

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

Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2024

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2024

Ansprechpersonen	Martina Dost, Lina Jürgens
Datum der Abgabe	31. März 2025
Datum aktualisierte Abgabe	17. April 2025, 30. April 2025, 15. Mai 2025

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten	1.1.-31.12.2024
Sozialdaten bei den Krankenkassen	1.1.2022-31.12.2023
Patientenbefragung	1.1.-31.12.2024

Kurzfassung

Hintergrund

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

Auftrag

Das IQTIG ist beauftragt, jährlich Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung von Qualitäts- und Kennzahlenergebnissen vorzunehmen.

Methodisches Vorgehen

Grundsätzlich können alle Ergebnisse der routinemäßig in der externen Qualitätssicherung genutzten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen standortbezogen veröffentlicht werden, um Qualitätstransparenz zu schaffen und die damit verbundenen Ziele (z. B. Unterstützung von Auswahlentscheidungen für Patientinnen und Patienten) zu realisieren. Voraussetzung für die Veröffentlichung ist, dass die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ein Qualitätsmerkmal aufweisen, welches den Eignungskriterien des IQTIG entspricht. Die Eignungskriterien „Potenzial zur Verbesserung“ und „Praktikabilität“ (Aufwand-Nutzen-Verhältnis) werden nicht zur Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung herangezogen.

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die Limitationen hinsichtlich der Methodik oder der Verständlichkeit aufweisen oder durch andere fachliche Besonderheiten gekennzeichnet sind, empfiehlt das IQTIG die Veröffentlichung von ergänzenden „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“. Dadurch soll eine sachgerechte und kritische Interpretation der veröffentlichten Ergebnisse durch die Öffentlichkeit unabhängig vom Publikationsmedium ermöglicht werden. Die „Fachlichen Hinweise des IQTIG“ betreffen alle risikoadjustierten Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, alle Qualitätsindikatoren mit festgelegtem Referenzbereich oder eingeschränkter Vergleichbarkeit sowie sämtliche Kennzahlen und die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*.

Ergebnisse und Empfehlungen

Für das Berichtsjahr 2024¹ werden die Ergebnisse von 185 Qualitätsindikatoren und 81 Kennzahlen (insgesamt 266 Ergebnisse) zu standortbezogenen Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Die Ergebnisse von 173 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden nicht zur Veröffentlichung empfohlen, da sich diese entweder noch in der Entwicklungs- und Überarbeitungsphase befinden (n = 56; 12,8 %) oder die Eignungskriterien nicht vollumfänglich erfüllen (n = 115; 26,2 %). Die Ergebnisse von zwei Qualitätsindikatoren können wegen eines anderen indicatorspezifischen Grundes nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden (n = 2; 0,5 %).

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

Fazit und Ausblick

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, mit 439 (Berichtsjahr 2023: 446) nahezu konstant. Allerdings hat sich die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse das IQTIG für eine standortbezogene Veröffentlichung empfiehlt, für das Berichtsjahr 2024 mit 266 (60,6 %) im Vergleich zum Berichtsjahr 2023 (290; 65,0 %) verringert.

Nach wie vor befindet sich eine hohe Anzahl neu entwickelter Qualitätsindikatoren der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren, wie *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)* oder *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)*, in der Entwicklungsphase, aufgrund dessen deren Ergebnisse noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden können. Darüber hinaus wurden im Rahmen der mehrjährigen Überprüfung der Verfahren, die im Zuge des Eckpunktebeschlusses des G-BA zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung vorgenommen wurde, Indikatoren und Kennzahlen identifiziert, deren Qualitätsmerkmal gemäß den Kriterien derzeit nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet sind und deren Ergebnisse deshalb nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden.

Eine Steigerung des Anteils der zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren- und Kennzahlenergebnisse in den kommenden Berichtsjahren ist möglich, da der Entwicklungsprozess zahlreicher Indikatoren und Kennzahlen in den nächsten Berichtsjahren abgeschlossen werden könnte. Zudem werden derzeit einige Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Qualitätsmerkmale sich derzeit nicht für die Qualitätssicherung eignen, überarbeitet und bspw. eine Risikoadjustierung eingeführt.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung	9
1.1 Hintergrund	9
1.2 Auftrag	9
2 Methodisches Vorgehen	10
2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“	11
2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung	12
3 Ergebnisse und Empfehlungen	14
3.1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	14
3.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	15
3.3 Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren	16
4 Fazit und Ausblick	18
Literatur	19
Anhang A: Erläuterungen zu Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die im Vergleich zum Vorjahr nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden	21
Impressum	30

Übersicht der Anhänge zum Bericht

- Anhang A: Erläuterungen zu Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die im Vergleich zum Vorjahr nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden
- Anhang B: Übersicht über die Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2024

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung der nicht veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen des Berichtsjahres 2024 (n = 172)16

Abbildung 2: Empfehlungen des IQTIG der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit
veröffentlichungspflichtigen und nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen
(Berichtsjahre 2018-2024).....17

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BJ	Berichtsjahr
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EKez	Ergänzende Kennzahl
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
PPCI	Patientenbefragung des QS-Verfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</i>
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
TKez	Transparenzkennzahl

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

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

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

1.2 Auftrag

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

² Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 19. Dezember 2024, in Kraft getreten am 14. Februar 2025. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am: 27.02.2025).

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 18. Juli 2024, in Kraft getreten am 1. Januar 2025. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 27.02.2025).

⁴ Nomenklatur gemäß § 3 Qb-R.

2 Methodisches Vorgehen

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

Die Indikator- und Kennzahlresultate sind dann geeignet für die öffentliche Berichterstattung, wenn diese Resultate aussagekräftige Informationen über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer darstellen. Folgende Eignungskriterien werden für eine entsprechende Einschätzung herangezogen:

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

Im Gegensatz zur Erarbeitung von Empfehlungen für den (weiteren) Einsatz von Qualitätsindikatoren und -kennzahlen in der Qualitätssicherung erachtet das IQTIG die Brauchbarkeit für einen anderen Handlungsanschluss als den der Veröffentlichung nicht als relevantes Kriterium für die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung. Auch die Eignungskriterien „Potenzial zur Verbesserung“ und „Praktikabilität“ werden nicht zur Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung herangezogen. Weist ein Qualitätsindikator oder eine Qualitätskennzahl nur ein geringes

Potenzial zur Verbesserung auf oder ist mit einem hohen Aufwand im Vergleich zum Nutzen verbunden, empfiehlt das IQTIG den Indikator / die Kennzahl ggf. zur Aussetzung. Bei entsprechender Eignung gemäß den relevanten Eignungskriterien empfiehlt das IQTIG jedoch die auf bereits erhobenen Daten basierenden Ergebnisse trotzdem zur Veröffentlichung.

Darüber hinaus kann die Darstellung weiterer Kennzahlen sinnvoll sein, um die Datengrundlage bestimmter Auswertungen zu beschreiben oder die Nachvollziehbarkeit der Berechnung von Qualitätsindikator- und Qualitätskennzahlresultaten zu erhöhen.

Für eine weitergehende Darstellung des methodischen Vorgehens wird auf die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG verwiesen (IQTIG 2024).

2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“

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

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

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: [„Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Abschnitt 20.2](#)

- **für alle Qualitätsindikatoren mit festgelegtem Referenzbereich**

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu

Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: [„Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15](#)

- **für alle Kennzahlen**

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: [Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen](#)

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

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

- **für alle Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)***

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren *QS PCI* zu entnehmen: [G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI](#)

Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren *QS PCI*, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens *QS PCI* für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

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

2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung

Die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen, wenn noch keine Aussage bezüglich deren Eignung möglich ist. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn

- die Eignungskriterien nicht vollständig erfüllt sind,
- die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sich in der Entwicklung befinden oder
- andere besondere Gründe vorliegen.

3 Ergebnisse und Empfehlungen

3.1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Für das Berichtsjahr 2024 gibt es insgesamt 296 Qualitätsindikatoren und 143 Kennzahlen in den 16 QS-Verfahren der DeQS-RL. Unter Einbezug der Expertengremien auf Bundesebene wurden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen des Berichtsjahres 2024 beraten und Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung ausgesprochen. Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse von 185 Qualitätsindikatoren und 81 Kennzahlen (insgesamt 266 Ergebnisse) für die standortbezogene Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen (Anhang B).

Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, die im Vergleich zum Vorjahr nicht zur Veröffentlichung zum Berichtsjahr 2024 empfohlen werden, sowie eine prägnante Erläuterung zu den wichtigsten Hintergründen werden im Anhang A dargestellt. Es ist zu beachten, dass sich die Verfahren im Rahmen des Eckpunktebeschlusses derzeit in einer umfassenden, mehrjährigen Überprüfung befinden (G-BA 2022). Die drei zugehörigen Abschlussberichte des IQTIG enthalten ausführlichere Erläuterungen zur Bewertung der Eignungskriterien der einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen und wurden bereits an den G-BA übermittelt. Die Empfehlungen für die Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*, *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)* und *Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)* (G-BA 2023a, IQTIG 2023) sowie für die Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revascularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* und *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* (G-BA 2024, IQTIG 2023) wurden bereits veröffentlicht. Der Abschlussbericht für die Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*, *Cholezystektomie (QS CHE)*, *Nierenersatztherapie (QS NET)*, *Transplantationsmedizin (QS TX)*, *Perinatalmedizin (QS PM)* und *Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)* wurde dem G-BA am 14. März 2025 übermittelt. Die Empfehlungen und Erläuterungen im Anhang A des vorliegenden Berichts geben jeweils den aktuellen Stand der Bewertung der Qualitätsindikatoren in den Verfahren wider. Es wurden die Empfehlungen der Überprüfung berücksichtigt.

3.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Die Ergebnisse von 173 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden für das Berichtsjahr 2024 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen. Die Gründe sind nachfolgend aufgeführt ebenso wie die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in den betroffenen Modulen:

■ Hinweise auf Nichterfüllung von Eignungskriterien (n = 115; 26,2 %)

- Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI): n = 15
- Nierentransplantation (NET-NTX): n = 3
- Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX): n = 1
- Herztransplantationen (TX-HTX): n = 1
- Lebertransplantationen (TX-LTX): n = 1
- Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX): n = 1
- Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR): n = 3
- Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH): n = 4
- Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC): n = 2
- Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB): n = 12
- Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR): n = 6
- Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH): n = 6
- Karotis-Revaskularisation (KAROTIS): n = 2
- Ambulant erworbene Pneumonie (CAP): n = 21
- Mammachirurgie (MC): n = 5
- Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL): n = 6
- Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSMDEF-HSM-AGGW): n = 1
- Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL): n = 5
- Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (HSMDEF-DEFI-AGGW): n = 1
- Neonatologie (PM-NEO): n = 3
- Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK): n = 1
- Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP): n = 4
- Knieendoprothesenversorgung (KEP): n = 11

■ Entwicklungsprozess noch nicht abgeschlossen ist (n = 56; 12,8 %)

- Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren – Verfahren in Erprobung (WI-HI-A): n = 1
- Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren – Verfahren in Erprobung (WI-HI-S): n = 1
- Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen – Verfahren in Erprobung (WI-NI-A): n = 7
- Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen – Verfahren in Erprobung (WI-NI-S): n = 9
- Dialyse (NET-DIAL): n = 24

- Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR): n = 2
- Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH): n = 2
- Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC): n = 2
- Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR): n = 2
- Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH): n = 2
- Karotis-Revaskularisation (KAROTIS): n = 4

■ **andere besondere Gründe (n = 2; 0,5 %)**

- Geburtshilfe (PM-GEBH): QI „Müttersterblichkeit“ (ID 331) aufgrund der geringen Fallzahl und da es sich um ein seltenes, häufig schicksalhaftes Ereignis handelt
- Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI): QI „Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiographie bei der elektiven Prozedur“ (ID 56102) wird in seiner aktuellen Konzeption geprüft und ggf. weiterentwickelt

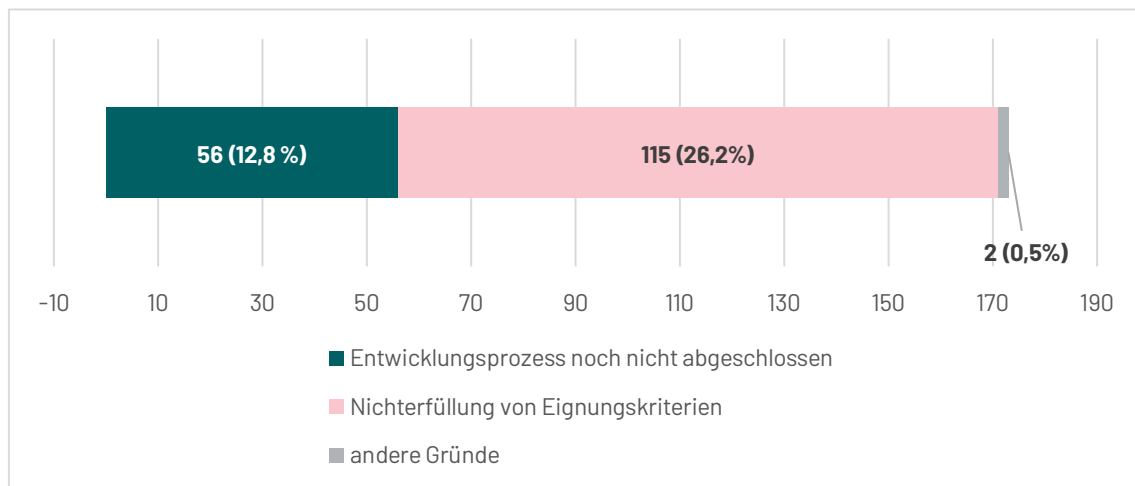


Abbildung 1: Zusammensetzung der nicht veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Berichtsjahres 2024 (n = 172) (die Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtzahl (n = 439) der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen)

3.3 Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren

Die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse das IQTIG für eine standortbezogene Veröffentlichung empfiehlt, hat sich für das Berichtsjahr 2024 mit 266 (60,6 %) im Vergleich zum Berichtsjahr 2023 (290; 65,0 %) verringert. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass im Zuge der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeschluss (G-BA 2022, G-BA 2023b) Indikatoren und Kennzahlen identifiziert wurden, deren Qualitätsmerkmale gemäß den Kriterien derzeit nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet sind.

Betrachtet man die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse bisher veröffentlichungspflichtig waren, im Verlauf, ist in den Berichtsjahren bis 2019 ein konstant hoher Anteil zu erkennen (BJ 2019: 91,3 %). Durch erhebliche Änderungen und die Überführung der QS-Verfahren

von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)⁵ in die DeQS-RL hat sich diese Entwicklung nicht fortgesetzt. Nach wie vor befinden sich neu entwickelte Qualitätsindikatoren der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren in der Entwicklungsphase, aufgrund dessen deren Ergebnisse noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden können. Dem gegenüber steht, dass die Qualitätsindikatoren der bestehenden Verfahren im Rahmen des Eckpunktepapiers zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung gesondert hinsichtlich ihrer Eignung geprüft wurden, sodass die Ergebnisse einiger Indikatoren nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden. Die Abbildung 2 zeigt die Entwicklung seit dem Berichtsjahr 2018.

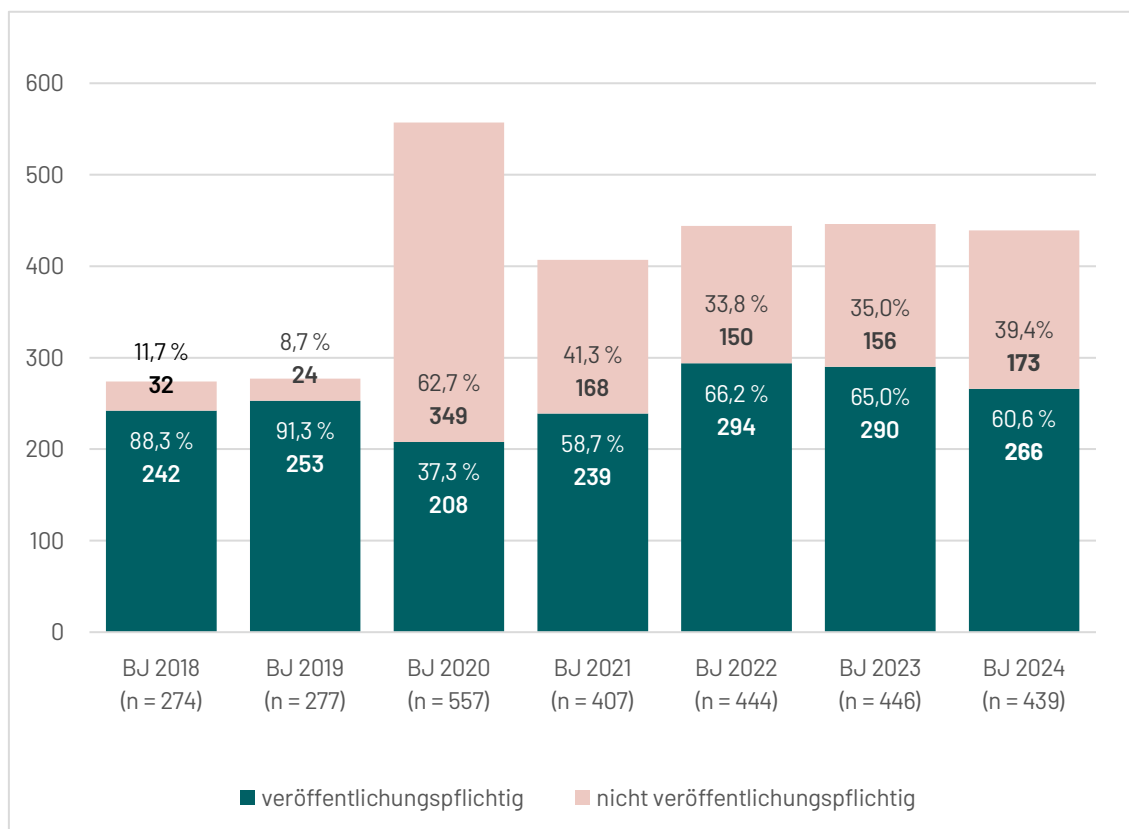


Abbildung 2: Empfehlungen des IQTIG der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen und nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (Berichtsjahre 2018-2024)

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am: 13.03.2025). Die Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.

4 Fazit und Ausblick

Für das Berichtsjahr 2024 gibt es insgesamt 296 Qualitätsindikatoren und 143 Kennzahlen in den 16 QS-Verfahren der DeQS-RL. Ergebnisse von 185 Qualitätsindikatoren und 81 Kennzahlen (insgesamt 266 Ergebnisse) werden für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen. Demgegenüber werden die Ergebnisse von 173 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Berichtsjahres 2024 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen, weil z. B. der Entwicklungsprozess noch nicht abgeschlossen ist oder die Eignungskriterien nicht erfüllt sind.

Nach wie vor befindet sich eine hohe Anzahl neu entwickelter Qualitätsindikatoren der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren, wie *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)* oder *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)*, in der Entwicklungsphase, aufgrund dessen deren Ergebnisse noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden können. Dem gegenüber steht, dass die Qualitätsindikatoren der bestehenden Verfahren im Rahmen des Eckpunktepapiers zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung gesondert hinsichtlich ihrer Eignung und des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses geprüft wurden, sodass die Ergebnisse einiger Indikatoren nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden.

Eine Steigerung des Anteils der zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren- und Kennzahlenergebnisse in den kommenden Berichtsjahren ist möglich, da für 56 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Entwicklungsprozess in den nächsten Berichtsjahren abgeschlossen werden könnte. Zudem werden derzeit einige Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Qualitätsmerkmale sich derzeit nicht für die Qualitätssicherung eignen, überarbeitet und bspw. eine Risikoadjustierung eingeführt.

Hinweis: Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung sind die endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2024; Berichtszeitraum Q1/2024 bis Q4/2024) vom G-BA noch nicht beschlossen worden. In Abhängigkeit der endgültigen Rechenregeln Auswertungsjahr 2025 bedarf es eventuell Anpassungen der zur Veröffentlichung geeigneten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Basis des Berichts sind die endgültigen Rechenregeln Auswertungsjahr 2025 mit Stand vom 14. April 2025.

Literatur

- BT-Drs. 151/14 vom 11.04.2014. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). URL: <https://dserver.bundestag.de/brd/2014/0151-14.pdf> (abgerufen am: 19.02.2025).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG zur Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen. [Stand:] 27.11.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2408/2015-11-27_IQTIG-Beauftragung_Beteiligung-Qesue.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. [Stand:] 21.04.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5386/2022-04-21_DeQS-RL_Eckpunkte_Weiterentwicklung.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP* zur Veröffentlichung. [Stand:] 16.11.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6287/2023-11-16_DeQS-RL_Freigabe-IQTIG-Bericht_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS.pdf (abgerufen am: 29.07.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren. [Stand:] 19.01.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV* zur Veröffentlichung und Beauftragung des IQTIG mit der Umsetzung für das Erfassungsjahr 2026. [Stand:] 17.10.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6871/2024-10-17_DeQS-RL_Freigabe-IQTIG-Bericht_Weiterentwicklung-QS-KCHK-CAP-MC-KAROTIS-DEK-HGV.pdf (abgerufen am: 21.02.2025).

Geraedts, M; Auras, S; Hermeling, P; de Cruppé, W (2009): Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134(Suppl. 6): S232–S233. DOI: 10.1055/s-0029-1241920.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Krankenhausbezogene öffentliche Berichterstattung von Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung. Empfehlungen des IQTIG zum Erfassungsjahr 2016. Stand: 20.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://www.iqtig.org/downloads/sqb/2016/IQTIG_Krankenhausbezogene-%C3%B6ffentliche-Berichterstattung-von-Qualit%C3%A4tsindikatoren_EJ-2016_Bericht_2017-04-20.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen. Stand: 22.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP. Abschlussbericht. [Stand:] 19.07.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS_Verfahren-PCI-HSMDEF-KEP_2023-07-19-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 07.12.2023).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 21.02.2025).

Schwenk, U; Schmidt-Kaehler, S (2016): Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. *Spotlight Gesundheit* 2016(1). URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf (abgerufen am: 19.02.2025).

Totten, AM; Wagner, J; Tiwari, A; O'Haire, C; Griffin, J; Walker, M (2012): Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I.). [Stand:] July 2012. (Evidence Report No. 208, 5.). Rockville, US-MD: AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality]. AHRQ Publication No. 12-E011-EF. URL: <https://archive.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/public-reporting-qis.pdf> (abgerufen am: 19.02.2025).

Anhang A: Erläuterungen zu Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die im Vergleich zum Vorjahr nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)	56005	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien	QI	Es gibt Hinweise darauf, dass das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung noch nicht vollständig erfüllt ist. Diese sind darauf zurückzuführen, dass sich im Vergleich zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser – stationär, Krankenhäuser – ambulant, Belegärztinnen/-ärzte, Vertragsärztinnen/-ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigen. Demnach ist davon auszugehen, dass – trotz Risikoadjustierung – einige Unterschiede in den Patientenkollektiven unberücksichtigt bleiben.
	56006	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI	QI	
	56007	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI	QI	
	56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QI	
	56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QI	
	56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QI	
	56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QI	
	56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiographie bei der elektiven Prozedur	QI	Da der QI in seiner aktuellen Konzeption geprüft und ggf. weiterentwickelt werden muss, wird dessen Veröffentlichung nicht empfohlen.

Auswertungs-modul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – amb. Operieren (WI-NI-A)	332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	Der Entwicklungsprozess dieser Kennzahlen ist noch nicht abgeschlossen, sodass die Eignungskriterien noch nicht hinreichend geprüft sind.
	332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	
Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – stat. Operieren (WI-NI-S)	342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	Der Entwicklungsprozess dieser Kennzahlen ist noch nicht abgeschlossen, sodass die Eignungskriterien noch nicht hinreichend geprüft sind.
	342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	

Auswertungs-modul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Offen- chirurgische isolierte Aorten- klappen- eingriffe (KCHK-AK- CHIR)	382000	Intraprozedurale Komplikationen	QI	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist nicht erfüllt. Grund dafür ist die noch fehlende Risikoadjustierung. Dieser Indikator soll zum Erfassungsjahr 2027 mit den Indikatoren zu den „Schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ zusammengelegt werden
	382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem gibt es Hinweise, dass die Objektivität nicht vollständig gegeben ist. Da es keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs gibt, ist die Abgrenzung eines Notfalleingriffs nicht ausreichend möglich, sodass der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden können. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
Katheter- gestützte isolierte Aorten- klappen- eingriffe (KCHK-AK- KATH)	372000	Intraprozedurale Komplikationen	QI	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist nicht erfüllt. Grund dafür ist die noch fehlende Risikoadjustierung. Diese Indikatoren sollen zum Erfassungsjahr 2027 mit den Indikatoren zu den „Schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ zusammengelegt werden.
	372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthaltes	QI	
	372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem gibt es Hinweise, dass die Objektivität nicht vollständig gegeben ist. Da es keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs gibt, ist die Abgrenzung eines Notfalleingriffs nicht ausreichend möglich, sodass der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden können. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.

Auswertungs-modul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)	352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem gibt es Hinweise, dass die Objektivität nicht vollständig gegeben ist. Da es keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs gibt, ist die Abgrenzung eines Notfalleingriffs nicht ausreichend möglich, sodass der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden können. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
	352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	Der Entwicklungsprozess dieses sozialdatenbasierten Indikators ist noch nicht abgeschlossen. Dieser wird, nach Zusammenlegung verschiedener Indikatoren zu Re-Eingriffen, im Auswertungsjahr 2025 erstmals ausgewertet, sodass die Eignungskriterien noch nicht hinreichend geprüft sind.
	352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	Der Entwicklungsprozess dieses sozialdatenbasierten Indikators ist noch nicht abgeschlossen. Dieser wird, nach Zusammenlegung verschiedener Indikatoren zu Re-Eingriffen, im Auswertungsjahr 2025 erstmals ausgewertet, sodass die Eignungskriterien noch nicht hinreichend geprüft sind.
Kombinierte Koronar- und Herzklappen-chirurgie (KCHK-KC-KOMB)	362005	Schlaganfall innerhalb von 30 d	QI	Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Folglich wird das Eignungskriterium Validität nicht als vollständig erfüllt betrachtet.

Auswertungs-modul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem gibt es Hinweise, dass die Objektivität nicht vollständig gegeben ist. Da es keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs gibt, ist die Abgrenzung eines Notfalleingriffs nicht ausreichend möglich, sodass der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden können. Des Weiteren handelt es sich bei KCHK-KC-KOMB um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinngleiche Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
	362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinngleiche Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Folglich wird das Eignungskriterium Validität nicht als vollständig erfüllt betrachtet.
	362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinngleiche Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Folglich wird das Eignungskriterium Validität nicht als vollständig erfüllt betrachtet.

Auswertungs-modul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Folglich wird das Eignungskriterium Validität nicht als vollständig erfüllt betrachtet.
	362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Folglich wird das Eignungskriterium Validität nicht als vollständig erfüllt betrachtet.
Offen- chirurgische isolierte Mitralkappen- eingriffe (KCHK-MK- CHIR)	402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist nicht erfüllt. Grund dafür ist die noch fehlende Risikoadjustierung. Dieser Indikator soll zum Erfassungsjahr 2027 mit den Indikatoren zu den „Schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ zusammengelegt werden.
	402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem gibt es Hinweise, dass die Objektivität nicht vollständig gegeben ist. Da es keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs gibt, ist die Abgrenzung eines Notfalleingriffs nicht ausreichend möglich, sodass der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden können. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.

Auswertungs-modul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Katheter-gestützte isolierte Mitralklappen-eingriffe (KCHK-MK-KATH)	392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist nicht erfüllt. Grund dafür ist die noch fehlende Risikoadjustierung. Dieser Indikator soll zum Erfassungsjahr 2027 mit den Indikatoren zu den „Schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ zusammengelegt werden.
	392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem gibt es Hinweise, dass die Objektivität nicht vollständig gegeben ist. Da es keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs gibt, ist die Abgrenzung eines Notfalleingriffs nicht ausreichend möglich, sodass der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden können. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
Karotis-Re-vaskularisation (KAROTIS)	162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	QI	Der Entwicklungsprozess dieser Indikatoren ist noch nicht abgeschlossen, sodass die Eignungskriterien noch nicht hinreichend belegt sind.
	162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	QI	
	162402	Periprozedurales Neuromonitoring	TKez	Diese Kennzahl wird abgeschafft, da der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist. Die Limitationen der Kennzahl wurden im Rahmen des Abschlussberichts „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“ dargelegt.

Auswertungs-modul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)	2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QI	Die Eignungskriterien Datenqualität und Validität sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwands einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Qualitätsindikatoren/Kennzahlen werden zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.
	232000_2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	EKez	
	2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	QI	
	232001_2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	
	2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	TKez	
	232002_2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	
	50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QI	
	232009_50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	
	50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	
	232007_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	
	232010_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)	EKez	
	231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	TKez	
	232008_231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	EKez	

Auswertungs-modul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Mamma-chirurgie (QS MC)	60659	Nachresektionsrate	QI	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist nicht erfüllt. Grund dafür ist die noch fehlende Risikoadjustierung. Ab Erfassungsjahr 2026 ist eine Einführung der Risikoadjustierung geplant.
Neonatologie (PM-NEO)	52262	Zunahme des Kopfumfangs	QI	Für das Qualitätsmerkmal konnte kein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal belegt werden (Einfluss des Kopfwachstums bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen auf die mentale, kognitive, neurologische und/oder motorische Entwicklung bei Kindern (bis zu einem vollendeten 12. Lebensjahr)), weshalb der Qualitätsindikator zum Erfassungsjahr 2027 zur Abschaffung empfohlen wird.

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](https://www.iqtig.org)