgisch
ACH	5-469.51	Andere Operationen am Darm: Fixation des Dünndarmes an der rechten Bauchwandseite und des Dickdarmes an der linken Bauchwandseite: Laparoskopisch

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
ACH	5-469.5x	Andere Operationen am Darm: Fixation des Dünndarmes an der rechten Bauchwandseite und des Dickdarmes an der linken Bauchwandseite: Sonstige
ACH	5-469.60	Andere Operationen am Darm: Durchtrennung der Laddschen Bänder: Offen chirurgisch
ACH	5-469.61	Andere Operationen am Darm: Durchtrennung der Laddschen Bänder: Laparoskopisch
ACH	5-469.b0	Andere Operationen am Darm: Bougierung: Offen chirurgisch
ACH	5-469.b1	Andere Operationen am Darm: Bougierung: Laparoskopisch
ACH	5-469.b3	Andere Operationen am Darm: Bougierung: Endoskopisch
ACH	5-469.bx	Andere Operationen am Darm: Bougierung: Sonstige
ACH	5-469.c0	Andere Operationen am Darm: Endo-Loop: Offen chirurgisch
ACH	5-469.c1	Andere Operationen am Darm: Endo-Loop: Laparoskopisch
ACH	5-469.c3	Andere Operationen am Darm: Endo-Loop: Endoskopisch
ACH	5-469.cx	Andere Operationen am Darm: Endo-Loop: Sonstige
ACH	5-469.d0	Andere Operationen am Darm: Clippen: Offen chirurgisch
ACH	5-469.d1	Andere Operationen am Darm: Clippen: Laparoskopisch
ACH	5-469.d2	Andere Operationen am Darm: Clippen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch
ACH	5-469.dx	Andere Operationen am Darm: Clippen: Sonstige
ACH	5-469.e0	Andere Operationen am Darm: Injektion: Offen chirurgisch
ACH	5-469.e1	Andere Operationen am Darm: Injektion: Laparoskopisch
ACH	5-469.e2	Andere Operationen am Darm: Injektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch
ACH	5-469.ex	Andere Operationen am Darm: Injektion: Sonstige
ACH	5-469.h0	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dünndarmes: Offen chirurgisch
ACH	5-469.h1	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dünndarmes: Laparoskopisch
ACH	5-469.h2	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dünndarmes: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-469.h3	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dünndarmes: Endoskopisch
ACH	5-469.hx	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dünndarmes: Sonstige

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
ACH	5-469.j0	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dickdarmes: Offen chirurgisch
ACH	5-469.j1	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dickdarmes: Laparoskopisch
ACH	5-469.j2	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dickdarmes: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-469.j3	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dickdarmes: Endoskopisch
ACH	5-469.jx	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dickdarmes: Sonstige
ACH	5-469.k0	Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese: Offen chirurgisch
ACH	5-469.k3	Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch
ACH	5-469.kx	Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese: Sonstige
ACH	5-469.m0	Andere Operationen am Darm: Entfernung einer selbstexpandierenden Prothese: Offen chirurgisch
ACH	5-469.m3	Andere Operationen am Darm: Entfernung einer selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch
ACH	5-469.mx	Andere Operationen am Darm: Entfernung einer selbstexpandierenden Prothese: Sonstige
ACH	5-469.n0	Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Offen chirurgisch
ACH	5-469.n1	Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Laparoskopisch
ACH	5-469.n3	Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch
ACH	5-469.p0	Andere Operationen am Darm: Entfernung einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Offen chirurgisch
ACH	5-469.p1	Andere Operationen am Darm: Entfernung einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Laparoskopisch
ACH	5-469.p3	Andere Operationen am Darm: Entfernung einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch
ACH	5-469.px	Andere Operationen am Darm: Entfernung einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Sonstige
ACH	5-469.q3	Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion: Endoskopisch
ACH	5-469.r3	Andere Operationen am Darm: Entfernung eines Kunststoffconduits zur biliodigestiven Diversion: Endoskopisch

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
ACH	5-469.s3	Andere Operationen am Darm: Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip: Endoskopisch
ACH	5-469.t3	Andere Operationen am Darm: Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen: Endoskopisch
ACH	5-469.u3	Andere Operationen am Darm: Endoskopische Entfernung von Clips durch elektrische Desintegration: Endoskopisch
ACH	5-469.w3	Andere Operationen am Darm: Blutstillung durch Auftragen von Peptid-Hydrogel bildenden Substanzen: Endoskopisch
ACH	5-469.x0	Andere Operationen am Darm: Sonstige: Offen chirurgisch
ACH	5-469.x1	Andere Operationen am Darm: Sonstige: Laparoskopisch
ACH	5-469.x2	Andere Operationen am Darm: Sonstige: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ACH	5-469.x3	Andere Operationen am Darm: Sonstige: Endoskopisch
ACH	5-469.xx	Andere Operationen am Darm: Sonstige: Sonstige
ACH	5-469.y	Andere Operationen am Darm: N.n.bez.
GCH	5-381.x	Endarteriektomie: Sonstige
GCH	5-381.y	Endarteriektomie: N.n.bez.
GCH	5-385.0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lokale Sklerotherapie (durch Injektion)
GCH	5-385.1	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Umstechung
GCH	5-385.2	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lokale Exzision
GCH	5-385.3	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Inzision eines Varixknotens
GCH	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)
GCH	5-385.5	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Endoskopische Diszision der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)
GCH	5-385.6	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Endoskopische Diszision der Vv. perforantes mit Fasziotomie (als selbständiger Eingriff)
GCH	5-385.90	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna
GCH	5-385.92	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena parva
GCH	5-385.94	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Vv. saphenae magna et parva

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
GCH	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize
GCH	5-385.9x	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): Sonstige
GCH	5-385.a0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lasertherapie: Lokal
GCH	5-385.a1	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lasertherapie: Endovenös [EVLV]
GCH	5-385.b	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Endoluminale Radiofrequenzablation
GCH	5-385.c	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Endoluminale Rotationsablation mit gleichzeitiger Sklerosierung
GCH	5-385.e	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Venenokklusion durch Venenkleber
GCH	5-385.x	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Sonstige
GCH	5-385.y	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: N.n.bez.
GYN	5-683.5	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, ohne Salpingoovariektomie
GYN	5-683.6	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, einseitig
GYN	5-683.7	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, beidseitig
GYN	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material
GYN	5-704.11	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Mit alloplastischem Material
GYN	5-704.48	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum
GYN	5-704.49	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina
GYN	5-704.58	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum
GYN	5-704.59	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
GYN	5-704.6h	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage
GYN	5-704.6j	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage
GYN	5-704.6k	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage
GYN	5-704.6m	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage
GYN	5-704.6x	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Sonstige
GYN	5-870.20	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
GYN	5-870.21	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
GYN	5-870.60	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Destruktion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
GYN	5-870.61	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Destruktion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
GYN	5-870.70	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser): Ohne Clip-Markierung der Biopsieregion
GYN	5-870.71	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser): Mit Clip-Markierung der Biopsieregion
GYN	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
GYN	5-870.91	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
GYN	5-870.x	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Sonstige
GYN	5-870.y	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: N.n.bez.

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
HCH	5-377.h1	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Verwendung von Herzschrittmachern mit zusätzlicher Mess- oder spezieller Stimulationsfunktion: Mit quadripolarer Stimulationsfunktion
HCH	5-377.k	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Intrakardialer Impulsgenerator
PCH	5-870.20	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
PCH	5-870.21	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
PCH	5-870.60	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Destruktion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
PCH	5-870.61	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Destruktion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
PCH	5-870.70	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser): Ohne Clip-Markierung der Biopsieregion
PCH	5-870.71	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser): Mit Clip-Markierung der Biopsieregion
PCH	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
PCH	5-870.91	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
PCH	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
PCH	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)
PCH	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)
PCH	5-870.a3	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
PCH	5-870.a4	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe
PCH	5-870.a5	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik
PCH	5-870.a6	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik
PCH	5-870.a7	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss
PCH	5-870.ax	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Sonstige
PCH	5-870.x	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Sonstige
PCH	5-870.y	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: N.n.bez.
UCH	5-800.0s	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Humeroradialgelenk
UCH	5-800.0t	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Ellenbogengelenk n.n.bez.
UCH	5-800.0x	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Sonstige
UCH	5-800.3s	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Humeroradialgelenk
UCH	5-800.3t	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Ellenbogengelenk n.n.bez.
UCH	5-800.3x	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Sonstige
UCH	5-800.4s	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Humeroradialgelenk
UCH	5-800.4t	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Ellenbogengelenk n.n.bez.
UCH	5-800.4x	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Sonstige
UCH	5-800.5s	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Humeroradialgelenk
UCH	5-800.5t	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Ellenbogengelenk n.n.bez.

Fachgebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
UCH	5-800.5x	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Sonstige
UCH	5-800.6s	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humero-radialgelenk
UCH	5-800.6t	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Ellenbogengelenk n.n.bez.
UCH	5-800.6x	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Sonstige
UCH	5-800.7s	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humero-radialgelenk
UCH	5-800.7t	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Ellenbogengelenk n.n.bez.
UCH	5-800.7x	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Sonstige
UCH	5-800.8s	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Humero-radialgelenk
UCH	5-800.8t	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Ellenbogengelenk n.n.bez.
UCH	5-800.8x	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Sonstige
UCH	5-800.9x	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Sonstige
UCH	5-800.a0	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Humero-glenoidal-gelenk
UCH	5-800.a1	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Akromioklavikulargelenk
UCH	5-800.a2	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Thorakoskapulargelenk(raum)
UCH	5-800.a3	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Sternoklavikulargelenk
UCH	5-800.a4	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Humero-ulnargelenk
UCH	5-800.a5	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Proximales Radioulnargelenk
UCH	5-800.a6	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Distales Radioulnargelenk
UCH	5-800.a7	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Handgelenk n.n.bez.

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
UCH	5-800.a8	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Radiokarpalgelenk
UCH	5-800.a9	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Ulnokarpalgelenk
UCH	5-800.ae	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Iliosakralgelenk
UCH	5-800.af	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Symphyse
UCH	5-800.ag	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Hüftgelenk
UCH	5-800.ah	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Kniegelenk
UCH	5-800.aj	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Proximales Tibiofibulargelenk
UCH	5-800.ak	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Oberes Sprunggelenk
UCH	5-800.am	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Unteres Sprunggelenk
UCH	5-800.an	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Tarsalgelenk
UCH	5-800.ap	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Tarsometatarsalgelenk
UCH	5-800.aq	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Metatarsophalangealgelenk
UCH	5-800.ar	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Zehngelenk
UCH	5-800.as	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Humeroradialgelenk
UCH	5-800.at	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Ellenbogengelenk n.n.bez.
UCH	5-800.ax	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamenten-trägers: Sonstige
UCH	5-800.b0	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamen-tenträgers: Humeroglenoidalgelenk
UCH	5-800.b1	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamen-tenträgers: Akromioklavikulargelenk
UCH	5-800.b3	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamen-tenträgers: Sternoklavikulargelenk

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
UCH	5-800.b4	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Humeroulnargelenk
UCH	5-800.b6	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Distales Radioulnargelenk
UCH	5-800.b7	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Handgelenk n.n.bez.
UCH	5-800.b8	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Radiokarpalgelenk
UCH	5-800.b9	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Ulnokarpalgelenk
UCH	5-800.be	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Iliosakralgelenk
UCH	5-800.bf	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Symphyse
UCH	5-800.bg	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Hüftgelenk
UCH	5-800.bh	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Kniegelenk
UCH	5-800.bk	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Oberes Sprunggelenk
UCH	5-800.bm	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Unteres Sprunggelenk
UCH	5-800.bn	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Tarsalgelenk
UCH	5-800.bp	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Tarsometatarsalgelenk
UCH	5-800.bq	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Metatarsophalangealgelenk
UCH	5-800.br	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Zehengelenk
UCH	5-800.bt	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Ellenbogengelenk n.n.bez.
UCH	5-800.bx	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Sonstige
UCH	5-800.cs	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Humeroradialgelenk
UCH	5-800.ct	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Ellenbogengelenk n.n.bez.

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
UCH	5-800.cx	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Sonstige
UCH	5-800.xs	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Sonstige: Humeroradialgelenk
UCH	5-800.xt	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Sonstige: Ellenbogengelenk n.n.bez.
UCH	5-800.xx	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Sonstige: Sonstige
UCH	5-800.y	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: N.n.bez.
UCH	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell
UCH	5-812.n1	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Naht oder Rekonstruktion des Discus triangularis [TFCC]: Refixation, knöchern
UCH	5-812.n2	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Naht oder Rekonstruktion des Discus triangularis [TFCC]: Rekonstruktion durch Transplantat
UCH	5-812.nx	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Naht oder Rekonstruktion des Discus triangularis [TFCC]: Sonstige
UCH	5-812.p	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskustransplantation
UCH	5-812.x0	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Humeroglenoidalgelenk
UCH	5-812.x1	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Akromioklavikulargelenk
UCH	5-812.x7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Handgelenk n.n.bez.
UCH	5-812.x8	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Radiokarpalgelenk
UCH	5-812.x9	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Ulnokarpalgelenk
UCH	5-812.xg	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Hüftgelenk
UCH	5-812.xh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Kniegelenk
UCH	5-812.xk	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Oberes Sprunggelenk
UCH	5-812.xs	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Humeroradialgelenk
UCH	5-812.xt	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Ellenbogengelenk n.n.bez.

Fach- gebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
UCH	5-812.xx	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Sonstige: Sonstige
UCH	5-812.y	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: N.n.bez.
UCH	5-813.j	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Augmentation des vorderen Kreuzbandes
UCH	5-813.k	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Augmentation des hinteren Kreuzbandes
UCH	5-813.x	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Sonstige
UCH	5-813.y	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: N.n.bez.
UCH	5-814.d	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Schrumpfung der Schultergelenkkapsel durch Energiequellen
UCH	5-814.e	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Obere Kapselplastik
UCH	5-814.x	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige
UCH	5-814.y	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: N.n.bez.
URO	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material
URO	5-704.11	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Mit alloplastischem Material
URO	5-704.48	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum
URO	5-704.49	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina
URO	5-704.58	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum
URO	5-704.59	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina
URO	5-704.6h	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage

Fachgebiet	OPS-Kode (endstellig)	Bezeichnung
URO	5-704.6j	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage
URO	5-704.6k	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage
URO	5-704.6m	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage
URO	5-704.6x	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Sonstige

Legende: ACH = Allgemeinchirurgie, GCH = Gefäßchirurgie, GYN = Gynäkologie, HCH = Herzchirurgie, PCH = Plastische Chirurgie, UCH = Unfallchirurgie, URO = Urologie

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org