

Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2026

QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL

**Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven
Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2026**

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen Erfassungsjahr 2025. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL

Datum der Abgabe 16. Juni 2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

1	Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)	6
2	Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)	7
2.1	Auswertungsmodul Lebertransplantation.....	7
2.1.1	Qualitätsindikatoren	7
2.2	Auswertungsmodul Leberlebendspende.....	8
2.2.1	Qualitätsindikatoren	8
2.3	Auswertungsmodul Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	8
2.4	Auswertungsmodul Herztransplantationen.....	8
2.5	Auswertungsmodul Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen	8
2.6	Auswertungsmodul Nierenlebendspenden	9
2.6.1	Qualitätsindikatoren	9
3	Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK).....	10
3.1	Auswertungsmodul KCHK-KC.....	10
3.1.1	Qualitätsindikatoren	10
3.1.2	Kennzahlen	11
3.2	Auswertungsmodul KCHK-KC-KOMB.....	12
3.2.1	Qualitätsindikatoren	12
3.2.2	Kennzahlen	13
3.3	Auswertungsmodul KCHK-AK-KATH	14
3.3.1	Qualitätsindikatoren	14
3.3.2	Kennzahlen	15
3.4	Auswertungsmodul KCHK-AK-CHIR	15
3.4.1	Qualitätsindikatoren	15
3.4.2	Kennzahlen	16
3.5	Auswertungsmodul KCHK-MK-KATH.....	17
3.5.1	Qualitätsindikatoren	17
3.5.2	Kennzahlen	18
3.6	Auswertungsmodul KCHK-MK-CHIR.....	19

3.6.1	Qualitätsindikatoren	19
3.6.2	Kennzahlen	20
4	Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	22
4.1	Qualitätsindikatoren	22
4.1.1	161800: Patientinnen und Patienten mit postprozeduraler fachneurologischer Untersuchung	22
4.1.2	162401: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose und 162400: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	22
4.2	Kennzahlen	23
4.2.1	162302: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt	23
4.2.2	162402: Periprozedurales Neuromonitoring	23
4.3	Anpassung der Grundgesamtheit offen-chirurgischer Eingriffe	23
5	Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	24
5.1	Qualitätsindikatoren	24
6	Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)	25
6.1	Qualitätsindikatoren	25
6.1.1	Gruppe: HER 2 – Positivitätsrate	25
6.1.2	Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung	25
6.1.3	2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS	25
6.1.4	51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tage zwischen Diagnose und Operation	26
6.1.5	60659: Nachresektionsrate	26
6.1.6	211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv	26
6.1.7	212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS“	26
7	Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	27
8	Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	28
9	Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSM)	29

9.1	Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation (HSM-IMPL)	29
9.1.1	Qualitätsindikatoren	29
9.2	Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSM-REV)	32
9.3	Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (DEFI-IMPL)	32
9.3.1	Qualitätsindikatoren	32
9.4	Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (DEFI-REV)	35
10	Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)	37
10.1	Auswertungsmodul <i>PM-GEBH</i>	37
10.2	Auswertungsmodul <i>PM-NEO</i>	37
11	Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	38
11.1	Auswertungsmodul „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ (HGV-OSFRAK)	38
11.1.1	Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen	38
11.2	Auswertungsmodul „Hüftendoprothesenversorgung“ (HGV-HEP)	40
11.2.1	Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen	40
12	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	45
12.1	Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen	45
	Impressum	50

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

Im QS-Verfahren CHE sind Cholezystektomien mit oder ohne Gallengangsrevisionen, die unter der Diagnose einer nicht bösartigen Erkrankung der Gallenblase, der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis durchgeführt werden, unter Ausschluss bösartiger Neubildungen an Organen im Bauchraum sowie von Simultancholezystektomien während eines Eingriffs aus anderen Gründen bei gesetzlich Versicherten dokumentationspflichtig.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023¹ beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren 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) zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Da sich das Verfahren QS CHE noch in dieser Überprüfung befindet, wurden für das EJ 2026 keine neuen Änderungen an den prospektiven Rechenregeln vorgenommen. Lediglich die mit den eRR 2025 beschlossenen Risikoadjustierungsfunktionen sowie ICD- & OPS-Listen wurden redaktionell in die pRR 2026 übertragen.

¹ https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf

2 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

Gegenstand des QS-Verfahrens Transplantationsmedizin sind Lebertransplantationen, Leberlebenspenden, Lungentransplantationen, Herz-Lungen-Transplantationen, Herztransplantationen, Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen sowie Nierenlebenspenden.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023² beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren 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) zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Da sich das Verfahren QS TX noch in dieser Überprüfung befindet, werden für das Erfassungsjahr 2026 keine Änderungen an den prospektiven Rechenregeln empfohlen. Es wurde lediglich eine redaktionelle Änderung vorgenommen.

2.1 Auswertungsmodul Lebertransplantation

2.1.1 Qualitätsindikatoren

2.1.1.1 2097: Tod durch operative Komplikationen, 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus, 2133: Postoperative Verweildauer

In den genannten Indikatoren werden Multiviszeraltransplantationen ausgeschlossen. Mit den prospektiven Rechenregeln zum EJ 2026 wird eine Anpassung der Funktion fn_IstErsteTxIn-Aufenthalt empfohlen, sodass auch Fälle ausgeschlossen werden, bei denen ausschließlich eine Multiviszeraltransplantation durchgeführt wurde. Es handelt sich bei dieser Anpassung somit um keine inhaltliche Änderung bei der Berechnung der genannten Indikatoren.

2.1.1.2 272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation

In den Indikatoren, die Komplikationen bei und nach Eingriffen messen, wird in den QI-Titel das jeweilige betrachtete Modul integriert, sodass diese nicht nur anhand der QI-ID unterschieden werden können, sondern auch bereits durch den QI-Titel. Insbesondere durch die gleichartige Benennung der Komplikations-Indikatoren in Lebertransplantation, Nierenlebenspende und Nierentransplantation (QS NET) wird hierdurch sichergestellt, dass sofort offensichtlich ist, um welches Modul es sich handelt.

² https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf

Diese Änderung wurde bereits in den Tragenden Gründen³ im Richtlinienbeschluss vom 20. Juli 2023 für die Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 begründet, jedoch nicht im dazugehörigem Beschlusstext selbst aufgelistet. Aus diesem Grund fand die Änderung nicht Einzug in die jeweils gültige Richtlinienfassung.

2.2 Auswertungsmodul Leberlebendspende

2.2.1 Qualitätsindikatoren

2.2.1.1 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende

In den Indikatoren, die Komplikationen bei und nach Eingriffen messen, wird in den QI-Titel das jeweilige betrachtete Modul integriert, sodass diese nicht nur anhand der QI-ID unterschieden werden können, sondern auch bereits durch den QI-Titel. Insbesondere durch die gleichartige Benennung der Komplikations-Indikatoren in Lebertransplantation, Nierenlebendspende und Nierentransplantation (QS NET) wird hierdurch sichergestellt, dass sofort offensichtlich ist, um welches Modul es sich handelt.

Diese Änderung wurde bereits in den Tragenden Gründen⁴ im Richtlinienbeschluss vom 20. Juli 2023 für die Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 begründet, jedoch nicht im dazugehörigem Beschlusstext selbst aufgelistet. Aus diesem Grund fand die Änderung nicht Einzug in die jeweils gültige Richtlinienfassung.

2.3 Auswertungsmodul Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

Für das Erfassungsjahr 2026 wurden keine Änderungen an den prospektiven Rechenregeln vorgenommen.

2.4 Auswertungsmodul Herztransplantationen

Für das Erfassungsjahr 2026 wurden keine Änderungen an den prospektiven Rechenregeln vorgenommen.

2.5 Auswertungsmodul Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

Für das Erfassungsjahr 2026 wurden keine Änderungen an den prospektiven Rechenregeln vorgenommen.

³ https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9714/2023-07-20_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-Verfahren-3-5-15_EJ-2024_TrG.pdf

⁴ https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9714/2023-07-20_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-Verfahren-3-5-15_EJ-2024_TrG.pdf

2.6 Auswertungsmodul Nierenlebendspenden

2.6.1 Qualitätsindikatoren

2.6.1.1 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende

In den Indikatoren, die Komplikationen bei und nach Eingriffen messen, wird in den QI-Titel das jeweilige betrachtete Modul integriert, sodass diese nicht nur anhand der QI-ID unterschieden werden können, sondern auch bereits durch den QI-Titel. Insbesondere durch die gleichartige Benennung der Komplikations-Indikatoren in Lebertransplantation, Nierenlebendspende und Nierentransplantation (QS NET) wird hierdurch sichergestellt, dass sofort offensichtlich ist, um welches Modul es sich handelt.

Diese Änderung wurde bereits in den Tragenden Gründen⁵ im Richtlinienbeschluss vom 20. Juli 2023 für die Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 begründet, jedoch nicht im dazugehörigem Beschlusstext selbst aufgelistet. Aus diesem Grund fand die Änderung nicht Einzug in die jeweils gültige Richtlinienfassung.

In der Rechenregel handelt es sich bei dem Einschluss von Grad 5 nach Clavien-Dindo in der Zählerbeschreibung der Rechenregel auf „Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation (Grad 2 bis 5 nach Clavien-Dindo) und ohne Dialysepflichtigkeit bei Entlassung“ um eine redaktionelle Anpassung.

Eine Änderung der Berechnung (Formel) wurde nicht vorgenommen.

⁵ https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9714/2023-07-20_DeQS-RL_Teil-2-Aenderung-QS-Verfahren-3-5-15-EJ-2024_TrG.pdf

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

Im QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) werden offen-chirurgische Herzoperationen bei Verengungen der Herzkranzgefäße sowie kathetergestützte oder offen-chirurgische Operationen an den Herzklappen insbesondere der linken Herzkammer (Aortenklappe, Mitralklappe) betrachtet.

Erfasst werden vor allem das Auftreten möglicher Komplikationen, erneute Eingriffe und Todesfälle während des Krankenhausaufenthalts als nach der Operation (postoperativ).

3.1 Auswertungsmodul KCHK-KC

Im Auswertungsmodul KCHK-KC werden Patientinnen und Patienten betrachtet, die ausschließlich an den Herzkranzgefäßen, meist aufgrund einer koronaren Herzerkrankung, operiert wurden.

3.1.1 Qualitätsindikatoren

3.1.1.1 352007: Sterblichkeit im Krankenhaus

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Bei diesem Indikator hat sich vor allem im Stellungnahmeverfahren gezeigt, dass eine große Redundanz bezüglich der auffälligen Vorgänge bei diesem und dem zur „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ vorliegt und somit eine hohe Anzahl identischer Fälle betrachtet wird. Dadurch werden eine große Anzahl von Leistungserbringern sowohl in dem einen, als auch in dem anderen Indikator mit denselben Vorgängen auffällig.

Aufgrund dieser Redundanz wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator abzuschaffen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.1.1.2 352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Der Indikator „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ wird zum Erfassungsjahr 2026 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß den Kriterien Beeinflussbarkeit und Validität nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet.

Aufgrund des langen Zeitraums nach dem Indexeingriff ist die Definition spezifischer Ausschlüsse nicht möglich und somit nicht gewährleistet, dass möglichst alle Patientenfälle, dessen Versterben die Leistungserbringer nicht zu verantworten haben, ausgeschlossen sind. Ein Zusammen-

hang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer ist über Sozialdaten für einen solch langen Zeitraum nicht hinreichend herstellbar. Da jedoch das Indikatorergebnis eine wertvolle Zusatzinformation darstellt und für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich ist, soll auf diese im Rahmen der Qualitätssicherung nicht verzichtet werden. Daher wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator in eine Transparenzkennzahl umzuwandeln. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.1.2 Kennzahlen

3.1.2.1 352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Die Transparenzkennzahl „Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen“ wird zum Erfassungsjahr 2026 aufgrund der redundanten Erhebung dieses Qualitätsmerkmals in den „Schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff“ gestrichen. Aufgrund dieser Redundanz wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator abzuschaffen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.1.2.2 352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

Die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß des Kriteriums Validität und auch aufgrund der nichtgegebenen Objektivität des relevanten Datenfelds zur „Dringlichkeit“ nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet. D. h., da es keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs gibt, ist die Abgrenzung eines dringlichen Eingriffs vom Notfall-Eingriff nicht ausreichend, und somit der Einschluss aller relevanten sowie der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet. Aufgrund dessen wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diese Transparenzkennzahl zu streichen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.2 Auswertungsmodul KCHK-KC-KOMB

3.2.1 Qualitätsindikatoren

3.2.1.1 362006: Endokarditis während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff

Der Indikator „Endokarditis während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist aufgrund eines geringen Verbesserungspotenzials nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet. Daher wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator zu streichen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.2.1.2 362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Der Indikator „Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres“ wird zum Erfassungsjahr 2026 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt. Die Überprüfung des Indikators ergab, dass durch dessen Unspezifität der Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Patientenfälle nicht ausreichend gewährleistet ist. Aufgrund dessen wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator zu überarbeiten. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt. Zur Überarbeitung war zur Spezifizierung zunächst die Anpassung der ein- und ausgeschlossenen Patientengruppen vorgesehen. Im weiteren Überarbeitungsprozess zeigte sich dann, dass dies nicht möglich ist, weil eine Spezifizierung mit einem deutlich zu weit gefassten Ausschluss von Patienten einherginge. Dessen ungeachtet steht eine erneute stationäre Aufnahme nach einem kardialen Eingriff in einem engen Zusammenhang mit der Versorgungsqualität und kann möglicherweise auf postprozedurale Komplikationen und eine erhöhte Mortalität hindeuten. Dementsprechend ist das Qualitätsmerkmal von besonderer Relevanz und sollte somit nicht aus dem Fokus der Qualitätssicherung genommen werden. Da das STNV jedoch weiterhin, insb. durch den unspezifischen Patientenausschluss aber auch durch den langen Follow-up-Zeitraum nach dem Indexeingriff beeinträchtigt wäre, erfolgt – mit dem Expertengremium konsentiert – die Empfehlung zur Umwandlung des Indikators in eine Transparenzkennzahl. So bleibt es weiterhin möglich, Veränderungen und Trends hinsichtlich dieses Qualitätsmerkmals und somit auch der Versorgungsqualität insgesamt im Blick zu behalten. Zusätzlich stellt für die Leistungserbringer das Kennzahlresultat eine wertvolle Information dar, das für das interne Qualitätsmanagement zweckdienlich ist aber nicht die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens erforderlich macht.

3.2.1.3 362019: Sterblichkeit im Krankenhaus

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Bei diesem Indikator hat sich vor allem im Stellungnahmeverfahren gezeigt, dass eine große Redundanz bezüglich der auffälligen Vorgänge bei diesem und dem zur „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ vorliegt und somit eine hohe Anzahl identischer Fälle betrachtet wird. Dadurch werden eine große Anzahl von Leistungserbringern sowohl in dem einen, als auch in dem anderen Indikator mit denselben Vorgängen auffällig.

Aufgrund dieser Redundanz wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator abzuschaffen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.2.1.4 362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Der Indikator „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ wird zum Erfassungsjahr 2026 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß den Kriterien Beeinflussbarkeit und Validität nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet.

Aufgrund des langen Zeitraums nach dem Indexeingriff ist die Definition spezifischer Ausschlüsse nicht möglich und somit nicht gewährleistet, dass möglichst alle Patientenfälle, dessen Versterben die Leistungserbringer nicht zu verantworten haben ausgeschlossen sind. Ein Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer ist über Sozialdaten für einen solch langen Zeitraum nicht hinreichend herstellbar. Da jedoch das Indikatorergebnis eine wertvolle Zusatzinformation darstellt und somit für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich ist, soll auf diese Information im Rahmen der Qualitätssicherung nicht verzichtet werden. Daher wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator in eine Transparenzkennzahl umzuwandeln. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.2.2 Kennzahlen

3.2.2.1 362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Die Transparenzkennzahl „Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen“ wird zum Erfassungsjahr 2026 aufgrund der redundanten Erhebung dieses Qualitätsmerkmals in den „Schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff“ gestrichen. Aufgrund dieser Redundanz wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator abzuschaffen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.2.2.2 362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

Die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß des Kriteriums Validität und auch aufgrund der nichtgegebenen Objektivität des relevanten Datenfelds zur „Dringlichkeit“ nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet. Insbesondere aufgrund der fehlenden konkreten Definition eines Notfalleingriffs ist die Abgrenzung eines dringlichen Eingriffs vom Notfall-Eingriff nicht ausreichend und somit der Einschluss aller relevanten sowie der der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet. Aufgrund dessen wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diese Transparenzkennzahl zu streichen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.3 Auswertungsmodul KCHK-AK-KATH

3.3.1 Qualitätsindikatoren

3.3.1.1 372006: Sterblichkeit im Krankenhaus

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Bei diesem Indikator hat sich vor allem im Stellungnahmeverfahren gezeigt, dass eine große Redundanz bezüglich der auffälligen Vorgänge bei diesem und dem zur „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ vorliegt und somit eine hohe Anzahl identischer Fälle betrachtet wird. Dadurch werden eine große Anzahl von Leistungserbringern sowohl in dem einen, als auch in dem anderen Indikator mit denselben Vorgängen auffällig.

Aufgrund dieser Redundanz wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator abzuschaffen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.3.1.2 372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Der Indikator „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ wird zum Erfassungsjahr 2026 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß den Kriterien Beeinflussbarkeit und Validität nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet.

Aufgrund des langen Zeitraums nach dem Indexeingriff ist die Definition spezifischer Ausschlüsse nicht möglich und somit nicht gewährleistet, dass möglichst alle Patientenfälle, dessen Versterben die Leistungserbringer nicht zu verantworten haben, ausgeschlossen sind. Ein Zusammen-

hang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer ist über Sozialdaten für einen solch langen Zeitraum nicht hinreichend herstellbar. Da jedoch das Indikatorergebnis eine wertvolle Zusatzinformation darstellt und für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich ist, soll auf diese im Rahmen der Qualitätssicherung nicht verzichtet werden. Daher wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator in eine Transparenzkennzahl umzuwandeln. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.3.2 Kennzahlen

3.3.2.1 372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

Die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß des Kriteriums Validität und auch aufgrund der nichtgegebenen Objektivität des relevanten Datenfelds zur „Dringlichkeit“ nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet. Insbesondere aufgrund der fehlenden konkreten Definition eines Notfalleingriffs, ist die Abgrenzung eines dringlichen Eingriffs vom Notfall-Eingriff nicht ausreichend und somit der Einschluss aller relevanten, sowie der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet. Aufgrund dessen wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diese Transparenzkennzahl zu streichen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.4 Auswertungsmodul KCHK-AK-CHIR

3.4.1 Qualitätsindikatoren

3.4.1.1 382006: Sterblichkeit im Krankenhaus

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Bei diesem Indikator hat sich vor allem im Stellungnahmeverfahren gezeigt, dass eine große Redundanz bezüglich der auffälligen Vorgänge zum Indikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ vorliegt und somit eine hohe Anzahl identischer Fälle betrachtet wird. Dadurch wird eine große Anzahl von Leistungserbringern mit denselben Vorgängen in beiden Indikatoren auffällig.

Aufgrund dieser Redundanz wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator abzuschaffen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.4.1.2 382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Der Indikator „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ wird zum Erfassungsjahr 2026 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß den Kriterien Beeinflussbarkeit und Validität nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet.

Aufgrund des langen Zeitraums nach dem Indexeingriff ist die Definition spezifischer Ausschlüsse nicht möglich und somit nicht gewährleistet, dass möglichst alle Patientenfälle, dessen Versterben die Leistungserbringer nicht zu verantworten haben, ausgeschlossen sind. Ein Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer ist über Sozialdaten für einen solch langen Zeitraum nicht hinreichend herstellbar. Da jedoch das Indikatorergebnis eine wertvolle Zusatzinformation darstellt und somit für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich ist, soll auf diese Information im Rahmen der Qualitätssicherung nicht verzichtet werden. Daher wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator in eine Transparenzkennzahl umzuwandeln. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.4.2 Kennzahlen

3.4.2.1 382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

Die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß des Kriteriums Validität und auch aufgrund der nichtgegebenen Objektivität des relevanten Datenfelds zur „Dringlichkeit“ nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet. Insbesondere aufgrund der fehlenden konkreten Definition eines Notfalleingriffs, ist die Abgrenzung eines dringlichen Eingriffs vom Notfall-Eingriff nicht ausreichend und somit der Einschluss aller relevanten, sowie der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet. Aufgrund dessen wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diese Transparenzkennzahl zu streichen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.5 Auswertungsmodul KCHK-MK-KATH

3.5.1 Qualitätsindikatoren

3.5.1.1 392004: Endokarditis während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff

Der Indikator „Endokarditis während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist aufgrund eines geringen Verbesserungspotenzials nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet. Daher wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator zu streichen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.5.1.2 392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Der Indikator „Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres“ wird zum Erfassungsjahr 2026 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt. Die Überprüfung des Indikators ergab, dass durch dessen Unspezifität der Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Patientenfälle nicht ausreichend gewährleistet ist. Aufgrund dessen wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator zu überarbeiten. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt. Zur Überarbeitung war zur Spezifizierung zunächst die Anpassung der ein- und ausgeschlossenen Patientengruppen vorgesehen. Im weiteren Überarbeitungsprozess zeigte sich dann, dass dies nicht möglich ist, weil eine Spezifizierung mit einem deutlich zu weit gefassten Ausschluss von Patienten einherginge. Dessen ungeachtet steht eine erneute stationäre Aufnahme nach einem kardialen Eingriff in einem engen Zusammenhang mit der Versorgungsqualität und kann möglicherweise auf postprozedurale Komplikationen und eine erhöhte Mortalität hindeuten. Dementsprechend ist das Qualitätsmerkmal von besonderer Relevanz und sollte somit nicht aus dem Fokus der Qualitätssicherung genommen werden. Da das STNV jedoch weiterhin, insb. durch den unspezifischen Patientenausschluss aber auch durch den langen Follow-up-Zeitraum nach dem Indexeingriff beeinträchtigt wäre, erfolgt – mit dem Expertengremium konsentiert – die Empfehlung zur Umwandlung des Indikators in eine Transparenzkennzahl. So bleibt es weiterhin möglich, Veränderungen und Trends hinsichtlich dieses Qualitätsmerkmals und somit auch der Versorgungsqualität insgesamt im Blick zu behalten. Zusätzlich stellt für die Leistungserbringer das Kennzahlergebnis eine wertvolle Information dar, das für das interne Qualitätsmanagement zweckdienlich ist aber nicht die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens erforderlich macht.

3.5.1.3 392011: Sterblichkeit im Krankenhaus

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Bei diesem Indikator hat sich vor allem im Stellungnahmeverfahren gezeigt, dass eine große Redundanz bezüglich der auffälligen Vorgänge zum Indikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ vorliegt und somit eine hohe Anzahl identischer Fälle betrachtet wird. Dadurch wird eine große Anzahl von Leistungserbringern mit denselben Vorgängen in beiden Indikatoren auffällig.

Aufgrund dieser Redundanz wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator abzuschaffen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.5.1.4 392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Der Indikator „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ wird zum Erfassungsjahr 2026 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß den Kriterien Beeinflussbarkeit und Validität nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet.

Aufgrund des langen Zeitraums nach dem Indexeingriff ist die Definition spezifischer Ausschlüsse nicht möglich und somit nicht gewährleistet, dass möglichst alle Patientenfälle, dessen Versterben die Leistungserbringer nicht zu verantworten haben, ausgeschlossen sind. Ein Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer ist über Sozialdaten für einen solch langen Zeitraum nicht hinreichend herstellbar. Da jedoch das Indikatorergebnis eine wertvolle Zusatzinformation darstellt und somit für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich ist, soll auf diese Information im Rahmen der Qualitätssicherung nicht verzichtet werden. Daher wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator in eine Transparenzkennzahl umzuwandeln. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.5.2 Kennzahlen

3.5.2.1 392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

Die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß des Kriteriums Validität und auch aufgrund der nichtgegebenen Objektivität des relevanten Datenfelds zur „Dringlichkeit“ nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet. Insbesondere aufgrund der fehlenden konkreten Definition eines Notfalleingriffs, ist die Abgrenzung eines dringlichen Eingriffs vom Notfall-Eingriff nicht ausreichend und somit der Einschluss aller relevanten, sowie der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet. Aufgrund dessen wurde im Rahmen

des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diese Transparenzkennzahl zu streichen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.6 Auswertungsmodul KCHK-MK-CHIR

3.6.1 Qualitätsindikatoren

3.6.1.1 402004: Endokarditis während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff

Der Indikator „Endokarditis während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist aufgrund eines geringen Verbesserungspotenzials nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet. Daher wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator zu streichen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.6.1.2 402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Der Indikator „Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres“ wird zum Erfassungsjahr 2026 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt. Die Überprüfung des Indikators ergab, dass durch dessen Unspezifität der Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Patientenfälle nicht ausreichend gewährleistet ist. Aufgrund dessen wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator zu überarbeiten. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt. Zur Überarbeitung war zur Spezifizierung zunächst die Anpassung der ein- und ausgeschlossenen Patientengruppen vorgesehen. Im weiteren Überarbeitungsprozess zeigte sich dann, dass dies nicht möglich ist, weil eine Spezifizierung mit einem deutlich zu weit gefassten Ausschluss von Patienten einherginge. Dessen ungeachtet steht eine erneute stationäre Aufnahme nach einem kardialen Eingriff in einem engen Zusammenhang mit der Versorgungsqualität und kann möglicherweise auf postprozedurale Komplikationen und eine erhöhte Mortalität hindeuten. Dementsprechend ist das Qualitätsmerkmal von besonderer Relevanz und sollte somit nicht aus dem Fokus der Qualitätssicherung genommen werden. Da das STNV jedoch weiterhin, insb. durch den unspezifischen Patientenausschluss aber auch durch den langen Follow-up-Zeitraum nach dem Indexeingriff beeinträchtigt wäre, erfolgt – mit dem Expertengremium konsentiert – die Empfehlung zur Umwandlung des Indikators in eine Transparenzkenn-

zahl. So bleibt es weiterhin möglich, Veränderungen und Trends hinsichtlich dieses Qualitätsmerkmals und somit auch der Versorgungsqualität insgesamt im Blick zu behalten. Zusätzlich stellt für die Leistungserbringer das Kennzahlresultat eine wertvolle Information dar, das für das interne Qualitätsmanagement zweckdienlich ist aber nicht die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens erforderlich macht.

3.6.1.3 402011: Sterblichkeit im Krankenhaus

Der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Bei diesem Indikator hat sich vor allem im Stellungnahmeverfahren gezeigt, dass eine große Redundanz bezüglich der auffälligen Vorgänge zum Indikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ vorliegt und somit eine hohe Anzahl identischer Fälle betrachtet wird. Dadurch wird eine große Anzahl von Leistungserbringern mit denselben Vorgängen in beiden Indikatoren auffällig.

Aufgrund dieser Redundanz wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator abzuschaffen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.6.1.4 402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Der Indikator „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ wird zum Erfassungsjahr 2026 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß den Kriterien Beeinflussbarkeit und Validität nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet.

Aufgrund des langen Zeitraums nach dem Indexeingriff ist die Definition spezifischer Ausschlüsse nicht möglich und somit nicht gewährleistet, dass möglichst alle Patientenfälle, dessen Versterben die Leistungserbringer nicht zu verantworten haben, ausgeschlossen sind. Ein Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer ist über Sozialdaten für einen solch langen Zeitraum nicht hinreichend herstellbar. Da jedoch das Indikatorergebnis eine wertvolle Zusatzinformation darstellt und somit für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich ist, soll auf diese Information im Rahmen der Qualitätssicherung nicht verzichtet werden. Daher wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diesen Indikator in eine Transparenzkennzahl umzuwandeln. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

3.6.2 Kennzahlen

3.6.2.1 402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

Die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation“ wird zum Erfassungsjahr 2026 gestrichen. Das Qualitätsmerkmal dieses Indikators ist gemäß des

Kriteriums Validität und auch aufgrund der nichtgegebenen Objektivität des relevanten Datenfelds zur „Dringlichkeit“ nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet. Insbesondere aufgrund der fehlenden konkreten Definition eines Notfalleingriffs, ist die Abgrenzung eines dringlichen Eingriffs vom Notfall-Eingriff nicht ausreichend und somit der Einschluss aller relevanten, sowie der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet. Aufgrund dessen wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen, diese Transparenzkennzahl zu streichen. Eine Beteiligung nach 137a Abs. 7 SGB ist erfolgt.

4 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Gegenstand des QS-Verfahrens Karotis-Revaskularisation sind Eingriffe zur Verbesserung des Blutflusses an der Halsschlagader (Karotis-Revaskularisation). Erfasst werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Eingriffe. Für die Berechnung der zugehörigen Qualitätsindikatoren wird die fallbezogene QS-Dokumentation herangezogen.

4.1 Qualitätsindikatoren

4.1.1 161800: Patientinnen und Patienten mit postprozeduraler fachneurologischer Untersuchung

Nach den Ergebnissen des Abschlussberichts zu „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren: Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“ sollen auch verstorbene Patientinnen und Patienten in die Grundgesamtheit des Indikators „Patientinnen und Patienten mit postprozeduraler fachneurologischer Untersuchung“ (ID 161800) einbezogen werden. Der Grund liegt darin, dass diese Patientengruppe möglicherweise von einer postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung profitiert hätte, insbesondere wenn die Todesursache auf ein zerebrovaskuläres Ereignis zurückzuführen war.

4.1.2 162401: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose und 162400: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose

Die ehemaligen Qualitätsindikatoren der Indikationsstellung wurden zum Erfassungsjahr 2024 zusammengelegt und weiterentwickelt. Der Referenzbereich der weiterentwickelten Qualitätsindikatoren wurde nicht korrekt ins 95. Perzentil angepasst. Dieser Referenzbereich beim 95. Perzentil entspricht nicht dem Qualitätsziel der weiterentwickelten Qualitätsindikatoren. Daher wird empfohlen, den Referenzbereich in das 5. Perzentil zu ändern. Dies bedeutet, dass etwa 5% der Leistungserbringer mit den schlechtesten Ergebnissen ein rechnerisch auffälliges Ergebnis erhalten.

4.2 Kennzahlen

4.2.1 162302: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt

Die Kennzahl „Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt“ (ID 162302) wird abgeschafft, da die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer sowie die Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss nicht vollständig gegeben sind. Die Limitationen der Kennzahl wurden im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt.

4.2.2 162402: Periprozedurales Neuromonitoring

Die Kennzahl „Periprozedurales Neuromonitoring“ (ID 162402) wird abgeschafft, da der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist. Die Limitationen der Kennzahl wurden im Rahmen des Abschlussberichtes „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“ empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt.

4.3 Anpassung der Grundgesamtheit offen-chirurgischer Eingriffe

Es wird empfohlen, alle Arten von Eingriffen, welche in der QS-Dokumentation im Verlauf einer Operation als Wechsel von einem offen-chirurgischen Eingriff zu einem PTA/Stent-Eingriff kodiert werden, zur Grundgesamtheit der offen-chirurgischen Eingriffe zu zählen. Das Expertengremium QS KAROTIS unterstützt die Empfehlung des IQTIG.

5 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Das QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)* dient der Beurteilung der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie. Neben der Sterblichkeit der Betroffenen betrachtet das QS-Verfahren insbesondere frühe diagnostische und therapeutische Prozesse des akutstationären Krankenhausaufenthalts sowie Prozesse kurz vor der Entlassung aus der Akutversorgung.

5.1 Qualitätsindikatoren

Mit dem Beschluss vom 17. Oktober 2024⁶ ist der G-BA übereingekommen, dass das QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)* für das Erfassungsjahr 2026 ausgesetzt wird.

⁶ 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

6 Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

Gegenstand des QS-Verfahrens Mammachirurgie (QS MC) ist die chirurgische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs (Mammakarzinom). Die Früherkennung und die adäquate Diagnostik sowie die stadiengerechte Therapie der Patientin bzw. des Patienten ermöglichen es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und die krankheitsbedingte Sterblichkeit zu senken. Für die Berechnung dieser Qualitätsindikatoren wird die fallbezogene QS-Dokumentation herangezogen.

6.1 Qualitätsindikatoren

6.1.1 Gruppe: HER 2 – Positivitätsrate

Die bisherigen Qualitätsindikatoren „HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate“ (ID 52267) und „HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate“ (ID 52278) werden abgeschafft, weil die Qualitätsindikatoren die Eignungskriterien: Validität der Messung und Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer nicht erfüllen. Die Limitationen der Qualitätsindikatoren wurden im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt.

6.1.2 Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

Die bisherigen Qualitätsindikatoren „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ (ID 52330) und „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (ID 52779) werden ab EJ 2026 in einem Indikator „Intraoperative Präparatebildgebung bei präoperativer mammografischer oder sonografischer Drahtmarkierung“ (ID 212600) erfasst und ausgewertet. Der neue Indikator (ID 212600) fasst nun die Grundgesamtheiten der beiden Indikatoren zusammen. Eine Anpassung des Zählers erfolgte nicht. Im Rahmen des Abschlussberichtes der „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“ wurde die Anpassungen empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt.

6.1.3 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS

Der bisherige Qualitätsindikator „Axilladisektion bei DCIS“ (ID 2163) wird aufgrund von fehlendem Potential zur Verbesserung abgeschafft. Die Abschaffung wurde im Abschlussbericht der „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“ empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt.

6.1.4 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tage zwischen Diagnose und Operation

Bei der Anpassung des Qualitätsziels auf „Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von mindestens 7 Tagen zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff“ handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung. Eine Änderung der Rechenregel wurde nicht vorgenommen.

6.1.5 60659: Nachresektionsrate

Da verschiedene patientenseitige Risikofaktoren das Vorkommen einer Nachresektion beeinflussen können, wird der bisherige Qualitätsindikator „Nachresektionsrate“ (ID 60659) risikoadjustiert. Bedeutende Einflussfaktoren sind ein begleitendes DCIS und invasiv-lobuläre Karzinome, sodass diese Faktoren zukünftig als Risikofaktor berücksichtigt werden. Die Einführung der Risikoadjustierung erfolgt über zwei Jahre. Im Abschlussbericht der „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“ wurde die Einführung der Risikoadjustierung empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt.

6.1.6 211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv

Nach den Ergebnissen des Abschlussberichts zu „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“ wird der bisherige Qualitätsindikator „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primären invasiven Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv (ID 211800) mit Anpassungen weitergeführt. Der Indikator bezog sich bisher ausschließlich auf die Primärerkrankungen invasives Mammakarzinom und DCIS, dies führte dazu, dass nicht alle Fälle, die von einer postoperativen interdisziplinären Tumorkonferenz profitierten, in die Grundgesamtheit eingeschlossen wurden. Dementsprechend werden ab dem EJ 2026 auch die lokoregionären Rezidive eingeschlossen, woraus auch eine Anpassung des QI Titels resultiert.

6.1.7 212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS“

Der Indikator „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (ID 212400) wird ohne Anpassungen weitergeführt. Lokoregionäre Rezidive werden bereits mit in die Grundgesamtheit eingeschlossen. Bei der Anpassung der Beschreibung des Titels und der Grundgesamtheit handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung.

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

Gegenstand des Verfahrens Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) sind prinzipiell alle Operationen an den inneren weiblichen Geschlechtsorganen. Betrachtet werden die stationär durchgeführten Operationen bei allen Patientinnen ab einem Alter von 11 Jahren und fokussiert hierbei Operationen an den Eileitern (Tuba uterina) und Eierstöcken (Ovarien).

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023⁷ beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren 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) zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Da sich das Verfahren QS GYN-OP noch in dieser Überprüfung befindet, werden für das EJ 2026 keine Änderungen an den prospektiven Rechenregeln vorgenommen. Es wurden lediglich Erläuterung zum Stellungsverfahren aufgenommen bzw. angepasst.

⁷ https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf

8 Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Gegenstand des QS-Verfahrens *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* sind inzidente Dekubitalulcera des Stadiums / der Kategorie 2, 3, 4 oder nicht näher bezeichneten Stadiums / bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren.

Für das EJ 2026 werden keine Änderungen an den prospektiven Rechenregeln vorgenommen.

9 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSM)

Gegenstand des Verfahrens sind Implantationen sowie Revisionen/Systemwechsel/Explantation von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Die Umsetzung der Empfehlungen des IQTIG aus dem Abschlussbericht der Eckpunktebeauftragung „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ führten ab dem EJ 2025 zum Ausschluss von Aggregatwechseln aus dem Verfahren, da alle Indikatoren, in die diese Eingriffe eingehen, zur Aussetzung empfohlen werden. Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in diesem QS-Verfahren wird die fallbezogene QS-Dokumentation herangezogen.

9.1 Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation (HSM-IMPL)

In diesem Auswertungsmodul werden vor allem Erstimplantationen von Herzschrittmachern, d. h. das erstmalige Einsetzen eines solchen Rhythmusimplantats, betrachtet. Aber auch Systemumstellungen von einem implantierbaren Defibrillator auf ein Herzschrittmachersystem sowie Systemumstellungen von einem Herzschrittmacher (Ein- oder Zweikammersystem) auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-P) müssen im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* dokumentiert werden.

9.1.1 Qualitätsindikatoren

9.1.1.1 101803: Leitlinienkonforme Indikation

Die bereits zum Erfassungsjahr (EJ) 2025 begonnene Überarbeitung dieses Indikators wurde – wie im Abschlussbericht zur QI-Überprüfung im Rahmen der Eckpunktebeauftragung „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP.“ empfohlen – fortgeführt. Dabei wurden die folgenden Änderungen an den Rechenregeln vorgenommen:

- Fälle mit führender Indikation AV-Block, der nicht in Zusammenhang mit einem Myokardinfarkt oder einer TAVI steht, und Fälle mit führender Indikation Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern werden aus dem Nenner ausgeschlossen, da die dem Indikator zugrundeliegenden Leitlinien keine für den Indikator geeigneten Empfehlungen zu diesen Fällen enthalten oder für diese Fälle kein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis vorliegt.
- Fälle mit einer CRT-P-Implantation werden nun auch dann in den Nenner eingeschlossen, wenn zugleich eine konventionelle Schrittmacherindikation vorliegt. Bislang gingen aus-

schließlich CRT-P-Implantationen mit Angabe „kardiale Resynchronisationstherapie“ als führende Indikation in den Indikator ein. Somit wird die CRT-Indikation nun für alle CRT-P-Implantationen geprüft.

- Die folgende Änderung wurde vorgenommen, um die Datenqualität des Indikators zu verbessern:
 - Zusätzlich zu den Angaben in den Datenfeldern „Ätiologie“ und „AV-Block“ wird nun auch über die im gleichen Eingriff wie die HSM-Implantation dokumentierten OPS-Kodes erfasst, ob eine AV-Knoten-Ablation durchgeführt wurde. Damit soll eine mögliche Unterdokumentation der durchgeführten AV-Knoten-Ablationen verringert werden. AV-Knoten-Ablationen, die jedoch in einem anderen stationären Aufenthalt als die HSM-Implantation durchgeführt wurden, können jedoch nicht über die OPS-Kodes, sondern müssen weiterhin durch die Datenfelder „Ätiologie“ und „AV-Block“ erfasst werden.
- Die folgenden Änderungen wurden vorgenommen, um die Rechenregeln des Indikators an die Leitlinien der amerikanischen Fachgesellschaften (American College of Cardiology, American Heart Association, Heart Rhythm Society) anzupassen, da diese Leitlinien gemäß der Leitlinienbewertung im Rahmen der Eckpunktebeauftragung die notwendigen Kriterien der AGREE-II-Bewertung erfüllen. Die Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC), auf die sich die Rechenregeln des Indikators bislang ausschließlich bezogen, erfüllen dagegen derzeit nicht alle Kriterien der AGREE-II-Bewertung. Da sich die Therapie in Deutschland und Europa jedoch hauptsächlich an den ESC-Leitlinien orientiert, wurden diese ebenfalls bei der Festlegung der Rechenregeln berücksichtigt.
 - Eine leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation bei Schenkelblock als führender Indikation liegt nun auch dann vor, wenn neben Synkopen als führendes Symptom ein Rechtsschenkelblock vorliegt. Bislang galt die Indikation nur bei einem bifaszikulären Block mit Synkopen als führendem Symptom als leitlinienkonform.
 - Eine leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation bei Karotis-Sinus-Syndrom als führender Indikation liegt nun auch bei Patientinnen und Patienten mit einem Alter unter 40 Jahren vor.
 - Die Bedingungen der Funktionen zur CRT-Indikation bei permanentem Vorhofflimmern (ohne AV-Knoten-Ablation) und der CRT-Indikation bei Sinusrhythmus (fn_CRTIndikation_AF_HSM und fn_CRTIndikation_SIN_HSM) sind nun auch bei einer Dauer des QRS-Komplexes von 120 bis 130 ms erfüllt.
 - Die Bedingungen der Funktion zur CRT-Indikation bei permanentem Vorhofflimmern (ohne AV-Knoten-Ablation) (fn_CRTIndikation_AF_HSM) sind nun auch dann erfüllt, wenn eine Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II vorliegt.
 - Die Bedingungen der Funktion zur CRT-Indikation bei Sinusrhythmus (fn_CRTIndikation_SIN_HSM) sind nun auch dann erfüllt, wenn eine Herzinsuffizienz im Stadium NYHA I und zugleich eine linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) $\leq 30\%$ sowie eine Dauer des QRS-Komplexes von ≥ 150 ms vorliegt.

- Die folgende Änderung wurde vorgenommen, sowohl um die Datenqualität des Indikators zu verbessern, als auch um die Rechenregeln des Indikators an die Leitlinien der amerikanischen Fachgesellschaften (American College of Cardiology, American Heart Association, Heart Rhythm Society) anzupassen:
 - Die Bedingungen der Funktion zur CRT-Indikation bei Upgrade auf ein CRT-P-System (fn_CRTIndikation_SM_UPG_HSM) sind nun auch dann erfüllt, wenn eine Herzinsuffizienz im Stadium NYHA I und auch wenn keine hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit vorliegt.
 - Eine leitlinienkonforme Indikation zur CRT-P-Implantation liegt nun auch dann vor, wenn zwar nicht die Bedingungen der Funktionen fn_CRTIndikation_AF_HSM, fn_CRTIndikation_SIN_HSM oder fn_CRTIndikation_SM_UPG_HSM, jedoch dafür die folgenden Bedingungen der neuen Funktion zur CRT-Indikation bei AV-Block (fn_CRTIndikation_SM_AVB_HSM) erfüllt sind: AV-Block (bei AV-Block I nur mit Überleitung > 300 ms), Herzinsuffizienz (NYHA I, II, III oder IV) und LVEF ≤ 50 %

9.1.1.2 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl

Dieser Qualitätsindikator wird aus den folgenden Gründen abgeschafft:

- In diesem Indikator wurde zum einen geprüft, ob Patientinnen und Patienten mit permanentem Vorhofflimmern leitlinienkonform ein Einkammersystem implantiert wurde. Nach Erfahrungen des Expertengremiums auf Bundesebene waren rechnerische Auffälligkeiten, die hierdurch entstanden, jedoch überwiegend auf Fehldokumentationen zurückzuführen.
- Zum anderen wurde in diesem Indikator geprüft, ob Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern leitlinienkonform ein Zweikammersystem implantiert wurde. Dieses Qualitätsmerkmal wird aber zielgerichteter auch durch den Indikator „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern“ (ID 54143) erfasst.
- In den letzten Erfassungsjahren führte dieser Indikator nur zu sehr wenigen rechnerischen Auffälligkeiten und zu keinen qualitativen Auffälligkeiten.

Die Abschaffung dieses Indikators führt zur Auflösung der Indikatorengruppe „Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“. Der Indikator „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern“ (ID 54143) wird als einzelner Indikator fortgeführt.

9.1.1.3 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion

Für diesen Indikator wird eine Risikoadjustierung mit logistischer Regression (O/E) als Methode der Risikoadjustierung eingeführt. Das entsprechende Risikoadjustierungsmodell fand bereits in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr (AJ) 2024 (EJ 2023) erstmals Anwendung.

Aufgrund der damit verbundenen Anpassung der Berechnungsart wird ein perzentilbasierter Referenzbereich basierend auf dem 85. Perzentil eingeführt. Mit diesem Referenzbereich wären (gemäß aktuell verfügbarer Datenbasis) in etwa so viele Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig wie mit dem bisherigen festen Referenzbereich $\leq 3,00\%$.

9.1.1.4 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Drohende, aber noch nicht erfolgte Aggregatperforationen sollten in den Follow-up-Indikator zu Infektionen und Aggregatperforationen (ID 2195) eingehen, da die Follow-up-Indikatoren die Qualität der Implantation bewerten und davon auszugehen ist, dass tatsächlich eine implantationsbedingte Aggregatperforation aufgetreten wäre, wenn der Folgeeingriff erst später erfolgt wäre. Hierzu wird der zum EJ 2026 neu eingeführte Schlüsselwert „drohende Aggregatperforation“ in der Rechenregel dieses Follow-up-Indikators berücksichtigt. Bislang gingen drohende Aggregatperforationen gemäß Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren zum Teil in den Follow-up-Indikator „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 2194) ein, da sie bislang häufig im Schlüsselwert „sonstiges Taschenproblem“ des Datenfelds „Taschenproblem“ dokumentiert wurden.

9.2 Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSM-REV)

Alle Folgeeingriffe an Herzschrittmachern, bei denen nicht ausschließlich das Aggregat ausgetauscht wird, (d. h. Revisionen aufgrund von Komplikationen, Explantationen des Schrittmachers sowie Systemumstellungen zwischen Herzschrittmachersystemen) werden im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation erfasst.

Es wurden keine Änderungen an den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren in diesem Auswertungsmodul vorgenommen.

9.3 Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (DEFI-IMPL)

Erstimplantationen von ICD-Systemen werden im Auswertungsmodul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* betrachtet; darunter fallen auch Systemupgrades von einem Herzschrittmachersystem auf ein Defibrillatorsystem.

9.3.1 Qualitätsindikatoren

9.3.1.1 50055: Leitlinienkonforme Indikation

Die bereits zum EJ 2025 begonnene Überarbeitung dieses Indikators wurde – wie im Abschlussbericht zur QI-Überprüfung im Rahmen der Eckpunktebeauftragung „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indiktorensatz

der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP.“ empfohlen – fortgeführt. Dabei wurden die folgenden Änderungen an den Rechenregeln vorgenommen:

- Fälle mit einer CRT-D-Implantation werden nun auch unabhängig von der zugleich bestehenden ICD-Indikation in den Nenner eingeschlossen. In diesem Indikator wird zudem nun neben der Leitlinienkonformität der ICD-Indikation auch die Leitlinienkonformität der CRT-Indikation (für alle CRT-D-Implantationen) geprüft. Bislang wurde die CRT-Indikation im Indikator „Leitlinienkonforme Systemwahl“ (ID 50005) geprüft. Dieses Vorgehen ist nun somit konsistent zum Auswertungsmodul HSM-IMPL – in diesem Auswertungsmodul wird die CRT-Indikation ebenfalls im Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 101803) und nicht im Indikator zur leitlinienkonformen Systemwahl geprüft.
- Die ASA-Klasse der Patientin bzw. des Patienten wird nicht mehr zur Prüfung der Leitlinienkonformität herangezogen, da die Lebenserwartung bereits durch das Datenfeld „Besteht (nach Implantation eines ICD bzw. CRT-D und optimierter medikamentöser Therapie) eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr?“ erfasst wird. Bislang galt die Indikation zur Defibrillator-Implantation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 5 als nicht leitlinienkonform.
- Die folgende Änderung wurde vorgenommen, um die Datenqualität des Indikators zu verbessern:
 - Zusätzlich zu den Angaben im Datenfeld „AV-Block“ wird nun auch über die im gleichen Eingriff wie die Defibrillator-Implantation dokumentierten OPS-Kodes erfasst, ob eine AV-Knoten-Ablation durchgeführt wurde. Damit soll eine mögliche Unterdokumentation der durchgeführten AV-Knoten-Ablationen verringert werden. AV-Knoten-Ablationen, die jedoch in einem anderen stationären Aufenthalt als die Defibrillator-Implantation durchgeführt wurden, können jedoch nicht über die OPS-Kodes, sondern müssen weiterhin durch das Datenfeld „AV-Block“ erfasst werden.
- Die folgenden Änderungen wurden vorgenommen, um die Rechenregeln des Indikators an die Leitlinien der amerikanischen Fachgesellschaften (American College of Cardiology, American Heart Association, Heart Rhythm Society) anzupassen, da diese Leitlinien gemäß der Leitlinienbewertung im Rahmen der Eckpunktebeauftragung die notwendigen Kriterien der AGREE-II-Bewertung erfüllen. Die Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC), auf die sich die Rechenregeln des Indikators bislang ausschließlich bezogen, erfüllen dagegen derzeit nicht alle Kriterien der AGREE-II-Bewertung. Da sich die Therapie in Deutschland und Europa jedoch hauptsächlich an den ESC-Leitlinien orientiert, wurden diese ebenfalls bei der Festlegung der Rechenregeln berücksichtigt.
 - Die Bedingungen der Funktionen zur CRT-Indikation bei permanentem Vorhofflimmern (ohne AV-Knoten-Ablation) und der CRT-Indikation bei Sinusrhythmus (fn_CRTIndikation_AF und fn_CRTIndikation_SIN) sind nun auch bei einer Dauer des QRS-Komplexes von 120 bis 130 ms erfüllt.

- Die Bedingungen der Funktion zur CRT-Indikation bei permanentem Vorhofflimmern (ohne AV-Knoten-Ablation) (fn_CRTIndikation_AF) sind nun auch dann erfüllt, wenn eine Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II vorliegt.
- Die Bedingungen der Funktion zur CRT-Indikation bei Sinusrhythmus (fn_CRTIndikation_SIN) sind nun auch dann erfüllt, wenn eine Herzinsuffizienz im Stadium NYHA I und zugleich eine linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) $\leq 30\%$ sowie eine Dauer des QRS-Komplexes von ≥ 150 ms vorliegt.
- Die folgende Änderung wurde vorgenommen, sowohl um die Datenqualität des Indikators zu verbessern, als auch um die Rechenregeln des Indikators an die Leitlinien der amerikanischen Fachgesellschaften (American College of Cardiology, American Heart Association, Heart Rhythm Society) anzupassen:
 - Die Bedingungen der Funktion zur CRT-Indikation bei Upgrade auf ein CRT-D-System (fn_CRTIndikation_SM_UPG) sind nun auch dann erfüllt, wenn eine Herzinsuffizienz im Stadium NYHA I und auch wenn keine hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit vorliegt.
 - Die Bedingungen der Funktion zur CRT-Indikation bei konventioneller Herzschrittmacher-Indikation werden folgendermaßen angepasst: Voraussetzung für das Vorliegen dieser CRT-Indikation ist nun ein AV-Block (bei AV-Block I nur mit Überleitung > 300 ms) anstelle einer hohen ventrikulären Stimulationsbedürftigkeit. Zugleich sind die Bedingungen dieser CRT-Indikation nun auch bei Patientinnen und Patienten mit einem Upgrade auf ein CRT-D-System sowie bei Patientinnen und Patienten mit einer LVEF zwischen 40% und 50% erfüllt. Die Funktion wird von fn_CRTIndikation_SM_NOV in fn_CRTIndikation_SM_AVB umbenannt.

9.3.1.2 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl

- Dieser Qualitätsindikator wird aus den folgenden Gründen abgeschafft: In diesem Indikator wurde vor allem geprüft, ob bei Implantation eines CRT-D-Systems eine leitlinienkonforme CRT-Indikation vorliegt sowie, ob bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern ein CRT-D-System mit Vorhofsonde implantiert wurde. Dies wird nun jedoch stattdessen im Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 50055) geprüft. Dieses Vorgehen ist konsistent zum Auswertungsmodul HSM-IMPL – in diesem Auswertungsmodul wird die CRT-Indikation ebenfalls im Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 101803) und nicht im Indikator zur leitlinienkonformen Systemwahl geprüft.
- Zum anderen wurde bislang in diesem Indikator geprüft, ob Patientinnen und Patienten mit hohem atrialen Stimulationsbedarf ein Zweikammersystem implantiert wurde. Die Einschätzung des atrialen Stimulationsbedarfs ist jedoch relativ subjektiv und in vielen Fällen nicht validierbar, sodass dieses Datenfeld bereits zum EJ 2025 gestrichen wurde.
- Dieser Indikator wies in seiner bisherigen Form kein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis auf. Die Datenfelder zur Erfassung der CRT-Indikation werden jedoch auch zur Prüfung der ICD-Indikation und somit bereits in den vergangenen Erfassungsjahren zur Berechnung des Indikators „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 50055) benötigt.

9.3.1.3 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion

Für diesen Indikator wird eine Risikoadjustierung mit logistischer Regression (O/E) als Methode der Risikoadjustierung eingeführt. Das entsprechende Risikoadjustierungsmodell fand bereits in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr (AJ) 2024 (EJ 2023) erstmals Anwendung.

Aufgrund der damit verbundenen Anpassung der Berechnungsart wird ein perzentilbasierter Referenzbereich basierend auf dem 90. Perzentil eingeführt. Mit diesem Referenzbereich wären (gemäß aktuell verfügbarer Datenbasis) etwas weniger Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig wie mit dem bisherigen festen Referenzbereich $\leq 3,00\%$.

9.3.1.4 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Drohende, aber noch nicht erfolgte Aggregatperforationen sollten in den Follow-up-Indikator zu Infektionen und Aggregatperforationen (ID 132002) eingehen, da die Follow-up-Indikatoren die Qualität der Implantation bewerten und davon auszugehen ist, dass tatsächlich eine implantationsbedingte Aggregatperforation aufgetreten wäre, wenn der Folgeeingriff erst später erfolgt wäre. Hierzu wird der zum EJ 2026 neu eingeführte Schlüsselwert „drohende Aggregatperforation“ in der Rechenregel dieses Follow-up-Indikators berücksichtigt. Bislang gingen drohende Aggregatperforationen gemäß Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren zum Teil in den Follow-up-Indikator „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 132001) ein, da sie bislang häufig im Schlüsselwert „sonstiges Taschenproblem“ des Datenfelds „Taschenproblem“ dokumentiert wurden.

9.3.1.5 132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

Wenn die linksventrikuläre Sonde des CRT-D-Systems bei Entlassung nicht aktiv ist, führte dies bislang dazu, dass das Qualitätsziel dieses Indikators als nicht erreicht galt. Wurde das CRT-D-System jedoch vor einer im Anschluss geplanten AV-Knoten-Ablation durchgeführt und findet die AV-Knoten-Ablation erst in einem späteren Krankenhausaufenthalt statt (also nicht im gleichen Aufenthalt wie die CRT-D-Implantation), kann die linksventrikuläre Sonde ggf. noch nicht bis zur Entlassung der Patientin bzw. des Patienten aktiviert werden, obwohl sie bereits erfolgreich implantiert wurde. Diese Fälle sollten im Indikator zukünftig nicht mehr als Qualitätsdefizit gewertet werden. Hierzu gehen nun auch Fälle in den Zähler des Indikators ein, bei denen im Datenfeld „Linksventrikuläre Sonde implantiert und aktiv?“ der neue Schlüsselwert „implantiert, aber nicht aktiv wegen geplanter AV-Knoten-Ablation“ angegeben wurde.

9.4 Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (DEFI-REV)

Alle Folgeeingriffe an Defibrillatoren, bei denen nicht ausschließlich das Aggregat ausgetauscht wird, – d. h. Revisionen aufgrund von Komplikationen, Explantation des Defibrillators sowie

Systemumstellungen zwischen Defibrillatorsystemen einschließlich der Umstellungen von einem Defibrillator (Einkammer- oder Zweikammersystem) auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-D-System) – sind dem Auswertungsmodul *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* zugeordnet.

Es wurden keine Änderungen an den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren in diesem Auswertungsmodul vorgenommen.

10 Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

Gegenstand des QS-Verfahrens *Perinatalmedizin (QS PM)* ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie). Die beiden Auswertungsmodule Geburtshilfe (*PM-GEBH*) und Neonatologie (*PM-NEO*) werden bislang getrennt ausgewertet und separat dargestellt, zwei bereits zum Erfassungsjahr 2025 neu einzuführende Qualitätsindikatoren basieren nun jedoch auf modulübergreifend zusammengeführten Daten.

10.1 Auswertungsmodul *PM-GEBH*

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren *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)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Da sich das Verfahren *QS PM* aktuell in dieser Überprüfung befindet, werden für das Erfassungsjahr 2026 keine Änderungen an den prospektiven Rechenregeln empfohlen. Es wurden lediglich einige wenige redaktionelle Änderungen vorgenommen.

10.2 Auswertungsmodul *PM-NEO*

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren *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)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Da sich das Verfahren *QS PM* aktuell in dieser Überprüfung befindet, werden für das Erfassungsjahr 2026 keine Änderungen an den prospektiven Rechenregeln empfohlen. Es wurden lediglich einige wenige redaktionelle Änderungen vorgenommen.

11 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

11.1 Auswertungsmodul „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ (HGV-OSFRAK)

Im Auswertungsmodul HGV-OSFRAK sind alle isolierten Schenkelhalsfrakturen sowie sub- und pertrochantären Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen, die ausschließlich osteosynthetisch versorgt werden, bei Patientinnen oder Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

11.1.1 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen

11.1.1.1 54030: Präoperative Verweildauer

Ab dem EJ 2026 werden Ergebnisse zu subtrochantären Frakturen, die osteosynthetisch versorgt werden, in dem Auswertungsmodul OSFRAK ausgewertet. Äquivalent zu dem QI zur präoperativen Verweildauer im Auswertungsmodul HEP (ID 54003) werden diese Fälle in diesem Indikator jedoch ausgeschlossen. Entsprechend wurde in der Rechenregel der Grundgesamtheit die Liste „ICD_M17N1_subtrochantäre_FF“ mit dem ICD-Kode S72.2 ergänzt.

11.1.1.2 54050: Sturzprophylaxe

Der QI wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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 Abschaffung empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt. Grund für die Empfehlung zur Abschaffung war, dass die Eignungskriterien „Objektivität“, „Reliabilität“ und „Datenqualität“ als niedrig und das Eignungskriterium „Validität“ als gering eingeschätzt wurden.

11.1.1.3 Integration von Sozialdaten in das Auswertungsmodul OSFRAK

Aufgrund der Integration von Sozialdaten in das Verfahren werden im Auswertungsmodul OSFRAK folgende Indikatoren gestrichen:

Tabelle 1: Ab dem EJ 2026 aufgrund der Integration von Sozialdaten gestrichene QI und KEZ im Verfahren QS HGV (Auswertungsmodul OSFRAK)

QI-ID	QI-Bezeichnung
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur

54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
54046*	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

* Kennzahl

Der Abschlussbericht des IQTIG zur „Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) gemäß DeQS-RL“ (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6882/>) wurde nach § 137a Abs. 7 SGB V beteiligt. Gemäß den Empfehlungen werden folgende sozialdatenbasierte Transparenzkennzahlen eingeführt:

Tabelle 2: Ab dem EJ 2026 neue Transparenzkennzahlen im Verfahren QS HGV (Auswertungsmodul OS-FRAK)

Kez-ID	Kez-Bezeichnung	Zähler	Nenner
542600	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer allgemeinen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP): - Thrombose bzw. Embolie innerhalb von 90 Tagen - Pneumonie innerhalb von 90 Tagen - Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - kardiale Komplikation innerhalb von 30 Tagen - Niereninsuffizienz innerhalb von 30 Tagen - Delir bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt	Alle Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
542603	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP): - Infektionen durch Endoprothese/Osteosynthese innerhalb von 90 Tagen - Mechanische Komplikation innerhalb von 365 Tagen - Intraoperative Frakturen - Postoperative Frakturen mit osteosynthetischer Versorgung innerhalb von 30 Tagen - Blutungen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Nervenläsionen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Wundkomplikationen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt	Alle Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
542606	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer	Verstorbene Patientinnen und Patienten bis zum 90. postprozeduralen Tag	Alle Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer

	hüftgelenkna- hen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen		her Versor- gung einer hüftgelenkna- hen Femur- fraktur
--	--	--	---

Für das EJ 2027 ist vorgesehen, diese Transparenzkennzahlen als Indikatoren mit Referenzbereich im Regelbetrieb zu führen, sofern sie risikoadjustiert ausgewertet werden können.

11.2 Auswertungsmodul „Hüftendoprothesenversorgung“ (HGV-HEP)

Im Auswertungsmodul HGV-HEP sind alle Erstimplantationen einer Hüftendoprothese und alle Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

11.2.1 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen

11.2.1.1 Indikationsstellung

Die QI zur Indikationsstellung („Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation“: ID 54001 und „Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“: ID 54002) wurden im Rahmen des Abschlussberichtes der „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 Abschaffung empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt. Grund für die Empfehlung zur Abschaffung war, dass das Eignungskriterium „Datenqualität“ als niedrig und das Eignungskriterium „Validität“ als gering eingeschätzt wurden.

11.2.1.2 54004: Sturzprophylaxe

Der QI wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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 Abschaffung empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt. Grund für diese Empfehlung war, dass die Eignungskriterien „Objektivität“, „Reliabilität“ und „Datenqualität“ als niedrig und das Eignungskriterium „Validität“ als gering eingeschätzt wurden.

11.2.1.3 192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung

Dieser QI wurde ab dem EJ 2023 als Transparenzkennzahl mit dem Titel „Treppensteigen bei Entlassung“ geführt und im AJ 2024 erstmalig ausgewertet. Mit den pRR zum EJ 2025 erfolgte die „Umpolung“ des QI; inklusive Umbenennung in „Kein Treppensteigen bei Entlassung“ und Anwendung einer Risikoadjustierung, jedoch ohne Festlegung eines Referenzbereichs. Nach Auswertung der ersten nicht risikoadjustierten QI-Ergebnisse im AJ 2024 wird mit den pRR 2026 ein Referenzbereich von $\leq x$ (95. Perzentil) eingeführt.

11.2.1.4 Integration von Sozialdaten in das Auswertungsmodul HEP

Aufgrund der Integration von Sozialdaten in das Verfahren werden im Auswertungsmodul HEP folgende Indikatoren gestrichen:

Tabelle 3: Ab dem EJ 2026 aufgrund der Integration von Sozialdaten gestrichene QI und KEZ im Verfahren QS HGV (Auswertungsmodul HEP)

QI-ID	QI-Bezeichnung
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
191914*	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen

* Kennzahl

Der Abschlussbericht des IQTIG zur „Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) gemäß DeQS-RL“ (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6882/>) wurde nach § 137a Abs. 7 SGB V beteiligt. Gemäß den Empfehlungen werden folgende sozialdatenbasierte Transparenzkennzahlen eingeführt:

Tabelle 4: Ab dem EJ 2026 neue Transparenzkennzahlen im Verfahren QS HGV (Auswertungsmodul HEP)

Kez-ID	Kez-Bezeichnung	Zähler	Nenner
192600	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer allgemeinen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP): <ul style="list-style-type: none"> - Thrombose bzw. Embolie innerhalb von 90 Tagen - Pneumonie innerhalb von 90 Tagen - Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - kardiale Komplikation innerhalb von 30 Tagen - Niereninsuffizienz innerhalb von 30 Tagen - Delir bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt 	Alle Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

192601	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer allgemeinen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thrombose bzw. Embolie innerhalb von 90 Tagen - Pneumonie innerhalb von 30 Tagen - Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - kardiale Komplikation innerhalb von 30 Tagen - Niereninsuffizienz innerhalb von 30 Tagen - Delir bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt 	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
192602	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer allgemeinen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thrombose bzw. Embolie innerhalb von 90 Tagen - Pneumonie innerhalb von 90 Tagen - Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - kardiale Komplikation innerhalb von 30 Tagen - Niereninsuffizienz innerhalb von 30 Tagen - Delir bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt 	Alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
192603	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infektionen durch Endoprothese/Osteosynthese innerhalb von 90 Tagen - Mechanische Komplikation innerhalb von 365 Tagen - Intraoperative Frakturen - Postoperative Frakturen mit osteosynthetischer Versorgung innerhalb von 30 Tagen - Blutungen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Nervenläsionen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Wundkomplikationen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt 	Alle Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
192604	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infektionen durch Endoprothese/Osteosynthese innerhalb von 90 Tagen - Mechanische Komplikation innerhalb von 365 Tagen - Intraoperative Frakturen 	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

		<ul style="list-style-type: none"> - Postoperative Frakturen mit osteosynthetischer Versorgung innerhalb von 30 Tagen - Blutungen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Nervenläsionen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Wundkomplikationen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt 	
192605	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infektionen durch Endoprothese/Osteosynthese innerhalb von 90 Tagen - Mechanische Komplikation innerhalb von 365 Tagen - Intraoperative Frakturen - Postoperative Frakturen mit osteosynthetischer Versorgung innerhalb von 30 Tagen - Blutungen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Nervenläsionen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Wundkomplikationen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt 	Alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
192607	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	Verstorbene Patientinnen und Patienten bis zum 90. postprozeduralen Tag	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
192606	Sterblichkeit bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen	Verstorbene Patientinnen und Patienten bis zum 90. postprozeduralen Tag	Alle Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

192608	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf	Patientinnen und Patienten mit einem: - nicht frakturbedingten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 365 Tagen - frakturbedingten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 90 Tagen	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
192610	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	Alle Patientinnen und Patienten mit einem: - nicht frakturbedingten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen - frakturbedingten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	Alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
192609	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 365 Tagen	Alle Patientinnen und Patienten mit einem: - nicht frakturbedingten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen - frakturbedingten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	Alle Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Für das EJ 2027 ist vorgesehen, diese Transparenzkennzahlen als Indikatoren mit Referenzbereich im Regelbetrieb zu führen, sofern sie risikoadjustiert ausgewertet werden können.

12 Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Im Verfahren QS KEP sind alle Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, sowie Erstimplantationen einer elektiven Knieendoprothese bei Kodierung von ICD Diagnosen, die auf eine Wundkomplikation hinweisen, dokumentationspflichtig. Die QS-Dokumentation wird im EJ 2025 ausgesetzt, sodass zu diesem EJ keine Ergebnisse berichtet werden. Ab dem EJ 2026 erfolgt die Wiederaufnahme der überarbeiteten QS-Dokumentation (u. a. Filter- und Datenfeldanpassungen). Bei den Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden folgende Anpassungen vorgenommen:

12.1 Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen

12.1.1.1 Indikationsstellung

Die QI zur Indikationsstellung („Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation“: ID 54020, „Indikation zur unikondylären Schlittenprothese“: ID 54021 und „Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“: ID 54022) wurden im Rahmen des Abschlussberichtes der „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung – Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ zur Abschaffung empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt. Grund für die Empfehlung war, dass die Eignungskriterien Validität und „Datenqualität“ als gering sowie das Kriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ als nicht gegeben eingeschätzt wurden.

12.1.1.2 Indikatoren zur Mobilität

Aufgrund der Umstellung des Verfahrens QS KEP auf die Erfassung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen, liegt die QS-Dokumentationspflicht bei Fällen mit elektiver Implantation von Knieendoprothesen ab dem EJ 2026 nur noch bei zusätzlicher Kodierung von ICD-Diagnosen zu potentiellen Wundkomplikationen vor. Die Informationen zur Berechnung des Qualitätsindikators „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54028) und der Transparenzkennzahl „Treppensteigen bei Entlassung“ (ID 202300) können somit nicht mehr bei allen Fällen mit Implantation von elektiven Knieendoprothesen über die QS-Dokumentation erfasst werden und sind mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht suffizient abbildbar. Die Kennzahlen werden daher auf Empfehlung des IQTIG ab dem EJ 2026 nicht wiedereingeführt.

12.1.1.3 Integration von Sozialdaten in das Verfahren QS KEP

Aufgrund der Empfehlungen aus den Beauftragungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6882/>) und der Integration von Sozialdaten werden im Verfahren QS KEP folgende Indikatoren gestrichen:

Tabelle 5: Ab dem EJ 2026 gestrichene QI im Verfahren QS KEP

QI-ID	QI-Bezeichnung
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf

Der Abschlussbericht des IQTIG zur „Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) gemäß DeQS-RL“ (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6882/>) wurde nach § 137a Abs. 7 SGB V beteiligt. Gemäß den Empfehlungen werden folgende sozialdatenbasierte Transparenzkennzahlen eingeführt:

Tabelle 6: Ab dem EJ 2026 neue Transparenzkennzahlen im Verfahren QS KEP

Kez-ID	Kez-Bezeichnung	Zähler	Nenner
202601	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer allgemeinen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP): - Thrombose bzw. Embolie innerhalb von 90 Tagen - Pneumonie innerhalb von 30 Tagen - Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - kardiale Komplikation innerhalb von 30 Tagen - Niereninsuffizienz innerhalb von 30 Tagen - Delir bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
202602	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer allgemeinen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP):	Alle Patientinnen und Patienten mit

	bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	<ul style="list-style-type: none"> - Thrombose bzw. Embolie innerhalb von 90 Tagen - Pneumonie innerhalb von 90 Tagen - Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen - kardiale Komplikation innerhalb von 30 Tagen - Niereninsuffizienz innerhalb von 30 Tagen - Delir bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt 	Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
202604	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infektionen durch Endoprothese innerhalb von 90 Tagen - Mechanische Komplikation innerhalb von 365 Tagen - Intraoperative Frakturen - Postoperative Frakturen mit osteosynthetischer Versorgung innerhalb von 30 Tagen - Blutungen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Nervenläsionen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Wundkomplikationen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Ruptur der Quadrizepssehne bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt 	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
202605	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen Komplikation im definierten Follow-up-Zeitraum (ab dem Tag der OP):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infektionen durch Endoprothese innerhalb von 90 Tagen - Mechanische Komplikation innerhalb von 365 Tagen - Intraoperative Frakturen - Postoperative Frakturen mit osteosynthetischer Versorgung innerhalb von 30 Tagen - Blutungen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Nervenläsionen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Wundkomplikationen bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt - Ruptur der Quadrizepssehne bis zur Entlassung aus dem Indexaufenthalt 	Alle Patientinnen und Patienten mit Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

202607	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	Verstorbene Patientinnen und Patienten bis zum 90. postprozeduralen Tag	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
202608	Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf	Patientinnen und Patienten mit einem: - nicht frakturbedingten Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 365 Tagen - frakturbedingten Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 90 Tagen	Alle Patientinnen und Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
202610	Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	Patientinnen und Patienten mit einem: - nicht frakturbedingten Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen - frakturbedingten Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	Alle Patientinnen und Patienten mit Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Für das EJ 2027 ist vorgesehen, diese Transparenzkennzahlen als Indikatoren mit Referenzbereich im Regelbetrieb zu führen, sofern sie risikoadjustiert ausgewertet werden können.

12.1.1.4 54026: Beweglichkeit bei Entlassung

Die Kennzahl „Beweglichkeit bei Entlassung“ (ID 54026) wurde im Rahmen des Abschlussberichtes der „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 Abschaffung empfohlen und nach 137a Abs. 7 SGB beteiligt. Grund für diese Empfehlung war, dass das Eignungskriterium „Validität“ als gering eingeschätzt wurde.

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