IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Auftraggeber:

GBA Gemeinsamer Bundesausschuss

# Qualitätsreport 2026

www.iqtig.org

Qualitätsreport

# 2026

# Inhaltsverzeichnis


Vorwort Karin Maag 4

Vorwort Dr. med. Thilo Grüning 5

Überblick 6



**Gefäßchirurgie**

Karotis-Revaskularisation 23



**Gynäkologie**

Gynäkologische Operationen 33

Mammachirurgie 38



**Hygiene und Infektionsmanagement**

Ambulant erworbene Pneumonie 47

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen 52

**Kardiologie und Herzchirurgie**



Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie 67

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren 81

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen 95



**Orthopädie und Unfallchirurgie**

Hüftgelenkversorgung 113

Knieendoprothesenversorgung 128




© IQTIG 2026



## Perinatalmedizin

Perinatalmedizin 133



## Pflege

Dekubitusprophylaxe 149

## Transplantationsmedizin und Nierenersatztherapie



Transplantationsmedizin 155

Nierenersatztherapie
bei chronischem Nierenversagen
einschließlich Pankreastransplantationen 183



## Viszeralchirurgie

Cholezystektomie 205

## Anhang

Allgemeine Hinweise zu den Auswertungen 213

Glossar 214

Abkürzungsverzeichnis 219

Impressum 220

# Vorwort

## Liebe Leserinnen und Leser,



wer sich zur Behandlung in ein Krankenhaus oder eine Praxis begibt, soll darauf vertrauen dürfen, gut versorgt zu werden. Die Qualität der Versorgung lässt sich mit verlässlichen Daten überprüfen. Die Lieferung solcher verlässlichen Daten ist die Aufgabe der datengestützten Qualitätssicherung. Der Ihnen vorliegende Qualitätsreport 2026 zeigt, welche Daten dazu im vergangenen Jahr erhoben und ausgewertet werden konnten und vor allem, dass sich die Versorgungsqualität auch im Vergleich zu den Vorjahrsergebnissen weiterhin auf einem stabilen und insgesamt guten Niveau eingependelt hat.

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat dafür im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) 15 Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung ausgewertet. Zwölf davon betreffen ausschließlich die stationäre Versorgung im Krankenhaus, drei sind sektorenübergreifend angelegt und adressieren sowohl Krankenhäuser wie auch Vertragsarztpraxen. Über insgesamt 258 Qualitätsindikatoren und 105 Transparenzkennzahlen mit mehr als 140.000 Indikatorergebnissen erfassen sie die Qualität in der Versorgung. Bei der Auswertung haben Expertengruppen auf Bundesebene das IQTIG unterstützt. Ihnen und den Mitarbeitenden des IQTIG unter der Leitung von Dr. med. Thilo Grüning danke ich herzlich für diese Arbeit.

Auffälligkeiten werden nicht nur festgestellt, sondern auch weiterverfolgt. Der Report dokumentiert deshalb auch die Stellungnahmeverfahren und die qualitätssichernden Maßnahmen, die zum Einsatz kommen, wenn sich rechnerische Auffälligkeiten nicht aufklären lassen.

Angesichts knapper personeller und finanzieller Ressourcen hat sich der GBA auch verstärkt dem Ziel gewidmet, die datengestützte Qualitätssicherung insbesondere unter Effizienz- und Effektivitätsgesichtspunkten zu überarbeiten, ohne die Patientensicherheit zu schmälern. Verfahren wurden dazu gebündelt, wenig aussagekräftige Indikatoren überarbeitet, einzelne Verfahren bis zur Neukonzeption ausgesetzt.

Einige Verfahren haben sich in diesem Jahr daher besonders verändert: In diesem Jahr wird letztmalig über das Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* (*QS WI*) berichtet, da der GBA die Erprobung des Verfahrens aufgrund unzureichender Umsetzungsmöglichkeiten beendet hat. Inhaltlich wird dieses wichtige Thema im Rahmen des neuen Verfahrens *Diagnostik und Therapie der Sepsis* (*QS Sepsis*) und über Ergänzungen anderer bestehender datengestützter Qualitätssicherungsverfahren weiterverfolgt. Auch das Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* (*QS CAP*) wird aktuell überarbeitet und ist daher ausgesetzt. Das Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* (*QS KEP*) wurde bereits umfassend überarbeitet, u. a. um durch die Nutzung von Sozialdaten den Dokumentationsaufwand zu verringern.

Diese Beispiele stehen für einen Grundsatz, den wir verfolgen: Ein Verfahren hat nur dann Bestand, wenn es zu einer besseren und sichereren Versorgung von Patientinnen und Patienten beiträgt.

Qualitätssicherung endet schließlich nicht bei der Datenerhebung – sie umfasst auch die verantwortungsvolle Vermittlung von Ergebnissen, patientenverständlich ohne Vereinfachung komplexer Sachverhalte. Die im Bericht dargestellten Daten werden nicht nur heute veröffentlicht. Patientinnen und Patienten finden sie aufbereitet demnächst auch in Kliniksuchportalen, im Transparenzverzeichnis – dem ehemaligen Bundes-Klinik-Atlas – und in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Qualität wird transparent und unterstützt Patientinnen und Patienten, informierte Entscheidungen zu treffen und für sich passende Einrichtungen zu finden. Die Leistungserbringer wiederum erhalten Rückmeldungen, die sie für ihr internes Qualitätsmanagement nutzen können: Was läuft gut, wo besteht Verbesserungsbedarf, welche Potenziale sind noch ungenutzt? So rückt ein Grundgedanke der Qualitätssicherung wieder in den Vordergrund, nämlich besser zu werden, indem man von anderen lernt.

Für die kommenden Jahre setzen wir auf drei Datenquellen, die die Dokumentation entlasten und trotzdem aussagekräftig sind: Abrechnungsdaten der Krankenkassen, Registerdaten und die Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten in Form von Befragungen. Ich bin zuversichtlich, dass sich damit Qualität auch künftig zuverlässig messen und verbessern lässt.

Mein Dank gilt allen, die das möglich machen: den Beschäftigten in Krankenhäusern und Praxen, die Tag für Tag ihre Arbeit dokumentieren, und den Mitgliedern der Gremien des GBA, die sich gemeinsam für die Qualität der Versorgung einsetzen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

**Karin Maag**
Unparteiisches Mitglied des GBA
Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung



© IQTIG 2026

# Vorwort

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,



Qualitätssicherung und -verbesserung trägt zur Gesundheit von Patientinnen und Patienten bei und kann Leben retten. Das treibt viele von uns an. Die Qualität der Patientenversorgung zu beurteilen, Ergebnisse und methodisches Vorgehen transparent darzustellen und dazu in den Austausch zu treten, ist eine wichtige Aufgabe des IQTIG. Seine zentrale Aufgabe – und letztendlich unser aller Ziel – ist es, die Qualität der Patientenversorgung tatsächlich zu verbessern.

Ein Baustein ist dabei die öffentliche Berichterstattung über die Ergebnisse der Qualitätssicherung und damit die Herstellung von Transparenz. Der Qualitätsreport präsentiert die aktuellen Bundesergebnisse der gesetzlichen externen Qualitätssicherung ebenso wie die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der qualitätsverbessernden Maßnahmen im Überblick. Im neuen Format liegt der Qualitätsreport nun zum zweiten Mal vor und entwickelt sich weiter: Die auffälligsten Änderungen sind die Hervorhebung von Stichpunkten „Wichtiges in Kürze" für jedes QS-Verfahren sowie die Darstellung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens in Form von Ringdiagrammen. Beides soll den Einstieg in die Ergebnisdarstellung vereinfachen und diese zugänglicher machen. Die Texte erläutern die Hintergründe und Zusammenhänge dann genauer.

Und wer es ganz genau wissen möchte: Die umfassende Ergebnisdarstellung der externen Qualitätssicherung nach der DeQS-RL (Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung) für die Fachöffentlichkeit ist nach wie vor der Bundesqualitätsbericht als Nachschlagewerk. Dieser enthält ausführliche Kommentierungen bis auf Indikatorebene und wird durch die Bundesauswertung der QS-Verfahren sowie die vollständigen Berichte über das Stellungnahmeverfahren und die Qualitätssicherungsmaßnahmen ergänzt.

Die Ergebnisse der Qualitätssicherung weisen insgesamt auf ein stabiles Qualitätsniveau, aber in Teilbereichen auch auf Verbesserungsbedarf hin. Sie zeigen eine Qualitätssicherung im Wandel, vielfach angestoßen durch die vom GBA beauftragten Verfahrensüberprüfungen. Im Bereich der Knieendoprothesenversorgung, der Dialyse und der ambulant erworbenen Pneumonien werden QS-Verfahren grundlegend überarbeitet und vorübergehend ausgesetzt. Der gestiegene Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse im Stellungnahmeverfahren deutet dabei auf die Wirkung überarbeiteter Indikatorensets hin, die sich aus methodisch aussagekräftigeren Indikatoren zusammensetzen.

Ziel ist es, die Wirksamkeit der Instrumente und Verfahren zur Qualitätsbeurteilung und -verbesserung unter Berücksichtigung der Ressourcen aller beteiligten Akteure zu steigern. Diese Entwicklung wollen wir – gemeinsam mit dem GBA – fortsetzen. Damit die Wirkung der überarbeiteten Verfahren auch bei den Leistungserbringern und damit bei den Patientinnen und Patienten ankommt, ist das IQTIG – im Auftrag des GBA und zusammen mit den Landesarbeitsgemeinschaften – dabei, das Stellungnahmeverfahren weiterzuentwickeln und datenbasierte und expertengestützte Ansätze der Qualitätsbeurteilung und -verbesserung zu verbinden. Das Konzept zielt auf eine systemische Betrachtung der einer Leistungserbringung zugrunde liegenden Strukturen und Prozesse und eine nachhaltige Qualitätsverbesserung. Gleichzeitig sollen dadurch die Aufwände von qualitativ eher unproblematischen auf qualitativ problematische Leistungserbringer verschoben werden.

Flankiert werden sollen diese Entwicklungen durch die inhaltliche Neuausrichtung der theoretischen und praktischen Grundlagen der Arbeit des IQTIG, verbunden mit einer verstärkten Einbeziehung der Patientenperspektive. Letzteres soll insbesondere durch eine allgemeine Patientenbefragung erfolgen, mit der übergreifende Qualitätsdefizite frühzeitig identifiziert werden können.

Ziel und Zweck der Qualitätssicherung und damit des IQTIG ist es, wirksam zur Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung beizutragen. Dies kann nur gemeinsam gelingen. Darum gilt der Dank an dieser Stelle allen Beteiligten an der Qualitätssicherung und -verbesserung: allen voran den ambulanten wie stationären Leistungserbringern, die tagtäglich Patientinnen und Patienten versorgen, den Landesarbeitsgemeinschaften, den Expertinnen und Experten auf Landes- und Bundesebene, den Mitgliedern der Gremien der Selbstverwaltung und den Kolleginnen und Kollegen des IQTIG.

**Dr. med. Thilo Grüning, MSc**
Institutsleiter des IQTIG

© IQTIG 2026

# Überblick

## Einleitung

Der Qualitätsreport fasst die aktuellen Ergebnisse der gesetzlichen externen Qualitätssicherung zusammen. Er basiert auf dem Bundesqualitätsbericht, der einmal jährlich auf Grundlage von § 20 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)[1] erstellt wird.

Für die 15 Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren), die das IQTIG aktuell im Regelbetrieb nach der DeQS-RL durchführt,[2] enthält der Qualitätsreport im jeweiligen Kapitel

- eine Erläuterung des QS-Verfahrens,
- die Ergebnisse des QS-Verfahrens auf Bundesebene,
- eine Einordnung und Bewertung der Ergebnisse durch das IQTIG in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Expertengremium auf Bundesebene,
- die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren und den Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie
- einen Ausblick auf kommende Entwicklungen im QS-Verfahren.

Der Bundesqualitätsbericht[3] enthält darüber hinaus detailliertere fachliche Ausführungen zu den genannten Themen, Angaben zur Datenvalidität sowie als Anhang pro QS-Verfahren die jeweilige Bundesauswertung[4] mit weiteren Detailergebnissen und einer Basisauswertung.

In den Tabellen werden die Ergebnisse im Allgemeinen dem Auswertungsjahr (AJ) zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für die Jahresberichte (Bundesauswertung auf Bundesebene, Länderberichte auf Landesebene sowie die Rückmeldeberichte auf Ebene der Leistungserbringer) erfolgt. Im Qualitätsreport 2026 werden die aktuellen Ergebnisse aus dem Auswertungsjahr 2026 berichtet. Diese können Daten aus mehreren Erfassungsjahren (EJ) umfassen. Das Erfassungsjahr ist das Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen (stationär) oder behandelt (ambulant) wurde.

Die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens und der Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt bei bundesbezogenen QS-Verfahren durch das IQTIG und bei länderbezogenen Verfahren durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG). Letztere übermitteln die entsprechenden Ergebnisse in sogenannten Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) an das IQTIG. Im vorliegenden Qualitätsreport werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Auswertungsjahr 2025 dargestellt. Die vollständigen Ergebnisse werden in einem gesonderten Anhang zum Bundesqualitätsbericht im Excel-Format auf der Website des IQTIG bereitgestellt.

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

*1 g-ba.de/informationen/richtlinien/105/*

*2 Das Verfahren Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS amb PT) ist seit dem Erfassungsjahr 2025 in der Richtlinie enthalten, findet aber erst später Eingang in Bundesqualitätsbericht und Qualitätsreport.*

*3 Der Bundesqualitätsbericht mit Excel-Anhang ist zu finden unter iqtig.org/bqb.*

*4 Die Bundesauswertung ist im Bundesqualitätsbericht enthalten und separat noch einmal unter iqtig.org/buaw abrufbar.*



© IQTIG 2026

# Überblick Auswertungsjahr 2026

## Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen

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

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

**Überblick Anzahl Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen im Auswertungsjahr 2026**

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

* *Inklusive Nutzung der Risikostatistik bei QS DEK; nicht enthalten sind die Indikatoren, die auch Sozialdaten nutzen.*
** *Alle Sozialdaten-QIs nutzen auch die QS-Dokumentation.*
*** *Stratifizierung ist hier nicht enthalten. Nicht alle Indikatoren und Kennzahlen benötigen eine Risikoadjustierung; insbesondere bei vielen Prozessindikatoren ist eine solche nicht zielführend. Das IQTIG prüft dennoch fortlaufend für jeden Qualitätsindikator anhand seiner Eignungskriterien, ob eine Risikoadjustierung notwendig ist.*

Die Methodik zur rechnerischen Auffälligkeitseinstufung, die seit dem Auswertungsjahr 2022 in *QS PCI* Anwendung findet, wird auch in diesem Auswertungsjahr auf weitere QS-Verfahren angewandt. Nachdem sie im vergangenen Jahr bereits in den Verfahren *QS GYN-OP*, *QS CHE* und *QS MC* etabliert wurde, folgen in diesem Auswertungsjahr die Verfahren *QS KAROTIS* und *QS DEK*. Damit wird auf eine Einstufungsmethodik umgestellt, die statistische Unsicherheit über die zugrunde liegende Qualität von Leistungserbringern berücksichtigt. Ein Leistungserbringer wird dann rechnerisch auffällig, wenn die Wahrscheinlichkeit, den Referenzwert einzuhalten, so klein ist, dass sie einen Schwellenwert α unterschreitet. Die Schwellenwerte werden individuell bestimmt und sind in der Bundesauswertung der betreffenden Verfahren dargestellt. Weitere Informationen zum methodischen Vorgehen sind auf der Website des IQTIG[5] abrufbar.

## Datengrundlage

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

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

| Nr. | QS-Verfahren | Anzahl Leistungserbringer |
|---|---|---|
| 1 | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) | 1.150* |
| 2 | Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) | ** |
| 3 | Cholezystektomie (QS CHE) | 1.034 |
| 4 | Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) | 835 |
| 5 | Transplantationsmedizin (QS TX)*** | |
| | Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM) | 58 |
| | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (LUTX) | 12 |
| | Lebertransplantationen (LTX) | 19 |
| | Leberlebendspenden (LLS) | 9 |
| | Nierenlebendspenden (NLS) | 37 |
| 6 | Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) | 302 |
| 7 | Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) | 555 |
| 8 | Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) | 1.258 |
| 9 | Mammachirurgie (QS MC) | 573 |
| 10 | Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) | 924 |
| 11 | Dekubitusprophylaxe (QS DEK) | 1.617 |
| 12 | Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) | 849 |
| 13 | Perinatalmedizin (QS PM) | 627 |
| 14 | Hüftgelenkversorgung (QS HGV) | 1.066 |
| 15 | Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) | **** |

* *Inklusive Leistungserbringer der Patientenbefragung.*
** *Aus technischen Gründen kann diese Angabe nicht ausgegeben werden.*
*** *Im Verfahren QS TX gibt es mehrere Pseudonymisierungsverfahren, sodass ein Leistungserbringer über mehrere Pseudonyme verfügen kann. Die Leistungserbringer können daher zurzeit nur auf Ebene des jeweiligen Leistungserbringerpseudonyms ausgegeben werden, das teils zwei Auswertungsmodule umfasst. HTXM enthält die Angaben zu HTX und MKU.*
**** *Das Verfahren QS KEP wird derzeit umfassend überarbeitet. Im Erfassungsjahr 2025 war daher die QS-Dokumentationspflicht ausgesetzt.*

5 *iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-auffaelligkeitseinstufung/*


© IQTIG 2026

# Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 2025

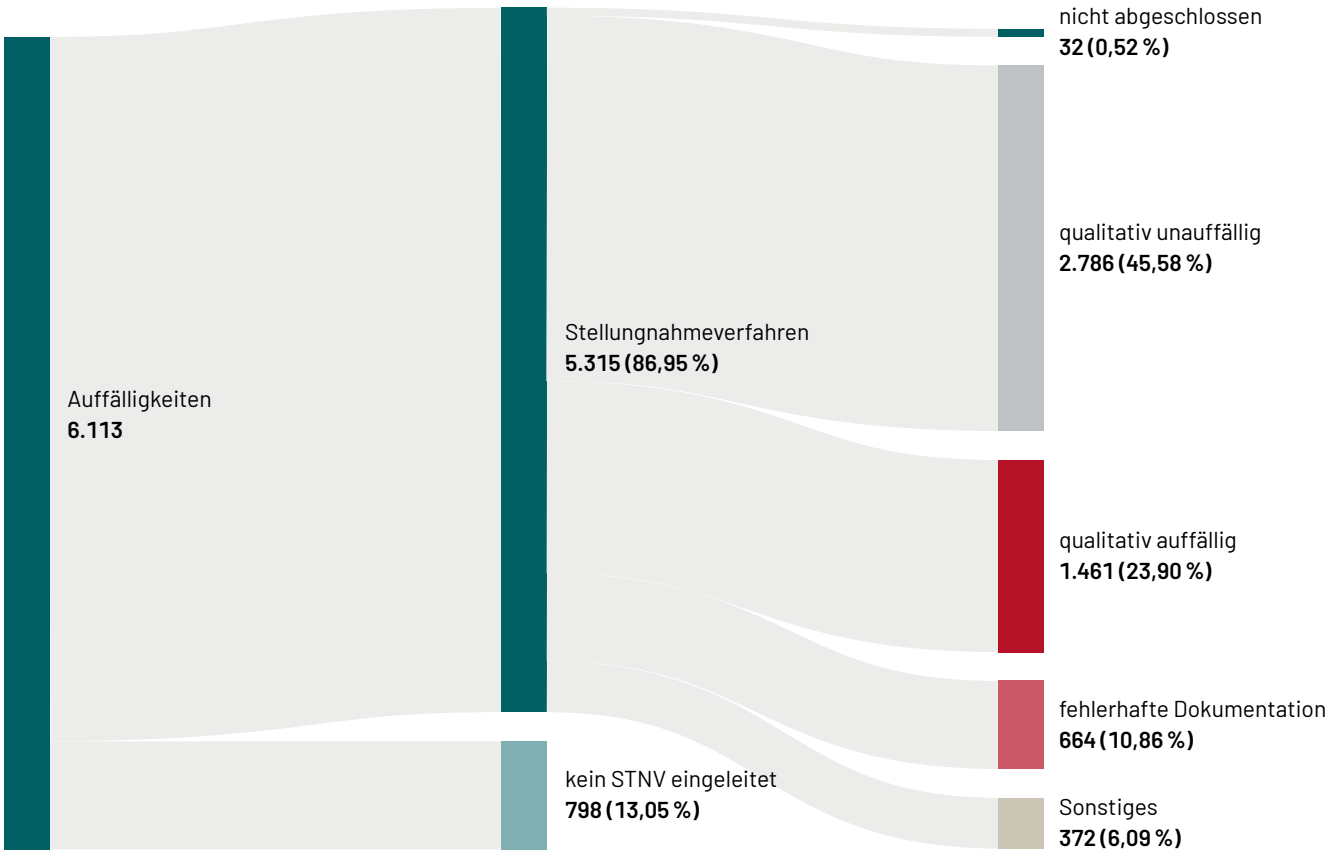
Das Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern wird in der Regel dann ausgelöst, wenn ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in der entsprechenden Jahresauswertung vorliegt, d. h., wenn das Indikatorergebnis eines Leistungserbringers außerhalb des festgelegten Referenzbereichs liegt. Es wird durch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

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

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

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

**Verlauf des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025**



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

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

Die Abbildung auf Seite 9 veranschaulicht den Verlauf und die Verteilung der Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2025 von der rechnerischen Auffälligkeit bis hin zur qualitativen Bewertung. Es wird deutlich, dass der Großteil der rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnisse im Stellungnahmeverfahren abschließend beurteilt werden konnte; rund ein Viertel davon wurde letztlich als qualitativ auffällig bewertet.

**Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. Teil 1 § 17 DeQS-RL**

| | AJ 2024 | | AJ 2025 | |
|---|---|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| **Indikatorenergebnisse der QS-Verfahren** | 153.504 | - | 143.128 | - |
| **Indikatorenergebnisse der QS-Verfahren mit definiertem Referenzbereich** | 115.382 | 100,00 | 86.481 | 100,00 |
| **Rechnerisch auffällige Ergebnisse** | 9.556 | 8,28 | 5.807 | 6,71 |
| davon ohne QSEB-Übermittlung | 13 | 0,14 | 3 | 0,05 |
| **Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)** | 10.119 | 100,00 | 6.113 | 100,00 |
| rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3) | 9.624 | 95,11 | 5.906 | 96,61 |
| andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| nicht fristgerechte Übermittlung (nur *QS WI*) (Schlüsselwert 7) | 495 | 4,89 | 207 | 3,39 |
| Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4) | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| **Stellungnahmeverfahren** | | | | |
| kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 2.644 | 26,13 | 798 | 13,05 |
| Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 7.475 | 73,87 | 5.315 | 86,95 |
| schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 7.474 | 99,99 | 5.312 | 99,94 |
| Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 64 | 0,86 | 56 | 1,05 |
| Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 8 | 0,11 | 14 | 0,26 |
| Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen | 52 | 0,70 | 32 | 0,60 |
| **Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)** | | | | |
| Bewertung als qualitativ unauffällig | 3.983 | 39,36 | 2.786 | 45,58 |
| Bewertung als qualitativ auffällig | 1.988 | 19,65 | 1.461 | 23,90 |
| Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation | 909 | 8,98 | 664 | 10,86 |
| Sonstiges | 543 | 5,37 | 372 | 6,09 |
| **Qualitätssicherungsmaßnahmen** | | | | |
| Maßnahmenstufe 1* | 709 | n. a. | 492** | n. a. |
| Maßnahmenstufe 2 | 3 | n. a. | 2** | n. a. |

* *Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich*
** *Es gab 2025 noch 3 weitere Maßnahmen der Stufe 1 zu einem Ergebnis aus dem Auswertungsjahr 2024 sowie 17 Maßnahmen der Stufe 2 zu den Auswertungsjahren 2023 und 2024.*


© IQTIG 2026

Es wurden für das Auswertungsjahr 2025 (mit Stand März 2026) 492 vereinbarte qualitätsfördernde Maßnahmen der Stufe 1 übermittelt und damit deutlich weniger als im Vorjahr (AJ 2024: 709). Darüber hinaus wurden dem IQTIG insgesamt 2 Maßnahmen der Stufe 2 übermittelt – jeweils eine Maßnahme in den Verfahren *QS PM* (Auswertungsmodul *PM-GEBH*) und *QS HGV* (Auswertungsmodul *HGV-HEP*). Im Jahr 2025 wurden zudem noch 3 weitere Maßnahmen der Stufe 1 zu einem Ergebnis aus dem Auswertungsjahr 2024 sowie 17 Maßnahmen der Stufe 2 zu den Auswertungsjahren 2023 und 2024 durchgeführt. Bislang beziehen sich alle Maßnahmen der Stufe 2 auf die „Korrektur der Vereinbarung" (Stufe 2a).

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

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

**Das Stellungnahmeverfahren im Verfahrensvergleich**

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

In der Regel wird im Fall einer rechnerischen Auffälligkeit ein Stellungnahmeverfahren mit dem Leistungserbringer geführt. Auch der Anteil der geführten Stellungnahmeverfahren bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten variiert zwischen den Verfahren und ergibt insgesamt ein heterogenes Bild. In den bundesbezogenen Verfahren mit meist wenig Leistungserbringern liegt der Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren in der Regel bei 100 %. Eine Besonderheit betrifft das Auswertungsmodul *NET-DIAL*: Aufgrund statistischer, methodischer und inhaltlicher Herausforderungen der Indikatoren konnten bei 128 rechnerisch auffälligen Ergebnissen lediglich 61 Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden (47,66 %). Eine Weiterentwicklung des Verfahrens wurde bereits vom GBA beauftragt und befindet sich derzeit in der Umsetzung.

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

Die qualitativen Auffälligkeiten verteilen sich ebenfalls unterschiedlich über die Module. So sind im Verfahren *QS TX* (Auswertungsmodul *TX-MKU*) 84,21 % aller auffälligen Ergebnisse nach geführtem Stellungnahmeverfahren auch qualitativ auffällig (32 von 38). Bei den landesbezogenen Verfahren weist *QS KAROTIS* mit 40,28 % den höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten auf (116 von 288). Dem

gegenüber steht das Auswertungsmodul *HSMDEF-HSM-REV* (Herzschrittmacher-Revisionen), in dem lediglich 2,78 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurde (1 von 32).

**Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens**

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

**Qualitätssicherungsmaßnahmen**

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

**Initiierung von Maßnahmen der Stufe 1**

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

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

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

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



© IQTIG 2026

# Überblick über die Qualitätssicherungsverfahren

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

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

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

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

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

**Karotis-Revaskularisation (*QS KAROTIS*)**

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

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

Eine wesentliche Änderung gegenüber dem Vorjahr betrifft die Einführung einer neuen statistischen Methodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit. Bei der Bewertung von Leistungserbringerergebnissen wird nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt, sodass nicht jede Abweichung vom Referenzbereich zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt und insbesondere die Ergebnisse von Leistungserbringern mit kleinen

6 g-ba.de/beschluesse/5386/

Fallzahlen seltener zufallsbedingt rechnerisch auffällig werden. Das Expertengremium auf Bundesebene spricht sich dafür aus, dass Leistungserbringer mit geringer Fallzahl, deren Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs liegt, aber nicht rechnerisch auffällig ist, weiterhin im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden sollten. Das Expertengremium nimmt an, dass bei diesen Leistungserbringern strukturelle Probleme vorliegen, die sich auf die Versorgungsqualität und insbesondere auf die Patientensicherheit auswirken.

Im Rahmen der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeauftragung wurde von den LAG zurückgemeldet, dass es zu Missverständnissen hinsichtlich der Angaben der behandelten Stenose kam, da sowohl die behandelte als auch die kontralaterale Stenose ausführlich dokumentiert werden müssen. Das IQTIG plant, die QS-Dokumentation dahingehend anzupassen, dass nur noch die Angaben zur behandelten Stenose ausführlich dokumentiert werden müssen. Dadurch soll die QS-Dokumentation vereinfacht und die Datenqualität erhöht werden. Die Anpassung der QS-Dokumentation wird mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten und voraussichtlich zum Erfassungsjahr 2028 empfohlen.

**Gynäkologische Operationen (*QS GYN-OP*)**

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

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

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

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

**Mammachirurgie (*QS MC*)**

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

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

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

Im Zuge der Verfahrenspflege sollen zukünftig verschiedene Weiterentwicklungsansätze geprüft werden. Es ist wichtig, dass die aktuellen Leitlinienempfehlungen berücksichtigt werden, was bei den Indikatoren zur adäquaten Markierung bei nicht tastbaren Befunden bisher nicht der Fall ist. Zudem wurde das IQTIG am 6. Mai 2026 damit beauftragt, eine Vorprüfung zur Weiterentwicklung vorzunehmen. Dabei soll das zukünftige sektorenübergreifende Verfahren *Mammakarzinom* einschließlich des möglichen Therapieverlaufs von der Diagnosestellung bis zur Nachsorge beschrieben werden. Die qualitätsrelevanten Themen zur Versorgung von Patientinnen


© IQTIG 2026

und Patienten mit Mammakarzinom werden auf Basis einer orientierenden Literatur- und Leitlinienrecherche identifiziert. Weiter ist zu prüfen, ob die Perspektive der Patientinnen und Patienten und ihre Einbeziehung in die Therapieauswahl künftig über eine Patientenbefragung erfasst werden können.

**Ambulant erworbene Pneumonie (*QS CAP*)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (*QS PCI*)**

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

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

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

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

Die Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2026 zeigen eine Kontinuität gegenüber dem Vorjahr: Zwar wurde in manchen Bereichen eine hohe Versorgungsqualität aufrechterhalten, in Bereichen mit Qualitätsdefiziten wurden aus Patientensicht jedoch nur in Ausnahmefällen deutliche Qualitätsverbesserungen erzielt. Gute Ergebnisse liegen für die Koordination der Versorgung innerhalb einer Einrichtung und die Interaktion des medizinischen Personals mit den Patientinnen und Patienten vor. Bei der Information von Patientinnen und Patienten fallen die Ergebnisse dagegen unterschiedlich aus. Die Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente erfolgt zuverlässig vor der elektiven Prozedur; deutliche Defizite gibt es dagegen bei der Information zu Neben- und Wechselwirkungen der nach einer PCI einzunehmenden Medikamente. Auch im Bereich der Indikationsstellung besteht Handlungsbedarf: Beispielsweise gab bei der elektiven PCI nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten an, Symptome gehabt zu haben, die die Indikationsstellung angemessen erscheinen ließen. Im Bereich der Ergebnisqualität sticht positiv hervor, dass nur ein kleiner Anteil an Patientinnen und Patienten angibt, Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle nach der Prozedur zu erleben.

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

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


© IQTIG 2026

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

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

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

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

**Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (*QS KCHK*)**

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

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

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

**Hüftgelenkversorgung (*QS HGV*)**

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

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

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

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

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

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

**Knieendoprothesenversorgung (*QS KEP*)**

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

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

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

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

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

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

**Perinatalmedizin (*QS PM*)**

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

Durch das Auswertungsmodul *PM-GEBH* sollen insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie unerwünschte Ereignisse in der mütterlichen und kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen


© IQTIG 2026

bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden. Im Auswertungsjahr 2026 konnte weiterhin eine rückläufige Geburtenzahl festgestellt werden (AJ 2025: 654.174; AJ 2026: 628.218).

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

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

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

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

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

**Dekubitusprophylaxe (*QS DEK*)**

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

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

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

**Transplantationsmedizin (*QS TX*)**

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

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

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

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

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

Im Auswertungsmodul *TX-MKU* lässt sich im Auswertungsjahr 2026 allerdings ein erhöhter Anteil von Sepsen und neurologischen Komplikationen bei Implantation eines linksventrikulären Herzunterstützungssystems (LVAD) beobachten. In den beiden Auswertungsmodulen zur Lebendspende *TX-LLS* und *TX-NLS* zeigen sich wie in den Vorjahren keine Sterbefälle. Im Bereich der Nierenlebendspende zeigen sich zudem weiterhin keine Fälle einer eingeschränkten Nierenfunktion. Im Auswertungsmodul *TX-LLS* hingegen wurde ein Fall mit einer eingeschränkten Leberfunktion innerhalb des ersten Jahres nach Lebendspende verzeichnet, nachdem in den Vorjahren keine entsprechenden Fälle auftraten. Die Albuminurie- und Komplikationsraten nach einer Nierenlebendspende waren wie im Vorjahr auf einem niedrigen Niveau. Ein positives Ergebnis zeigt sich im Bereich der Lebertransplantation auch im Stellungnahmeverfahren. In den letzten beiden Auswertungsjahren bestand keine Notwendigkeit für kollegiale Gespräche oder Begehungen. Dieses bemerkenswerte Ergebnis steht vermutlich auch mit den intensiv geführten Stellungnahmeverfahren und der dabei engen Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern im Zusammenhang.

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

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

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

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

In diesem Auswertungsmodul wurde im Rahmen der durchgeführten Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung für die meisten Indikatoren


© IQTIG 2026

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

In den Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* basieren die Indikatoren auf der fallbezogenen QS-Dokumentation. Beide Auswertungsmodule werden über dasselbe Erfassungsmodul dokumentiert, das eine sehr gute Vollzähligkeit in der Datengrundlage aufweist. Im Gegensatz zur Dialyse zeigt sich in den transplantationsbezogenen Auswertungsmodulen eine Zunahme der Fallzahlen. Die Bundesergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen weisen in beiden Auswertungsmodulen auf eine überwiegend gute medizinische Versorgungssituation hin. In *NET-NTX* ist für die Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 572017) und zum Überleben (IDs 572018, 572019 und 572029) weiterhin ein positiver Trend im Jahresverlauf zu verzeichnen. Für das Auswertungsmodul *NET-PNTX* ist besonders hervorzuheben, dass im Indikator zur Sterblichkeit (ID 572036) kein Fall verzeichnet wurde. Dieser positive Trend steht vermutlich auch mit dem intensiv geführten Stellungnahmeverfahren im Zusammenhang. Dabei gelang eine enge Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern, die in schnell eingeleiteten Qualitätsförderungsmaßnahmen wie kollegialen Gesprächen und Begehungen mit meistens anschließenden Zielvereinbarungen mündete. Trotz sehr guter Ergebnisse auf Bundesebene zeigen sich in beiden Auswertungsmodulen auf Leistungserbringerebene Standorte mit Verbesserungspotenzial, besonders aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln. D ie im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG und der Bundesfachkommissionen und der Austausch bei kollegialen Gesprächen und Begehungen zielen auf zügige Anpassungen in Strukturen und Prozessen, um nachhaltige Qualitätsverbesserungen bei Leistungserbringern mit auffälligen Ergebnissen anzustoßen.

**Cholezystektomie (*QS CHE*)**

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

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

Im Zuge der Verfahrenspflege sollen zukünftig verschiedene Weiterentwicklungsansätze geprüft werden. Zum einen könnten durch die Zusammenfassung mehrerer Messgrößen zu einem sogenannten Index aussagekräftigere Ergebnisse erzielt und der Aufwand im Stellungnahmeverfahren reduziert werden. Aktuell werden vor allem seltene, schwere Ereignisse erfasst. In Einrichtungen mit wenigen Fällen ist es dadurch mitunter schwer, echte Qualitätsprobleme zu erkennen. Zum anderen sollten nicht nur stationär durchgeführte Cholezystektomien in die Qualitätssicherung einbezogen werden, um weiterhin eine sichere Aussage über die Versorgungsqualität treffen zu können. Ein immer größerer Anteil viszeralchirurgischer Eingriffe, darunter auch die Cholezystektomie, wird zukünftig, wie bereits im internationalen Raum zu beobachten, auch im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt werden.

# Gefäßchirurgie



# Karotis-Revaskularisation

## Hintergrund

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-karotis*

Die beiden Halsschlagadern – die Karotiden – transportieren das Blut vom Herz zum Kopf und Gehirn und sind somit wichtig für die Versorgung des Gehirns mit Sauerstoff und Nährstoffen. Abhängig von Alter, Lebensstil oder Erkrankungen und vor allem bei einer bestehenden Arterienverkalkung (Arteriosklerose) kann eine einseitige oder beidseitige Verengung der Halsschlagader (Karotisstenose) auftreten. Eine solche Verengung geht mit einem erhöhten Risiko für Durchblutungsstörungen (Ischämie) im Gehirn einher. So sind pro Jahr schätzungsweise 30.000 Schlaganfälle in Deutschland auf eine Verengung oder einen Verschluss der Halsschlagadern zurückzuführen. Bei rund einer Million Menschen in Deutschland ist eine der beiden Halsschlagadern deutlich – um mindestens 50 % – verengt. Durch die Verengung des Gefäßes und der damit einhergehenden Ischämie im Gehirn können unterschiedliche Symptome, beispielsweise Sehverlust oder Bewusstseinsverlust bzw. Lähmungen von Extremitäten oder gar ganzer Körperseiten, auftreten. In der klinischen Praxis werden asymptomatische und symptomatische Karotisstenosen unterschieden. Bei einer asymptomatischen Karotisstenose traten innerhalb der letzten 6 Monate keine Symptome neu auf. Als symptomatische Karotisstenose wird eine Stenose der Karotis bezeichnet, die innerhalb der letzten 6 Monate zu den oben genannten Symptomen geführt hat. Zur Wiederherstellung der Durchblutung (Revaskularisation) können zwei Arten der Behandlung angewendet werden: offen-chirurgisch oder kathetergestützt. Bei der offen-chirurgischen Behandlung wird das Gefäß in einem operativen Verfahren durch einen Schnitt geöffnet und die Verkalkungen ausgeschält. Bei der kathetergestützten Behandlung wird über die Leistenschlagader ein Katheter eingeführt, die verengte Stelle mit einem Ballon geweitet und eine Gefäßstütze aus feinem Draht (Stent) eingesetzt. Die Auswahl der geeigneten Behandlung (offen-chirurgisch oder kathetergestützt) sollte in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten sowie mit allen behandelnden Fachdisziplinen erfolgen.

Im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* (*QS KAROTIS*) werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Behandlungen zur Verbesserung des Blutflusses in der Halsschlagader erfasst. Die Ziele des QS-Verfahrens liegen gemäß DeQS-RL darin, die Indikationsstellung und die Prozessqualität zu verbessern sowie die Komplikationsrate während und nach dem Eingriff zu verringern.

### Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Versorgungsqualität im Verfahren *QS KAROTIS* wird im Auswertungsjahr 2026 mithilfe von 6 Qualitätsindikatoren und 14 Transparenzkennzahlen gemessen und bewertet. Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich auf Basis der QS-Dokumentation.
2 Qualitätsindikatoren prüfen, ob die Indikationsstellung zur Behandlung der Karotisstenose angemessen gestellt wurde (IDs 162400 und 162401). Das Auftreten von Schlaganfällen oder Todesfällen während und nach der Behandlung wird mit zwei weiteren Qualitätsindikatoren, die die Ergebnisqualität messen, erfasst (IDs 11704 und 51873). Mittels Transparenzkennzahlen wird das Auftreten von Schlaganfällen oder Todesfällen für bestimmte Subgruppen (IDs 162301, 605, 606, 51859, 162304, 51445, 51448 und 51860) sowie schwerer Schlaganfälle oder Todesfälle (IDs 11724 und 51865) berichtet. Eine weitere Transparenzkennzahl misst, wie häufig Schlaganfälle und Todesfälle nach einer akuten Schlaganfallbehandlung aufgetreten sind (ID 162302). Darüber hinaus misst ein Qualitätsindikator, wie häufig Schlaganfälle oder Todesfälle nach der Behandlung der Karotisstenose auftraten, wenn in derselben Operation eine Verengung bzw. ein Verschluss der Herzkranzgefäße behandelt wurde (ID 52240). Lokale Komplikationen wie z. B. Wundinfektionen oder Nachblutungen, welche nach Behandlung der Karotisstenose auftreten können und einen erneuten Eingriff bedingen, werden durch 2 Transparenzkennzahlen abgebildet (IDs 162300 und 162303). Mithilfe des Neuromonito-

**Wichtiges in Kürze**

- Einführung einer neuen statistischen Methodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit
- Bundesergebnisse im Vergleich zum Vorjahr verbessert – insbesondere die Ergebnisse der Indikatoren zur Indikationsstellung sowie des Indikators zur postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung
- gleichzeitig besteht für diese drei Indikatoren weiterhin Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Einbeziehung von Neurologinnen und Neurologen bei der Entscheidung zum Eingriff bzw. nach dem Eingriff
- Ausblick: Vereinfachung der QS-Dokumentation mit dem Ziel, die Datenqualität zu erhöhen

rings soll die Durchblutung des Gehirns während des offen-chirurgischen Eingriffs überprüft werden, um beispielsweise Schlaganfälle während des Eingriffs zu verhindern. Die Transparenzkennzahl 162402 bildet ab, wie häufig ein Neuromonitoring durchgeführt wurde. Damit auch Schlaganfälle mit leichten Symptomen nach der Karotis-Revaskularisation entdeckt und behandelt werden können, misst ein weiterer Qualitätsindikator die Prozessqualität. Der Indikator misst, wie häufig eine fachneurologische Untersuchung im Anschluss an die Operation der Karotisstenose durchgeführt wurde (ID 161800).

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Im Vergleich zum Vorjahr wurden insgesamt rund 600 Datensätze weniger übermittelt, was einem Rückgang von etwa 2 % entspricht. Zugleich haben 26 Leistungserbringer weniger Daten geliefert. Aus dem Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) geht hervor, dass einige Leistungserbringer die Durchführung entsprechender Eingriffe im Jahr 2025 eingestellt haben. Dies könnte die geringe Abnahme der Anzahl erwarteter und gelieferter Datensätze im Erfassungsjahr 2025 erklären.

**Datengrundlage *QS KAROTIS***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 34.562 | 33.988 | 34.114 | 99,63 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 572 | 555 | - | - |

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Im Verfahren *QS KAROTIS* ist im Auswertungsjahr 2026 insgesamt eine Verbesserung der Bundesergebnisse gegenüber dem Vorjahr festzustellen. In den beiden Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) sowie im Indikator zur postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) ist im Vergleich zum Vorjahr ein positiver Trend ersichtlich. Gleichzeitig besteht trotz dieses positiven Trends weiterhin Verbesserungspotenzial bei der Einbeziehung von Neurologinnen und Neurologen vor und nach der Karotis-Revaskularisation. Dies lässt sich auch aus den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens ableiten. Im Verfahren *QS KAROTIS* ist der Anteil qualitativer Auffälligkeiten in diesen drei Indikatoren im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 am höchsten gewesen.

Die Einbeziehung von Neurologinnen und Neurologen *vor* dem Eingriff ist ein Kriterium, welches in den Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) ausgewertet wird. Die Bundesergebnisse zeigen, dass bei 71,56 % der Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (ID 162400) eine leitliniengerechte Indikation gemäß der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose“ vorliegt. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Stenose trifft dies auf 91,20 % zu. Die beiden Qualitätsindikatoren wurden im Auswertungsjahr 2025 erstmals entsprechend den ausgewählten Kriterien in der o. g. Leitlinie ausgewertet. Der positive Trend der Ergebnisse ist daher sehr wahrscheinlich auf eine zunehmende Einhaltung der Leitlinienempfehlungen sowie der Qualitätsanforderungen der Indikatoren zurückzuführen. Vor dem Hintergrund eines hohen Anteils qualitativer Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren (asymptomatisch: 47,92 %; symptomatisch: 36,47 %) und damit einhergehender Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung ist davon auszugehen, dass sich der positive Trend im kommenden Jahr fortsetzen wird.

Die Einbeziehung von Neurologinnen und Neurologen *nach* dem Eingriff wird im Qualitätsindikator zur fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) ausgewertet. Das Bundesergebnis zeigt, dass bei 95,71 % der behandelten Patientinnen und Patienten eine fachneurologische Untersuchung nach der Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an durchgeführten postprozeduralen fachneurologischen Untersuchungen um ca. 3 Prozentpunkte gestiegen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass nach den ersten beiden Auswertungsjahren Leistungserbringer Vereinbarungen bzw. Kooperationen mit Neurologinnen und Neurologen geschlossen haben.


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS KAROTIS***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 162400 | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose | 63,16 %<br>O = 10.963<br>N = 17.357 | 71,56 %<br>O = 12.580<br>N = 17.580<br>(≥ 24,07 %; 5. Perzentil) | ● |
| 162401 | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose | 83,66 %<br>O = 9.118<br>N = 10.899 | 91,20 %<br>O = 9.581<br>N = 10.506<br>(≥ 76,80 %; 5. Perzentil) | ● |
| 52240 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypass-operation | 6,98 %<br>O = 6<br>N = 86 | 10,26 %<br>O = 8<br>N = 78<br>(Sentinel Event) | ● |
| 11704 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch | 1,00<br>O/E = 569 / 569,00<br>2,38 %<br>O/N = 569 / 23.916 | 0,98<br>O/E = 545 / 554,82<br>2,32 %<br>O/N = 545 / 23.531<br>(≤ 1,25; 95. Perzentil) | ● |
| 11724 | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch* | 1,00<br>O/E = 313 / 313,12<br>1,31 %<br>O/N = 313 / 23.916 | 0,96<br>O/E = 294 / 306,57<br>1,25 %<br>O/N = 294 / 23.531 | ● |
| Gruppe: | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch | | | |
| 162301 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotis-stenose – offen-chirurgisch* | 1,46 %<br>O = 206<br>N = 14.135 | 1,61 %<br>O = 229<br>N = 14.237 | ● |
| 605 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotis-stenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch* | 1,36 %<br>O = 170<br>N = 12.464 | 1,53 %<br>O = 193<br>N = 12.613 | ● |
| 606 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotis-stenose und kontralateraler Karotisstenose – offen-chirurgisch* | 2,15 %<br>O = 36<br>N = 1.671 | 2,22 %<br>O = 36<br>N = 1.624 | ● |
| 51859 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotis-stenose – offen-chirurgisch* | 3,10 %<br>O = 264<br>N = 8.504 | 2,77 %<br>O = 225<br>N = 8.137 | ● |
| 162300 | Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – offen-chirurgisch* | 4,73 %<br>O = 1.135<br>N = 24.002 | 4,54 %<br>O = 1.073<br>N = 23.609 | – |
| 51873 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt | 1,00<br>O/E = 233 / 233,00<br>3,49 %<br>O/N = 233 / 6.677 | 0,99<br>O/E = 229 / 231,38<br>3,46 %<br>O/N = 229 / 6.621<br>(≤ 1,47; 95. Perzentil) | ● |
| 51865 | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt* | 1,00<br>O/E = 156 / 156,01<br>2,34 %<br>O/N = 156 / 6.677 | 0,90<br>O/E = 140 / 155,15<br>2,11 %<br>O/N = 140 / 6.621 | ● |

* *Transparenzkennzahl*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS KAROTIS***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 162302 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung – kathetergestützt* | 20,56 %<br>O = 721<br>N = 3.506 | 21,08 %<br>O = 702<br>N = 3.330 | – |
| Gruppe: | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt | | | |
| 162304 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt* | 1,83 %<br>O = 59<br>N = 3.222 | 2,09 %<br>O = 70<br>N = 3.343 | ● |
| 51445 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – kathetergestützt* | 1,74 %<br>O = 46<br>N = 2.638 | 1,90 %<br>O = 53<br>N = 2.789 | ● |
| 51448 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – kathetergestützt* | 2,23 %<br>O = 13<br>N = 584 | 3,07 %<br>O = 17<br>N = 554 | ● |
| 51860 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt* | 3,05 %<br>O = 73<br>N = 2.395 | 3,17 %<br>O = 75<br>N = 2.369 | ● |
| 162303 | Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus – kathetergestützt* | 2,46 %<br>O = 164<br>N = 6.677 | 2,27 %<br>O = 150<br>N = 6.621 | – |
| 162402 | Periprozedurales Neuromonitoring* | 70,93 %<br>O = 11.691<br>N = 16.482 | 74,98 %<br>O = 12.125<br>N = 16.172 | – |
| 161800 | Postprozedurale fachneurologische Untersuchung | 92,15 %<br>O = 27.968<br>N = 30.349 | 95,71 %<br>O = 28.640<br>N = 29.924<br>(≥ 80,00 %) | ● |

* *Transparenzkennzahl*

Die beiden Indikatoren zu periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen zeigen weitgehend konstante Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr. So liegt die rohe Rate beim Indikator zu den offen-chirurgischen Eingriffen (ID 11704) bei 2,32 % und beim Indikator zu den kathetergestützten Eingriffen (ID 51873) bei 3,46 % und damit weitgehend im Bereich der Vorjahreswerte. Im Indikator zu den kathetergestützten Eingriffen (ID 51873) sowie den dazugehörigen Transparenzkennzahlen (IDs 51865, 162304, 51445, 51448 und 51860) sind die akuten kathetergestützten Schlaganfallbehandlungen bereits aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Zum Auswertungsjahr 2026 wurde diese Anpassung auch bei den Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401), beim Indikator zur postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) sowie bei der Transparenzkennzahl zu lokalen Komplikationen bei kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen (ID 162303) und den Auffälligkeitskriterien (IDs 850332 und 852200) vorgenommen. Hintergrund ist die im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeschluss getroffene Festlegung, dass die Qualitätsanforderungen für Karotiseingriffe auf diese Fälle nicht anzuwenden sind. Somit werden ab dem aktuellen Auswertungsjahr Patientinnen und Patienten, bei denen eine akute kathetergestützte Schlaganfallbehandlung durchgeführt wird, aus den Grundgesamtheiten aller Qualitätsindikatoren ausgeschlossen. Bei einer akuten kathetergestützten Schlaganfallbehandlung kann das Gerinnsel, welches eine Durchblutungsstörung oder andere Symptome verursacht hat, mithilfe eines kathetergestützten Eingriffs entfernt werden (Thrombektomie). Gleichzeitig gibt es weitere Behandlungen eines Schlaganfalls, die ebenfalls aus der Grundgesamtheit der Indikatoren ausgeschlossen werden. Diese Eingriffe finden innerhalb des Schädels statt (intrakraniell) und gehen mit einem höheren Risiko für Komplikationen einher als die offen-chirurgischen und kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen.


© IQTIG 2026

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS KAROTIS***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 162400 | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose | 48 / 538<br>8,92 % | 23 / 538<br>4,28 % | 27 / 522<br>5,17 % |
| 162401 | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose | 85 / 522<br>16,28 % | 31 / 522<br>5,94 % | 24 / 502<br>4,78 % |
| 52240 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation | 6 / 40<br>15,00 % | 1 / 40<br>2,50 % | 4 / 35<br>11,43 % |
| 11704 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – offen-chirurgisch | 33 / 501<br>6,59 % | 7 / 501<br>1,40 % | 24 / 486<br>4,94 % |
| 51873 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus – kathetergestützt | 48 / 359<br>13,37 % | 8 / 359<br>2,23 % | 18 / 354<br>5,08 % |
| 161800 | Postprozedurale fachneurologische Untersuchung | 68 / 567<br>11,99 % | 46 / 567<br>8,11 % | 21 / 545<br>3,85 % |

Eine wesentliche Änderung gegenüber dem Vorjahr betrifft die Einführung einer neuen statistischen Methodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit. Bei der Bewertung von Leistungserbringerergebnissen wird nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt, sodass nicht jede Abweichung vom Referenzbereich zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt. Das IQTIG sieht den Vorteil der neuen Methodik darin, dass insbesondere Leistungserbringer mit kleineren Fallzahlen nun seltener zufallsbedingt rechnerisch auffällig werden. Gleichzeitig hat ein Leistungserbringer, der im hohen Fallzahlbereich ein besonders niedriges Ergebnis erreicht, eine höhere Chance, rechnerisch auffällig zu werden. Das Expertengremium auf Bundesebene spricht sich dafür aus, dass Leistungserbringer mit geringer Fallzahl, deren Ergebnis zwar außerhalb des perzentilbasierten Referenzbereichs liegt und die jedoch nicht rechnerisch auffällig werden, weiterhin im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden sollten. Das Expertengremium nimmt an, dass bei diesen Leistungserbringern strukturelle Probleme vorliegen, die sich auf die Versorgungsqualität und insbesondere auf die Patientensicherheit auswirken. Perspektivisch können diese Ergebnisse besser mit einem festen Referenzbereich adressiert werden, was das Expertengremium grundsätzlich befürwortet.

**Im Fokus: Qualitätsindikator „Postprozedurale fachneurologische Untersuchung" (ID 161800)**

*Qualitätsziel*

Möglichst viele Patientinnen und Patienten erhalten nach einer Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung.

*Hintergrund*

Der Qualitätsindikator wurde zum Auswertungsjahr 2024 dahingehend angepasst, dass nun nach jeder Karotis-Revaskularisation eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgen soll. Somit können auch kleinere neurologische Defizite vor Entlassung erkannt und ggf. behandelt werden. Zudem wird angenommen, dass durch die Durchführung einer fachneurologischen Untersuchung mehr Schlaganfälle und Durchblutungsstörungen mit leichteren Symptomen erfasst und dokumentiert werden.

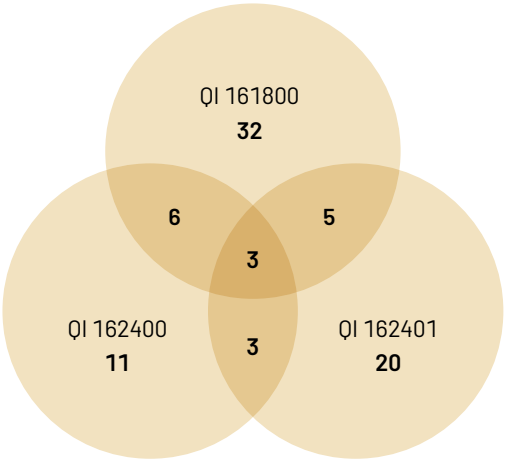
*Bewertung der Ergebnisse*

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators ist im Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr um 4 Prozentpunkte gestiegen (AJ 2024: 81,79 %; AJ 2025: 92,15 %; AJ 2026: 95,71 %), es zeigt sich somit eine deutliche Verbesserung der Bundesergebnisse im zeitlichen Verlauf. Gleichzeitig besteht in diesem Indikator weiterhin Verbesserungspotenzial.

Im Verfahren *QS KAROTIS* entfallen sowohl die meisten rechnerischen Auffälligkeiten als auch die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wiederholt auf den Indikator zur fachneurologischen Untersuchung. Bei 29 der 46 Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 kam es damit wiederholt zu einer qualitativen Auffälligkeit. Doch gleichzeitig wurden für weniger als die Hälfte der Leistungserbringer mit einer wiederholten qualitativen Auffälligkeit Maßnahmen der

Stufe 1 als erforderlich erachtet. Die Kommentare aus dem QSEB legen nahe, dass es Leistungserbringer gibt, die bereits Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet haben, welche sich jedoch noch nicht in der Ergebnisentwicklung zum Auswertungsjahr 2025 gezeigt haben. Das kann daran liegen, dass Maßnahmen im laufenden Kalenderjahr eingeführt wurden. Als Maßnahmen werden hierbei genannt, dass Kooperationen mit Neurologinnen und Neurologen vereinbart, Strukturen und Prozesse verbessert sowie SOP und Handlungsempfehlungen anpasst wurden.

Es ist anzunehmen, dass die Einbeziehung neurologischer Fachexpertise Leistungserbringer generell vor Herausforderungen stellt: Insgesamt haben 27 der 68 Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Indikator zur fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) sowohl in diesem Indikator als auch in einem der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Bei 14 der 46 Leistungserbringer mit qualitativ auffällig bewertetem Ergebnis im Indikator zur fachneurologischen Untersuchung liegt sowohl in diesem als auch in einem der Indikatoren zur Indikationsstellung ein als qualitativ auffällig bewertetes Ergebnis vor. Die Anzahl an Leistungserbringern mit einer qualitativen Auffälligkeit im Indikator 161800 und im Indikator 162400 sowie mit einer qualitativen Auffälligkeit im Indikator 161800 und im Indikator 162401 ist mit 6 bzw. 5 nahezu gleich. Es gibt 3 Leistungserbringerergebnisse, die im Indikator 161800 und sowohl im Indikator 162400 als auch im Indikator 162401 qualitativ auffällig bewertet wurden. Aus den Rückmeldungen des QSEB geht zum einen hervor, dass eher Maßnahmen zu den Indikationsindikatoren empfohlen wurden, wenn der Leistungserbringer bereits im Vorjahr oder im aktuellen Jahr im Indikator 161800 auffällig war und noch keine Maßnahmen zur Verbesserung umgesetzt hat. Zum anderen geht aus den Rückmeldungen des QSEB hervor, dass einige LAG explizit auf das erste Jahr der Auswertung der Indikationsindikatoren verwiesen haben und entweder die Ergebnisse nicht als qualitativ auffällig bewertet oder keine Maßnahmen empfohlen haben. Es ist anzunehmen, dass den Leistungserbringern an dieser Stelle Zeit eingeräumt wurde, um selbstständig Maßnahmen zur Verbesserung zu identifizieren und einzuführen.




*Qualitativ auffällige Ergebnisse des Indikators zur fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) sowie der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401)*

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im Verfahren *QS KAROTIS* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2024) 6 Qualitätsindikatoren geprüft, für die 2.527 Ergebnisse ermittelt wurden. Die Anzahl der Indikatorergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr um 597 gesunken. Diese Abnahme kann durch die Weiterentwicklung der Indikationsindikatoren zum Auswertungsjahr 2025 erklärt werden. Im Auswertungsjahr 2024 wurde die angemessene Indikationsstellung mit 4 Indikatoren, ab dem Auswertungsjahr 2025 mit 2 Indikatoren ausgewertet. Über alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse wird in den von den Landesarbeitsgemeinschaften übermittelten Qualitätssicherungsergebnisberichten informiert. Hinsichtlich der absoluten Anzahl an rechnerisch auffälligen Ergebnissen zeigt sich im Auswertungsjahr 2026 ebenfalls eine leichte Abnahme von 313 auf 288. Es wird angenommen, dass diese Abnahme proportional mit der Abnahme der Indikatorergebnisse einhergeht.

Nachdem der Anteil nicht durchgeführter Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr gestiegen war, ist dieser Anteil zum Auswertungsjahr 2025 wieder gesunken. Vor dem Hintergrund der Umstellung der Methodik zur Auffälligkeitseinstufung zum Auswertungsjahr 2026 wird angenommen, dass die Anzahl an Stellungnahmeverfahren, die nicht durchgeführt werden, zukünftig abnimmt.

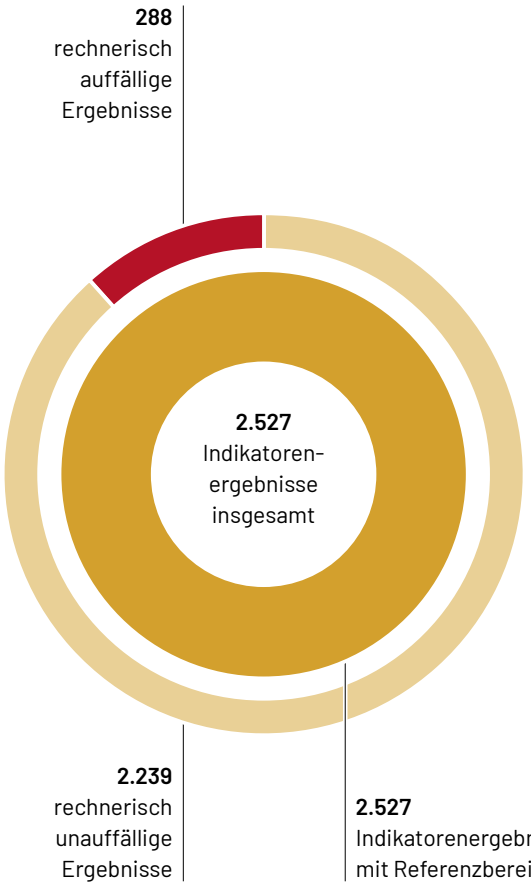

© IQTIG 2026

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden von 275 schriftlichen Stellungnahmen 116 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse einem Anteil von 40,28 % entspricht. Dieser Anteil qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr um ca. 6 % gestiegen. Der Anstieg an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen kann auf die Indikatoren zur Indikationsstellung zurückgeführt werden. Diese wurden zum Auswertungsjahr 2025 überarbeitet. In diesen Indikatoren wurden 47,92 % bzw. 36,47 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. In den Vorjahren wurden die Indikatorenergebnisse (IDs 603, 51437, 604 und 51443) nie bzw. selten als qualitativ auffällig bewertet.

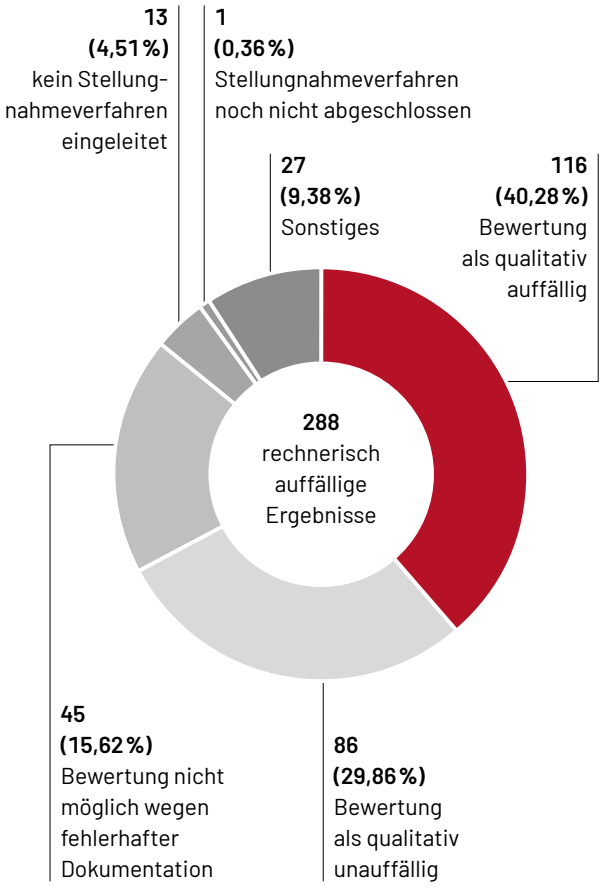
Sowohl die meisten rechnerischen Auffälligkeiten als auch die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse entfallen im Auswertungsjahr 2025 wiederholt auf den Indikator 161800 zur fachneurologischen Untersuchung. Gleichzeitig hat sich das Bundesergebnis für den seit dem Auswertungsjahr 2024 angepassten Indikator 161800 im Verlauf über die letzten 3 Jahre verbessert (AJ 2024: 81,79 %; AJ 2025: 92,15 %; AJ 2026: 95,71 %). Da der Indikator zum Auswertungsjahr 2024 angepasst wurde, ist davon auszugehen, dass noch nicht alle Leistungserbringer Maßnahmen zur Verbesserung umgesetzt haben. Seit dem Auswertungsjahr 2024 erhalten Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in diesem Indikator, wenn sie bei weniger als 80 % der Patientinnen und Patienten mit Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung durchgeführt haben. Zu diesem Indikator wurden auch die meisten Maßnahmen der Stufe 1 empfohlen (11 von 38). Dies waren Zielvereinbarungen zur Umsetzung von SOP, Behandlungspfaden und Handlungsempfehlungen zur fachneurologischen Untersuchung im stationären Setting sowie die Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden im Verfahren *QS KAROTIS* 17 Maßnahmen der Stufe 1 mehr im Vergleich zum Vorjahr empfohlen. Der Anstieg der Maßnahmen der Stufe 1 kann auf die Indikatoren zur fachneurologischen Untersuchung sowie zur Indikationsstellung zurückgeführt werden. Diese drei Indikatoren wurden zum Auswertungsjahr 2023 bzw. 2024 dahingehend überarbeitet, das sowohl bei der Indikation als auch bei der postprozeduralen Versorgung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (vor allem mit einer Neurologin oder einem Neurologen) gefordert wird.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *QS KAROTIS***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *QS KAROTIS***



## Ausblick

Die Ergebnisse der Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 162400 und 162401) sowie des Indikators zur postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung (ID 161800) zeigen, dass die Neurologinnen und Neurologen noch nicht von allen Leistungserbringern bei der Entscheidung zum Eingriff bzw. nach dem Eingriff einbezogen wurden. Hier wird ein hohes Verbesserungspotenzial gesehen. Gleichzeitig kann anhand der gestiegenen Bundesergebnisse dieser drei Indikatoren im Auswertungsjahr 2026 festgestellt werden, dass im Vergleich zum Vorjahr mehr Leistungserbringer die Leitlinienempfehlungen umgesetzt haben. Außerdem kann anhand der Ergebnisse gezeigt werden, dass es einige Leistungserbringer gibt, die Karotis-Revaskularisationen durchführen, die sowohl im Vorfeld als auch nach dem Eingriff keinen Neurologen bzw. keine Neurologin einbeziehen. Entsprechende Herausforderungen in der interdisziplinären Abstimmung scheinen besonders für Leistungserbringer mit geringerer Fallzahl zuzutreffen. Das Expertengremium auf Bundesebene spricht sich dafür aus, dass Leistungserbringer mit geringerer Fallzahl, deren Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt, weiterhin im Stellungnahmeverfahren beraten werden sollten. Es betont, dass es wichtig sei, dass jeder Leistungserbringer, welcher Karotis-Revaskularisationen durchführt, über eine ausreichende Erfahrung verfügt sowie die notwendigen Prozesse und Strukturen vorhalten sollte. Um diesem Sachverhalt perspektivisch zu begegnen, plant das IQTIG, zu den Indikationsindikatoren einen festen Referenzbereich zum Erfassungsjahr 2028 zu empfehlen.

Im Rahmen der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeauftragung wurde von den LAG zurückgemeldet, dass es zu Missverständnissen hinsichtlich der Angaben der behandelten Stenose kam, da sowohl die behandelte als auch die kontralaterale Stenose ausführlich dokumentiert werden müssen. Das IQTIG plant, die QS-Dokumentation dahingehend anzupassen, dass nur noch die Angaben zur behandelten Stenose ausführlich dokumentiert werden müssen. Dadurch soll die QS-Dokumentation vereinfacht und die Datenqualität erhöht werden. Die Anpassung der QS-Dokumentation wird mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten und voraussichtlich zum Erfassungsjahr 2028 empfohlen.

Derzeit werden im Verfahren *QS KAROTIS* nur Schlaganfälle und Todesfälle betrachtet, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Das IQTIG hält an seiner Empfehlung fest, sozialdatenbasierte Indikatoren einzuführen, die Schlaganfälle und Todesfälle bis zu 30 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus betrachten. Dies wird auch seitens des Expertengremiums unterstützt. Diese Weiterentwicklung ist im Sinne der Patientensicherheit empfehlenswert und kann einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten, da die Krankenhäuser Informationen zu Komplikationen nach Entlassung erhalten, wobei kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht.


© IQTIG 2026

# Gynäkologie



# Gynäkologische Operationen

## Hintergrund

Gynäkologische Operationen umfassen prinzipiell alle Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen. Das im Folgenden dargestellte QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen* (*QS GYN-OP*) betrachtet die im stationären Bereich durchgeführten Operationen bei allen Patientinnen ab einem Alter von 11 Jahren und fokussiert hierbei Operationen am Eierstock (Ovar) bzw. den Eileitern (Tuba uterina). In der klinischen Praxis wird der Begriff Adnexe verwendet, wenn sowohl der Eileiter als auch der Eierstock gemeint sind.

Eine gute Versorgungsqualität bei den in diesem QS-Verfahren betrachteten Operationen hat für die behandelten Patientinnen eine hohe Relevanz, da diese Operationen – insbesondere die Entfernung des Ovars oder der Adnexe – die Fruchtbarkeit (Fertilität) sowie den Zeitpunkt des Eintritts in die Menopause beeinflussen können. Daher ist eine sorgfältige Abklärung, ob eine Operation notwendig ist (Indikationsstellung), in jedem Fall erforderlich. Es gilt, zwischen Nutzen und Risiken einer Operation abzuwägen und die Möglichkeiten konservativer, d. h. nicht operativer Behandlungsmethoden zu prüfen.

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-gyn-op*

**Wichtiges in Kürze**

- Anzahl der Datensätze gestiegen nach Einführung der Hybrid-DRG
- Großteil der Bundesergebnisse im Vergleich zum Vorjahr unverändert
- Verbesserung des Ergebnisses beim Qualitätsindikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung" nach Anpassung des Referenzbereichs zum Sentinel Event bei einem hohen Anteil an Dokumentationsfehlern
- kritisch: keine Betrachtung der vertragsärztlich abgerechneten Eingriffe im ambulanten Sektor
- Ausblick: Einführung einer Patientenbefragung zur Indikationsstellung der Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) bei benignen Erkrankungen zum Erfassungsjahr 2027
- Ausblick: sektorenübergreifende Weiterentwicklung des QS-Verfahrens sowie Neuentwicklung eines QS-Verfahrens *Benigne gynäkologische Erkrankungen* in Beratung

Ziel des QS-Verfahrens ist es, die Indikationsstellung und die Prozessqualität zu verbessern und die Komplikationsrate während und nach den Eingriffen zu verringern.

**Qualitätsindikatoren**

Der Schwerpunkt aller 7 Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS GYN-OP* liegt auf der Qualitätsdimension „Patientensicherheit". Die Indikatoren der Gruppe „Entfernung des Ovars oder der Adnexe" (IDs 10211, 60685 und 60686) und der Indikator „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre" (ID 612) bilden darüber hinaus die Qualitätsdimension „Angemessenheit" ab.

Besonders bei Patientinnen, für die kein pathologischer Befund vorliegt, ist zu prüfen, ob eine Entfernung der Adnexe oder des Ovars bei einer Operation notwendig ist. Adressiert wird dieser Aspekt mit der Indikatorengruppe „Entfernung des Ovars oder der Adnexe". Wird eine Operation an den Eierstöcken durchgeführt, sollte – vor allem bei gutartigen Befunden – möglichst organerhaltend operiert werden, da es in Studien Hinweise darauf gibt, dass die vollständige Entfernung eines Ovars unter anderem mit einem vorzeitigen Verlust der Fertilität einhergehen kann. Abgebildet wird dieser Aspekt mit dem Indikator „Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre".

Ein weiteres Ziel der Versorgung ist, das Auftreten von Komplikationen im Zusammenhang mit gynäkologischen Operationen möglichst gering zu halten. Der Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation" (ID 51906) erfasst die Komplikationen, die während einer laparoskopischen Operation auftreten. Im Fokus liegen hier vor allem Verletzungen der umliegenden Organe (Blase, Harnleiter, Darm etc.) sowie der Gefäße und Nerven. Diese schwerwiegenden Komplikationen können zu einer erheblichen Morbidität und unter Umständen auch zum Tod der Patientin führen. Da die Wahrscheinlichkeit für Organverletzungen auch von patientenseitigen Risikofaktoren wie Voroperationen und Verwachsungen im Bauchraum abhängt, ist dieser Qualitätsindikator risikoadjustiert.

Mit dem Indikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung" (ID 12874) wird geprüft, wie häufig Gewebe, dass bei einer Operation an den Eierstöcken entnommen wurde, nicht feingeweblich (histologisch) untersucht wurde. Diese Untersuchung sichert die Diagnose und bildet einen

wichtigen Qualitätsaspekt ab, da vom frühzeitigen Erkennen bösartiger Neubildungen und entsprechend rechtzeitiger Therapie das Überleben der Patientinnen abhängen kann.

Im Anschluss an eine gynäkologische Operation kann das Anlegen eines Dauerkatheters durch die Harnröhre (transurethraler Dauerkatheter) erforderlich sein. Wegen der Gefahr einer Harnwegsinfektion sollte stets sorgfältig geprüft werden, ob das Anlegen des Dauerkatheters wirklich notwendig ist (Indikationsstellung). Seine Liegedauer soll auf ein Minimum beschränkt werden. Dieser Qualitätsaspekt wird mit dem Indikator „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden" (ID 52283) abgebildet.

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Die Einführung der sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) für bestimmte gynäkologische Operationen hat zu einer Zunahme der übermittelten Datensätze geführt. Hybrid-DRG werden unabhängig davon vergütet, ob ein Eingriff ambulant oder stationär erfolgt. Seit Mai 2024 werden auch ambulant durchgeführte Operationen in stationären Einrichtungen in der Qualitätssicherung erfasst. Der Trend aus dem Vorjahr setzt sich fort, sodass im aktuellen Auswertungsjahr ca. 4.000 Datensätze mehr als im Vorjahr übermittelt wurden. Im Vergleich zum letzten vollständigen Erfassungsjahr vor Einführung der Hybrid-DRG ist ein Anstieg um ca. 10 % zu verzeichnen (ca. 19.000 Datensätze).

**Datengrundlage *QS GYN-OP***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 196.198 | 200.302 | 199.907 | 100,20 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 958 | 924 | - | - |

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS GYN-OP* zeigen eine stabile Versorgungslage. Die Bundesergebnisse und auch der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen innerhalb der letzten Jahre insgesamt auf einem gleichbleibenden Niveau. Entsprechend dem Anstieg der Datensätze mit Einführung der Hybrid-DRG steigt auch die Grundgesamtheit in der Mehrzahl der Indikatoren an. Relevante Anpassungen an der Spezifikation wurden für das Auswertungsjahr 2026 nicht vorgenommen.

Der risikoadjustierte Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation" (ID 51906) misst die Komplikationsrate nach laparoskopischer Operation. Möglichst wenige Patientinnen sollten bei laparoskopischen Operationen Organverletzungen erleiden. Die rohe Rate des Bundesergebnisses liegt bei 0,99 % und ist damit im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt bei 4,96 %. Dies ist eine deutliche Steigerung im Vergleich zum Vorjahr und liegt an der Anpassung des Referenzbereiches durch die Umstellung auf einen perzentilbasierten Referenzwert. Er liegt für das Auswertungsjahr 2026 beim 95. Perzentil, das führt zu einem Referenzwert von 1,64. Der Referenzwert lag im Vorjahr bei 4,18, war damit mehr als doppelt so hoch.

Der Indikator „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung" (ID 12874) misst, wie häufig nach einem Ovareingriff, bei dem Gewebe entnommen wurde, auf eine histologische Untersuchung verzichtet wurde. Nach einem isolierten Ovareingriff mit Gewebeentfernung soll in jedem Fall ein histologischer Befund erhoben werden. Das Bundesergebnis liegt bei 0,69 % und damit erneut unter dem Ergebnis des Vorjahres. Für das vorherige Auswertungsjahr wurde der Referenzbereich angepasst. Es handelt sich nun um einen Sentinel-Event-Indikator. Ob diese Umstellung das Bundesergebnis weiter verbessern wird, ist in den Folgejahren zu beobachten. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden 197 rechnerisch auffällige Ergebnisse betrachtet, davon wurden 93 als qualitativ unauffällig bewertet. Das Expertengremium auf Bundesebene sieht keinen Grund, auf eine histologische Untersuchung zu verzichten, sodass jede rechnerische Auffälligkeit – von Dokumentationsfehlern abgesehen – auch eine qualitative Auffälligkeit sein müsste.


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *QS GYN-OP***

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 51906 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation | 1,04<br>O/E = 1.464 / 1.413,86<br>0,99 %<br>O/N = 1.464 / 147.396 | 1,02<br>O/E = 1.511 / 1.481,71<br>0,99 %<br>O/N = 1.511 / 153.280<br>(≤ 1,64; 95. Perzentil) | ● |
| 12874 | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung | 0,88 %<br>O = 363<br>N = 41.335 | 0,69 %<br>O = 286<br>N = 41.718<br>(Sentinel Event) | ● |
| Gruppe: | Entfernung des Ovars oder der Adnexe | | | |
| 10211 | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund | 6,99 %<br>O = 1.352<br>N = 19.351 | 6,83 %<br>O = 1.306<br>N = 19.134<br>(≤ 10,00 %) | ● |
| 60685 | Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie | 0,77 %<br>O = 330<br>N = 42.986 | 0,84 %<br>O = 366<br>N = 43.709<br>(Sentinel Event) | ● |
| 60686 | Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie | 18,44 %<br>O = 1.954<br>N = 10.596 | 17,83 %<br>O = 1.908<br>N = 10.701<br>(≤ 26,88 %; 95. Perzentil) | ● |
| 612 | Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre | 89,36 %<br>O = 33.618<br>N = 37.621 | 89,34 %<br>O = 34.201<br>N = 38.282<br>(≥ 79,88 %; 5. Perzentil) | ● |
| 52283 | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden | 3,01 %<br>O = 3.393<br>N = 112.856 | 2,65 %<br>O = 3.038<br>N = 114.427<br>(≤ 4,47 %; 90. Perzentil) | ● |

Die Indikationsstellung für eine operative Entfernung des Ovars oder der Adnexe wird von den 3 Indikatoren 10211, 60685 und 60686 betrachtet. Dieser Eingriff sollte bei möglichst wenigen Patientinnen erfolgen. Im Auswertungsjahr 2025 wurde eine vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei 6,83 % der Patientinnen festgestellt. Der Referenzbereich wurde für das vorige Auswertungsjahr von 20,00 % auf 10,00 % gesenkt.

Der Sentinel-Event-Indikator „Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“ (ID 60685) betrachtet Frauen bis 45 Jahre, da davon ausgegangen werden kann, dass sich der Großteil der Patientinnen in diesem Alter noch in der prämenopausalen Phase befindet. Eine beidseitige Ovariektomie führt zum sofortigen Verlust der Fertilität und zum Einsetzen der Menopause. Gleichzeitig können medizinische Gründe für eine beidseitige Ovariektomie auch in prämenopausalem Alter vorliegen. Die Entscheidung zum Eingriff sollte daher nach sorgfältiger Abwägung aller Alternativen ausschließlich durch Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und unter Beteiligung der Patientinnen getroffen werden. Vor allem eine ausführliche Aufklärung mit entsprechender Dokumentation ist unbedingt erforderlich. Das Bundesergebnis liegt bei 0,84 %. Damit bleibt ein gleichbleibendes Niveau über die letzten Auswertungsjahre hinweg bestehen.

Der bundesweite Anteil an Patientinnen im Alter zwischen 46 und 55 Jahren mit Operationen am Ovar oder an den Adnexen und histologischem Normalbefund oder benigner Histologie, bei denen eine beidseitige Ovariektomie durchgeführt wurde, ist im Vergleich zum Vorjahr bei gestiegener Grundgesamtheit auf einem ähnlichen Niveau. Über die letzten drei Jahre sieht man einen leichten Abwärtstrend (19,5 % im AJ 2024 auf 17,6 % im AJ 2026). Ein möglicher Grund kann das Stellungnahmeverfahren sein. Hier weisen die LAG immer wieder darauf hin, die Entscheidung sorgfältig abzuwägen und die Patientinnen entsprechend einzubeziehen.

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS GYN-OP***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 51906 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation | 3 / 926<br>0,32 % | 0 / 926<br>0,00 % | 44 / 887<br>4,96 % |
| 12874 | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung | 197 / 791<br>24,91 % | 15 / 791<br>1,90 % | 185 / 768<br>24,09 % |
| 10211 | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund | 65 / 717<br>9,07 % | 11 / 717<br>1,53 % | 57 / 692<br>8,24 % |
| 60685 | Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie | 231 / 815<br>28,34 % | 11 / 815<br>1,35 % | 233 / 816<br>28,55 % |
| 60686 | Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie | 36 / 722<br>4,99 % | 10 / 722<br>1,39 % | 36 / 704<br>5,11 % |
| 612 | Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre | 41 / 811<br>5,06 % | 7 / 811<br>0,86 % | 41 / 804<br>5,10 % |
| 52283 | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden | 95 / 948<br>10,02 % | 12 / 948<br>1,27 % | 91 / 906<br>10,04 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

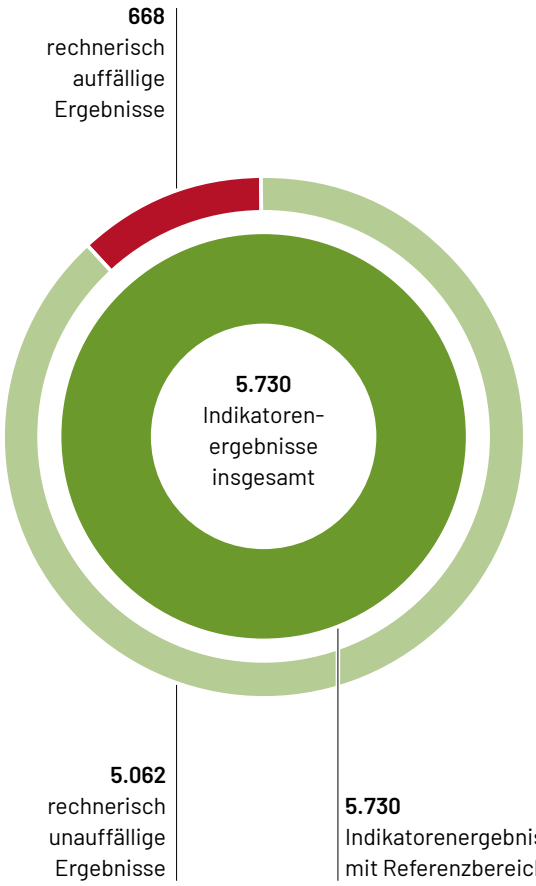
Im Verfahren *QS GYN-OP* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 7 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 5.730 Ergebnisse ermittelt wurden. Die Anzahl der Indikatorergebnisse und der rechnerisch auffälligen Ergebnisse hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich geändert. Die geänderte Berechnung der Auffälligkeit zum Auswertungsjahr 2025 führte in einigen Qualitätsindikatoren zu einer deutlichen Reduzierung der Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Angepasste Referenzbereiche in 2 Qualitätsindikatoren haben dagegen zu einer Steigerung der rechnerischen Auffälligkeiten geführt.

In knapp 6 % der Fälle wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Damit hat sich die Rate im Vergleich zum Vorjahr wieder verringert, wird aber vom IQTIG weiter als zu hoch angesehen. Als Begründungen wurden z. B. eine geringe Abweichung vom Referenzwert, eine geringe Fallzahl oder eine besondere klinische Situation genannt. Neben den schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurde mit einem Leistungserbringer ein Gespräch geführt. Es folgte eine Bewertung als qualitativ auffällig. Wie im Vorjahr liegt der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen) bei circa 10 %. Die Umstellung der Auswertungsmethodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit hat noch keine wesentlichen Änderungen bewirkt. Allerdings weisen die Auffälligkeitskriterien im Verfahren *QS GYN-OP* eine deutlich höhere Rate an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen auf als die Qualitätsindikatoren und weisen also auf Mängel in der Dokumentationsqualität hin. Hier vermisst das Expertengremium auf Bundeseben Konsequenzen für die Leistungserbringer. Im Anschluss an die Stellungnahmeverfahren wurden bei 31 Leistungserbringern insgesamt 38 Maßnahmen der Stufe 1 angestoßen. So wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen, die Teilnahme an Fortbildungen angeregt und die Implementierung von Behandlungspfaden empfohlen.

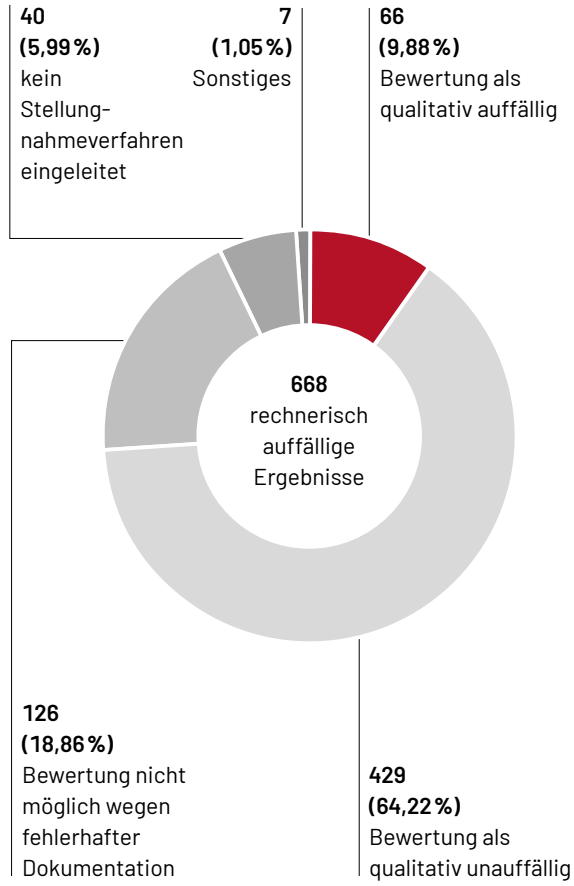
Die Anzahl der Leistungserbringer mit mehr als einem rechnerisch bzw. qualitativ auffälligen Ergebnis entspricht ungefähr dem Vorjahr. So gab es im Auswertungsjahr 2024 32 Leistungserbringer mit mehr als 3 rechnerischen Auffälligkeiten und 4 mit mehr als 3 qualitativen Auffälligkeiten. Ähnlich sieht es für das Auswertungsjahr 2025 aus (33 Leistungserbringer mit mehr als 3 rechnerischen Auffälligkeiten und 3 mit mehr als 3 qualitativen Auffälligkeiten). Das bestätigt die Aussage, dass die Versorgungslage im Verfahren gut ist.


© IQTIG 2026

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *QS GYN-OP***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *QS GYN-OP***




## Ausblick

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS GYN-OP* zeigen ein stabiles und gutes Niveau der medizinischen Versorgung bei gynäkologischen Operationen im Bereich der Ovarien und der Adnexe. Jedoch ist kritisch zu sehen, dass die im ambulanten Sektor vorgenommenen Eingriffe, die einen immer größeren Anteil bilden, nicht in der Qualitätssicherung betrachtet werden. Diese Patientengruppe sollte in Zukunft berücksichtigt werden. Ausnahme sind hier nur ambulant durchgeführte Operationen, die in stationären Einrichtungen durchgeführt werden und über Hybrid-DRG abgerechnet werden.

Das IQTIG hat ferner eine Patientenbefragung zur Indikationsstellung der Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) bei benignen Erkrankungen entwickelt, die auf die Prozesse der Indikationsstellung bei stationär durchgeführten Hysterektomien fokussiert. Ziel ist es, die Informationen und Entscheidungskompetenz von Patientinnen sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung und somit auch die Indikationsstellung im Zusammenhang mit Hysterektomien bei benignen Erkrankungen zu verbessern.

Der GBA hat die Einführung der Patientenbefragung beschlossen, sie erfolgt zum Erfassungsjahr 2027.

Dadurch werden die seit dem Auswertungsjahr 2014 ausgesetzten Hysterektomien wieder Bestandteil des QS-Verfahrens. Das IQTIG möchte das Verfahren *QS GYN-OP* gezielt fördern und hat daher ein Impulspapier für die sektorenübergreifende Weiterentwicklung des QS-Verfahrens sowie die Neuentwicklung eines QS-Verfahrens *Benigne gynäkologische Erkrankungen* erarbeitet. Das Dokument wurde dem GBA im Juni 2026 übermittelt. Das IQTIG zeigt darin Optionen zur Neu- und Weiterentwicklung des Themenbereichs „gynäkologische Erkrankungen" auf. In einem ersten Schritt wird die sektorenübergreifende Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Gynäkologische Operationen* vorgeschlagen. Dabei können Qualitätsindikatoren zur Hysterektomie neu entwickelt werden und die Patientenbefragung auch auf die Ovarien und Adnexe ausgeweitet werden. In einem zweiten Schritt könnte der Fokus auf der Diagnostik und den konservativen Therapieverfahren bei benignen gynäkologischen Erkrankungen liegen.

© IQTIG 2026

# Mammachirurgie

## Hintergrund

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-mc*

Das QS-Verfahren *Mammachirurgie* (*QS MC*) bewertet die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs – sowohl der Diagnostik als auch der operativen Behandlung. Mit jährlich rund 74.500 Neuerkrankungen ist Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Frauen; zusätzlich wird bei mehr als 6.000 Frauen pro Jahr ein in-situ-Tumor diagnostiziert. Etwa ein Prozent aller Neuerkrankungen betrifft Männer (Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten). Früherkennung, präzise Diagnostik und eine stadiengerechte Therapie sind entscheidend, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und die krankheitsbedingte Sterblichkeit zu senken.

Die Behandlungsplanung sollte dabei umfassend, interdisziplinär und sorgfältig erfolgen. Bei der Auswahl der Therapie sollen die individuelle Situation, das Therapieziel und eine fundierte Nutzen-Risiko-Abwägung sowie die persönlichen Präferenzen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der beteiligten Fachdisziplinen sowie eine informierte, gemeinsame Entscheidungsfindung von behandelndem Ärzteteam und Patientinnen und Patienten. Die aktive Einbeziehung Letzterer ist dabei ein zentraler Aspekt.

### Wichtiges in Kürze

- Anzahl der Datensätze gestiegen, Rückgang der Zahl der Leistungserbringer aufgrund stärkerer Zentralisierung
- Großteil der Bundesergebnisse im Vergleich zum Vorjahr unverändert
- Verbesserung des Bundesergebnisses des Qualitätsindikators „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS“; erstmalige Durchführung des Stellungnahmeverfahrens; 2,03 % der Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet
- kritisch: keine zeitnahe Anpassung auf die aktuelle Leitlinienempfehlung bei den Indikatoren zur adäquaten Markierung bei nicht tastbaren Befunden
- Ausblick: Vorprüfung einer Weiterentwicklung zu einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren *Mammakarzinom*

Das Verfahren *QS MC* orientiert sich an den Empfehlungen der interdisziplinären S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, die fortlaufend aktualisiert wird. Erfasst werden alle stationär durchgeführten offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die aufgrund von gut- oder bösartigen Tumoren, Präkanzerosen oder eines Tumorverdachts innerhalb eines Jahres durchgeführt werden.

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Die 13 Qualitätsindikatoren und die Transparenzkennzahl des Verfahrens *QS MC* bilden sowohl Kriterien für die Behandlungsindikation als auch die Abläufe und Ergebnisse der Therapie ab.

Mit dem Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846) wird erhoben, wie häufig vor Therapiebeginn bei einem invasiven Mammakarzinom oder einer Vorstufe (Ductales Carcinoma in situ; DCIS) eine Gewebeprobe untersucht wird. Erst dieser Befund ermöglicht es, im Falle eines bösartigen Tumors eine stadien- und leitliniengerechte interdisziplinäre Behandlung zu planen. Da es keinen medizinischen Grund für einen Verzicht gibt und der Nutzen – insbesondere bei der Wahl einer neoadjuvanten Therapie vor dem operativen Eingriff – nachgewiesen ist, sollte diese Sicherung bei abklärungsbedürftigen Befunden stets erfolgen. 2 weitere Indikatoren (IDs 52267 und 52278) bestimmen zudem die angemessene Rate an HER2-positiven Befunden. HER2 („human epidermal growth factor receptor 2“) bezeichnet einen Wachstumsfaktorrezeptor, der sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet. Da diese Zellen in der Regel gut auf spezifische medikamentöse Therapien ansprechen, haben Fehler bei der Bestimmung des HER2-Status unmittelbare Auswirkungen auf den weiteren Behandlungsweg.

Die Indikatoren der Gruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden“ (IDs 212000 und 212001) adressieren die präoperative Drahtmarkierung bei geplanten brusterhaltenden Operationen im Falle eines nicht tastbaren Befunds. Solche Befunde werden zunehmend durch die Früherkennung und das Mammografie-Screening detektiert, wobei die Patientengruppen danach unterschieden werden, ob Tumore mit oder ohne Mikrokalkablagerungen vorliegen. Ergänzend hierzu betrachten die Indikatoren zur intraoperativen Präparatradiografie oder -sonografie – also zur Kontrolle des entnommenen Gewebes mittels Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung – (IDs 52330 und 52279) das Vorgehen bei präoperativ


© IQTIG 2026

drahtmarkierten Befunden. Damit wird noch während der Operation sichergestellt, dass der Tumorherd vollständig entfernt wurde.

Bei Verdacht auf Lymphknotenmetastasen kann entweder eine feingewebliche Untersuchung einzelner Wächterlymphknoten (Sentinel-Lymphknoten-Biopsie) oder eine vollständige Lymphknotenentfernung in der Achselhöhle (Axilladissektion) erfolgen. Da beides mit einer erhöhten Morbidität einhergehen kann – etwa chronische Lymphödeme oder Schmerzen auftreten können oder die Beweglichkeit des Arms eingeschränkt sein kann –, ist die Indikation hierbei mit besonderer Sorgfalt zu stellen. Die Indikatoren zur Lymphknotenentnahme bei DCIS (einer Vorstufe zu Brustkrebs) und brusterhaltender Therapie (ID 50719) sowie zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ID 51847) geben Auskunft über die Häufigkeit dieser Eingriffe in verschiedenen Krankheitskonstellationen. Der bis zum Jahr 2024 ausgewertete Qualitätsindikator „Primäre Axilladissektion bei DCIS" (ID 2163) wird seit dem Auswertungsjahr 2025 als Transparenzkennzahl dargestellt und wird mit dem Erfassungsjahr 2026 (AJ 2027) wegen geringen Verbesserungspotenzials abgeschafft.

Der Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation" (ID 51370) prüft, ob der Zeitraum zwischen der Diagnosestellung und dem operativen Eingriff ausreichend lang ist. In weniger als 7 Tagen hätten die Betroffenen nicht genug Zeit, sich auf die neue Situation einzustellen, um sich beispielsweise bei Bedarf einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, Informationen zu Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und Kliniken oder eine onkologische Zweitmeinung einzuholen. Zudem sollte ihnen ausreichend Zeit eingeräumt werden, um die Situation im privaten Umfeld zu reflektieren. Schließlich erfasst der Ergebnisindikator „Nachresektionsrate" (ID 60659) die Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Erstoperation ein oder mehrere weitere Eingriffe erforderlich waren. Da eine vollständige Tumorentfernung die Grundvoraussetzung für ein niedriges Lokalrezidivrisiko ist, sollte dieser Zustand im Idealfall bereits nach dem ersten Eingriff erreicht werden, um zusätzliche operative Risiken und Belastungen zu minimieren.

Die Behandlung von Brusttumoren ist äußerst komplex. Die Qualitätsindikatoren der Gruppe „Interdisziplinäre Tumorkonferenz" (IDs 211800 und 212400) erfassen daher, wie häufig die Therapie unter Einbezug der erforderlichen Fachdisziplinen und spezialisierter Fachpflegekräfte in einer gemeinsamen Konferenz geplant wird. Da vor allem die prätherapeutische Diagnostik bei einem Mammakarzinom stetig an Bedeutung gewinnt, wurde zum Erfassungsjahr 2024 der neue Qualitätsindikator „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS" (ID 212400) etabliert. Dieser wird mit dem Auswertungsjahr 2026 erstmalig ausgewertet und stellt sicher, dass die Weichen für die Behandlung bereits vor dem ersten Eingriff interdisziplinär gestellt werden.

Da sich das Verfahren *QS MC* ausschließlich auf den stationären Sektor bezieht, werden Therapieformen, die in der Regel ambulant stattfinden, in diesem Rahmen nicht betrachtet. Hierzu zählen insbesondere die Strahlentherapie sowie medikamentöse Behandlungen wie Chemo-, Antihormon- und Immuntherapien oder andere zielgerichtete Verfahren.

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Bereits seit einigen Jahren ist im Verfahren *QS MC* ein Rückgang der Leistungserbringer, die QS-Dokumentationsdaten übermitteln, zu beobachten. Zugleich steigt die Anzahl der gelieferten Datensätze leicht an. Die Analyse der Datensätze zeigt über den gesamten Beobachtungszeitraum eine konstante Entwicklung. Diese ist primär auf die Brustkrebsfrüherkennung sowie die fortschreitende Zentralisierung in spezialisierten Kliniken, forciert durch die vom GBA festgelegte Mindestmenge von 100 chirurgischen Brustkrebsbehandlungen im Jahr, zurückzuführen.

**Datengrundlage *QS MC***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 104.605 | 108.872 | 108.648 | 100,21 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 624 | 573 | - | - |

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Bei einem Anstieg der Datensätze im Verfahren *QS MC* konnte das Qualitätsniveau der Versorgung nicht nur gehalten, sondern in entscheidenden Bereichen verbessert werden. In vielen Qualitätsindikatoren wurden mehr Fälle betrachtet, wobei die Bundesergebnisse konstant geblieben sind. Für 3 Indikatoren – „HER2-Positivitätsrate" (IDs 52267 und 52278) und „Nachresektionsrate" (ID 60659) –, die künftig entfallen oder überarbeitet werden, wurde das zweite Jahr in Folge kein Referenzbereich definiert. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten gab es in den Indikatoren „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation" (ID 51370), „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie" (ID 50719) und „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS" (ID 212400). Bei den Qualitätsindikatoren „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung" (ID 51846) und „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ID 51847) wurden Leistungserbringer dazu angehalten, ihre internen Leitlinien-Algorithmen in klinischen Audits zu überprüfen.

Eine leichte Verbesserung des Bundesergebnisses bei deutlich höheren Fallzahlen ist in dem Indikator zur adäquaten Markierung nicht tastbarer Herdbefunde (ID 212001) zu beobachten (AJ 2025: 88,67 %; AJ 2026: 89,77 %). Bei 21 von 426 Leistungserbringern lag das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs. Das macht einen Anteil von 4,93 % aus. Bei 11 Leistungserbringern konnte bereits im Vorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in diesem Indikator beobachtet werden. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden bezogen auf alle Leistungserbringer mit Fällen in diesem Indikator 2 Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Dagegen stehen 14 Ergebnisse, die als qualitativ unauffällig bewertet wurden. Diese hohe Anzahl ist auch auf methodische Mängel zurückzuführen. So sind bestimmte Markierungsverfahren in der Definition des Indikators nicht enthalten, obwohl sie laut den medizinischen Leitlinien zugelassen sind.

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS MC***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 51846 | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung | 98,65 %<br>O = 74.855<br>N = 75.876 | 98,69 %<br>O = 80.188<br>N = 81.255<br>(≥ 97,00 %) | ● |
| Gruppe: | HER2-Positivitätsrate | | | |
| 52267 | HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate | 1,00<br>O/E = 8.609 / 8.611,59<br>12,82 %<br>O/N = 8.609 / 67.169 | 0,94<br>O/E = 8.610 / 9.197,37<br>12,00 %<br>O/N = 8.610 / 71.726<br>(nicht definiert) | – |
| 52278 | HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate | 1,00<br>O/E = 8.609 / 8.611,59<br>12,82 %<br>O/N = 8.609 / 67.169 | 0,94<br>O/E = 8.610 / 9.197,37<br>12,00 %<br>O/N = 8.610 / 71.726<br>(nicht definiert) | – |
| Gruppe: | Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden | | | |
| 212000 | Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund | 96,20 %<br>O = 6.854<br>N = 7.125 | 96,69 %<br>O = 7.546<br>N = 7.804<br>(≥ 95,21 %; 5. Perzentil) | ● |
| 212001 | Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund | 88,67 %<br>O = 22.507<br>N = 25.384 | 89,77 %<br>O = 25.671<br>N = 28.597<br>(≥ 75,07 %; 5. Perzentil) | ● |


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS MC***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung | | | |
| 52330 | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung | 98,90 %<br>O = 17.292<br>N = 17.485 | 99,47 %<br>O = 18.988<br>N = 19.090<br>(≥ 95,00 %) | ● |
| 52279 | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung | 98,97 %<br>O = 32.967<br>N = 33.309 | 98,95 %<br>O = 36.118<br>N = 36.500<br>(≥ 95,00 %) | ● |
| 2163 | Primäre Axilladissektion bei DCIS* | 0,08 %<br>O = 6<br>N = 7.413 | 0,06 %<br>O = 5<br>N = 7.903" | ● |
| 50719 | Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie | 3,04 %<br>O = 176<br>N = 5.790 | 2,28 %<br>O = 142<br>N = 6.231<br>(≤ 5,00 %) | ● |
| 51847 | Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie | 97,33 %<br>O = 28.229<br>N = 29.003 | 97,33 %<br>O = 25.580<br>N = 26.281<br>(≥ 90,00 %) | ● |
| 51370 | Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation | 1,64 %<br>O = 799<br>N = 48.771 | 1,19 %<br>O = 600<br>N = 50.613<br>(≤ 1,21 %; 90. Perzentil) | ● |
| 60659 | Nachresektionsrate | 10,31 %<br>O = 6.293<br>N = 61.055 | 10,08 %<br>O = 6.596<br>N = 65.437<br>(nicht definiert) | – |
| Gruppe: | Interdisziplinäre Tumorkonferenz | | | |
| 211800 | Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS | 99,63 %<br>O = 64.557<br>N = 64.795 | 99,73 %<br>O = 69.242<br>N = 69.428<br>(≥ 99,44 %; 5. Perzentil) | ● |
| 212400 | Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS | 80,10 %<br>O = 58.336<br>N = 72.826 | 84,26 %<br>O = 65.477<br>N = 77.706<br>(≥ 47,56 %; 5. Perzentil) | ● |

* *Transparenzkennzahl*

Beim Qualitätsindikator zum zeitlichen Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation (ID 51370) setzt sich mit einem Bundesergebnis von 1,19 % im Auswertungsjahr 2025 der positive Trend der letzten Jahre fort (AJ 2025: 1,64 %: 2019: 3,31 %). Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 10 von 492 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator als qualitativ auffällig bewertet; begründet wurde dies mit Struktur- und Prozessmängeln.

Das Bundesergebnis des Indikators zur prätherapeutischen Tumorkonferenz (ID 212400) hat sich von 80,10 % auf 84,26 % verbessert. Die detailgenaue Sichtung der einzelnen Leistungserbringerergebnisse macht die Interpretation der Daten jedoch wesentlich leichter und legt verbleibende Qualitätsdefizite offen. So wurde bei 5,10 % (22 von 431) der Leistungserbringer das Qualitätsziel verfehlt. Konkret bedeutet dies, dass diese Kliniken nur bei 47 % oder noch weniger ihrer Patientinnen und Patienten die empfohlene prätherapeutische Tumorkonferenz

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS MC***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 51846 | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung | 27 / 509<br>5,30 % | 6 / 509<br>1,18 % | 15 / 440<br>3,41 % |
| 212000 | Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund | 21 / 415<br>5,06 % | 2 / 415<br>0,48 % | 19 / 385<br>4,94 % |
| 212001 | Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund | 23 / 456<br>5,04 % | 2 / 456<br>0,44 % | 21 / 426<br>4,93 % |
| 52330 | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung | 5 / 433<br>1,15 % | 0 / 433<br>0,00 % | 3 / 389<br>0,77 % |
| 52279 | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung | 15 / 458<br>3,28 % | 5 / 458<br>1,09 % | 17 / 423<br>4,02 % |
| 50719 | Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie | 60 / 429<br>13,99 % | 8 / 429<br>1,86 % | 35 / 391<br>8,95 % |
| 51847 | Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie | 12 / 470<br>2,55 % | 5 / 470<br>1,06 % | 3 / 418<br>0,72 % |
| 51370 | Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation | 49 / 492<br>9,96 % | 10 / 492<br>2,03 % | 44 / 441<br>9,98 % |
| 211800 | Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS | 25 / 501<br>4,99 % | 4 / 501<br>0,80 % | 22 / 433<br>5,08 % |
| 212400 | Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS | 25 / 492<br>5,08 % | 10 / 492<br>2,03 % | 22 / 431<br>5,10 % |

durchgeführt haben. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 10 von 492 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator (2,03 %) als qualitativ auffällig bewertet. Meist konnten hier die Leistungserbringer das medizinisch korrekte Vorgehen nicht genau benennen. Dieser Indikator befindet sich im zweiten Jahr der Auswertung. Wie sich die Ergebnisse entwickeln, muss weiter beobachtet werden.

Besonders hervorzuheben ist der Indikator „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie" (ID 51847). Im Gegensatz zu den anderen Indikatoren in *QS MC* ist die Grundgesamtheit hier gesunken (von 29.003 in AJ 2025 auf 26.281 in AJ 2026). Nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene ist diese Entwicklung auch darauf zurückzuführen, dass beispielsweise bei älteren, postmenopausalen Patientinnen auf die Untersuchung und Beurteilung der Achsellymphknoten verzichtet werden kann. Diese Empfehlung zum medizinischen Vorgehen hat bereits Auswirkungen auf die Ergebnisse des Indikators. Waren im Auswertungsjahr 2025 noch 2,55 % der Leistungserbringer (12 von 470) rechnerisch auffällig, so sind es im Auswertungsjahr 2026 nur noch 0,72 % (3 von 418).

Mit Abstand den höchsten Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten hat mit 8,95 % (35 von 391) der Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie" (ID 50719), obwohl im Vergleich zum Vorjahr (13,33 %; 60 von 429) eine deutliche Verbesserung zu verzeichnen ist. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden 8 von 429 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator (1,86 %) als qualitativ auffällig bewertet, was auch hier in Struktur- und Prozessmängeln begründet liegt.


© IQTIG 2026

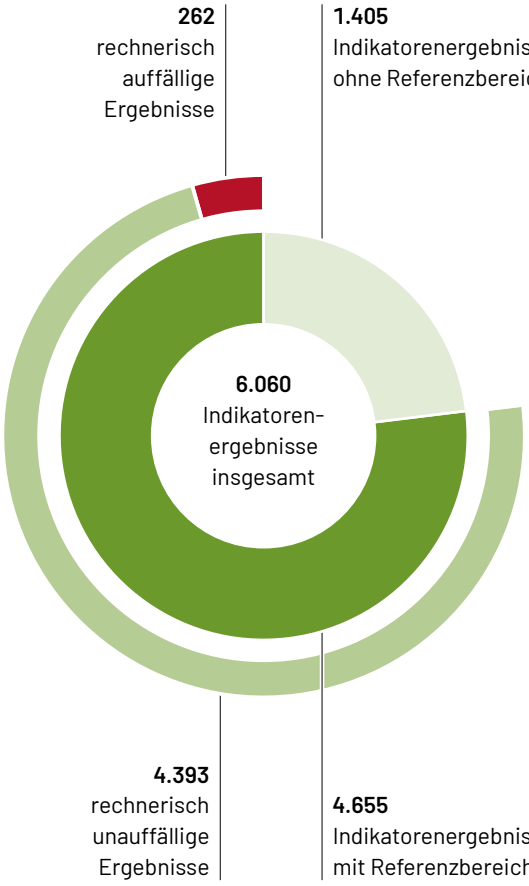
## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im Verfahren *QS MC* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 (EJ 2024) 10 Qualitätsindikatoren mit einem Referenzbereich geprüft, für die 4.655 Ergebnisse ermittelt wurden. 3 Indikatoren (IDs 52267, 52278 und 60659) wurden ohne Referenzbereich veröffentlicht. Hintergrund ist, dass nach den Ergebnissen der Eckpunkteüberprüfung eine Überarbeitung oder Abschaffung der betroffenen Indikatoren empfohlen wurde.

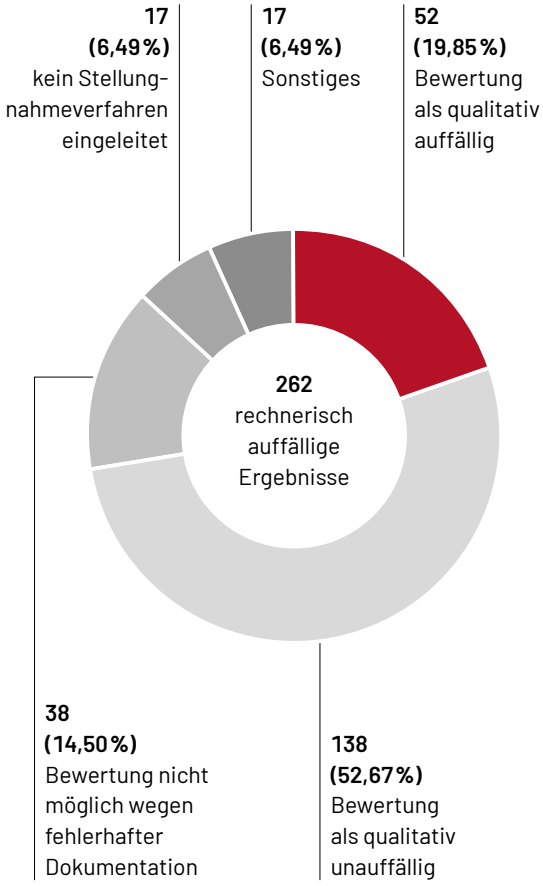
In der Übersicht zeigt sich eine stabile Entwicklung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse seit dem Vorjahr. Die zunehmende Zentralisierung führt dabei zu einer Konzentration der Ergebnisse auf weniger Standorte bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen. Über alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse wird in den von den LAG übermittelten Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) informiert. In 6,49 % der Fälle wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründet wurde dies fünfmal mit einer sehr kleinen Grundgesamtheit und geringer Abweichung vom Referenzbereich. Jeweils dreimal wurde angegeben, dass es sich um Einzelfälle bei Unauffälligkeit im Vorjahr handelt, dass der Leistungserbringer unter Beobachtung steht oder dass ein Cyberangriff vorlag. Zudem wurden 2 Standorte im Verfahrensjahr geschlossen. In jeweils einem Fall wurde eine Begehung vorgenommen oder die Nicht-Einleitung damit begründet, dass ein Qualitätsindikator angepasst werden müsste.

Der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse variiert zwischen den Indikatoren deutlich. Besonders hervorzuheben sind die Indikatoren „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie" (ID 51847) mit einem Anteil von 41,67 % qualitativ auffälligen Bewertungen (5 von 12) sowie „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz" (ID 212400) mit 40,00 % (10 von 25). Bei beiden wurden Leistungserbringer dazu angehalten, ihre internen Prozesse anhand der maßgeblichen medizinischen Leitlinien zu überprüfen. In Einzelfällen wurde zudem die Teilnahme an spezifischen Fortbildungen zur leitliniengerechten operativen Therapie beim Mammakarzinom

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *QS MC***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *QS MC***



angeregt. Mehrere LAG empfehlen den Leistungserbringern, verbindliche Behandlungspfade zu implementieren und standardisierte Checklisten für die Tumordokumentation einzuführen, um die Ergebnisse zu verbessern.

Demgegenüber konnte bei der „Lymphknotenentnahme bei DCIS" (ID 50719) ein Großteil der rechnerischen Auffälligkeiten (70,00 %) als qualitativ unauffällig bewertet werden, da es sich hierbei häufig um medizinisch begründete Einzelfallentscheidungen handelte.

In allen Indikatoren finden sich Dokumentationsfehler, die eine fachliche Bewertung teilweise verhinderten. Hier ist vor allem der Indikator „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung" (ID 52330) zu benennen, bei dem 80,00 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (4 von 5) auf fehlerhafte Dokumentation zurückzuführen sind. Auch bei der prätherapeutischen Tumorkonferenz (ID 212400) lag dieser Anteil mit 32,00 % (8 von 25) auf einem hohen Niveau. Mängel in der Dokumentationsqualität stellen also weiterhin eine relevante Fehlerquelle im Verfahren dar.

Im Anschluss an die Stellungnahmeverfahren wurden Maßnahmen der Stufe 1 angestoßen, wobei die Anzahl der betroffenen Häuser im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig war (AJ 2024: 33; AJ 2025: 23). Maßnahmen der Stufe 2 wurden, wie bereits im Vorjahr, nicht vereinbart.

## Ausblick

Im Dezember 2025 wurde die aktualisierte S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms veröffentlicht. In der Regel werden neue Leitlinienempfehlungen von den Leistungserbringern zügig im Therapieverlauf berücksichtigt; es ist daher wichtig, die Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS MC* entsprechend anzupassen. Mit den Regeln zur Berechnung der Indikatorergebnisse für das Erfassungsjahr 2027 wurde damit bereits gestartet.

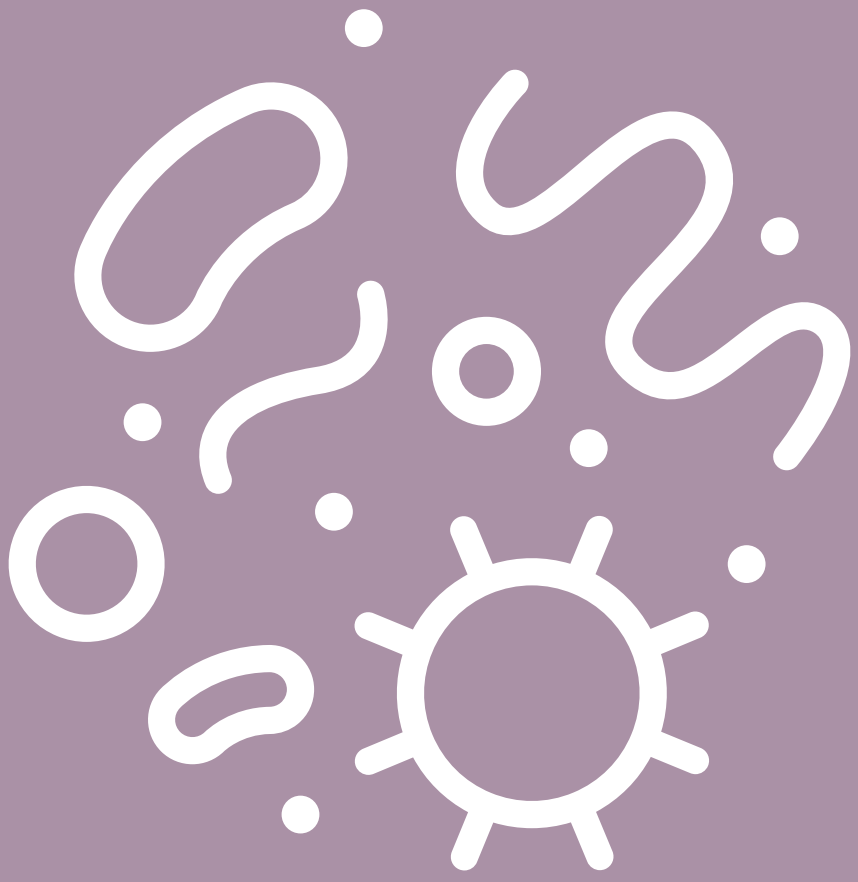
Das Expertengremium auf Bundesebene empfiehlt weiterhin, das Verfahren *QS MC* weiterzuentwickeln, das derzeit nur die stationäre chirurgische Behandlung von Tumoren in der Brust betrachtet. Am 6. Mai 2026 beauftragte der GBA das IQTIG zu prüfen, ob die Weiterentwicklung des Verfahrens *QS MC* zu einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren *Mammakarzinom* grundsätzlich umsetzbar ist.

Im Rahmen dieser Beauftragung soll das sektorenübergreifende Versorgungsgeschehen einschließlich des Versorgungspfades beschrieben werden. Die qualitätsrelevanten Themen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom sowie Hinweise auf Qualitätsdefizite und Behandlungsrisiken sollen auf Basis einer orientierenden Literatur- und Leitlinienrecherche identifiziert werden; ferner sollen die zu interessierende Patientenpopulation und die zu adressierenden Leistungserbringer beschrieben werden.

Grundsätzlich soll geprüft werden, wie die qualitätsrelevanten Themen in einem neuen QS-Verfahren *Mammakarzinom* ausgelöst und abgebildet werden könnten und ob klinische Krebsregister als Datenquelle einbezogen werden können. Um die Perspektive der Patientinnen und Patienten und ihre Einbeziehung in die Therapieauswahl zu erfassen, ist als weitere Informationsquelle eine Patientenbefragung zu prüfen. Schließlich ist darzustellen, wie sich ein mögliches QS-Verfahren zu den bestehenden Strukturen der zertifizierten Krebszentren verhält. Der Ergebnisbericht der Vorprüfung ist dem GBA bis zum 7. Dezember 2026 vorzulegen.


© IQTIG 2026

# Hygiene und Infektions-management



# Ambulant erworbene Pneumonie

## Hintergrund

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-cap*

Bei einer Pneumonie (Lungenentzündung) handelt es sich um eine Entzündung des Lungengewebes, die meist durch eine Infektion mit bakteriellen Erregern, z. B. Streptococcus pneumoniae („Pneumokokken"), entsteht. Seltener sind auch Viren oder Pilze die Verursacher einer Pneumonie. Pneumonien werden außer nach der Entstehungsursache auch danach unterschieden, ob sie außerhalb des Krankenhauses (ambulant) oder aber während eines Krankenhausaufenthalts (nosokomial) erworben werden.

Die ambulant erworbene Pneumonie (*community-acquired pneumonia*, CAP) ist eine der häufigsten infektionsbedingten Todesursachen in Deutschland. Eine erhöhte Sterblichkeit im Krankenhaus kann unter anderem durch eine unzureichende Behandlung der Pneumonie bedingt sein. Jährlich werden mehr als 350.000 Patientinnen und Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie in Deutschland stationär behandelt. Für einen kleineren Teil der Patientinnen und Patienten ist die Lungenentzündung eine schwerwiegende Komplikation im Rahmen einer schweren chronischen oder einer unheilbaren Grunderkrankung, z. B. einer fortgeschrittenen Krebs-, Lungen-, Herz- oder Stoffwechselerkrankung. Vorbestehende Grunderkrankungen sind mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf der Pneumonie verbunden und erschweren zudem den Behandlungserfolg. Seit dem Jahr 2005 zählen ambulant erworbene Pneumonien zu den dokumentationspflichtigen Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung.

Das Verfahren *QS CAP* dient der Beurteilung der stationären Behandlung von betroffenen Patientinnen und Patienten. Neben deren Sterblichkeit betrachtet das QS-Verfahren insbesondere frühe diagnostische und therapeutische Prozesse während des akutstationären Krankenhausaufenthalts sowie Prozesse kurz vor der Entlassung. Nosokomiale Pneumonien sowie Pneumonien bei Patientinnen und Patienten mit geschwächtem Immunsystem aufgrund von Bestrahlung, Chemotherapie oder anderen immunsuppressiven Maßnahmen werden nicht mit dem QS-Verfahren adressiert.

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Mit dem Verfahren *QS CAP* wird das Ziel verfolgt, Patientinnen und Patienten diagnostisch und therapeutisch rechtzeitig zu versorgen und die Sterblichkeit im Krankenhaus zu verringern. Hierfür wird mittels 5 Prozessindikatoren und 3 Kennzahlen die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung der notwendigen diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen gemessen. Die diagnostischen Prozesse werden mit folgenden Qualitätsindikatoren überprüft:

- Der Indikator „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie" (ID 2005) misst, wie häufig eine Blutgasanalyse oder eine Messung der Sauerstoffsättigung (Pulsoxymetrie) innerhalb der ersten 8 Stunden nach Krankenhausaufnahme durchgeführt wurde. Beide Diagnoseverfahren liefern Informationen zum Schweregrad der Erkrankung und folglich auch zur Einleitung entsprechender Behandlungsmaßnahmen.
- Der Indikator „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme" (ID 50722) misst die Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen die Atemfrequenz bei Aufnahme ins Krankenhaus gemessen wurde (d. h. möglichst noch in der Notaufnahme). Ausgeschlossen sind maschinell beatmete Patientinnen und Patienten. Eine frühzeitige Messung der Atemfrequenz ist für die Bestimmung des Schweregrades der Pneumonie sowie für die Behandlungsstrategie und die Risikoabschätzung von hoher Bedeutung.

Der GBA beauftragte das IQTIG im Januar 2023 zu überprüfen, inwieweit sich in den bestehenden QS-Verfahren das Aufwand-Nutzen-Verhältnis verbessern lässt. Hierzu wurden die vom IQTIG entwickelten Eignungskriterien herangezogen. Die 5 Prozessindikatoren des Verfahrens ***Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*** wiesen dabei nicht zuverlässig behebbare Defizite in den Eignungskriterien „Validität der Messung" und „Datenqualität" auf. Infolgedessen empfahl das IQTIG, diese Indikatoren (IDs 2005, 2009, 2013, 2028 und 2036) ab dem Erfassungsjahr 2026 zu streichen. Der GBA ist dieser Empfehlung gefolgt und hat darüber hinaus beschlossen, den Indikator zur Sterblichkeit (ID 50778) ebenfalls auszusetzen.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Weiterentwicklung nach der Eckpunktebeauftragung wurden die Datenerhebung zum Erfassungsjahr 2026 und die Referenzbereiche aller Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt, sodass seitdem keine Stellungnahmeverfahren zu den Qualitätsindikatoren durch die LAG mehr durchgeführt wurden. Zum Auswertungsjahr 2026 werden die rechnerischen Ergebnisse des bestehenden Indikatorensets somit letztmalig ausgewertet. Zu den Auffälligkeitskriterien wurden im Auswertungsjahr 2025 noch eine kleine Anzahl Stellungnahmeverfahren geführt, da die Referenzbereiche fälschlicherweise nicht ausgesetzt waren.

- Der Indikator „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung" (ID 2028) misst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten klinische Stabilitätskriterien bis zum Zeitpunkt der Entlassung (darunter fallen auch Verlegungen) bestimmt wurden. Dazu gehören u. a. Herzfrequenz und Körpertemperatur. Auf diese Weise kann der Therapieerfolg beurteilt und sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten stabil genug für die Entlassung sind, um das Letalitätsrisiko zu senken und stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden.

Therapeutische Maßnahmen werden über zwei Prozessindikatoren erfasst:

- Der Indikator „Frühmobilisation nach Aufnahme" (ID 2013) erfasst alle Patientinnen und Patienten, bei denen u. a. zur Verbesserung der Lungenfunktion und zur Vermeidung von Komplikationen eine Mobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme durchgeführt wurde.
- Der Indikator „Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme" (ID 2009) überprüft, ob innerhalb der ersten 8 Stunden nach Krankenhausaufnahme Antibiotika verabreicht werden. Eine frühzeitige Behandlung mit Antibiotika ist entscheidend für einen schnellen Behandlungserfolg bei einer Pneumonie.

Mithilfe eines risikoadjustierten Ergebnisindikators sowie einer nicht risikoadjustierten Kennzahl zur Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts (IDs 50778 und 231900) wird die Wirksamkeit der Krankenhausbehandlung gemessen.

**Wichtiges in Kürze**

- Verfahren zum Erfassungsjahr 2026 ausgesetzt; letztmalige Datenerhebung im Erfassungsjahr 2025; im Auswertungsjahr 2026 nur Darstellung der rechnerischen Indikatorenergebnisse
- deutliche Verbesserung der Ergebnisse der Prozessindikatoren seit Einführung des QS-Verfahrens 2005
- Halbierung des Anteils verstorbener Patientinnen und Patienten seit 2009 exklusive palliativer Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung
- kontinuierlicher Anstieg des Anteils der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen in den letzten drei Jahren mit Stellungnahmeverfahren (2022, 2023 und 2024)
- das IQTIG empfiehlt Einführung eines neuen Indikators zur Sterblichkeit im Krankenhaus basierend auf Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Erfassungsjahr 2028
- Implementierung einer Risikoadjustierung für das Auswertungsjahr 2030 geplant


© IQTIG 2026

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Die Anzahl der Datensätze im Verfahren *QS CAP* ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen, im Erfassungsjahr 2025 gegenüber dem Vorjahr jedoch wieder deutlich gesunken. Der zuletzt starke Anstieg der Fallzahlen von Erfassungsjahr 2023 zu Erfassungsjahr 2024 war nach Einschätzung des IQTIG und des Expertengremiums auf Bundesebene vor allem auf den Zuwachs von Pneumonien, die durch Mykoplasmen (zellwandlose Bakterien) verursacht werden, sowie eine Verdopplung von Grippe-bedingten Pneumonien zurückzuführen. Durch Änderungen in der Krankheitsklassifikation (ICD-Katalog) im Jahr 2023 ist zudem eine nicht ermittelbare Anzahl nosokomialer Pneumonien in der Grundgesamtheit des Verfahrens enthalten, was eine Herausforderung in der Interpretation der Fallzahlentwicklung darstellt. Der Rückgang der Fallzahlen um 11 % von Erfassungsjahr 2024 zu Erfassungsjahr 2025 ist auch für die Mehrzahl der Bundesländer darstellbar. Außerdem ist die Anzahl Mykoplasmen-bedingter Pneumonien deutlich (-74 %) zurückgegangen. Ein weiterer Rückgang findet sich vor allem bei den folgenden Pneumonie-Varianten (nach ICD-Kode):

- Pneumonie durch sonstige Viren (J12.8; -58 %, -15.769 Fälle)
- Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet (J18.0; -14 %, -4.427 Fälle)
- Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet (J18.8; -16 %, -4.569 Fälle)
- Pneumonie, nicht näher bezeichnet (J18.9; -15 %, -10.017 Fälle)

**Datengrundlage *QS CAP***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 390.971 | 366.706 | 364.620 | 100,57 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 1.290 | 1.258 | - | - |

Dagegen sind Grippe-assoziierte Pneumonien (ICD J10.0 – mit Virusnachweis, ICD J11.0 – ohne Virusnachweis) erneut angestiegen (+70 %, +9.208 Fälle, resp. +52 %, +369 Fälle).

Der Anteil an COVID-19-Fällen, die im Verfahren erfasst werden, sinkt weiterhin kontinuierlich. Ab dem Erfassungsjahr 2022 wurden die Zusatzkodierungen U07.1 und U07.2 (COVID-19 mit und ohne Virusnachweis) in der Bundesauswertung ausgewiesen. Die Häufigkeit von U07.1 (COVID-19 mit Virusnachweis) halbiert sich seit dem Erfassungsjahr 2022 jährlich und steht aktuell (AJ 2026) bei 3,6 %. Als Limitation gilt, dass Zusatzkodierungen in der Praxis nicht immer zuverlässig verwendet werden, da sie nicht abrechnungsrelevant sind.

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Für das Auswertungsjahr 2026 werden ausschließlich die rechnerischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen berichtet. Da die Referenzbereiche bereits im Erfassungsjahr 2024 ausgesetzt wurden, entfielen die Stellungnahmeverfahren. Folglich liegen im aktuellen Berichtsjahr keine qualitativen Auffälligkeiten vor.

Die Prozessindikatoren spiegeln ein durchgängig hohes Versorgungsniveau wider. Die Bundesergebnisse von 4 der 5 Indikatoren (IDs 2005, 50722, 2013 und 2028) entsprechen, mit nur geringfügigen Schwankungen, weitgehend denen des Vorjahrs.

Der risikoadjustierte Indikator zur Sterblichkeit nach ambulant erworbener Pneumonie (ID 50778) weist im Auswertungsjahr 2026 eine rohe Rate (O/N) von 6,16 % auf und ist damit gegenüber dem Vorjahr (O/N = 5,72 %) angestiegen. Der Grund dafür ist in erster Linie auf strukturelle Veränderungen im Patientenkollektiv zurückzuführen: Der Anteil jüngerer, insgesamt gesünderer Patientinnen und Patienten ging zurück, zugleich nahmen die Fälle von Mykoplasmen-Pneumonien um 74 % ab. Die hiervon betroffenen Patientinnen und Patienten weisen im Durchschnitt eine geringere Sterblichkeit auf.

Das Expertengremium auf Bundesebene wertet insgesamt die kontinuierliche Verbesserung der Indikatorenergebnisse seit Einführung von *QS CAP* im Jahr 2005 als Erfolg des Qualitätssicherungsverfahrens und sieht die Leitlinienempfehlungen in der klinischen Praxis kontinuierlich umgesetzt.

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS CAP***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | | | |
| 2005 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | 98,92 %<br>O = 386.268<br>N = 390.484 | 99,01 %<br>O = 362.461<br>N = 366.072<br>(nicht definiert) | – |
| 2006 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)* | 98,98 %<br>O = 369.852<br>N = 373.675 | 99,08 %<br>O = 346.008<br>N = 349.235 | – |
| 2007 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)* | 97,66 %<br>O = 16.416<br>N = 16.809 | 97,72 %<br>O = 16.453<br>N = 16.837 | – |
| 2009 | Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme | 94,05 %<br>O = 275.223<br>N = 292.636 | 93,48 %<br>O = 261.245<br>N = 279.469<br>(nicht definiert) | – |
| 2013 | Frühmobilisation nach Aufnahme | 93,18 %<br>O = 170.721<br>N = 183.209 | 92,81 %<br>O = 169.378<br>N = 182.508<br>(nicht definiert) | – |
| 2028 | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung | 96,90 %<br>O = 285.683<br>N = 294.808 | 97,04 %<br>O = 261.327<br>N = 269.296<br>(nicht definiert) | – |
| 2036 | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung* | 98,43 %<br>O = 280.971<br>N = 285.464 | 98,52 %<br>O = 257.260<br>N = 261.120 | – |
| Gruppe: | Sterblichkeit im Krankenhaus | | | |
| 50778 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1,01<br>O/E = 19.496 / 19.248,90<br>5,72 %<br>O/N = 19.496 / 340.975 | 1,01<br>O/E = 19.385 / 19.184,24<br>6,16 %<br>O/N = 19.385 / 314.766<br>(nicht definiert) | – |
| 231900 | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)* | 13,16 %<br>O = 51.407<br>N = 390.484 | 14,22 %<br>O = 52.064<br>N = 366.072 | – |
| 50722 | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme | 97,01 %<br>O = 371.511<br>N = 382.969 | 96,69 %<br>O = 346.952<br>N = 358.818<br>(nicht definiert) | – |

* *Transparenzkennzahl*


© IQTIG 2026

## Ausblick

Das IQTIG empfiehlt eine Wiederaufnahme des Verfahrens mit einem Indikator zur Inhouse-Sterblichkeit zum Erfassungsjahr 2028 auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen. Hierzu wurde im Jahr 2026 ein Beteiligungsverfahren durchgeführt. Die Ergebnisse fließen in die Spezifikations- und Rechenregelempfehlungen zum Erfassungsjahr 2028 ein. Die Einführung der Risikoadjustierung und damit einhergehend eines Referenzbereichs für diesen Indikator wird, unter der Voraussetzung, dass zum Jahr 2028 plausible und vollständige Daten vorliegen, zum Auswertungsjahr 2030 möglich sein. Demzufolge liegen erste Ergebnisse eines Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2031 vor. Das IQTIG ist derzeit mit der Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens als des zentralen Instruments zur qualitativen Beurteilung rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse beauftragt. Die Pilotphase wird mit den beiden QS-Verfahren *Mammachirurgie* (*QS MC*) und *Dekubitusprophylaxe* (*QS DEK*) durchgeführt, die Ergebnisse werden für das Verfahren *QS CAP* berücksichtigt werden.

# Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

## Gesamtes QS-Verfahren

### Hintergrund

Postoperative Wundinfektionen sind typische Komplikationen nach einem chirurgischen Eingriff. Eine postoperative Wundinfektion entsteht durch das Eindringen von Krankheitserregern (überwiegend Bakterien) in eine Operationswunde. Als Konsequenz kann es zu einer Vermehrung der Krankheitserreger und hierdurch zu einer lokalen Entzündung und/oder einer Reaktion des ganzen Organismus kommen, die im schlimmsten Fall über einen septischen Schock und ein Organversagen zum Tod führt. Postoperative Wundinfektionen stellen heute die häufigste nosokomiale Infektionsart dar (ca. ein Viertel aller nosokomialen Infektionen) und sind ein Problem aller stationär und ambulant operierenden Fachgebiete. Auch in hochentwickelten Gesundheitssystemen stellen postoperative Wundinfektionen ein relevantes Risiko für Patientinnen und Patienten und damit eine kontinuierliche Herausforderung an die Hygiene und den klinischen Infektionsschutz dar.
Die Ziele des QS-Verfahrens lagen gemäß Teil 2 Verfahren 2 (*QS WI*) § 1 Abs. 5 Satz 1 DeQS-RL darin, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren, das Hygiene- und Infektionsmanagement zu verbessern und einen Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen zu leisten.

Vor diesem Hintergrund sollte im Verfahren *QS WI* sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen werden. So wurden beispielsweise Leistungserbringer, die ambulante Operationen durchführen, unabhängig davon miteinander verglichen, ob es sich um Krankenhäuser oder niedergelassene Leistungserbringer handelte.

In das Verfahren eingeschlossen wurden Leistungserbringer, die Tracer-Operationen erbringen. Als Tracer-Operationen werden jene Operationen bezeichnet, die ausgewählt wurden, um in der Qualitätssicherung dahingehend betrachtet zu werden, ob sich im Anschluss an die Operation eine nosokomiale postoperative Wundinfektion entwickelt. Es handelte sich dabei um Operationen aus den Fachgebieten Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, plastische Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie sowie Herzchirurgie (letztere nur stationär).

Mit dem Beschluss der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung vom 21. April 2022 hat der GBA sich dafür ausgesprochen, die Qualitätssicherung insgesamt einfacher und praxisnaher aufzustellen, damit der Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen steht, die Akzeptanz der Verfahren gewährleistet ist und damit tatsächlich die Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung erhöht wird. Unter Abwägung der verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Kriterien befand der GBA, dass das QS-Verfahren ***Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*** auch nach 9 Jahren der Erprobung nicht in den Regelbetrieb überführt werden kann. Zum 1. Januar 2026 stellte der GBA das Verfahren ein.

Aufgrund dessen wurden letztmalig für das Erfassungsjahr 2024 Daten zum **Hygiene- und Infektionsmanagement** erhoben. In diesem Bericht wird zu diesem Verfahrensteil daher über die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zu den rechnerischen Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 berichtet.

Zum Verfahrensteil **Nosokomiale Infektionen** bestand für die Quartale 2 bis 4 des Erfassungsjahres 2025 keine Dokumentationsverpflichtung mehr. Zu diesem Verfahrensteil werden die Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren bezüglich des Erfassungsjahres 2023 sowie die aktuellen rechnerischen Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2024 berichtet. Zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren mehr durchgeführt.


© IQTIG 2026

Aufgrund der unterschiedlichen gemessenen Qualitätsaspekte und der unterschiedlichen Datenerfassung bestand das QS-Verfahren aus zwei Teilen:
1. Hygiene- und Infektionsmanagement (HI) und
2. Nosokomiale postoperative Wundinfektionen (NI).

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-wi*

Die Daten für die Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement wurden einmal jährlich über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erhoben. Dokumentationspflichtig waren Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahres abgerechnet haben. Es wurden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung erhoben.

Die Daten für die Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wurden über eine fallbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus erhoben. Zusätzlich wurden Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt, um ca. 3,6 Mio. Tracer-Operationen in das Verfahren einbeziehen zu können.

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Das Verfahren *QS WI* umfasste insgesamt acht Qualitätsindikatoren, zwei zum Hygiene- und Infektionsmanagement und sechs zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten und stationären Operationen.

**Wichtiges in Kürze**

- zum 1. Januar 2026 stellte der GBA die Erprobung des Verfahrens unter Abwägung der verfahrenstechnischen, methodischen und inhaltlichen Kriterien ein
- **Verfahrensteil Hygiene- und Infektionsmanagement**: es liegen keine aktuellen rechnerischen Ergebnisse mehr vor; die rechnerischen Ergebnisse des Vorjahres der ambulanten und der stationären Leistungserbringer wurden vom Expertengremium als unzureichend bewertet
- **Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen**: die Ergebnisse zeigen bei ambulanten Operationen ein stabiles niedriges Niveau, während die stationären Raten deutlich angestiegen sind; das Verbesserungspotewnzial wird im stationären Sektor als hoch, im ambulanten als gering eingestuft
- Ausblick: vor dem Hintergrund der weiterhin bestehenden Relevanz der Vermeidung von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen hat das IQTIG dem GBA Vorschläge für ein vereinfachtes und effizienteres Nachfolgeverfahren unterbreitet

Die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements wurde mit je einem Indikator bezogen auf die ambulante Versorgung (ID 1000) und einem Indikator bezogen auf die stationäre Versorgung (ID 2000) gemessen. Es handelt sich dabei um sogenannte Indexindikatoren, die sich aus jeweils 10 Kennzahlen zusammensetzen. Die Kennzahlen adressierten z. B. hygienebezogene Schulungsquoten, die Art der Haarentfernung oder das Vorliegen und den Inhalt von internen Arbeitsanweisungen.

Die auf nosokomiale postoperative Wundinfektionen bezogene Qualität wurde mit sechs Indikatoren gemessen – zwei bezogen auf ambulante Operationen und vier bezogen auf stationäre Operationen. Ambulant wurden oberflächliche und tiefe Wundinfektionen (A1 bis A3) gemeinsam in je einem Qualitätsindikator zu Operationen mit Implantat (bis zu 30 Tage Nachbeobachtungszeitraum) und einem Qualitätsindikator zu Operationen ohne Implantat (bis zu 90 Tage Nachbeobachtungszeitraum) gemessen. Stationär erfolgte die Qualitätsmessung analog – mit dem Unterschied, dass über zwei zusätzliche Indikatoren tiefe Wundinfektionen separat gemessen wurden (A2 und A3). Auch diese beiden zusätzlichen Indikatoren bezogen sich entweder auf Operationen mit Implantat (bis zu 30 Tage Nachbeobachtungszeitraum) oder Operationen ohne Implantat (bis zu 90 Tage Nachbeobachtungszeitraum).

Von den sechs Qualitätsindikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen sich zwei auf ambulante und vier auf stationäre Operationen. Zwei der vier Qualitätsindikatoren zu stationären Operationen bezogen sich auf postoperative tiefe Wundinfektionen (A2) und postoperative Infektionen von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet (A3). Die Kennzahlen ohne Referenzbereich im Verfahrensteil zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen bezogen sich auf die Sterblichkeit bis 30 Tage nach der OP sowie auf nosokomiale postoperative Infektionen mit multiresistenten Keimen. Sie dienten dazu, unterstützende Informationen für das interne Qualitätsmanagement bereitzustellen.

Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen wurden Tracer-Operationen entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert wurde.

Im Krankenhaus wurde bei Kodekonstellationen, die auf postoperative Wundinfektionen hinweisen können, ein kurzer fallbezogener QS-Dokumentationsbogen ausgelöst, der vom behandelnden Krankenhaus auszufüllen war. Wurde eine postoperative Wundinfektion diagnostiziert, so war dies im Dokumentationsbogen vom jeweiligen Krankenhaus anzugeben. Die Informationen aus dem Dokumentationsbogen wurden an das IQTIG übermittelt. Erst wenn diese Informationen im IQTIG mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen zusammengeführt wurden, wurde nach Berücksichtigung

von Ausschlussgründen und Prüfung auf Passung, insbesondere des Follow-up-Zeitraums, ermittelt, ob es sich bei einer von der Ärztin oder vom Arzt bestätigten postoperativen Wundinfektion um eine nosokomiale postoperative Wundinfektion handelte. Hierbei wurden nur postoperative Wundinfektionen (nach ambulanten und stationären Operationen im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich) berücksichtigt, die stationär diagnostiziert wurden.

Die Information zur nosokomialen postoperativen Wundinfektion ging in den Zähler des Indikators ein, dessen Ergebnis wiederum an die Einrichtung zurückgespiegelt wurde, die die Tracer-Operation durchgeführt hatte. Im Nenner stand die über die Sozialdaten bei den Krankenkassen ermittelte Gesamtzahl der Tracer-Operationen des jeweiligen Leistungserbringers. Dieses Vorgehen hatte den Vorteil, dass die ca. 3,6 Mio. Tracer-Operationen nicht gesondert dokumentiert werden mussten. Gleichzeitig mussten über den QS-Dokumentationsfilter in Krankenhäusern möglichst viele Fälle mit postoperativer Wundinfektion ausgelöst werden, damit möglichst sämtliche postoperativen Wundinfektionen, die zu einer der Tracer-Operationen gehören können, an das IQTIG übermittelt worden wären. Da es keinen Kode gibt, der hierzu ausreichend spezifisch ist, wurde ein Filter genutzt, der beim potenziellen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion auslöste. Dieser Filter löste ca. 395.000-mal einen QS-Dokumentationsbogen aus. Lag keine postoperative Wundinfektion vor, musste in der Regel nur die Frage nach der postoperativen Wundinfektion mit „nein" beantwortet werden. Circa 98.000-mal wurde diese Frage im Erfassungsjahr 2024 mit „ja" beantwortet, also eine postoperative Wundinfektion bestätigt. Etwa 63 % dieser dokumentierten postoperativen Wundinfektionen konnten mit einer Tracer-Operation verknüpft werden und gehen in einen der Indikatoren als Zählerfall ein. Auf der einen Seite mussten im Erfassungsjahr 2024 zwar ca. 300.000 Bögen dokumentiert werden, die am Ende nicht für die Qualitätsindikatoren genutzt werden konnten (wobei in den meisten Fällen nur eine Frage beantwortet werden musste). Damit wurde jedoch auf der anderen Seite ermöglicht, dass zu ca. 3,2 Mio. Operationen keine zusätzliche Dokumentation (neben der Dokumentation für die Abrechnung) anfiel. Da es im niedergelassenen Bereich keine QS-Dokumentation gibt, mussten hier keine Daten zusätzlich erfasst werden. Niedergelassene Leistungserbringer, die ambulant operieren, erhielten so in diesem QS-Verfahren Ergebnisse zu Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen gänzlich ohne QS-bezogenen Dokumentationsaufwand. Die Ergebnisse zu diesen Indikatoren wurden im zweiten Jahr nach der Erfassung bereitgestellt. Grund dafür war die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, deren Bereitstellung mit einem deutlichen Zeitverzug verbunden ist.


© IQTIG 2026

# Hygiene- und Infektionsmanagement

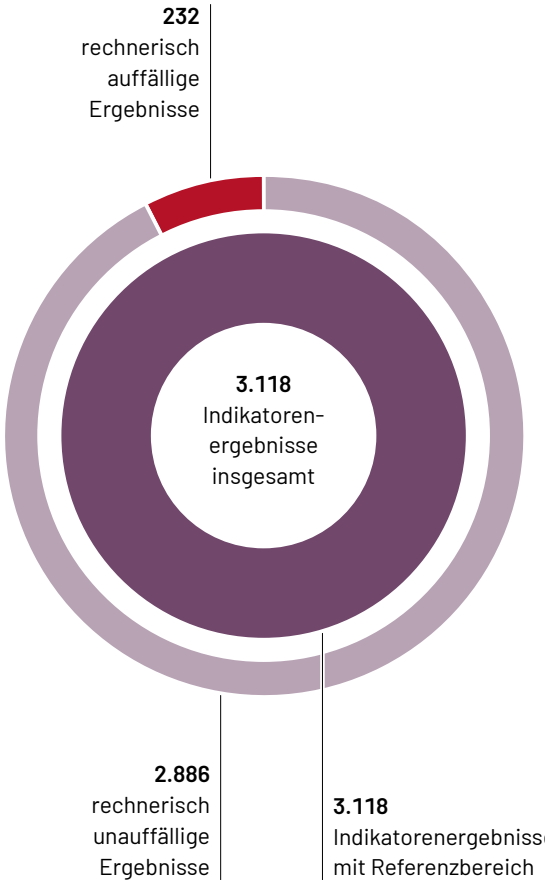
## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im Auswertungsjahr 2025 waren 155 Indikatorenergebnisse im Qualitätsindikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung" (ID 1000) rechnerisch auffällig. Von den LAG wurden im Rahmen der Übermittlung des Qualitätssicherungsergebnisberichts (QSEB) jedoch 232 rechnerisch auffällige Indikatorenergebnisse zurückgemeldet. Die Differenz von 77 ist darauf zurückzuführen, dass mehrere LAG den Schlüsselwert 3 „rechnerisch auffällig" ausgewählt haben, obwohl zu diesen Leistungserbringern keine QS-Dokumentationsbögen an das IQTIG übermittelt wurden und somit kein rechnerisch auffälliges Ergebnis vorgelegen haben kann. Aus Sicht des IQTIG wäre in diesen Fällen der Schlüssel 7 („nicht fristgerechte Übermittlung") oder 8 („andere Auffälligkeit") korrekt gewesen.

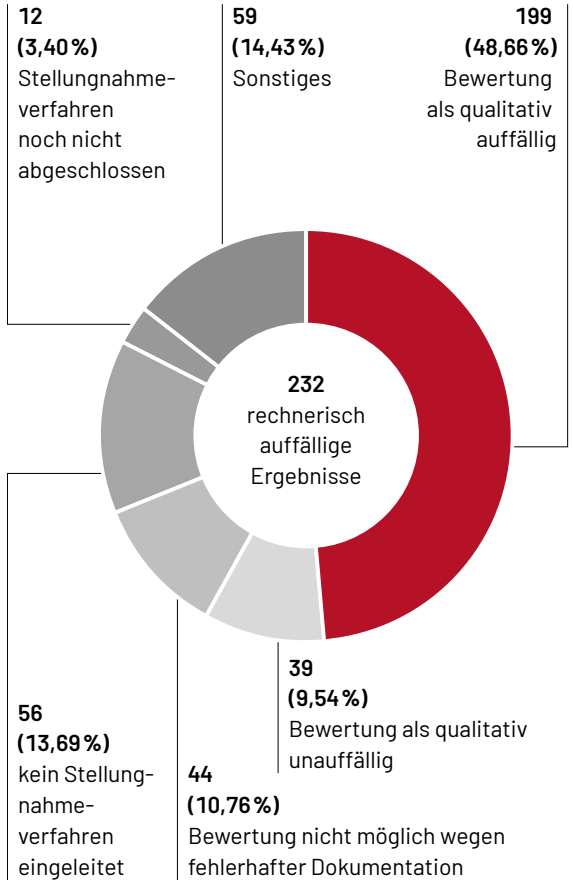
Seit dem Start des Verfahrens hat das IQTIG in jedem Auswertungsjahr rechnerische Auffälligkeiten ermittelt, zu denen keine Qualitätssicherungsergebnisberichte von den LAG übermittelt wurden (rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne QSEB-Übermittlungen). Zum Auswertungsjahr 2026 lag der entsprechende Wert erstmals bei 0.

Die Indikatorenergebnisse von 3,38 % (199 / 3.118) aller ambulant operierenden Leistungserbringer, für die ein Datensatz im QSEB übermittelt wurde, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Das sind 56,37 % (199 / 353) aller Leistungserbringerergebnisse, für die ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde und 48,66 % (199 / 409) aller Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *WI-HI-A***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *WI-HI-A***



44-mal wurde keine Bewertungen als qualitativ auffällig oder unauffällig und stattdessen eine der „Sonstiges" (S99) gewählt, mit der Begründung, dass das Verfahren eingestellt werde. Die Bewertungsergebnisse sind entsprechend nicht mit denjenigen des Vorjahres vergleichbar.

155 der 409 ambulant operierenden Leistungserbringer, für die ein Qualitätssicherungsergebnisbericht vorliegt, haben auch einen QS-Dokumentationsbogen übermittelt. Von diesen wurden 54, also 34,84 % als qualitativ auffällig bewertet. Von den 254 Leistungserbringern, die ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen sind, wurden 145 nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet (57,09 %).

Als Begründungen dafür, dass die Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden, wurden vor allem nicht übermittelte Dokumentationsbögen, fehlende oder unzureichende Stellungnahmen, Ergebniswerte außerhalb des Referenzbereichs und allgemein Mängel des Hygiene- und Infektionsmanagements genannt.

Bewertungen, die als qualitativ unauffällig bewertet wurden, wurden mit nachvollziehbaren Stellungnahmen inkl. detaillierter Beschreibungen bzw. Maßnahmen der Umsetzung begründet.

2-mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Spezifische Gründe wurden nicht berichtet. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht durchgeführt.

Zum Auswertungsjahr 2025 waren 58 Indikatorenergebnisse im QI „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung" (ID 2000) rechnerisch auffällig. Von den LAG wurden im Rahmen der QSEB-Übermittlung jedoch 83 rechnerisch auffällige Indikatorenergebnisse zurückgemeldet.

Grund dafür ist – wie auch beim Indikator 1000 –, dass mehrere LAG den Schlüsselwert 3 „rechnerisch auffällig" ausgewählt haben, obwohl zu diesen Leistungserbringern keine QS-Dokumentationsbögen an das IQTIG übermittelt wurden und somit keine rechnerische Auffälligkeit vorliegen konnte.

Auch in Bezug auf den stationären Bereich wurde erstmals seit dem Start des Verfahrens zu jeder durch das IQTIG ermittelten rechnerischen Auffälligkeit ein QSEB übermittelt. Auch für Leistungserbringer, die keinen Dokumentationsbogen ausgefüllt haben, wurden Berichte übermittelt, da für diese gemäß DeQS-RL ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten ist.

Die Indikatorenergebnisse von 3,48 % (41 / 1.178) aller stationär operierenden Leistungserbringer, für die ein Datensatz im QSEB übermittelt wurde, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Das sind 47,13 % (41 / 87) aller Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eröffnet wurde und 36,3 % (41 / 113) aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse.

18-mal wurde keine Bewertung als qualitativ auffällig oder unauffällig und stattdessen „Sonstiges" (S99) gewählt – zusammen mit der Begründung, dass das Verfahren eingestellt werde. Die Bewertungsergebnisse sind entsprechend nicht mit denjenigen des Vorjahres vergleichbar.

58 der 113 stationär operierenden Leistungserbringer, für die Daten in den Qualitätssicherungsergebnisberichten vorliegen, haben auch einen QS-Dokumentationsbogen übermittelt (51,33 %). Von diesen wurden 12 (10,62 %) als qualitativ auffällig bewertet. Von den 55 Leistungserbringern, die ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen sind, wurden 29 als qualitativ auffällig bewertet (52,73 %).

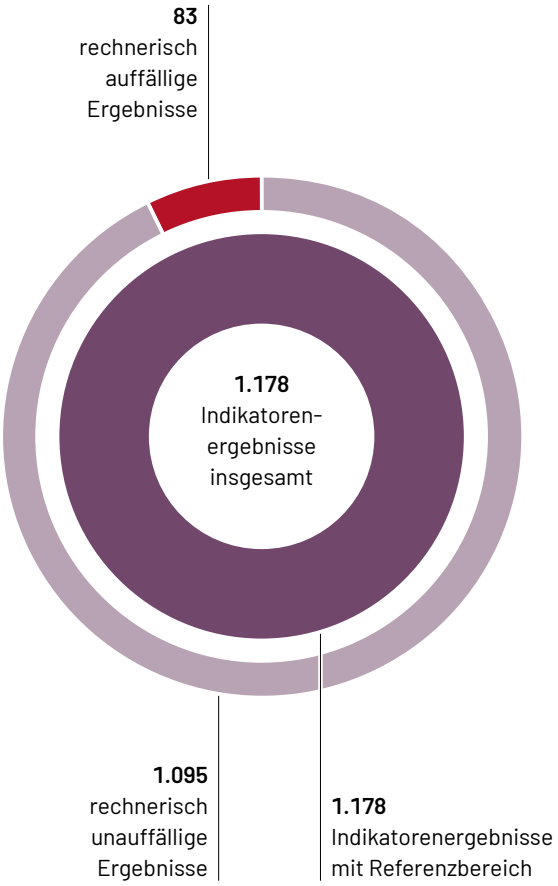
Als Begründungen dafür, dass die Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet worden sind, wurden insbesondere nicht übermittelte Dokumentationsbögen, fehlende Stellungnahmen und Mängel des Hygiene- und Infektionsmanagements genannt.

Als Begründung für Bewertungen als qualitativ unauffällig wurden insbesondere nachvollziehbare Stellungnahmen inkl. detaillierter Beschreibungen bzw. Maßnahmen der Umsetzung genannt.

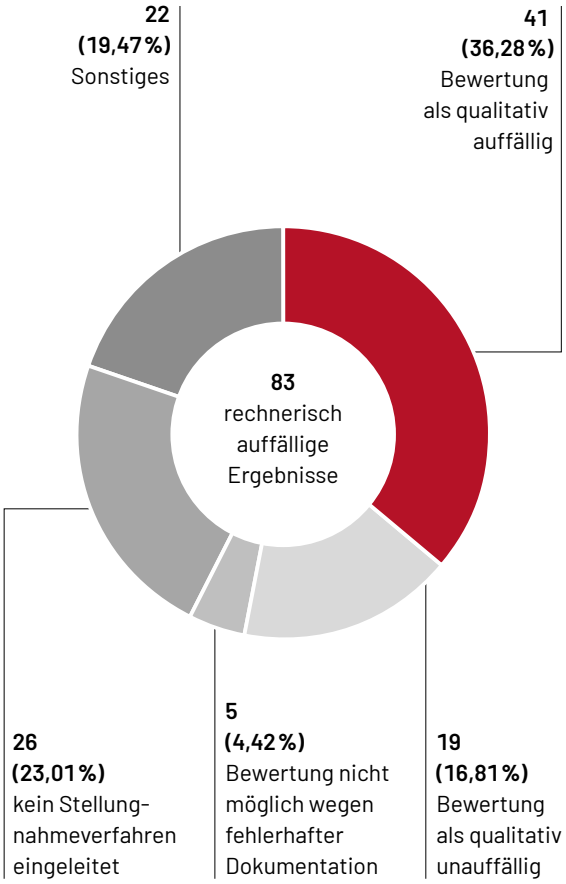
3-mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt. Zu einem Fall wurden als Gründe berichtet, dass interne Leitlinien zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe bzw. zur Antibiotikatherapie nicht umgesetzt würden, Mitarbeitende nicht ausreichend geschult würden und Compliance-Maßnahmen nicht ausreichend erfolgten.


© IQTIG 2026

### Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *WI-HI-S*




### Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *WI-HI-S*



# Nosokomiale postoperative Wundinfektionen

## Einordnung der Ergebnisse

### Datengrundlage

Die Ergebnisse der fallbezogenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen: QS-Dokumentationsdaten und Sozialdaten bei den Krankenkassen. Für die Indikatoren und Kennzahlen zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in den Auswertungsmodulen *WI-NI-A* und *WI-NI-S* erfolgt die Auswertung entsprechend der Einrichtung auf Basis der Institutionskennzeichennummer bzw. Betriebsstättennummer des Leistungserbringers, der die Tracer-Operation abgerechnet hat. Die Auffälligkeitskriterien (Auswertungsmodul *WI-NI-D*) zur fallbezogenen Dokumentation (NWIF) werden davon abweichend auf Standortebene ausgewertet.

Zum Erfassungsjahr 2024 wurden von nahezu allen dokumentationspflichtigen Standorten Daten übermittelt und die Vollzähligkeit liegt etwas über 100 %. 95,84 % aller in QS-Dokumentationsbögen dokumentierten Fälle konnten mit den zugehörigen Fällen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen verknüpft werden, was Voraussetzung für die Verknüpfung von Tracer-Operationen und Wundinfektionen ist. Eine Zuordnung von Wundinfektion und Tracer-Operation gelang in 39,24 %. Circa 10 % der verknüpften Infektionen wurden nicht bei dem Leistungserbringer behandelt, der die zugehörige Operation durchgeführt hat.

**Übermittelte Fälle mit Tracer-Operationen (NWITR) (AJ 2026, EJ 2024) – *WI-NI-A*, *WI-NI-S***

| | EJ 2024 | |
|---|---|---|
| | Anzahl Datensätze | Anzahl Leistungserbringer |
| Bund (Ambulantes Operieren) | 636.707 | 5.258 |
| Bund (Amb. Krankenhäuser) | 170.234 | 1.061 |
| Bund (Amb. Praxen/MVZ) | 456.767 | 3.832 |
| Bund (Selektivvertragliche Leistungen) | 9.706 | 830 |
| Bund (Stationäres Operieren) | 2.179.122 | 1.132 |

**Datengrundlage *WI-NI-A* und *WI-NI-S***

| | EJ 2023 | EJ 2024 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 309.160* | 318.573 | 318.554 | 100,01 % |
| Leistungserbringer (entlassende Standorte) | 1.610* | 1.592 | 1.602 | 99,38 % |

* *Dieser Wert ist der Bundesauswertung 2025 entnommen, er wurde nicht neu berechnet.*


© IQTIG 2026

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu *ambulanten* Operationen liegen auf dem Niveau des Vorjahres. Für die ambulanten Qualitätsindikatoren ermittelte das IQTIG ein Verbesserungspotenzial von 2,3 % bzw. 3,8 %. Dies wurde als gering bzw. eher gering eingestuft. Hinweise auf ein aktuelles Qualitätsdefizit sieht das IQTIG daher nicht. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2023) sind von 95 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern 11 als qualitativ auffällig bewertet worden (11,58 %), 54 Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet (56,84 %).

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *WI-NI-A* und *WI-NI-S***

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-A)** | | | | |
| Gruppe: | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | | | |
| 1500 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) | 0,10 %<br>O = 605<br>N = 633.826 | 0,10 %<br>O = 552<br>N = 567.980<br>(nicht definiert) | – |
| 1502 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)* | 0,00 %<br>O = 5<br>N = 633.826 | 0,00 %<br>O = 9<br>N = 567.980 | – |
| 332400 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)* | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 633.826 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 567.980 | – |
| Gruppe: | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) | | | |
| 1501 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) | 0,13 %<br>O = 89<br>N = 68.245 | 0,17 %<br>O = 98<br>N = 56.644<br>(nicht definiert) | – |
| 1503 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)* | x<br>O = ≤ 3<br>N = 68.245 | x<br>O = ≤ 3<br>N = 56.644 | – |
| 332401 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)* | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 68.245 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 56.644 | – |
| 332000 | 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)* | x<br>O = ≤ 3<br>N = 465 | 0,88 %<br>O = 4<br>N = 457 | – |

* *Transparenzkennzahl*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *WI-NI-A* und *WI-NI-S***

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-S)** | | | | |
| Gruppe: | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | | | |
| 2500 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) | 1,12<br>O/E = 18.350 / 16.416,80<br>1,49 %<br>O/N = 18.350 / 1.235.134 | 1,26<br>O/E = 18.569 / 14.728,94<br>1,67 %<br>O/N = 18.569 / 1.109.004<br>(nicht definiert) | – |
| 2504 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)* | 0,01 %<br>O = 87<br>N = 1.235.134 | 0,01 %<br>O = 98<br>N = 1.109.004 | – |
| 342400 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)* | 0,00 %<br>O = 53<br>N = 1.235.134 | 0,01 %<br>O = 66<br>N = 1.109.004 | – |
| Gruppe: | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | | | |
| 2501 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) | 1,09<br>O/E = 11.263 / 10.303,67<br>0,98 %<br>O/N = 11.263 / 1.152.817 | 1,31<br>O/E = 11.856 / 9.079,78<br>1,12 %<br>O/N = 11.856 / 1.062.116<br>(nicht definiert) | – |
| 2505 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)* | 0,01 %<br>O = 138<br>N = 1.152.817 | 0,01 %<br>O = 119<br>N = 1.062.116 | – |
| 342401 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)* | 0,00 %<br>O = 21<br>N = 1.152.817 | 0,00 %<br>O = 18<br>N = 1.062.116 | – |
| 2502 | Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) | 1,12<br>O/E = 12.759 / 11.402,17<br>1,03 %<br>O/N = 12.759 / 1.235.134 | 1,27<br>O/E = 12.942 / 10.193,21<br>1,17 %<br>O/N = 12.942 / 1.109.004<br>(nicht definiert) | – |
| 2503 | Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) | 1,09<br>O/E = 9.418 / 8.625,55<br>0,82 %<br>O/N = 9.418 / 1.152.817 | 1,32<br>O/E = 9.984 / 7.570,77<br>0,94 %<br>O/N = 9.984 / 1.062.116<br>(nicht definiert) | – |
| 342000 | 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)* | 7,77 %<br>O = 1.724<br>N = 22.177 | 7,72 %<br>O = 1.770<br>N = 22.926 | – |

* *Transparenzkennzahl*


© IQTIG 2026

Die rechnerischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu *stationären* Operationen liegen deutlich über den Ergebnissen des Vorjahres. Es wurden also mehr nosokomiale Infektionen nach stationären Operationen erfasst. Da basierend auf diesen Ergebnissen kein Stellungnahmeverfahren mehr geführt werden wird, können die Hintergründe nicht genauer analysiert werden. Es ist jedoch ein Hinweis darauf, dass die Messung von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen auch zukünftig relevant ist. Bereits zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2023 ermittelte das IQTIG ein Verbesserungspotenzial von 17,7 % bis 29,1 %. Dies entspricht gemäß der angewandten IQTIG-Methodik einem eher hohen bzw. hohen Verbesserungspotenzial. Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 (Erfassungsjahr 2023) sind von 218 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern 24 als qualitativ auffällig bewertet worden (11,01 %), 88 Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet (40,37 %).

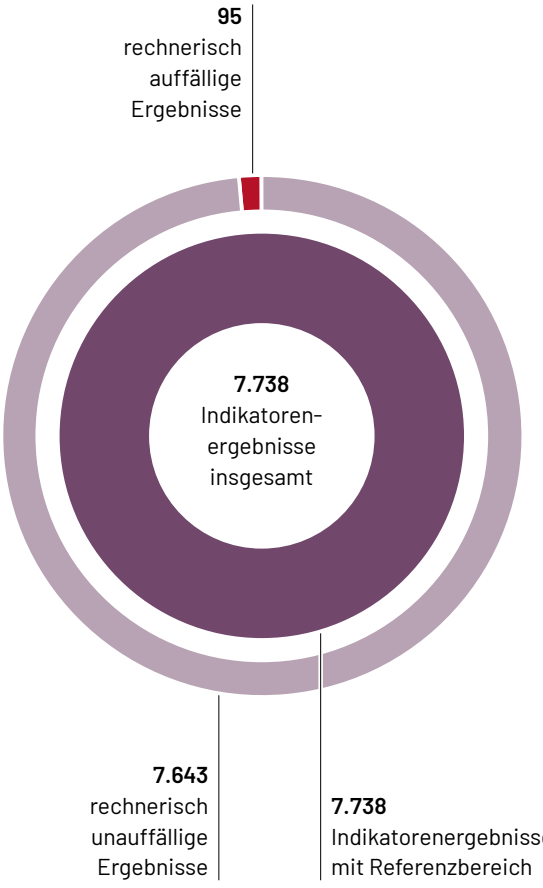
**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *WI-NI-A* und *WI-NI-S***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen – Verfahren in Erprobung (WI-NI-A)** | | | | |
| 1500 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) | 88 / 5.061<br>1,74 % | 10 / 5.061<br>0,20 % | - |
| 1501 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) | 7 / 2.677<br>0,26 % | 1 / 2.677<br>0,04 % | - |
| **Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-S)** | | | | |
| 2500 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) | 55 / 1.117<br>4,92 % | 8 / 1.117<br>0,72 % | - |
| 2501 | Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) | 54 / 1.117<br>4,83 % | 6 / 1.117<br>0,54 % | - |
| 2502 | Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up) | 55 / 1.117<br>4,92 % | 6 / 1.117<br>0,54 % | - |
| 2503 | Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up) | 54 / 1.117<br>4,83 % | 4 / 1.117<br>0,36 % | - |

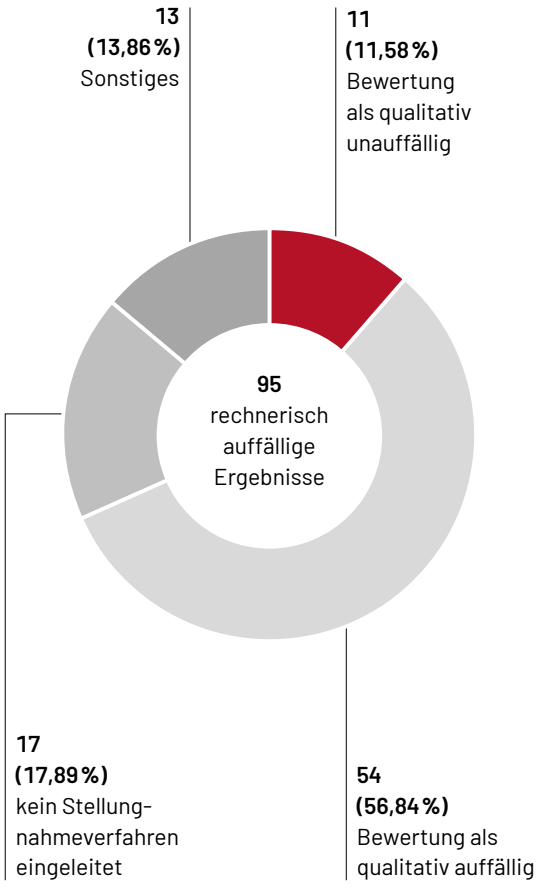
# Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach ambulanten Operationen wurden zum Auswertungsjahr 2025 78 Stellungnahmeverfahren geführt, was 82,11 % aller rechnerischen Auffälligkeiten entspricht. Sämtliche Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich geführt. Insgesamt wurden 11 Indikatorenergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (11,58 %). Es wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 ergriffen.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *WI-NI-A***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *WI-NI-A***

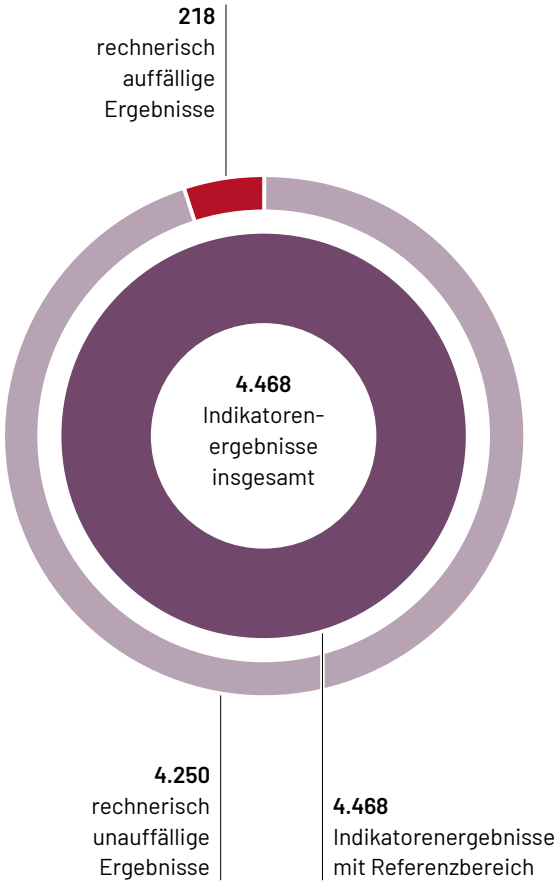




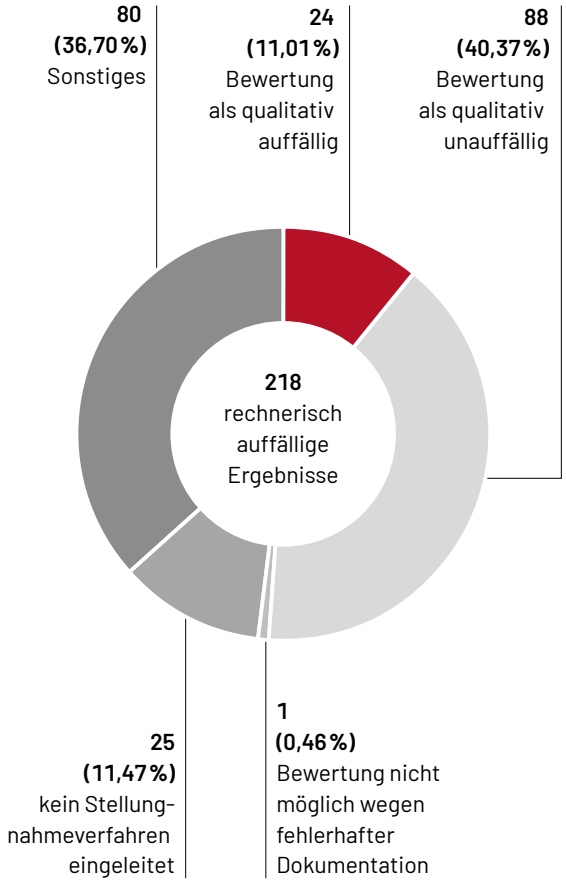
© IQTIG 2026

Zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen nach stationären Operationen wurden 193 Stellungnahmeverfahren geführt, was ca. 88,53 % aller rechnerischen Auffälligkeiten entspricht. Sämtliche Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich geführt. Insgesamt wurden 24 Indikatorenergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (11,01 %). 9-mal wurden Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht ergriffen.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *WI-NI-S***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *WI-NI-S***



# Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
Gesamtes QS-Verfahren

## Ausblick

Der GBA hat am 18. Dezember 2025 die Erprobung des Verfahrens *QS WI* mit der Begründung beendet, dass der Aufwand in einem nicht gerechtfertigten Verhältnis zum Nutzen stehe. Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrags gemäß § 136a Abs. 1 SGB V hält es das IQTIG für geboten, zeitnah die hygienebezogene Qualitätssicherung der Krankenhäuser wiederaufzunehmen. Das IQTIG hat dem GBA daher Vorschläge für ein vereinfachtes Verfahren mit deutlich verbessertem Aufwand-Nutzen-Verhältnis unterbreitet. Kernpunkte dieser Vorschläge sind im Folgenden zusammengefasst.

**Fallbezogene Messung postoperativer Wundinfektionen**

Gemäß dem Vorschlag des IQTIG sollte das künftige Verfahren zunächst ausschließlich stationäre Operationen erfassen, da für den ambulanten Bereich derzeit kein relevantes Verbesserungspotenzial vorliegt. Die Indikatoren sollten sich auf tiefe Wundinfektionen (A2 und A3 gemäß KISS-Definition) konzentrieren, um aussagekräftigere Qualitätsindikatoren und zielgerichtetere Stellungnahmeverfahren zu ermöglichen. Auswertungen könnten durch ausschließliche Betrachtung des stationären Sektors bereits im auf das Erfassungsjahr folgende Jahr bereitgestellt werden. Das Verfahren könnte zudem durch Reduktion auf ein einziges Erfassungsmodul der Sozialdatenspezifikation vereinfacht werden. Außerdem könnten mehr Fachgebiete als bisher mit einbezogen werden, um mehr QS-Dokumentationen für die Qualitätsindikatoren auch wirklich nutzen zu können. Ein zentraler Baustein wäre die Weiterentwicklung der Fallauslösung (QS-Filter): es sollte geprüft werden, ob mithilfe statistischer Modelle die Treffsicherheit der Auslösung erhöht und damit der Dokumentationsaufwand deutlich gesenkt werden könnte.

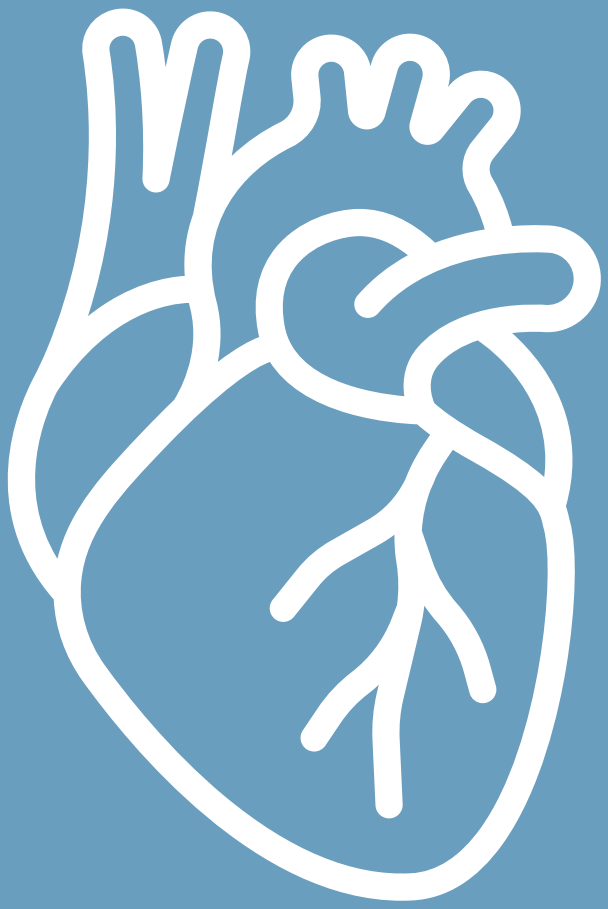
Angesichts der fortschreitenden Ambulantisierung komplexer Eingriffe sollte in einem separaten Konzept geprüft werden, unter welchen Voraussetzungen eine hygienebezogene Qualitätssicherung auch im ambulanten Bereich sinnvoll und umsetzbar wäre.

**Einrichtungsbezogene Messung des Hygiene- und Infektionsmanagements**

Die hygienebezogene Qualität sollte ebenfalls ausschließlich in Einrichtungen gemessen werden, die stationäre Eingriffe abrechnen. Aus den bisherigen 10 Kennzahlen könnten zwei neue Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die ausschließlich auf Hygieneschulungen abzielen. Interne Analysen des IQTIG zeigen, dass Schulungsquoten signifikant negativ mit Infektionsraten korrelieren und die Bundesergebnisse zuletzt sehr niedrig waren (Schulungen zu Antibiotikaresistenz: 33,2/100 Punkte; Hygieneschulungen: 56,7/100 Punkte).


© IQTIG 2026

# Kardiologie und Herzchirurgie



# Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

## Hintergrund

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

Bei einer PCI wird ein Katheter, an dessen Ende ein kleiner Ballon befestigt ist, über einen Führungsdraht bis zur Verengung des Herzkranzgefäßes vorgeschoben. Durch Aufdehnen des Ballons im Bereich der Verengung wird das Gefäß aufgeweitet (Ballondilatation). Um das Ergebnis zu erhalten, wird häufig im Anschluss ein kleines, schlauchförmiges Gittergerüst (Stent) eingesetzt, das das Gefäß offenhält.

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

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-pci*

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

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

Der GBA hat in der DeQS-RL das Verfahren *QS PCI* als erstes sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt, d. h., es werden sowohl ambulant als auch stationär erbrachte Eingriffe qualitätsgesichert. Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

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

**Wichtiges in Kürze:**
QS-Dokumentation und Sozialdaten

- Anstieg übermittelter Datensätze gegenüber dem Vorjahr um 1,83 % auf 777.627 Datensätze
- Vollzähligkeit der Daten für vertragsärztlichen Bereich (90,29 %) verbesserungswürdig
- verbesserte Indikatorenergebnisse bzw. beobachtete Raten für die Mehrzahl der Qualitätsindikatoren
- Indikator „‚Door-to-balloon'-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt": für etwa zwei Drittel der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde eine qualitative Auffälligkeit festgestellt
- Aussetzung des Referenzbereichs im aktuellen Auswertungsjahr für alle risikoadjustierten Follow-up-Indikatoren aufgrund von Hinweisen auf eine möglicherweise unzureichende Risikoadjustierung

**Wichtiges in Kürze:**
Patientenbefragung

- aus Patientensicht im Wesentlichen gleichbleibende Versorgungsqualität gegenüber dem Vorjahr
- gute rechnerische Ergebnisse für den Prozessindikator zur „Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur" und für den Ergebnisindikator zur Vermeidung von „Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle"
- Handlungsbedarf bei der Indikationsstellung bei elektiven Prozeduren; beispielsweise berichten bei der elektiven PCI nur 52,93 % der Patientinnen und Patienten eine für die Indikation angemessene Symptombelastung


© IQTIG 2026

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

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

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

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

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

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

**Datengrundlage *QS PCI***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| **kollektivvertragliche Leistungen** | | | | |
| Datensätze | 70.959 | 68.893 | 76.305 | 90,29 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 259 | 248 | - | - |
| **stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern** | | | | |
| Datensätze | 688.842 | 705.072 | 700.404 | 100,67 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 907 | 886 | - | - |
| **selektivvertragliche Leistungen** | | | | |
| Datensätze | 3.594 | 3.662 | 3.604 | 101,61 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 30 | 30 | - | - |
| **gesamt** | | | | |
| Datensätze | 763.395 | 777.627 | 780.313 | 99,66 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 1.167 | 1.135 | - | - |

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

**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten *QS PCI***

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

**Soll-Ist-Abgleich Patientenbefragung *QS PCI***

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

**Rücklaufquote der Patientenbefragung *QS PCI***

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

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

**QS-Dokumentation und Sozialdaten**

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

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

Der Qualitätsindikator 56003 überprüft die Prozessqualität im Rahmen der Notfallbehandlung von Herzinfarkten (ST-Hebungsinfarkten bzw. STEMI), indem die Zeit zwischen der Krankenhausaufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit akutem Herzinfarkt und der Notfall-PCI (bzw. dem Öffnen des Ballons) gemessen wird. Als Zielwert gilt eine Zeit von weniger als 60 Minuten („Door-to-balloon"-Zeit). Über die letzten Jahre hat sich das Bundesergebnis kontinuierlich verbessert. Auch im Auswertungsjahr 2026 setzt sich dieser Trend fort. So ist das Bundes-


© IQTIG 2026

ergebnis von 81,10 % auf 82,45 % gestiegen. Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings auch, dass knapp jede 5. Patientin bzw. jeder 5. Patient (4.645 von 26.466 Patientinnen und Patienten) mit einem Herzinfarkt nicht innerhalb eines Zeitfensters von 60 Minuten die entsprechende Notfallversorgung erhalten hat. Jedoch können auch fallspezifische Besonderheiten zu einer Überschreitung der festgelegten „Door-to-balloon"-Zeit (< 60 Minuten) geführt haben. Inwieweit dies zutrifft, wird für die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geprüft. Dabei ist hervorzuheben, dass der Indikator im Stellungnahmeverfahren zum letzten Auswertungsjahr mit 65,22 % (30 von 46 Leistungserbringern) den höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten) innerhalb des Verfahrens *QS PCI* aufweist. Gemessen an der Gesamtzahl aller in den Indikator eingeschlossenen Leistungserbringer wurde für 4,42 % der Leistungserbringer ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Damit leistet dieser Indikator einen wichtigen Beitrag zur Förderung einer besseren Herzinfarktversorgung in den deutschen Krankenhäusern, indem Maßnahmen vereinbart werden (z. B. Implementierung von Behandlungspfaden, Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien, Durchführung von Audits), die zur Erreichung des Qualitätsziels („Möglichst niedrige ‚Door-to-balloon'-Zeit") beitragen.

Für die 3 Qualitätsindikatoren, die das Auftreten schwerer Komplikationen und Ereignisse (*major adverse cardiac and cerebrovascular events*; MACCE) wie Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall/Mini-Schlaganfall, erneute PCI am selben Gefäß oder aortokoronare Bypass-Operation (*coronary artery bypass grafting*; CABG) überprüfen, zeigen sich leicht verbesserte beobachtete Raten (ID 56018: 1,49 %; ID 56020: 2,75 %; ID 56022: 10,45 %). Dennoch ergibt sich – wie auch in den Vorjahren – weiterhin das Problem, dass Hinweise auf eine möglicherweise eingeschränkte Risikoadjustierung vorliegen. Diese stützen sich auf die in der Bundesauswertung dargestellten Vergleiche zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser – stationär, Krankenhäuser – ambulant, Belegärztinnen und -ärzte, Vertragsärztinnen und -ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) und zeigen für einige risikoadjustierte Qualitätsindikatoren deutliche, teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass – trotz Risikoadjustierung – einige Unterschiede in den Patientenkollektiven bislang noch unberücksichtigt bleiben. Auch wenn bereits einige Anpassungen an den Risikomodellen vorgenommen wurden, ist es bislang noch nicht gelungen, die Modelle so zu gestalten, dass alle Bedenken zur Plausibilität der Ergebnisunterschiede ausgeräumt sind. Vor diesem Hintergrund wird weiter intensiv nach relevanten Einflussfaktoren und Lösungsmöglichkeiten gesucht. Da die vorliegenden Limitationen darauf schließen lassen, dass die Risikoadjustierung derzeit nicht angemessen ist, wurde der Referenzbereich für alle risikoadjustierten Ergebnisindikatoren (IDs 56012, 56018, 56020, 56022 und 56024) zum Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt. Somit finden in diesem Jahr für diese Indikatoren auch keine Stellungnahmeverfahren statt.

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

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

Sowohl bei der Patientenbefragung („Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie"; ID 56101) als auch bei der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer („Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)"; ID 56000) wird über jeweils einen Qualitätsindikator die Güte der Indikationsstellung zur elektiven Koronarangiografie erfasst. Anhand beider

Indikatoren zeigt sich, dass die Qualität der Indikationsstellung verbesserungswürdig ist, auch wenn die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen. Vor diesem Hintergrund werden die Indikatoren im Folgenden zunächst mit Blick auf das jeweils zugrunde liegende Qualitätsziel und die Definition der Grundgesamtheit und der Berechnungsweise betrachtet. Anschließend wird eine Einordnung der Ergebnisse vorgenommen.

*Qualitätsziel*

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

*Hintergrund*

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

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

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

*Bewertung der Ergebnisse*

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

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


© IQTIG 2026

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS PCI* (QS-Dokumentation und Sozialdaten)

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 56000 | Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) | 71,97 %<br>O = 232.655<br>N = 323.283 | 73,46 %<br>O = 238.682<br>N = 324.932<br>(nicht definiert) | – |
| 56003 | „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt | 81,10 %<br>O = 23.370<br>N = 28.816 | 82,45 %<br>O = 21.821<br>N = 26.466<br>(≥ 75,00 %) | ● |
| 56012 | Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen | -<br>O/E = - / -<br>-<br>O/N = - / - | 1,09*<br>O/E = 5.825 / 5.354,13<br>0,76 %<br>O/N = 5.825 / 766.858<br>(nicht definiert) | – |
| 56014 | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt | 95,34 %<br>O = 112.653<br>N = 118.157 | 95,68 %<br>O = 111.061<br>N = 116.074<br>(≥ 94,80 %; 5. Perzentil) | ● |
| Gruppe: | MACCE | | | |
| 56018 | MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie | 1,03*<br>O/E = 6.625 / 6.404,12<br>1,52 %<br>O/N = 6.625 / 435.262 | 1,04*<br>O/E = 6.609 / 6.371,63<br>1,49 %<br>O/N = 6.609 / 443.183<br>(nicht definiert) | – |
| 56020 | MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI | 1,01*<br>O/E = 7.241 / 7.192,51<br>2,82 %<br>O/N = 7.241 / 256.434 | 0,99*<br>O/E = 7.235 / 7.275,26<br>2,75 %<br>O/N = 7.235 / 262.770<br>(nicht definiert) | – |
| 56022 | MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt | 1,03*<br>O/E = 4.978 / 4.848,25<br>11,38 %<br>O/N = 4.978 / 43.728 | 0,96*<br>O/E = 4.506 / 4.670,76<br>10,45 %<br>O/N = 4.506 / 43.140<br>(nicht definiert) | – |
| Gruppe: | Sterblichkeit bei PCI | | | |
| 56024 | 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) | 1,02*<br>O/E = 4.183 / 4.117,67<br>1,77 %<br>O/N = 4.183 / 236.918 | 1,00*<br>O/E = 4.057 / 4.052,29<br>1,68 %<br>O/N = 4.057 / 241.189<br>(nicht definiert) | – |
| 56026 | 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)** | 1,00<br>O/E = 13.155 / 13.118,56<br>5,65 %<br>O/N = 13.155 / 232.722 | 1,06<br>O/E = 13.530 / 12.824,06<br>5,71 %<br>O/N = 13.530 / 237.117 | – |

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

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS PCI* (QS-Dokumentation)**

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 56003 | „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt | 46 / 679<br>6,77 % | 30 / 679<br>4,42 % | 27 / 661<br>4,08 % |
| 56014 | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt | 36 / 710<br>5,07 % | 2 / 710<br>0,28 % | 40 / 801<br>4,99 % |

**Patientenbefragung**

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

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

Die Ergebnisse der Patientenbefragung bleiben im Auswertungsjahr 2026 gegenüber dem Vorjahr weitgehend stabil. Bestimmte Aspekte der Versorgungsqualität werden von den Patientinnen und Patienten weiterhin als sehr positiv bewertet. Mit Blick auf die Prozessqualität trifft das besonders auf die Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur (ID 56110) und auf das Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI (ID 56114) zu. Nicht gut bewertet wurde dagegen die Vergabe von Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI (ID 56113). Bei der Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI (ID 56112) fielen die Ergebnisse je nach Merkmal des Indikators gemischt aus: Gut bewertet wurden die Informationen zur Dauer der Medikamenteneinnahme und zur Art und Dosierung, nicht gut hingegen die Informationen über mögliche Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten sowie zum Verhalten bei einer Therapieunterbrechung. Mit Blick auf die Ergebnisqualität wird von den meisten Patientinnen und Patienten positiv zurückgemeldet, dass es keine Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle (ID 56116) gab.

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

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

*Qualitätsziel*

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

*Hintergrund*

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


© IQTIG 2026

*Bewertung der Ergebnisse*

Der Qualitätsindikator erzielt im Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 wie in den Vorjahren einen positiven Wert knapp oberhalb von 90 Punkten. Hier zeigt sich eine insgesamt gute Versorgungsqualität mit Spielraum für Verbesserungen. Vor allem die Frage, ob ihnen während der Prozedur erklärt wurde, was passiert, z. B. was die Ärztin oder der Arzt gerade tut, wurde von 11,44 % der Patientinnen und Patienten mit „nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte" beantwortet. Hier besteht ein Handlungsspielraum für Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten während der Prozedur besser zu informieren.

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *QS PCI* (Patientenbefragung)**

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 56100 | Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI | 1,14* (rohes Bundesergebnis: 60,05 Punkte) n = 14.612 | 1,08* (rohes Bundesergebnis: 58,55 Punkte) n = 14.246 (≥ 1,08; Mittelwert) | ● |
| 56101 | Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie | 1,07* (rohes Bundesergebnis: 55,49 Punkte) n = 33.998 | 1,03* (rohes Bundesergebnis: 54,43 Punkte) n = 32.509 (≥ 1,03; Mittelwert) | ● |
| 56102 | Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur | 88,21 Punkte n = 30.816 | 87,26 Punkte n = 29.814 (nicht definiert) | – |
| 56103 | Prozessbegleitende Koordination der Versorgung | 89,18 Punkte n = 71.106 | 89,56 Punkte n = 68.622 (≥ 89,56 Punkte; Mittelwert) | ● |
| 56104 | Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals | 86,68 Punkte n = 71.106 | 86,70 Punkte n = 68.622 (≥ 86,70 Punkte; Mittelwert) | ● |
| 56105 | Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte | 85,11 Punkte n = 71.106 | 85,17 Punkte n = 68.622 (≥ 85,17 Punkte; Mittelwert) | ● |
| 56106 | Patienteninformation vor der elektiven Prozedur | 75,09 Punkte n = 48.610 | 74,83 Punkte n = 46.755 (≥ 80,00 Punkte) | ● |
| 56107 | Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur | 89,65 Punkte n = 40.832 | 89,72 Punkte n = 39.539 (≥ 90,00 Punkte) | ● |
| 56108 | Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten | 80,49 Punkte n = 48.610 | 80,59 Punkte n = 46.755 (≥ 80,00 Punkte) | ● |
| 56109 | Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur | 84,20 Punkte n = 48.610 | 84,02 Punkte n = 46.755 (≥ 84,02 Punkte; Mittelwert) | ● |
| 56110 | Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur | 91,25 Punkte n = 18.189 | 90,83 Punkte n = 17.366 (≥ 90,83 Punkte; Mittelwert) | ● |
| 56111 | Patienteninformation nach der Prozedur | 79,82 Punkte n = 71.106 | 79,57 Punkte n = 68.622 (≥ 80,00 Punkte) | ● |

* *Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als positiv zu werten sind.*

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *QS PCI* (Patientenbefragung)

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 56112 | Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI | 61,62 Punkte n = 21.614 | 60,98 Punkte n = 20.896 (≥ 70,00 Punkte) | ● |
| 56113 | Informationen zu Rehabilitations-möglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI | 49,10 Punkte n = 11.015 | 55,66 Punkte n = 10.585 (≥ 50,00 Punkte) | ● |
| 56114 | Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI | 91,88 Punkte n = 7.947 | 91,82 Punkte n = 7.651 (≥ 95,00 Punkte) | ● |
| 56115 | Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung | 78,26 Punkte n = 71.106 | 78,04 Punkte n = 68.622 (≥ 78,04 Punkte; Mittelwert) | ● |
| 56116 | Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle | 93,53 Punkte n = 71.106 | 93,69 Punkte n = 68.622 (≥ 93,69 Punkte; Mittelwert) | ● |
| 56117 | Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur | 1,03* (rohes Bundesergebnis: 85,10 Punkte) n = 48.610 | 1,05* (rohes Bundesergebnis: 85,33 Punkte) n = 46.755 (≥ 1,05; Mittelwert) | ● |
| 56118 | Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI | 1,03* (rohes Bundesergebnis: 52,08 Punkte) n = 14.612 | 1,04* (rohes Bundesergebnis: 51,52 Punkte) n = 14.246 (≥ 1,04; Mittelwert) | ● |

* *Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort Werte > 1 als positiv zu werten sind.*

### Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS PCI* (Patientenbefragung)

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 rechnerische Auffälligkeiten | AJ 2026 rechnerische Auffälligkeiten |
|---|---|---|---|
| 56100 | Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI | 44 / 709 6,21 % | 49 / 722 6,79 % |
| 56101 | Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie | 48 / 847 5,67 % | 51 / 845 6,04 % |
| 56103 | Prozessbegleitende Koordination der Versorgung | 117 / 894 13,09 % | 135 / 896 15,07 % |
| 56104 | Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals | 214 / 894 23,94 % | 199 / 896 22,21 % |
| 56105 | Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte | 273 / 894 30,54 % | 266 / 896 29,69 % |
| 56106 | Patienteninformation vor der elektiven Prozedur | 224 / 858 26,11 % | 508 / 857 59,28 % |
| 56107 | Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur | 56 / 852 6,57 % | 47 / 850 5,53 % |
| 56108 | Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten | 123 / 858 14,34 % | 102 / 857 11,90 % |


© IQTIG 2026

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS PCI* (Patientenbefragung)**

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025<br>rechnerische Auffälligkeiten | AJ 2026<br>rechnerische Auffälligkeiten |
|---|---|---|---|
| 56109 | Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur | 165 / 858<br>19,23 % | 154 / 857<br>17,97 % |
| 56110 | Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur | 71 / 806<br>8,81 % | 79 / 805<br>9,81 % |
| 56111 | Patienteninformation nach der Prozedur | 161 / 894<br>18,01 % | 178 / 896<br>19,87 % |
| 56112 | Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI | 126 / 749<br>16,82 % | 454 / 753<br>60,29 % |
| 56113 | Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI | 74 / 635<br>11,65 % | 32 / 621<br>5,15 % |
| 56114 | Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI | 7 / 659<br>1,06 % | 15 / 668<br>2,25 % |
| 56115 | Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung | 88 / 894<br>9,84 % | 98 / 896<br>10,94 % |
| 56116 | Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle | 15 / 894<br>1,68 % | 27 / 896<br>3,01 % |
| 56117 | Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur | 114 / 858<br>13,29 % | 115 / 857<br>13,42 % |
| 56118 | Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI | 33 / 709<br>4,65 % | 43 / 722<br>5,96 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

**QS-Dokumentation und Sozialdaten**

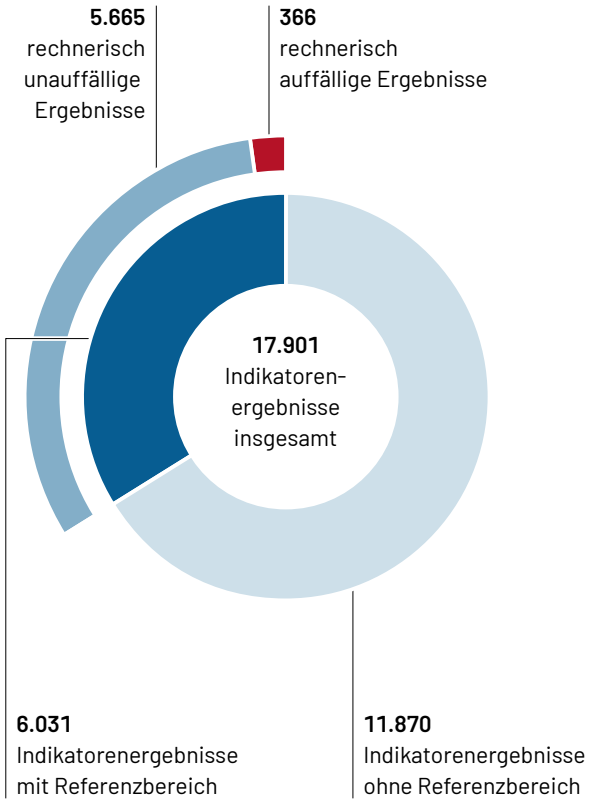
In das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden insgesamt 7 der 19 dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren einbezogen. Die Anzahl der Indikatorergebnisse entspricht in etwa dem Vorjahreswert, wenngleich sich die Anzahl der Indikatorergebnisse mit Referenzbereich nochmals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

Die Stellungnahmeverfahren wurden dabei ausschließlich schriftlich durchgeführt. Nur für wenige rechnerisch auffällige Ergebnisse (n = 21 bzw. 5,74 %) wurde auf die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens verzichtet. Im Vorjahr betrug der Anteil noch 19,48 %. Die recht hohe Zahl nicht durchgeführter Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2024, trotz rechnerischer Auffälligkeit, ist vor allem auf die sozialdatenbasierten (risikoadjustierten) Follow-up-Indikatoren zurückzuführen. Vonseiten der LAG wurde dies u. a. damit begründet, dass den

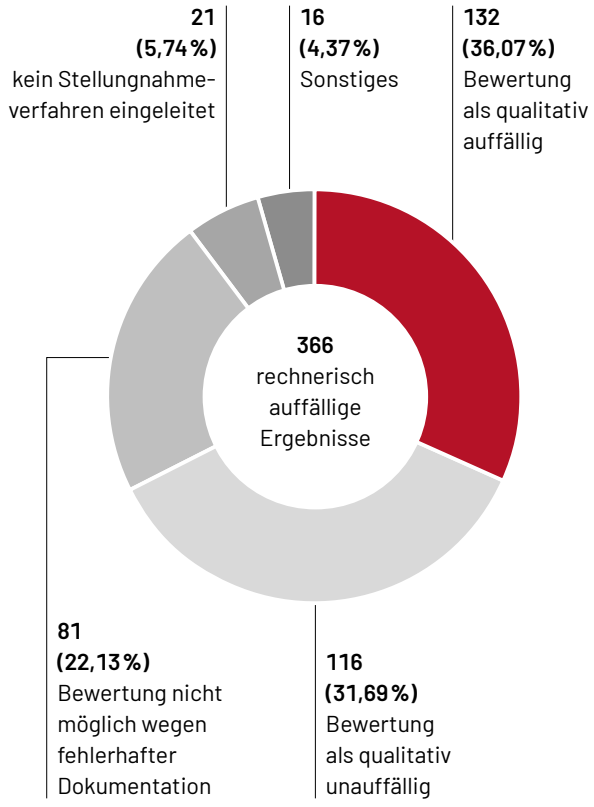
Leistungserbringern nicht alle relevanten Informationen zu Follow-up-Datensätzen bereitgestellt wurden (Art der Komplikation, Zeitpunkt etc.), sodass die betreffenden Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis zur internen Analyse des Ergebnisses erhalten haben. Da für diese Indikatoren im Auswertungsjahr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

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

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *QS PCI***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *QS PCI***





© IQTIG 2026

Bei einem ähnlich hohen Anteil rechnerisch auffälliger Ergebnisse wie im Vorjahr wurde von einer Bewertung wegen einer fehlerhaften Dokumentation abgesehen. Insgesamt zeigte sich dabei für 81 Ergebnisse eine fehlerhafte Dokumentation. Die meisten Bewertungen verteilen sich hierbei auf die Indikatoren „Dosis-Flächen-Produkt unbekannt" (ID 56008, n = 49), „‚Door'-Zeitpunkt oder ‚Balloon'-Zeitpunkt unbekannt" (ID 56004, n = 15) und „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels" (ID 56014, n = 12). Anzumerken ist, dass ab dem Auswertungsjahr 2026 der Indikator „Dosis-Flächen-Produkt unbekannt" (ID 56008) nicht mehr in der Auswertung enthalten ist, da die Gruppe „Dosis-Flächen-Produkt" (IDs 56005–56008) abgeschafft wurde und der Indikator „‚Door'-Zeitpunkt oder ‚Balloon'-Zeitpunkt unbekannt" (ID 56004) in ein Auffälligkeitskriterium (ID 852302) überführt wurde.

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

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

**Patientenbefragung**

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

## Ausblick

**QS-Dokumentation und Sozialdaten**

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

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

Für den Indikator 56000, der die Indikationsstellung zur elektiven Koronarangiografie adressiert, ließ sich zum Erfassungsjahr 2026 die Validität verbessern. Außerdem wurde ein neuer Indikator zur Überprüfung der Indikationsstellung für die elektive PCI einge-

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

Da sich aus den Stellungnahmeverfahren regelmäßig Hinweise auf Dokumentationsfehler ergeben und für das Verfahren *QS PCI* bislang keine fundierten Hinweise über die Dokumentationsqualität vorliegen, wäre die Durchführung einer Datenvalidierung in Form eines systematischen Abgleichs zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation eine wichtige Maßnahme für die Zukunft. Hierzu wäre es erforderlich, dass zunächst der GBA eine entsprechende Regelung beschließt, die einen Datenabgleich möglich macht. Auch aus den Reihen des Expertengremiums auf Bundesebene wird die Durchführung einer Datenvalidierung ausdrücklich gefordert.



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

**Patientenbefragung**

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


© IQTIG 2026

# Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren

## Hintergrund

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-hsmdef*

In das Verfahren *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren* (*QS HSMDEF*) gehen Implantationen von Herzschrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren oder CRT-Systemen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren ein. Des Weiteren sind auch Folgeeingriffe wie Revisionen, Systemwechsel oder komplette Explantationen des Systems Gegenstand des Verfahrens.

Die Eingriffe im Rahmen der Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren sind den folgenden vier Erfassungs- und Auswertungsmodulen zugeordnet:

- ***Herzschrittmacher-Implantation* (zugehöriges Erfassungsmodul: 09/1; Auswertungsmodul: *HSM-IMPL*):** Es werden vor allem Erstimplantationen von Herzschrittmachern, d. h. das erstmalige Einsetzen eines solchen Rhythmusimplantats, betrachtet. Aber auch Systemumstellungen von einem implantierbaren Defibrillator auf ein Herzschrittmachersystem sowie von einem Herzschrittmacher (Ein- oder Zweikammersystem) auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-P) müssen im Modul *Herzschrittmacher-Implantation* dokumentiert werden.
- ***Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* (zugehöriges Erfassungsmodul: 09/3; Auswertungsmodul: *HSM-REV*):** Alle Folgeeingriffe (d. h. Revisionen aufgrund von Komplikationen, Explantationen des Schrittmachers sowie Systemumstellungen zwischen Herzschrittmachersystemen) werden im Modul *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* erfasst.
- ***Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* (zugehöriges Erfassungsmodul: 09/4; Auswertungsmodul: *DEFI-IMPL*):** Erstimplantationen von ICD-Systemen werden im Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* betrachtet; darunter fallen auch Systemupgrades von einem Herzschrittmachersystem auf ein Defibrillatorsystem.
- ***Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* (zugehöriges Erfassungsmodul: 09/6; Auswertungsmodul: *DEFI-REV*):** Alle Folgeeingriffe – d. h. Revisionen aufgrund von Komplikationen, Explantationen des Defibrillators sowie Systemumstellungen zwischen Defibrillatorsystemen einschließlich der Umstellungen von einem Defibrillator (Einkammer- oder Zweikammersystem) auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-D-System) – sind schließlich dem Modul *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* zugeordnet.

### Wichtiges in Kürze

- ambulante Eingriffe sind inzwischen sowohl bei Herzschrittmachern als auch bei implantierbaren Defibrillatoren möglich
- Bundesergebnisse deuten auf recht stabiles und überwiegend gutes Versorgungsniveau
- letztmalig durchgeführtes Stellungnahmeverfahren zu den Indikatoren des Strahlenschutzes zeigt weiterhin Defizite in diesem Bereich
- Ausblick: ab 2026 sind Leistungen der Defibrillatorenversorgung Bestandteil des Hybrid-DRG-Katalogs; Oktober 2024 Beauftragung für Prüfung der Weiterentwicklung des Verfahrens *QS HSMDEF* zu einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren

**Herzschrittmacherversorgung**

Ein zu langsamer Herzschlag (bradykarde Herzrhythmusstörung) kann das Einsetzen (Implantation) eines Herzschrittmachers erfordern. Um zu prüfen, ob nur diejenigen Patientinnen und Patienten einen Herzschrittmacher eingesetzt bekommen, die ihn laut Empfehlung der Leitlinie benötigen, ist eine sorgfältige Diagnostik im Vorfeld des Eingriffs notwendig. So kann ausgeschlossen werden, dass die bradykarde Herzrhythmusstörung auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Mit dem Einsatz dieses elektrischen „Taktgebers" wird das Ziel verfolgt, krankheitstypische Beschwerden der Patientinnen und Patienten, die bis zu Episoden von Bewusstlosigkeit reichen können, zu mindern. Bei bestimmten Formen bradykarder Herzrhythmusstörungen verlängert ein Herzschrittmacher die Lebenserwartung. Auch eine fortgeschrittene Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz), bei der beide Herzkammern oder verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten, kann mittels elektrischer Stimulation durch ein Rhythmusimplantat behandelt werden (kardiale Resynchronisationstherapie, *cardiac resynchronization therapy*, CRT). In Deutschland werden derzeit (Erfassungsjahr 2025) rund 80.000 Herzschrittmacher-Implantationen durchgeführt.

Die Implantation eines im Körper verbleibenden Herzschrittmachers stellt einen operativen Eingriff dar, der mit Risiken verbunden ist, weshalb eine sorgfältige Diagnostik und Indikationsstellung vor Durchführung eines solchen Eingriffs unerlässlich ist. Zugleich hängen die optimale Funktionsfähigkeit sowie die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen von der Wahl der für die Patientin oder den Patienten geeigneten Systemart ab. Aus diesen Gründen enthält das Indikatorenset des Verfahrens *QS HSMDEF* Indikatoren, die messen, ob die Indikationsstellung und die Wahl des Schrittmachersystems leitlinienkonform und somit gemäß den aktuellen wissenschaftlichen Standards erfolgt sind.

Ein Herzschrittmacher besteht aus einem Aggregat, das Elektronik und Batterie in einem Gehäuse vereint, sowie einer oder mehreren Sonden. Eine Ausnahme stellen sondenlose Schrittmacher (*Leadless Pacemaker*) dar, die als mögliche Alternative zur Verfügung stehen. Eine Sonde dient einerseits als „Antenne" des Schrittmachers zum Monitoring des Herzschlags. Andererseits übertragen die Sonden, sofern notwendig, die Stimulationsimpulse des Herzschrittmachers an den Herzmuskel. Wenn sich die Batterie nach einigen Jahren erschöpft, erfolgt ein Aggregatwechsel – darunter wird die Entfernung (Explantation) des alten und das Einsetzen (Implantation) eines neuen Aggregats verstanden. Folgeeingriffe können jedoch auch notwendig werden, wenn das Herzschrittmachersystem aufgrund von Komplikationen ersetzt werden muss (z. B. bei Sondenproblemen, Aggregatdefekten oder Infektionen) oder wenn keine Notwendigkeit mehr für einen Herzschrittmacher besteht und das System explantiert werden muss bzw. wenn die Indikation für ein anderes Herzschrittmachersystem gestellt wurde und das System ausgetauscht werden muss. In Deutschland erfolgen derzeit (Erfassungsjahr 2025) rund 9.000 Revisionen/Systemwechsel.

Die meisten Ergebnisindikatoren des Verfahrens messen, wie häufig während oder nach den Herzschrittmachereingriffen Komplikationen auftreten. Einige dieser Indikatoren erfassen ausschließlich Komplikationen, die während des Krankenhausaufenthaltes auftreten, während andere Komplikationen erfassen, die nach der Entlassung aufgetreten sind und zu einem weiteren Krankenhausaufenthalt geführt haben (Follow-up-Indikatoren). Während der Implantation der Sonden des Herzschrittmachers werden Werte zur Reizschwelle und zur Signalamplitude gemessen. Es ist wichtig, dass diese innerhalb eines akzeptablen Bereichs liegen, da eine zu hohe Reizschwelle dazu führen kann, dass der Batterieverbrauch zu hoch ist und deshalb das Aggregat frühzeitig gewechselt werden muss. Eine zu niedrige Signalamplitude beeinträchtigt wiederum die Funktionsfähigkeit des Schrittmachers, da dieser dann den Eigenrhythmus des Herzens nicht richtig erkennt und ggf. zum falschen Zeitpunkt stimuliert. Todesfälle, die im Zusammenhang mit dem Herzschrittmachereingriff stehen, treten relativ selten auf und gehen in die Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus" ein.

**Versorgung mit implantierbaren Defibrillatoren**

Der plötzliche Herztod gehört zu den häufigsten Todesursachen in den westlichen Industrienationen. Bei den meisten Betroffenen sind dafür Erkrankungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit, KHK) oder des Herzmuskels (Kardiomyopathie) ursächlich, die lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen (Arrhythmien) zur Folge haben können. Bei einem zu langsamen Herzschlag aufgrund von Störungen der Reizbildung oder Reizleitung kann die Implantation eines Herzschrittmachers empfehlenswert sein. Lebensbedrohliche Rhythmusstörungen der Herzkammern mit einem zu schnellen Herzschlag, d. h. einer zu hohen Herzfrequenz (Kammertachykardien, Kammerflattern, Kammerflimmern), können nicht mit einem Herzschrittmacher behandelt werden. In solchen Fällen kommt ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (*implantable cardioverter-defibrillator*, ICD) zum Einsatz, der in der Regel zusätzlich auch alle Funktionen eines Herzschrittmachers beinhaltet. In Deutschland werden jährlich rund 20.000 Kardioverter-Defibrillatoren implantiert.

Ähnlich wie ein Herzschrittmacher besteht ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator aus einem Aggregat, das Elektronik (Mikrocomputer) und Batterie in einem Gehäuse vereint und über Sonden mit dem Herzen verbunden ist. Nach einigen Jahren ist auch hier die Batterie erschöpft und es erfolgt ein Aggregatwechsel – darunter wird die Entfernung (Explantation) des alten und das Einsetzen (Implan-


© IQTIG 2026

tation) eines neuen Aggregats verstanden. Kommt es zu Komplikationen wie beispielsweise Fehlfunktionen oder Sondenbrüchen, ist es notwendig, den Defibrillator zu ersetzen und ggf. ebenfalls die Sonden auszutauschen bzw. neu zu platzieren oder zusätzliche Elektroden einzusetzen. Eine vollständige Entfernung des ICD ist eher selten und wird nur in Ausnahmefällen durchgeführt, beispielsweise, wenn keine Notwendigkeit mehr für das Aggregat besteht, oder bei schwerwiegenden Komplikationen wie Infektionen. In Deutschland erfolgen jährlich rund 7.000 Revisionen/Systemwechsel.

Das Indikatorenset der Auswertungsmodule zur Defibrillatorversorgung gleicht dem Indikatorenset zu Herzschrittmachereingriffen – die Qualitätsindikatoren dieser Module beziehen sich auf die gleichen Qualitätsmerkmale.

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Das Indikatorenset des Verfahrens *QS HSMDEF* soll die Qualität der Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren für den stationären Sektor transparent machen. Zu diesem Zweck beinhaltet das Set in seinen vier Auswertungsmodulen insgesamt 20 Indikatoren und 2 Kennzahlen, die auf der fallbezogenen QS-Dokumentation basieren.

Bei der Erstimplantation eines Schrittmachers oder eines Defibrillators sollte eine leitlinienkonforme Indikation für eine Schrittmacher-/Defibrillator-Implantation bestehen und für die Patientin oder den Patienten das am besten geeignete System ausgewählt werden. Daher beinhaltet das Verfahren *QS HSMDEF* sowohl Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation als auch zur Systemwahl (IDs 101803, 50055, 54140 und 50005). Des Weiteren sollte bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern möglichst oft die Wahl eines Zweikammer-Herzschrittmachers erfolgen, da die Implantation eines Herzschrittmachers mit ausschließlich rechtsventrikulärer Stimulation (Einkammersystem) bei dieser Patientengruppe nur in sehr wenigen Ausnahmefällen leitliniengerecht ist (ID 54143).

Die Qualität der Herzschrittmacher- und Defibrillatorenversorgung zeigt sich an relevanten Parametern wie dem Erreichen akzeptabler Reizschwellen und Signalamplituden (IDs 52305 und 52316).

Komplikationen, die einen erneuten Eingriff unmittelbar nach der Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators erfordern (interventionspflichtige Komplikationen), werden mit den nachfolgenden Indikatoren abgebildet. Dabei wird bei den Indikatoren zu Komplikationen, die während oder nach dem Eingriff auftreten (peri- und postoperative Komplikationen) unterschieden, ob die Sonden verrutscht sind, nicht mehr ordnungsgemäß funktionieren (Dislokation oder Dysfunktion) oder es zu nicht sondenbedingten Komplikationen gekommen ist. Dazu zählen beispielsweise Entzündungen, Herz-Lungen-Wiederbelebung, Pneumothorax, Hämatothorax, Perikarderguss und Taschenhämatom (IDs 101801, 131802, 52311, 52325 und 151800). Die Überprüfung, ob es innerhalb eines Jahres nach der Implantation eines Herzschrittmachers/Defibrillators zu einem vermeidbaren Folgeeingriff gekommen ist, erfolgt über vier Follow-up-Indikatoren (IDs 2194, 132001, 2195 und 132002). Die Indikatoren zur Sondendislokation oder -dysfunktion sowie die Follow-up-Indikatoren sind risikoadjustiert und werden als Rate der beobachteten zu den erwarteten Fällen ausgegeben (O/E).

Bei Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Einschränkung der Pumpfunktion, bei der beide Herzkammern bzw. verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten, kann eine kardiale Resynchronisationstherapie durch Einsatz eines CRT-Systems zur Anwendung kommen. Hierbei kommt es vor, dass bei einem relevanten Anteil aller CRT-Implantationen eine erfolgreiche Implantation der linksventrikulären Sonde nicht gelingt und diese somit auch bei Entlassung der Patientin bzw. des Patienten aus dem Krankenhaus nicht aktiv ist. Dieses Versorgungsdefizit wird im Verfahren *QS HSMDEF* über den Indikator 132003 adressiert.

Patientinnen und Patienten mit einem Herzschrittmacher / einem Defibrillator versterben sehr selten nach der Implantation. Wenn es zu Todesfällen kommt, hängen diese meist mit den Grunderkrankungen oder anderen Begleiterkrankungen zusammen. Die entsprechenden Indikatoren sind risikoadjustiert und werden als Rate der beobachteten zu den erwarteten Todesfällen ausgegeben (O/E), um die unterschiedlichen Risiken im jeweiligen Patientenkollektiv der Krankenhäuser angemessen zu berücksichtigen (IDs 51191, 51404 und 51196).

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Wie bereits in den vergangenen Jahren wurde mit einem Rückgang der stationär erbrachten Eingriffe gerechnet, da der AOP-Katalog seit 2023 gültig ist und auch Aggregatwechsel sowie einige weitere Folgeeingriffe an Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren sowie elektive Herzschrittmacher-Implantationen beinhaltet. Das Verfahren *QS HSMDEF* erfasst im Erfassungsjahr 2025 die stationäre Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren, sodass ein Rückgang der Basisdatensätze zu erwarten gewesen wäre. In der Datengrundlage zum Auswertungsjahr 2026 zeigt sich bisher aber nur bedingt eine Verlagerung der kardiologischen Eingriffe in den ambulanten Bereich. Werden die Datensätze der Auswertungsjahre 2025 und 2026 miteinander verglichen, ist in keinem der vier Auswertungsmodule ein adäquater Fallzahlenrückgang zu verzeichnen. Für das Modul *HSM-IMPL* ist, wie bereits im Vorjahr, erneut ein Fallzahlanstieg von 6 Prozentpunkten zu verzeichnen (AJ 2025: +2,55 %). Somit kann in diesem Modul das „stärkste Fallzahlenjahr" seit Datenerfassung in dem QS-Verfahren hervorgehoben werden. Das Expertengremium auf Bundesebene vermutet, dass die hohe Fallzahl auf die vermehrte Implantation komplexer Systeme zurückgeführt werden kann, die einer stationären Behandlung bedürfen. Des Weiteren begründen sie den Fallzahlenanstieg im Zusammenhang mit der „Babyboomer-Generation", da ca. 41 % des Implantationsvolumens die Altersgruppe 60 bis 80 Jahre betrifft. Der ausbleibende Anstieg bei den Defibrillator-Implantationen kann auf die reduzierte Leitlinienempfehlung bezüglich dieser Eingriffe zurückgeführt werden.

**Datengrundlage *QS HSMDEF***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| **Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)** | | | | |
| Datensätze | 77.350 | 80.250 | 80.085 | 100,21 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 881 | 841 | - | - |
| **Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV)** | | | | |
| Datensätze | 8.740 | 8.757 | 8.742 | 100,17 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 743 | 720 | - | - |
| **Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)** | | | | |
| Datensätze | 20.964 | 20.864 | 20.874 | 99,95 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 689 | 669 | - | - |
| **Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (HSMDEF-DEFI-REV)** | | | | |
| Datensätze | 7.089 | 6.927 | 6.930 | 99,96 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 567 | 555 | - | - |


© IQTIG 2026

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen im Auswertungsjahr 2026 deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren hin; zugleich wurden bei einigen Leistungserbringern jedoch auch einzelne Probleme hinsichtlich der Versorgungsqualität identifiziert. Die Bundesergebnisse und die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren der meisten Qualitätsindikatoren haben sich zum Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert, auch wenn bestimmte Indikatoren wiederum bedeutsame Veränderungen verzeichnen. Auffällig ist in dieser Hinsicht insbesondere der abnehmende Trend an qualitativ auffälligen Ergebnissen aufgrund eines gehäuften Auftretens von Sondenkomplikationen.

Im Auswertungsjahr 2026 werden erstmals jene Qualitätsindikatoren nicht mehr ausgewertet, die im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung des GBA zur Abschaffung empfohlen wurden. Das Indikatorenset des QS-Verfahrens verringert sich dadurch von modulübergreifend 36 Qualitätsindikatoren (AJ 2025) auf insgesamt 20 Indikatoren (und 2 Kennzahlen) im Auswertungsjahr 2026 sowie von 6 auf 4 Auswertungs- und Erfassungsmodule, da die Module zu isolierten Aggregatwech-

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS HSMDEF***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| **Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)** | | | | |
| 101803 | Leitlinienkonforme Indikation | 96,15 %<br>O = 73.620<br>N = 76.571 | 95,42 %<br>O = 75.800<br>N = 79.440<br>(nicht definiert) | – |
| Gruppe: | Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen | | | |
| 54140 | Leitlinienkonforme Systemwahl | 99,56 %<br>O = 69.394<br>N = 69.703 | 99,35 %<br>O = 71.505<br>N = 71.972<br>(nicht definiert) | – |
| 54143 | Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern | 3,43 %<br>O = 2.024<br>N = 59.081 | 2,91 %<br>O = 1.772<br>N = 60.969<br>(≤ 10,00 %) | ● |
| 52305 | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | 96,13 %<br>O = 266.071<br>N = 276.773 | 95,91 %<br>O = 278.278<br>N = 290.146<br>(≥ 90,00 %) | ● |
| Gruppe: | Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts | | | |
| 101801 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) | 0,86 %<br>O = 661<br>N = 77.222 | 0,82 %<br>O = 658<br>N = 80.106<br>(≤ 2,60 %) | ● |
| 52311 | Sondendislokation oder -dysfunktion | 1,01<br>O/E = 1.007 / 997,65<br>1,30 %<br>O/N = 1.007 / 77.222 | 0,96<br>O/E = 989 / 1.035,01<br>1,23 %<br>O/N = 989 / 80.106<br>(≤ 3,92; 95. Perzentil) | ● |
| 101802 | Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden* | -<br>O = -<br>N = - | 40,97 %<br>O = 31.874<br>N = 77.798 | – |

* *Transparenzkennzahl*

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS HSMDEF*

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 51191 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1,00<br>O/E = 1.009 / 1.009,00<br>1,31 %<br>O/N = 1.009 / 77.222 | 0,97<br>O/E = 1.018 / 1.048,91<br>1,27 %<br>O/N = 1.018 / 80.106<br>(≤ 4,29; 95. Perzentil) | ● |
| 2194 | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | 0,99<br>O/E = 2.685 / 2.702,42<br>4,38 %<br>O/N = 2.685 / 61.342 | 0,99<br>O/E = 2.718 / 2.755,42<br>4,34 %<br>O/N = 2.718 / 62.652<br>(≤ 2,41; 95. Perzentil) | ● |
| 2195 | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | 0,91<br>O/E = 221 / 242,19<br>0,36 %<br>O/N = 221 / 60.951 | 1,09<br>O/E = 268 / 246,92<br>0,43 %<br>O/N = 268 / 62.230<br>(≤ 5,47; 95. Perzentil) | ● |
| **Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV)** | | | | |
| 51404 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1,00<br>O/E = 199 / 199,00<br>2,29 %<br>O/N = 199 / 8.688 | 0,90<br>O/E = 176 / 195,82<br>2,02 %<br>O/N = 176 / 8.715<br>(≤ 4,99; 95. Perzentil) | ● |
| **Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)** | | | | |
| 50055 | Leitlinienkonforme Indikation | 91,74 %<br>O = 18.210<br>N = 19.850 | 92,68 %<br>O = 18.106<br>N = 19.537<br>(≥ 90,00 %) | ● |
| 50005 | Leitlinienkonforme Systemwahl | 94,46 %<br>O = 19.708<br>N = 20.863 | 94,97 %<br>O = 19.706<br>N = 20.750<br>(nicht definiert) | – |
| 52316 | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | -<br>O = -<br>N = - | 95,34 %<br>O = 42.916<br>N = 45.013<br>(nicht definiert) | – |
| Gruppe: | Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts | | | |
| 131802 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) | 0,65 %<br>O = 137<br>N = 20.931 | 0,80 %<br>O = 166<br>N = 20.836<br>(≤ 2,50 %) | ● |
| 52325 | Sondendislokation oder -dysfunktion | 0,99<br>O/E = 137 / 138,21<br>0,70 %<br>O/N = 137 / 19.500 | 1,07<br>O/E = 148 / 138,36<br>0,77 %<br>O/N = 148 / 19.232<br>(≤ 5,17; 95. Perzentil) | ● |
| 131803 | Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden* | -<br>O = -<br>N = - | 39,53 %<br>O = 7.602<br>N = 19.232 | – |

* *Transparenzkennzahl*


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS HSMDEF***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 132001 | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | 0,97<br>O/E = 667 / 685,44<br>4,03 %<br>O/N = 667 / 16.568 | 1,05<br>O/E = 720 / 686,13<br>4,32 %<br>O/N = 720 / 16.674<br>(≤ 2,81; 95. Perzentil) | ● |
| 132002 | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | 1,13<br>O/E = 145 / 128,85<br>0,88 %<br>O/N = 145 / 16.466 | 1,06<br>O/E = 137 / 129,29<br>0,83 %<br>O/N = 137 / 16.557<br>(≤ 5,27; 95. Perzentil) | ● |
| 132003 | Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation | 94,90 %<br>O = 7.069<br>N = 7.449 | 94,33 %<br>O = 6.307<br>N = 6.686<br>(≥ 83,33 %; 5. Perzentil) | ● |
| **Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (HSMDEF-DEFI-REV)** | | | | |
| 151800 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) | 1,33 %<br>O = 94<br>N = 7.058 | 1,55 %<br>O = 107<br>N = 6.908<br>(≤ 2,90 %) | ● |
| 51196 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1,00<br>O/E = 124 / 124,00<br>1,76 %<br>O/N = 124 / 7.058 | 1,12<br>O/E = 139 / 124,55<br>2,01 %<br>O/N = 139 / 6.908<br>(≤ 4,98; 95. Perzentil) | ● |

seln (sowohl im Bereich der Herzschrittmacher- als auch der Defibrillatorversorgung) entfallen. Da der Referenzbereich dieser abgeschafften Indikatoren bereits im Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt war, liegen zu diesen auch keine Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren vor.

Lediglich die Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt bilden hier eine Ausnahme, da sie alle angewandten Eignungskriterien im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß der Eckpunktebeauftragung des GBA erfüllen und ausschließlich aufgrund bestehender gesetzlicher Doppelstrukturen zur Abschaffung empfohlen wurden. Besonders auffällig an den Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 ist, dass zu fast allen rechnerischen Auffälligkeiten auch ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. Auch handelt es sich bei diesen Indikatoren um die einzigen beiden des QS-Verfahrens, bei denen mehr qualitativ auffällige als qualitativ unauffällige Ergebnisse festgestellt wurden. Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Leistungserbringerergebnissen verbleibt mit 3,87 % in *HSM-IMPL* und 3,50 % in *DEFI-IMPL* auf einem relativ hohen Niveau. Die konkreten Gründe für als qualitativ auffällig bewertete Ergebnisse lassen sich durch die Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren nur teilweise identifizieren, es wurden jedoch – wie bereits in den Vorjahren – sowohl Prozessmängel (nicht optimale Einstellungen bei der Durchleuchtung) als auch Strukturmängel (veraltete C-Bögen) benannt. Einigen Leistungserbringern mit nur wenigen jährlichen Implantationen wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens empfohlen, diese Eingriffe zukünftig in einem High-Volume-Zentrum durchführen zu lassen. In Abstimmung mit dem GBA soll vor dem Hintergrund der neuesten Ergebnisse sowie einer Einschätzung, welche Lenkungswirkung bislang von den neuen gesetzlichen Bestimmungen ausgeht, eine Neubewertung der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt durch das IQTIG erfolgen.

Die häufigsten Komplikationen, die im Rahmen der Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie auftreten, sind weiterhin Komplikationen an den Sonden, insbesondere eine ungewollte Lageveränderung der Sonden (Dislokation), die in einem Folgeeingriff korrigiert werden muss. Sondenkomplikationen gehen in zwei verschiedene Indikatorengruppen ein: Dislokationen und Dysfunktionen an den Elektroden, die noch während desselben Krankenhausaufenthalts

wie die Implantation auftreten, werden in der entsprechenden Indikatorengruppe zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen während des Krankenhausaufenthaltes erfasst (IDs 52311 und 52325), während Sondenkomplikationen, die innerhalb eines Jahres nach Implantation auftreten, (zusammen mit Taschenproblemen) in die Follow-up-Indikatoren zu prozedurassoziierten Problemen eingehen (IDs 2194 und 2195). Während die rechnerischen Ergebnisse dieser Indikatoren noch weitgehend jenen aus dem Vorjahr entsprechen, ist im Stellungnahmeverfahren eine deutliche Verbesserung durch den Rückgang an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen zu erkennen. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den Indikatoren zu Sondenkomplikationen noch während des Krankenhausaufenthaltes: So verringert sich der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Leistungserbringerergebnissen in *HSM-IMPL* (ID 52311) nun zum zweiten Mal in Folge deutlich (AJ 2023: 3,71 %; AJ 2024: 2,75 %; AJ 2025: 1,70 %). Auch in *DEFI-IMPL* (ID 52325) ging dieser Anteil auf deutlich niedrigerem Niveau von 0,57 % auf 0,15 % zurück. Der Rückgang qualitativer Auffälligkeiten in diesen Indikatoren konnte im vergangenen Auswertungsjahr voraussichtlich auf die Einführung eines perzentilbasierten Referenzbereiches (95. Perzentil) zurückgeführt werden. Dieser führte letztlich dazu, dass bedeutend weniger Leistungserbringer als vorher rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten. Allerdings kann die Entwicklung im Auswertungsjahr 2025 damit nicht begründet werden. Die Diskussion mit dem Expertengremium auf Bundesebene ergab, dass sich möglicherweise die Versorgungsqualität durch eine bessere Implantationstechnik erhöht habe. Zugleich wurde vonseiten des Expertengremiums darauf hingewiesen, dass sich die postoperative Verweildauer nach einer Herzschrittmacher-Implantation in den letzten Jahren kontinuierlich verringert hat, sodass in diese Indikatoren, die sich auf den stationären Aufenthalt beziehen, immer weniger Komplikationen eingehen.

Bezüglich der Qualitätsindikatoren zur leitlinienkonformen Indikation wurden viele verschiedene Änderungen im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß der Eckpunktebeauftragung des GBA vorgenommen, um sie an die wissenschaftlichen Leitlinien anzupassen. Die Überarbeitung konnte dabei für den Indikator aus *DEFI-IMPL* (ID 50055) so weit abgeschlossen werden, dass für diesen erstmals seit dem Auswertungsjahr 2022 wieder ein Referenzbereich (≥ 90,00 %) eingeführt wird. Mit 23,12 % weist der Indikator den höchsten Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen des QS-Verfahrens im Auswertungsjahr 2026 auf. Ziel des diesjährigen Stellungnahmeverfahrens wird es sein zu ermitteln, inwieweit diese rechnerischen Auffälligkeiten auf bestehende Qualitätsdefizite oder weiterhin auf Probleme mit der Dokumentation zurückzuführen sind. Schließlich wurde auch für den Qualitätsindikator „Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation" aus *DEFI-IMPL* (ID 132003) ein Referenzbereich neu eingeführt, sodass im Auswertungsjahr 2026 erstmalig ein Stellungnahmeverfahren zu diesem Indikator durchgeführt wird.

Die Kennzahlen „Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden" aus *HSM-IMPL* und *DEFI-IMPL* dienen der Unterstützung des Stellungnahmeverfahrens zu den Indikatoren zu nicht sondenbedingten Komplikationen. Insbesondere wenn sich die rechnerische Auffälligkeit auf ein gehäuftes Auftreten interventionspflichtiger Pneumothoraces zurückführen lässt, sollte anhand der Kennzahlen geprüft werden, ob sich diese Versorgungsprobleme durch einen Wechsel des venösen Zugangswegs, d. h. einer selteneren Verwendung der Vena subclavia als primärem Zugangsweg, verbessern ließen. Zur Erhöhung der Datenqualität wurde ab dem Erfassungsjahr 2025 (AJ 2026) das neue Datenfeld „Vena axillaris" eingeführt, um zu vermeiden, dass einige extrathorakale Zugänge beim Vorschieben der Sonden möglicherweise unter „Vena subclavia" dokumentiert werden. Solche Fälle würden fälschlicherweise die Raten der Kennzahlen erhöhen, welche den Anteil an Implantationen ermitteln, in denen die Sonde(n) ausschließlich über die Vena subclavia implantiert wurden. Tatsächlich sinken die Bundesergebnisse beider Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr, als das Datenfeld „Vena axillaris" noch nicht zur Verfügung stand, deutlich, was darauf hinweist, dass dieser Anteil bislang etwas überschätzt wurde. So sinkt das Bundesergebnis in *HSM-IMPL* von 46,76 % (AJ 2025) auf 40,97 % (AJ 2026) und in *DEFI-IMPL* von 46,54 % auf 39,53 %.


© IQTIG 2026

### Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS HSMDEF*

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| **Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)** | | | | |
| 54143 | Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern | 69 / 868<br>7,95 % | 7 / 868<br>0,81 % | 51 / 827<br>6,17 % |
| 52305 | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | 29 / 880<br>3,30 % | 2 / 880<br>0,23 % | 29 / 840<br>3,45 % |
| 101801 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) | 91 / 882<br>10,32 % | 11 / 882<br>1,25 % | 82 / 841<br>9,75 % |
| 52311 | Sondendislokation oder -dysfunktion | 62 / 882<br>7,03 % | 15 / 882<br>1,70 % | 50 / 841<br>5,95 % |
| 51191 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 48 / 882<br>5,44 % | 8 / 882<br>0,91 % | 49 / 841<br>5,83 % |
| 2194 | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | 68 / 902<br>7,54 % | 23 / 902<br>2,55 % | 65 / 871<br>7,46 % |
| 2195 | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | 35 / 901<br>3,88 % | 2 / 901<br>0,22 % | 39 / 871<br>4,48 % |
| **Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV)** | | | | |
| 51404 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 36 / 743<br>4,85 % | 1 / 743<br>0,13 % | 34 / 720<br>4,72 % |
| **Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)** | | | | |
| 50055 | Leitlinienkonforme Indikation | - | - | 154 / 666<br>23,12 % |
| 52316 | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | 24 / 691<br>3,47 % | 2 / 691<br>0,29 % | - |
| 131802 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) | - | - | 77 / 669<br>11,51 % |
| 52325 | Sondendislokation oder -dysfunktion | 40 / 687<br>5,82 % | 1 / 687<br>0,15 % | 38 / 668<br>5,69 % |
| 132001 | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | 69 / 695<br>9,93 % | 11 / 695<br>1,58 % | 68 / 683<br>9,96 % |
| 132002 | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | 39 / 694<br>5,62 % | 2 / 694<br>0,29 % | 43 / 682<br>6,30 % |
| 132003 | Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation | - | - | 65 / 570<br>11,40 % |
| **Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (HSMDEF-DEFI-REV)** | | | | |
| 151800 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) | 42 / 567<br>7,41 % | 0 / 567<br>0,00 % | 47 / 555<br>8,47 % |
| 51196 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 17 / 567<br>3,00 % | 2 / 567<br>0,35 % | 24 / 555<br>4,32 % |

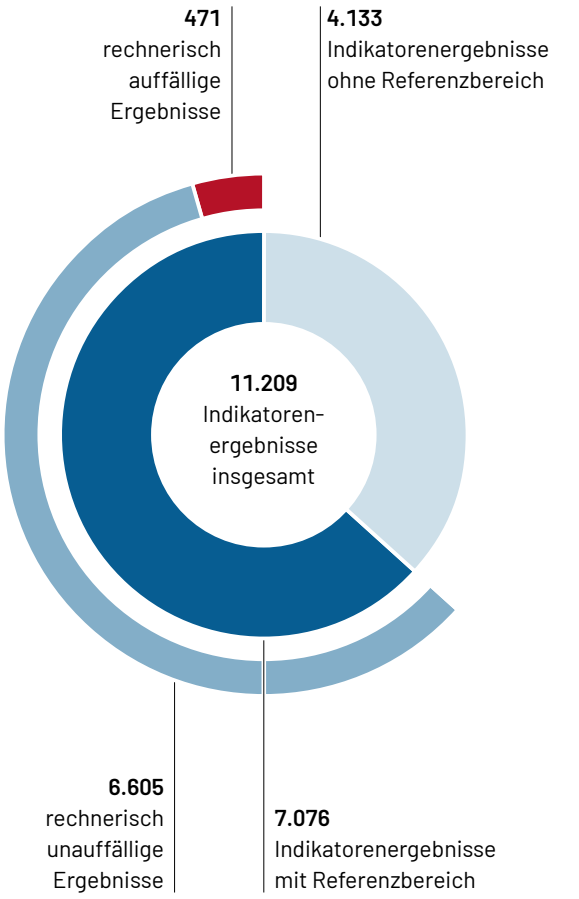
## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im Rahmen des 2025 durchgeführten Stellungnahmeverfahrens (EJ 2024 bzw. 2023) wurden – über alle vier Auswertungsmodule hinweg – 16 der insgesamt 36 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 12.406 Indikatorenergebnisse ermittelt wurden. Dies entspricht der Summe der Indikatorenergebnisse aller Qualitätsindikatoren mit einem definierten Referenzbereich im Auswertungsjahr 2025.

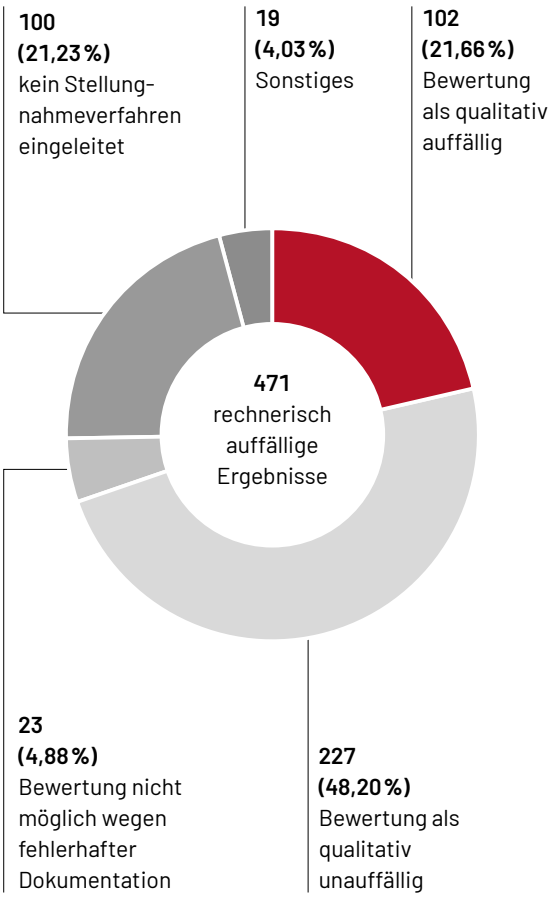
Für 20 Qualitätsindikatoren war, wie bereits im vergangenen Auswertungsjahr, der Referenzbereich ausgesetzt und es wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Grundlage hierfür sind die Empfehlungen aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung.

Von den 12.406 Indikatorenergebnissen mit definiertem Referenzbereich wurden im Verfahren *QS HSMDEF* insgesamt 799 (6,44 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Für 189 (23,65 %) dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 145 (18,15 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Bezogen auf alle 610 eingeleiteten Stellungnahmeverfahren ent-

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *HSMDEF-HSM-IMPL***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *HSMDEF-HSM-IMPL***



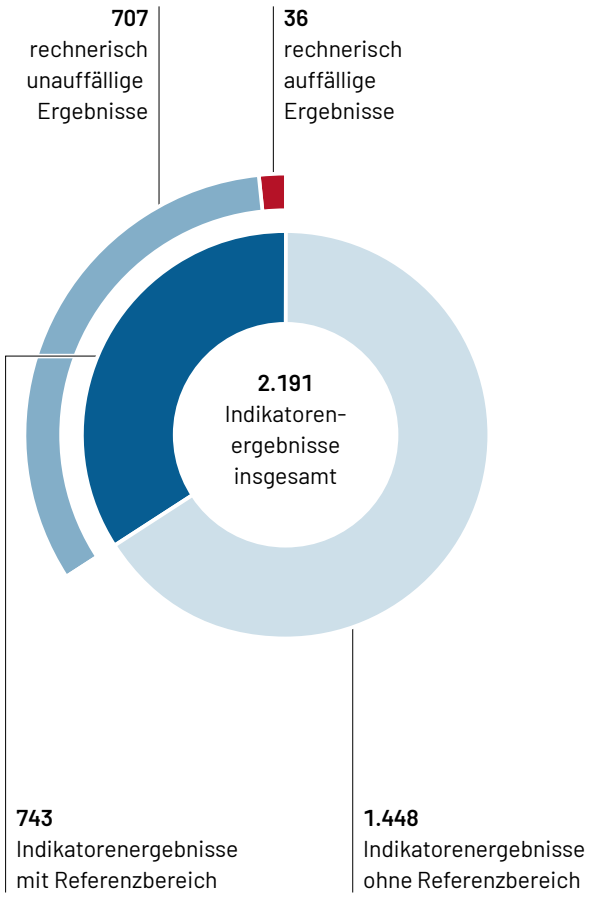


© IQTIG 2026

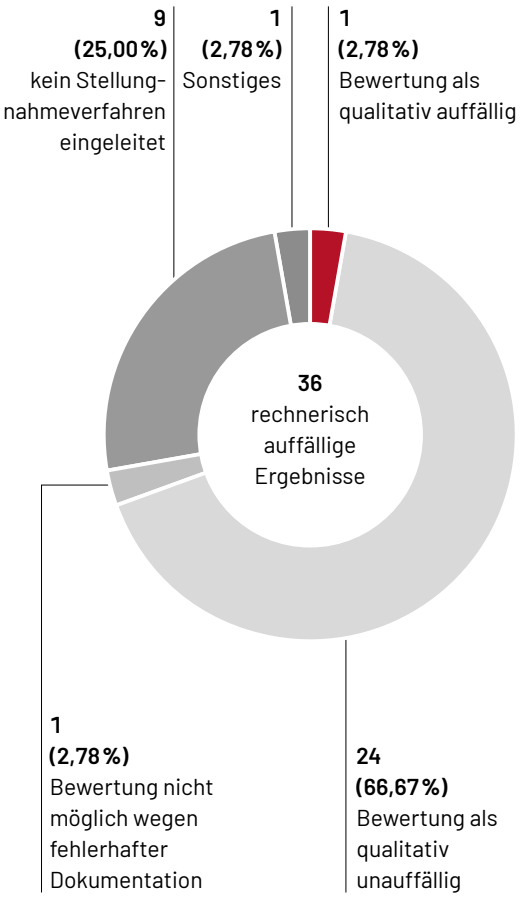
spricht dies einem Anteil qualitativer Auffälligkeiten von 23,77 %. Insgesamt wurden 104 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Ein Vergleich über die Auswertungsmodule hinweg zeigt, dass die meisten Qualitätsdefizite im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bei der Durchführung von Herzschrittmacher-Implantationen festgestellt wurden. Dabei wiesen die Qualitätsindikatoren „Dosis-Flächen-Produkt" (ID 101800), „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres" (ID 2194) und „Sondendislokation oder -dysfunktion" (ID 52311) die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) auf. Im Auswertungsmodul *HSM-IMPL* wurden etwa ein Fünftel der rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnisse als „qualitativ auffällig" bewertet. Dieses Bild zeigt sich auch in der Übersicht der wiederholten rechnerischen sowie qualitativen Auffälligkeiten im Jahresverlauf. So gibt es in allen oben genannten Indikatoren Leistungserbringer, die sowohl im Vorjahr als auch im Vorvorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten. Davon wiesen einige Leistungserbringer auch qualitativ auffällige Ergebnisse über zwei Jahre hinweg auf. So gab es in dem Follow-up-Indikator zu prozedurassoziierten Problemen (ID 2194) 4 Leistungserbringer, die bereits im Vorjahr qualitativ auffällig waren. In dem Indikator zum Dosis-Flächen-Produkt (ID 101800) waren es

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *HSMDEF-HSM-REV***



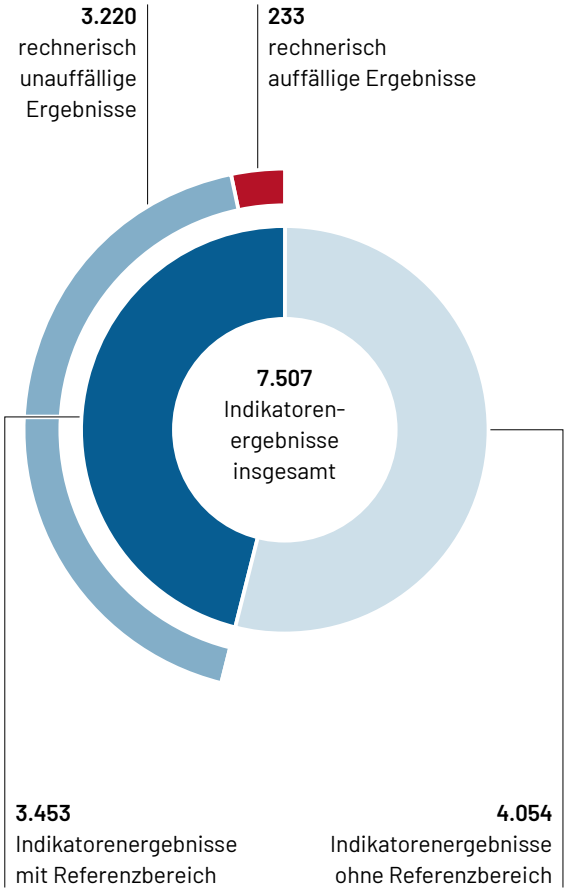

**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *HSMDEF-HSM-REV***



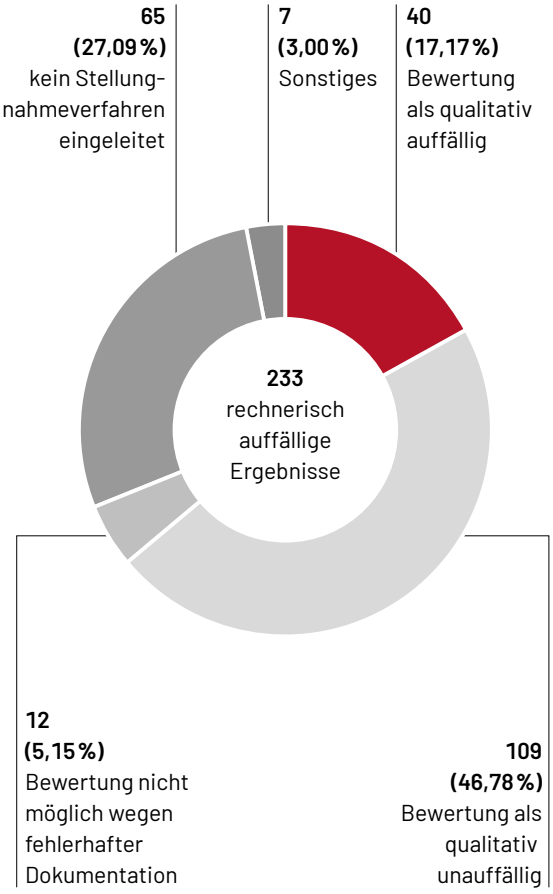
sogar 8 Leistungserbringer. Somit entsprechen auch die diesjährigen Ergebnisse dem Trend, dass die meisten qualitativen Auffälligkeiten zum einen durch ungenügende Maßnahmen zum Strahlenschutz während der Herzschrittmacher- bzw. Defibrillator-Implantation bedingt sind (Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt [IDs 101800 und 131801]) und zum anderen durch eine zu hohe Rate an Sondenkomplikationen nach einer Herzschrittmacher-Implantation (IDs 52311 und 2194).

Der höchste Anteil der Maßnahmenstufen 1 und 2 ist ebenfalls im Modul *HSM-IMPL* zu verzeichnen. Die auf Landesebene initiierten Maßnahmen der Stufe 1 umfassten dabei die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen/Fachgesprächen/Kolloquien, die Implementierung von Behandlungspfaden und Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien sowie sonstige Maßnahmen. Keine der initiierten Maßnahmen der Stufe 1 bezieht sich dabei auf Auffälligkeiten aus den vergangenen Auswertungsjahren. Anders ist es bei den Maßnahmen der Stufe 2, die bereits im Auswertungsjahr 2023 sowohl für den Indikator zum Strahlenschutz (ID 101800) als auch für den Follow-up-Indikator zu den prozedurassoziierten Problemen (ID 2194) durchgeführt wurden. In beiden Fällen handelt es sich dabei um eine Korrektur der Vereinbarung im Einvernehmen mit dem Leistungserbringer (Maßnahme 2a nach DeQS-RL). Es wurde eine Prozessbeschreibung zur Beteiligung an der externen Quali-

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *HSMDEF-DEFI-IMPL***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *HSMDEF-DEFI-IMPL***



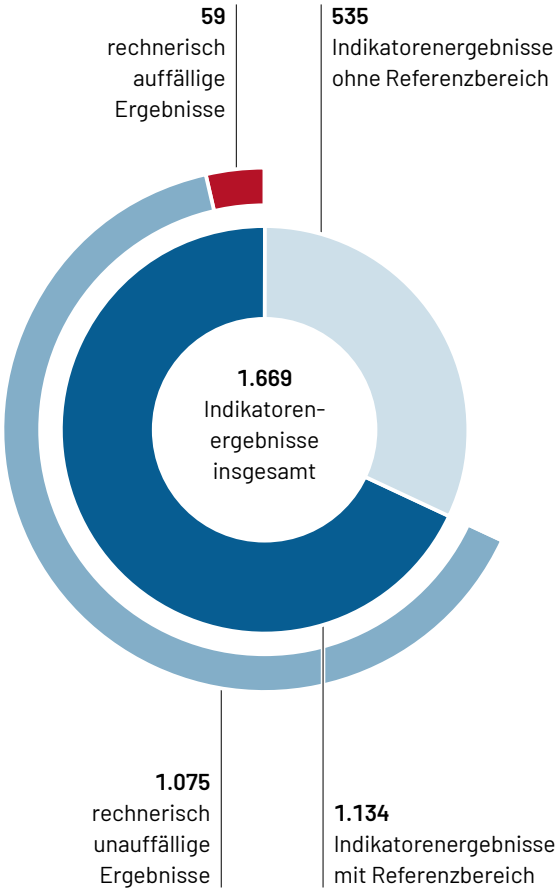


© IQTIG 2026

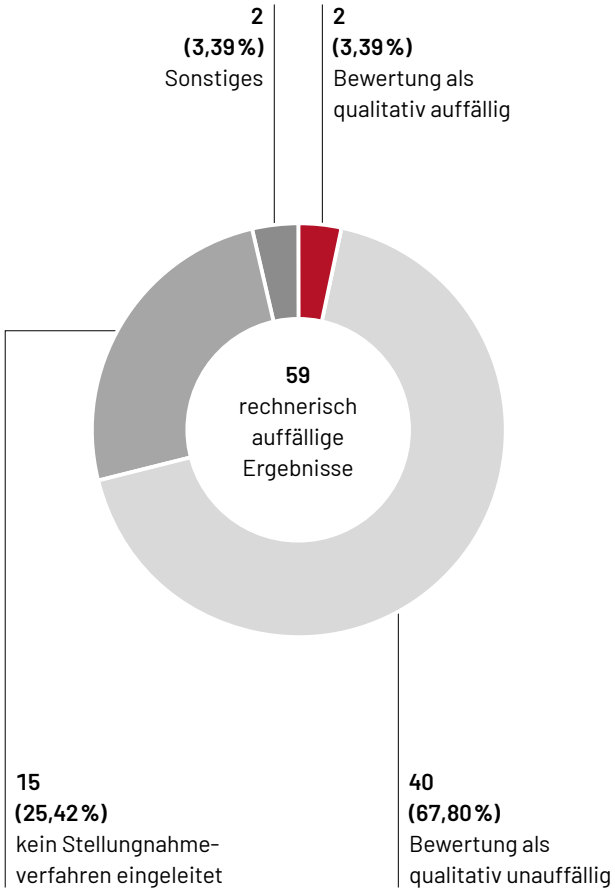
tätssicherung mit Ausfallkonzept und unter Inanspruchnahme technischer Hilfsmittel erstellt sowie anschließend ein Sachstandsbericht zur Umsetzung der erarbeiteten Prozessbeschreibung für die regelkonforme Mitwirkung an dem Verfahren *QS HSMDEF* übermittelt.

Beim Abgleich der verschiedenen Gründe für die Bewertungen im Stellungnahmeverfahren fällt auch in diesem Jahr auf, dass eine kleine Fallzahl / kleine Grundgesamtheit sowohl als Grund angeführt wird, auf die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zu verzichten, als auch als Begründung für die Bewertung „qualitativ auffälliges Ergebnis". Dies deutet darauf hin, dass die LAG bei der Bewertung der Indikatorenergebnisse von Leistungserbringern mit einem kleinen Implantationsvolumen aufgrund der statistischen Unsicherheit und der begrenzten Ressourcen auf Landesebene Herausforderungen ausgesetzt sind, die ein heterogenes Vorgehen je nach Bundesland begünstigen. So wurde nach Rückmeldung des Expertengremiums auf Bundesebene in diesen Fällen je nach LAG mit hoher Wahrscheinlichkeit unterschiedlich vorgegangen. Vor allem, wenn das Indikatorergebnis nicht statistisch signifikant vom Referenzbereich abwich, wurde mit den Leistungserbringern häufig erst dann ein Stellungnahmeverfahren geführt, wenn deren Ergebnisse bereits in den letzten beiden Vorjahren oder in mehreren Indikatoren des aktuellen Jahres rechnerisch auffällig waren.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *HSMDEF-DEFI-REV***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *HSMDEF-DEFI-REV***



## Ausblick

Ab dem Auswertungsjahr 2026 sind im Verfahren *QS HSMDEF* die beiden Auswertungsmodule zu den Aggregatwechseln sowie einige weitere Qualitätsindikatoren infolge der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung entfallen. Bisher gibt es keine Hinweise darauf, dass dies die Wirksamkeit des Verfahrens beeinträchtigt hätte. Allerdings lassen sich im Modul der Herzschrittmacher-Implantationen anhand der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens einige Bereiche bzw. Standorte identifizieren, in denen noch keine ausreichende Versorgungsqualität besteht. Wie bereits in den vergangenen Jahren bestehen weiterhin Defizite hinsichtlich der Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung während der Herzschrittmacher- bzw. Defibrillator-Implantation. Zwar wurden die beiden Indikatoren zum Erfassungsjahr 2025 abgeschafft und es erfolgt keine Datenerhebung mehr, allerdings erfolgte letztmalig die Auswertung des Stellungnahmeverfahrens. Die Herausforderungen im Bereich des Strahlenschutzes betrafen sowohl Strukturprobleme (Verwendung veralteter technischer Anlagen) als auch Prozessmängel (fehlerhafte Anwendung der Durchleuchtungsgeräte). Außerdem kann nach Herzschrittmacher-Implantationen für einige Patientinnen und Patienten noch ein zu hohes Risiko für frühe Komplikationen an den Sonden festgestellt werden. Die zum Teil noch zu hohen Raten an Sondenkomplikationen waren vor allem auf Prozessmängel bei der Platzierung und Fixierung der Sonden, eine unzureichende Einarbeitung und Schulung von jüngeren Kolleginnen und Kollegen durch die Leistungserbringer oder ungenügende Sachkunde und Routine bei der Implantation von Herzschrittmachern zurückzuführen.



Abschließend wurde in den Tragenden Gründen des GBA-Beschlusses vom 18. Juli 2024 festgehalten, dass das IQTIG nach Abschluss des Erfassungsjahres 2024 erneut eine Bewertung der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt vorzunehmen hat. Die Ergebnisse sowie das damit verbundene weitere Vorgehen wird das IQTIG dem GBA im Laufe des Jahres 2026 übermitteln.

Die Empfehlungen des IQTIG infolge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung sind mit dem aktuellen Auswertungsjahr so gut wie vollständig umgesetzt. Für die finale Umsetzung im kommenden Auswertungsjahr wird die umfangreiche Überarbeitung des Indikationsindikators aus *HSM-IMPL* (ID 101803) abgeschlossen und ein Referenzbereich eingeführt. Darüber hinaus werden die Indikatoren zur „Leitlinienkonformen Systemwahl" (IDs 54140 und 50005) abgeschafft, da bei *HSM-IMPL* eine Überschneidung zum Indikator „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern" (ID 54143) festgestellt wurde und der Indikator aus dem Auswertungsmodul *DEFI-IMPL* weiterhin ein Defizit in der Datenqualität wie auch ein negatives Aufwand-Nutzen-Verhältnis aufweist.

Neben all diesen Aspekten gewinnt auch die fortschreitende Ambulantisierung in der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung immer mehr an Bedeutung. So ermöglicht der AOP-Katalog seit 2023 ambulante Eingriffe im Bereich der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung und ab 2026 gehen operative Maßnahmen mit Defibrillatoren als Leistungsbereichserweiterung in den Hybrid-DRG-Katalog ein. Vor diesem Hintergrund wurde das IQTIG am 9. Oktober 2024 vom GBA beauftragt, die Weiterentwicklung des Verfahrens *QS HSMDEF* zu einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren zu prüfen. Als Grundlage diente der o. g. Abschlussbericht des IQTIG infolge der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung sowie die am 31. März 2023 an den GBA übermittelte Weiterentwicklungsstudie *QS HSMDEF*. Die Beauftragung besteht dabei aus zwei Teilen – Teil A: Weiterentwicklung des Verfahrens *QS HSMDEF* zu einem sektorenübergreifenden Verfahren und Teil B: Machbarkeitsprüfung. Der Abschlussbericht zu Teil A wurde dem GBA am 28. Mai 2025 übergeben; der Abschlussbericht zu Teil B am 13. Mai 2026.

Angesichts der strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen ist die Einführung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens sinnvoll, um die Auswirkungen dieser Veränderungen systematisch erfassen und bewerten zu können.


© IQTIG 2026

# Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen

## Hintergrund

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-kchk*

Die externe, gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung wird im QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen* (*QS KCHK*) bei den häufig durchgeführten Eingriffen an der Aortenklappe, der Mitralklappe oder den Herzkranzgefäßen (Koronararterien) bei erwachsenen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ausgelöst. Die Eingriffe können dabei isoliert oder seltener in Kombination erfolgen und bilden einen Großteil der herzchirurgischen Routine im deutschen Klinikalltag ab. Damit eignen sich diese Eingriffe gut, die Versorgungsqualität der Leistungserbringer zu sichern und zu vergleichen. Betrachtet werden sowohl die Qualität während des Krankenhausaufenthalts als auch der Zeitraum nach der Operation. Erfasst werden vor allem das Auftreten von Komplikationen, erneuten Eingriffen und Todesfällen.

Das Verfahren soll gemäß DeQS-RL die qualitätsrelevanten Aspekte der Versorgung abbilden und bewerten und verfolgt dabei mehrere Ziele: die Verbesserung der Indikationsstellung sowie der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen. Außerdem soll es dazu beitragen, Komplikationen während und nach den Eingriffen zu verringern sowie Folgeerkrankungen durch die Eingriffe zu reduzieren.

Um die unterschiedlichen Eingriffsarten abzudecken, umfasst das Verfahren *QS KCHK* 6 spezifische Auswertungsmodule:

- *Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe* (*KCHK-AK-CHIR*)
- *Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe* (*KCHK-AK-KATH*)
- *Isolierte Koronarchirurgie* (*KCHK-KC*)
- *Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie* (*KCHK-KC-KOMB*)
- *Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe* (*KCHK-MK-CHIR*)
- *Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe* (*KCHK-MK-KATH*)

In diesen Auswertungsmodulen werden verschiedene Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen ausgewertet. Das ermöglicht eine differenzierte Bewertung der Behandlungsqualität.

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Insgesamt umfasst das Verfahren im Auswertungsjahr 2026 wie im Jahr zuvor 51 Qualitätsindikatoren, von denen 12 ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren. Die übrigen 39 beziehen für die Berechnung zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen ein. Über Qualitätsindikatoren, die nur auf der QS-Dokumentation basieren, sowie über Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen kann jeweils in dem auf das Erfassungsjahr folgende Kalenderjahr berichtet werden. Für sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von länger als 30 Tagen ist die Berichterstattung hingegen um ein Jahr verzögert. Grund dafür ist, dass die Sozialdaten erst zu einem späteren Zeitpunkt von den Krankenkassen bereitgestellt und ausgewertet werden. Als Besonderheit kommt es bei den Re-Eingriffen in den Auswertungsmodulen *KCHK-KC* und *KCHK-KC-KOMB* zu einer um noch ein Jahr längeren Latenzzeit, da eine perkutane Koronarintervention (*percutaneous coronary intervention*, PCI) auch ambulant durchgeführt werden kann und sich die Datenlieferung der Krankenkassen dadurch zusätzlich verzögert.

**Wichtiges in Kürze**

- Anzahl der Leistungserbringer und der Datensätze weiterhin gestiegen, vor allem im Leistungsbereich der kathetergestützten Eingriffe
- Bundesergebnisse im Vergleich zum Vorjahr zumeist unverändert bzw. leichte Qualitätsverbesserungen
- Bewertung der Ergebnisse der auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen im Auswertungsmodul *KCHK-AK-KATH* ist aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse eingeschränkt
- im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden 51 von 110 rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnissen aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel als qualitativ auffällig bewertet
- Ausblick zum Erfassungsjahr 2028: Empfehlungen zur Einführung eines Auswertungsmoduls zu den Eingriffen an der Trikuspidalklappe, zur Einführung eines Komplikationsindikators im Auswertungsmodul zu den isolierten koronarchirurgischen Eingriffen und zur Streichung des Auswertungsmoduls *KCHK-KC-KOMB*

© IQTIG 2026

Die im Auswertungsjahr 2026 verwendeten Indikatoren des Verfahrens *QS KCHK* konzentrieren sich ausschließlich auf die Ergebnisqualität. Sie messen die Behandlungsqualität anhand der Behandlungsergebnisse und liefern entscheidende Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Maßnahmen sowie zur Patientensicherheit. Dazu zählen Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, zur Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen und eines Jahres, zu erneuten Eingriffen innerhalb von 30 Tagen und eines Jahres, zum Auftreten eines Schlaganfalls innerhalb von 30 Tagen sowie zur Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff. Zusätzlich werden das Auftreten einer Endokarditis, intraprozedurale Komplikationen und Gefäßkomplikationen sowie schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen, die sowohl während des stationären Aufenthalts als auch innerhalb von 90 Tagen auftreten können, separat erfasst. Zu den Letztgenannten zählen unter anderem Blutungen, die eine erneute Operation erfordern, akutes Nierenversagen, zerebrovaskuläre Ereignisse, zugangsassoziierte Gefäßkomplikationen und Infektionen, mechanische Komplikationen durch eingebrachtes Fremdmaterial oder Undichtigkeiten am Rand der künstlichen Herzklappe (paravalvuläre Leckagen).

Zusätzlich umfasst das Verfahren ratenbasierte Transparenzkennzahlen zur Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation (in allen Auswertungsmodulen) und zu tiefen Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen (in den Auswertungsmodulen *KCHK-KC*, *KCHK-KC-KOMB* und *KCHK-AK-CHIR*).

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Die gelieferten Datensätze zum Erfassungsjahr 2025 bilden die Grundlage für die Auswertung der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien sowie für die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren mit einem 30-Tage-Follow-up (ausgenommen sind die Indikatoren „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen" in den Auswertungsmodulen *KCHK-KC* und *KCHK-KC-KOMB*). Die Grundlage für die Auswertung der übrigen sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren, die sich auf Indexeingriffe des Jahres 2024 bzw. 2023 beziehen, sind die jeweils gelieferten Datensätze der entsprechenden Erfassungsjahre.

Wie im Vorjahr liegt die Vollzähligkeit der Daten für das gesamte Verfahren sowie für die Zählleistungsbereiche *KCHK-AK-KATH*, *KCHK-MK-KATH* und *KCHK-KC* bei über 100 %. Die Anzahl der gelieferten Datensätze lag demzufolge über der erwarteten Anzahl an Datensätzen. In den Zählleistungsbereichen *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-MK-CHIR* zeigt sich in diesem Jahr allerdings eine Unterdokumentation. Ursächlich hierfür ist, dass in den Auswertungsmodulen *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-MK-CHIR* aufgrund einer Umstellung der OPS-Kodes die Anzahl der gelieferten Datensätze in einigen Fällen nicht korrekt ausgewiesen werden konnte. Auf die Auswertung der Qualitätsindikatoren hat dies keine Auswirkungen.

**Datengrundlage *QS KCHK***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| **Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)** | | | | |
| Datensätze | 83.625 | 89.007 | 88.902 | 100,12 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 290 | 302 | - | - |
| **davon: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren** | | | | |
| Datensätze | 13.000 | 12.280 | 13.484 | 91,07 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 86 | 86 | - | - |
| **Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)** | | | | |
| Datensätze | 83.625 | 89.007 | 88.902 | 100,12 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 290 | 302 | - | - |
| **davon: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren** | | | | |
| Datensätze | 26.842 | 28.500 | 28.464 | 100,13 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 85 | 83 | - | - |


© IQTIG 2026

### Datengrundlage *QS KCHK*

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| **Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)** | | | | |
| Datensätze | 83.625 | 89.007 | 88.902 | 100,12 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 290 | 302 | - | - |
| **davon: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren** | | | | |
| Datensätze | 30.951 | 31.526 | 31.490 | 100,11 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 87 | 86 | - | - |
| **Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB)** | | | | |
| Datensätze | 83.625 | 89.007 | 88.902 | 100,12 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 290 | 302 | - | - |
| **Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)** | | | | |
| Datensätze | 83.625 | 89.007 | 88.902 | 100,12 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 290 | 302 | - | - |
| **davon: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren** | | | | |
| Datensätze | 10.508 | 11.063 | 11.279 | 98,08 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 85 | 86 | - | - |
| **Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)** | | | | |
| Datensätze | 83.625 | 89.007 | 88.902 | 100,12 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 290 | 302 | - | - |
| **davon: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren** | | | | |
| Datensätze | 10.109 | 11.943 | 11.930 | 100,11 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 279 | 293 | - | - |

Zudem kam es von Erfassungsjahr 2024 zu Erfassungsjahr 2025 zu einem leichten Anstieg der gelieferten QS-Datensätze und der Anzahl der Leistungserbringer. Der erneute Anstieg der Datensätze im gesamten Verfahren ist vor allem auf die im Auswertungsjahr 2026 häufiger durchgeführten kathetergestützten Eingriffe (*KCHK-AK-KATH* und *KCHK-MK-KATH*) zurückzuführen. Hierbei ist im Bereich der Mitralklappeneingriffe auch eine Zunahme an Leistungserbringern zu verzeichnen. Im Bereich der Aortenklappeneingriffe hat die Anzahl der Leistungserbringer, trotz einer höheren Anzahl an durchgeführten Eingriffen, leicht abgenommen.

Für das Erfassungsjahr 2025 konnten 95,47 % der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem QS-Datensatz verknüpft werden. Die Verknüpfungsrate liegt damit wie in den Vorjahren nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %.

### Verknüpfungsrate mit Sozialdaten *QS KCHK*

| Erfassungsjahr | Anzahl übermittelter QS-Daten | Verknüpfungsrate mit Sozialdaten |
|---|---|---|
| 2025 | 88.955 | 95,47 %<br>N = 84.924 |
| 2024 | 83.566 | 95,86 %<br>N = 80.109 |
| 2023 | 81.236 | 95,77 %<br>N = 77.796 |

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Im Auswertungsjahr 2026 werden die Ergebnisse der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2025 und der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu den Erfassungsjahren 2023, 2024 und 2025 dargestellt und bewertet.

Mit Blick auf die Bundesergebnisse aller im Verfahren *QS KCHK* eingesetzten Qualitätsindikatoren ist grundsätzlich weiterhin eine gute Versorgungsqualität erkennbar. Die jeweiligen Raten liegen sowohl bei den Komplikations- als auch bei den Sterblichkeitsindikatoren auf niedrigem Niveau. Für alle Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen, die eine Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr zulassen, zeigen sich gegenüber dem Vorjahr auf Bundesebene ein ähnliches Qualitätsniveau bzw. leichte Qualitätsverbesserungen.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 konzentrierten sich der Großteil der rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten im Verfahren *QS KCHK* auf das Auswertungsmodul *KCHK-MK-KATH*: Im Qualitätsindikator „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts" (ID 392002) waren 4 von 23 rechnerisch auffälligen Ergebnissen auch qualitativ auffällig, im Indikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen" (ID 392012) 14 von 23 und im Indikator „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen" (ID 392003) 7 von 15. Gründe für eine qualitativ auffällige Bewertung waren Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, z. B. eine unzureichende präoperative Diagnostik, Indikationsstellung oder Risikoanalyse oder auch peri- oder postprozedurale Abläufe, die nicht ausreichend angemessen waren. Qualitativ auffällige Bewertungen aufgrund keiner oder nicht ausreichend erklärender Gründe für die rechnerische Auffälligkeit ergaben sich zumeist aus zu kurzen bzw. wenig aussagekräftigen Bewertungen oder bei Ausbleiben einer genauen Ursachenanalyse durch den Leistungserbringer.

Der GBA beauftragte das IQTIG 2022 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS KCHK*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Dabei ergab sich für einige Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen Überarbeitungsbedarf. Außerdem wurde für einige Qualitätsindikatoren eine Streichung oder Umwandlung von Qualitätsindikator zu Transparenzkennzahl empfohlen. Im Auswertungsjahr 2026 wurde für die folgenden betroffenen Qualitätsindikatoren der Referenzbereich ausgesetzt, da bis zur Umsetzung der Empfehlung zum Erfassungsjahr 2026 auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet werden soll:

- Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen (IDs 392004 und 402004)
- Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres (IDs 392007 und 402007)
- Sterblichkeit im Krankenhaus (IDs 352007, 372006, 382006, 392011 und 402011)
- Sterblichkeit innerhalb eines Jahres (IDs 352009, 372008, 382008, 392013 und 402013)

Zudem werden im Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* sämtliche Referenzbereiche ausgesetzt. Bei *KCHK-KC-KOMB* handelt es sich um ein sehr heterogenes Auswertungsmodul, das Eingriffe mit sehr unterschiedlicher Komplexität kombiniert. So kann es beispielsweise vorkommen, dass ein Leistungserbringer einen Bypass auf die vordere linke Herzkranzarterie (Ramus interventricularis anterior, RIVA) und eine kleine Rekonstruktion an einer Klappe unternimmt, während ein anderer Leistungserbringer in einem Eingriff vier Bypässe, einen schwierigen Mitralklappenersatz und noch eine weitere Klappenrekonstruktion bei einem Patienten unternimmt. Diese Komplexitätsunterschiede erschweren eine vergleichbare Bewertung der Ergebnisse und damit auch den Vergleich der Leistungserbringer. Bei deutlich unterschiedlichen Voraussetzungen ist eine einheitliche Interpretation der Indikatorergebnisse nicht möglich. Daher wird vorerst auf ein Stellungnahmeverfahren für Qualitätsindikatoren dieses Auswertungsmoduls verzichtet. Dem Rechnung tragend wurde im Herbst 2025 gemeinsam mit dem Expertengremium die Streichung dieses Auswertungsmoduls konsentiert. Eine entsprechende Empfehlung wird voraussichtlich zum Erfassungsjahr 2028 erfolgen.

Bei der Auswertung der auf Sozialdaten basierenden Follow-up-Indikatoren des Auswertungsmoduls *KCHK-AK-KATH* ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse erheblich beeinträchtigt sind, da eine Krankenkasse unvollständige Daten übermittelt hat: Bei einigen Versicherten fehlen die OPS-Kodes für die Indexleistungen, sodass diese Fälle nicht als Indexfälle erkannt wurden und folglich nicht bei der Berechnung der Bundes- und Leistungserbringerergebnisse berücksichtigt werden konnten. In den anderen Auswertungsmodulen gibt es entweder keine Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse oder sie sind als gering einzuschätzen. In *KCHK-AK-KATH* fehlen jedoch 11 % der Indexfälle, was die Dokumentationsqualität stark verschlechtert; betroffen sind etwa 83 % der Leistungserbringer für das Erfassungsjahr 2024 und 90 % für das Erfassungsjahr 2025 in diesem Auswertungsmodul. Das Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2026 wurde demnach für die betroffenen Indikatoren in *KCHK-AK-KATH* ausgesetzt.


© IQTIG 2026

Auch sind hinsichtlich der Auswertung der auf Sozialdaten basierenden Follow-up-Indikatoren auch die weiteren Fehl- und Nichtlieferungen zu berücksichtigen. Hierzu zählt zum einen die fehlende Lieferung einer bundesweit agierenden Krankenkasse, die keine Sterbeinformationen übermittelt hat und ca. 2 % aller gesetzlich Versicherten abdeckt, wodurch die Mortalität in allen sozialdatenbasierten Indikatoren um 2 % unterschätzt wird. Zum anderen fehlten bei der letzten Quartalslieferung von drei Krankenkassen Daten eines Monats, wodurch für alle sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up von 30 Tagen Beeinträchtigungen möglich sind.

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS KCHK***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| **Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)** | | | | |
| Gruppe: | Schwerwiegende Komplikationen | | | |
| 382000 | Intraprozedurale Komplikationen | 0,74 %<br>O = 54<br>N = 7.271 | 0,74 %<br>O = 58<br>N = 7.808<br>(≤ 3,11 %; 95. Perzentil) | – |
| 382001 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | 1,00<br>O/E = 195 / 194,05<br>2,92 %<br>O/N = 195 / 6.681 | 0,98<br>O/E = 205 / 208,18<br>2,85 %<br>O/N = 205 / 7.203<br>(≤ 3,04; 95. Perzentil) | ● |
| 382002 | Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen* | 2,23 %<br>O = 166<br>N = 7.434 | 2,34 %<br>O = 168<br>N = 7.194 | ● |
| Gruppe: | Reintervention bzw. Reoperation | | | |
| 382003 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen | 0,54 %<br>O = 39<br>N = 7.181 | 0,53 %<br>O = 41<br>N = 7.670<br>(≤ 2,72 %; 95. Perzentil) | – |
| 382004 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres | 1,79 %<br>O = 133<br>N = 7.442 | 1,72 %<br>O = 124<br>N = 7.204<br>(≤ 4,57 %; 95. Perzentil) | – |
| Gruppe: | Sterblichkeit | | | |
| 382005 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation* | 2,04 %<br>O = 143<br>N = 7.008 | 2,34 %<br>O = 176<br>N = 7.536 | – |
| 382006 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1,05<br>O/E = 204 / 194,23<br>2,81 %<br>O/N = 204 / 7.271 | 1,09<br>O/E = 231 / 211,87<br>2,96 %<br>O/N = 231 / 7.808<br>(nicht definiert) | ● |
| 382007 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | 1,06<br>O/E = 224 / 211,67<br>3,12 %<br>O/N = 224 / 7.181 | 1,08<br>O/E = 250 / 230,55<br>3,26 %<br>O/N = 250 / 7.670<br>(≤ 2,65; 95. Perzentil) | ● |
| 382008 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | 1,00<br>O/E = 511 / 509,40<br>6,87 %<br>O/N = 511 / 7.442 | 1,00<br>O/E = 492 / 491,44<br>6,83 %<br>O/N = 492 / 7.204<br>(nicht definiert) | – |

* *Transparenzkennzahl*

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS KCHK*

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| **Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)** | | | | |
| Gruppe: | Schwerwiegende Komplikationen | | | |
| 372000 | Intraprozedurale Komplikationen | 1,33 %<br>O = 355<br>N = 26.771 | 1,25 %<br>O = 357<br>N = 28.455<br>(≤ 2,58 %; 95. Perzentil) | – |
| 372001 | Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts | 0,84 %<br>O = 225<br>N = 26.771 | 0,82 %<br>O = 233<br>N = 28.455<br>(≤ 2,23 %; 95. Perzentil) | – |
| 372002 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen** | 1,02<br>O/E = 788 / 776,02<br>3,19 %<br>O/N = 788 / 24.700 | 1,13<br>O/E = 820 / 728,26<br>3,49 %<br>O/N = 820 / 23.507<br>(≤ 2,03; 95. Perzentil) | – |
| Gruppe: | Reintervention bzw. Reoperation | | | |
| 372003 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen** | 0,19 %<br>O = 50<br>N = 26.484 | 0,26 %<br>O = 66<br>N = 25.091<br>(≤ 1,15 %; 95. Perzentil) | – |
| 372004 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres** | 0,55 %<br>O = 142<br>N = 25.759 | 0,58 %<br>O = 137<br>N = 23.732<br>(≤ 2,18 %; 95. Perzentil) | – |
| Gruppe: | Sterblichkeit | | | |
| 372005 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation* | 1,79 %<br>O = 477<br>N = 26.593 | 1,76 %<br>O = 497<br>N = 28.303 | – |
| 372006 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1,01<br>O/E = 518 / 513,36<br>1,93 %<br>O/N = 518 / 26.771 | 0,99<br>O/E = 532 / 539,96<br>1,87 %<br>O/N = 532 / 28.455<br>(nicht definiert) | ● |
| 372007 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen** | 1,02<br>O/E = 742 / 729,70<br>2,80 %<br>O/N = 742 / 26.484 | 0,97<br>O/E = 663 / 681,89<br>2,64 %<br>O/N = 663 / 25.091<br>(≤ 1,93; 95. Perzentil) | – |
| 372008 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres** | 1,01<br>O/E = 3.419 / 3.386,63<br>13,27 %<br>O/N = 3.419 / 25.759 | 1,01<br>O/E = 3.128 / 3.089,94<br>13,18 %<br>O/N = 3.128 / 23.732<br>(nicht definiert) | – |

* *Transparenzkennzahl*

** *Die Datengrundlage der Ergebnisse der auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen im Modul KCHK-AK-KATH sind erheblich beeinträchtigt. Für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 (Auswertungsjahr 2026) fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle in diesem Auswertungsmodul. Im Erfassungsjahr 2024 sind davon etwa 83 % und im Erfassungsjahr 2025 etwa 90 % aller Leistungserbringer in diesem Auswertungsmodul betroffen.*


© IQTIG 2026

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS KCHK*

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| **Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)** | | | | |
| Gruppe: | Schwerwiegende Komplikationen | | | |
| 352001 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | 1,01<br>O/E = 543 / 537,08<br>2,31 %<br>O/N = 543 / 23.538 | 1,07<br>O/E = 587 / 549,10<br>2,42 %<br>O/N = 587 / 24.294<br>(≤ 2,33; 95. Perzentil) | ● |
| 352002 | Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen* | 4,86 %<br>O = 1.226<br>N = 25.207 | 4,86 %<br>O = 1.211<br>N = 24.916 | ● |
| Gruppe: | Reintervention bzw. Reoperation | | | |
| 352400 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen | 2,26 %<br>O = 570<br>N = 25.226 | 2,28 %<br>O = 569<br>N = 24.937<br>(≤ 6,41 %; 95. Perzentil) | – |
| 352401 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres | 5,43 %<br>O = 1.325<br>N = 24.385 | 5,63 %<br>O = 1.360<br>N = 24.168<br>(≤ 11,01 %; 95. Perzentil) | – |
| Gruppe: | Sterblichkeit | | | |
| 352006 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation* | 1,67 %<br>O = 358<br>N = 21.454 | 1,64 %<br>O = 362<br>N = 22.094 | – |
| 352007 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1,07<br>O/E = 707 / 659,65<br>2,81 %<br>O/N = 707 / 25.117 | 1,06<br>O/E = 711 / 670,70<br>2,75 %<br>O/N = 711 / 25.852<br>(nicht definiert) | ● |
| 352008 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | 1,09<br>O/E = 734 / 674,58<br>2,97 %<br>O/N = 734 / 24.745 | 1,13<br>O/E = 780 / 691,54<br>3,05 %<br>O/N = 780 / 25.585<br>(≤ 2,51; 95. Perzentil) | ● |
| 352009 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | 1,02<br>O/E = 1.679 / 1.645,43<br>6,66 %<br>O/N = 1.679 / 25.226 | 0,99<br>O/E = 1.573 / 1.590,45<br>6,31 %<br>O/N = 1.573 / 24.937<br>(nicht definiert) | – |

* *Transparenzkennzahl*

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS KCHK*

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| **Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB)** | | | | |
| Gruppe: | Schwerwiegende Komplikationen | | | |
| 362004 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts | 20,87 %<br>O = 414<br>N = 1.984 | 21,80 %<br>O = 438<br>N = 2.009<br>(nicht definiert) | – |
| 362005 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | 1,01<br>O/E = 244 / 241,52<br>4,57 %<br>O/N = 244 / 5.338 | 1,02<br>O/E = 247 / 241,25<br>4,73 %<br>O/N = 247 / 5.218<br>(nicht definiert) | – |
| 362006 | Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen | 1,06 %<br>O = 19<br>N = 1.795 | 1,05 %<br>O = 19<br>N = 1.813<br>(nicht definiert) | – |
| 362007 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | 10,93 %<br>O = 214<br>N = 1.958 | 10,45 %<br>O = 206<br>N = 1.972<br>(nicht definiert) | – |
| 362008 | Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen* | 5,56 %<br>O = 318<br>N = 5.722 | 5,33 %<br>O = 306<br>N = 5.741 | – |
| 362010 | Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff | 8,73 %<br>O = 171<br>N = 1.958 | 9,28 %<br>O = 183<br>N = 1.972<br>(nicht definiert) | – |
| Gruppe: | Reintervention bzw. Reoperation | | | |
| 362400 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen | 1,97 %<br>O = 113<br>N = 5.727 | 2,49 %<br>O = 143<br>N = 5.745<br>(nicht definiert) | – |
| 362401 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres | 4,38 %<br>O = 250<br>N = 5.702 | 4,19 %<br>O = 232<br>N = 5.533<br>(nicht definiert) | – |

* *Transparenzkennzahl*


© IQTIG 2026

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS KCHK*

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Sterblichkeit | | | |
| 362018 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation* | 5,84 %<br>O = 316<br>N = 5.414 | 5,74 %<br>O = 304<br>N = 5.294 | – |
| 362019 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1,04<br>O/E = 412 / 395,98<br>7,12 %<br>O/N = 412 / 5.785 | 1,03<br>O/E = 391 / 380,56<br>6,97 %<br>O/N = 391 / 5.613<br>(nicht definiert) | – |
| 362020 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | 1,04<br>O/E = 436 / 418,16<br>7,65 %<br>O/N = 436 / 5.697 | 1,01<br>O/E = 407 / 404,49<br>7,32 %<br>O/N = 407 / 5.560<br>(nicht definiert) | – |
| 362021 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | 1,01<br>O/E = 790 / 781,68<br>13,79 %<br>O/N = 790 / 5.727 | 1,01<br>O/E = 794 / 784,95<br>13,82 %<br>O/N = 794 / 5.745<br>(nicht definiert) | – |
| **Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)** | | | | |
| Gruppe: | Schwerwiegende Komplikationen | | | |
| 402002 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts | 11,36 %<br>O = 674<br>N = 5.935 | 11,75 %<br>O = 762<br>N = 6.484<br>(≤ 22,52 %; 95. Perzentil) | – |
| 402003 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | 1,01<br>O/E = 206 / 203,50<br>3,81 %<br>O/N = 206 / 5.402 | 1,01<br>O/E = 221 / 219,30<br>3,73 %<br>O/N = 221 / 5.922<br>(≤ 2,75; 95. Perzentil) | ● |
| 402004 | Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen | 0,63 %<br>O = 31<br>N = 4.899 | 0,87 %<br>O = 46<br>N = 5.283<br>(nicht definiert) | – |
| 402005 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | 6,79 %<br>O = 377<br>N = 5.549 | 6,90 %<br>O = 407<br>N = 5.895<br>(≤ 16,38 %; 95. Perzentil) | – |
| 402007 | Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff | 5,41 %<br>O = 300<br>N = 5.549 | 5,11 %<br>O = 301<br>N = 5.895<br>(nicht definiert) | – |
| Gruppe: | Reintervention bzw. Reoperation | | | |
| 402008 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen | 0,87 %<br>O = 51<br>N = 5.848 | 0,78 %<br>O = 50<br>N = 6.413<br>(≤ 2,93 %; 95. Perzentil) | – |
| 402009 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres | 2,49 %<br>O = 138<br>N = 5.549 | 2,21 %<br>O = 130<br>N = 5.895<br>(≤ 7,15 %; 95. Perzentil) | – |

* *Transparenzkennzahl*

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS KCHK*

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Sterblichkeit | | | |
| 402010 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation* | 3,04 %<br>O = 173<br>N = 5.685 | 2,91 %<br>O = 182<br>N = 6.258 | – |
| 402011 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1,03<br>O/E = 247 / 238,65<br>4,16 %<br>O/N = 247 / 5.935 | 0,96<br>O/E = 239 / 249,78<br>3,69 %<br>O/N = 239 / 6.484<br>(nicht definiert) | ● |
| 402012 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | 1,03<br>O/E = 271 / 262,66<br>4,63 %<br>O/N = 271 / 5.848 | 0,92<br>O/E = 257 / 279,21<br>4,01 %<br>O/N = 257 / 6.413<br>(≤ 2,03; 95. Perzentil) | ● |
| 402013 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | 1,01<br>O/E = 453 / 448,00<br>8,16 %<br>O/N = 453 / 5.549 | 1,02<br>O/E = 471 / 463,51<br>7,99 %<br>O/N = 471 / 5.895<br>(nicht definiert) | – |
| **Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)** | | | | |
| Gruppe: | Schwerwiegende Komplikationen | | | |
| 392002 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts | 2,89 %<br>O = 287<br>N = 9.940 | 2,64 %<br>O = 311<br>N = 11.762<br>(≤ 7,40 %; 95. Perzentil) | – |
| 392003 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | 0,96<br>O/E = 102 / 106,28<br>1,12 %<br>O/N = 102 / 9.136 | 1,04<br>O/E = 132 / 127,14<br>1,21 %<br>O/N = 132 / 10.913<br>(≤ 4,17; 95. Perzentil) | ● |
| 392004 | Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen | 0,44 %<br>O = 37<br>N = 8.389 | 0,31 %<br>O = 31<br>N = 9.854<br>(nicht definiert) | – |
| 392005 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | 4,03 %<br>O = 338<br>N = 8.391 | 4,15 %<br>O = 409<br>N = 9.855<br>(≤ 10,40 %; 95. Perzentil) | – |
| 392007 | Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff | 24,10 %<br>O = 2.022<br>N = 8.391 | 24,10 %<br>O = 2.375<br>N = 9.855<br>(nicht definiert) | – |

* *Transparenzkennzahl*


© IQTIG 2026

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS KCHK*

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Reintervention bzw. Reoperation | | | |
| 392008 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen | 3,34 %<br>O = 328<br>N = 9.821 | 3,65 %<br>O = 426<br>N = 11.659<br>(≤ 24,62 %; 95. Perzentil) | – |
| 392009 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres | 6,07 %<br>O = 509<br>N = 8.391 | 6,80 %<br>O = 670<br>N = 9.855<br>(≤ 24,38 %; 95. Perzentil) | – |
| Gruppe: | Sterblichkeit | | | |
| 392010 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation* | 1,88 %<br>O = 185<br>N = 9.847 | 2,02 %<br>O = 236<br>N = 11.695 | – |
| 392011 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1,03<br>O/E = 215 / 209,75<br>2,16 %<br>O/N = 215 / 9.940 | 1,11<br>O/E = 258 / 231,76<br>2,19 %<br>O/N = 258 / 11.762<br>(nicht definiert) | ● |
| 392012 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | 1,01<br>O/E = 327 / 322,68<br>3,33 %<br>O/N = 327 / 9.821 | 1,02<br>O/E = 372 / 363,82<br>3,19 %<br>O/N = 372 / 11.659<br>(≤ 3,31; 95. Perzentil) | ● |
| 392013 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | 1,01<br>O/E = 1.564 / 1.545,69<br>18,64 %<br>O/N = 1.564 / 8.391 | 1,05<br>O/E = 1.796 / 1.714,16<br>18,22 %<br>O/N = 1.796 / 9.855<br>(nicht definiert) | – |

* *Transparenzkennzahl*

### Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS KCHK*

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| **Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)** | | | | |
| 382000 | Intraprozedurale Komplikationen | 3 / 83<br>3,61 % | 2 / 83<br>2,41 % | 3 / 85<br>3,53 % |
| 382001 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | 3 / 83<br>3,61 % | 1 / 83<br>1,20 % | 6 / 85<br>7,06 % |
| 382003 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen | - | - | 4 / 85<br>4,71 % |
| 382004 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres | - | - | 4 / 83<br>4,82 % |
| 382007 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | 3 / 83<br>3,61 % | 3 / 83<br>3,61 % | 4 / 85<br>4,71 % |
| **Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)** | | | | |
| 372000 | Intraprozedurale Komplikationen | 4 / 85<br>4,71 % | 2 / 85<br>2,35 % | 3 / 83<br>3,61 % |
| 372001 | Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts | 4 / 85<br>4,71 % | 2 / 85<br>2,35 % | 5 / 83<br>6,02 % |
| 372002 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen* | 3 / 85<br>3,53 % | 2 / 85<br>2,35 % | 3 / 83<br>3,61 % |
| 372003 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen* | - | - | 4 / 83<br>4,82 % |
| 372004 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres* | - | - | 5 / 85<br>5,88 % |
| 372007 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen* | 4 / 85<br>4,71 % | 2 / 85<br>2,35 % | 5 / 83<br>6,02 % |
| **Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)** | | | | |
| 352001 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | 5 / 86<br>5,81 % | 1 / 86<br>1,16 % | 4 / 86<br>4,65 % |
| 352400 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen | - | - | 4 / 86<br>4,65 % |
| 352401 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres | - | - | 5 / 86<br>5,81 % |
| 352008 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | 3 / 86<br>3,49 % | 3 / 86<br>3,49 % | 3 / 86<br>3,49 % |

* *Die Datengrundlage der Ergebnisse der auf Sozialdaten basierenden Kennzahlen im Modul KCHK-AK-KATH sind erheblich beeinträchtigt. Für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 (Auswertungsjahr 2026) fehlen, aufgrund der unvollständigen Datenlieferung einer Krankenkasse, 11 % der Indexfälle in diesem Auswertungsmodul. Im Erfassungsjahr 2024 sind davon etwa 83 % und im Erfassungsjahr 2025 etwa 90 % aller Leistungserbringer in diesem Auswertungsmodul betroffen. Das Stellungnahmeverfahren für die betreffenden Qualitätsindikatoren entfällt vor diesem Hintergrund in diesem Auswertungsmodul.*


© IQTIG 2026

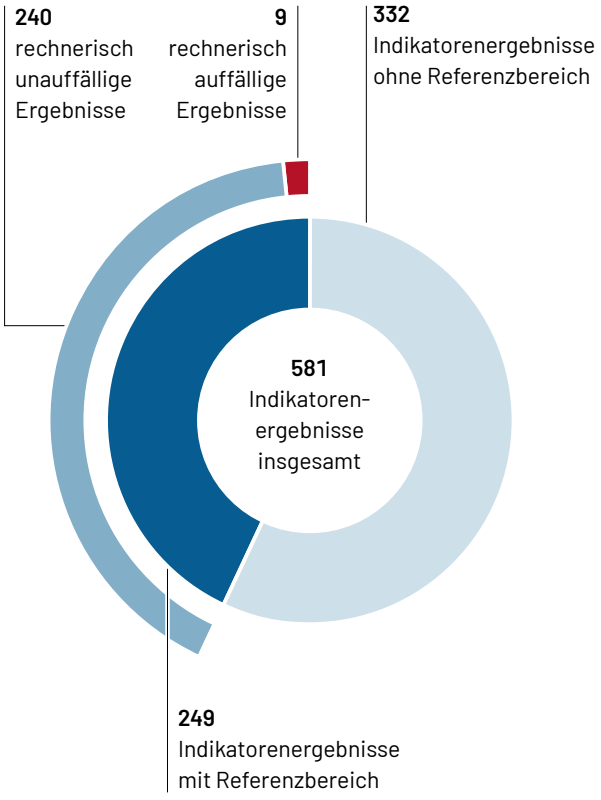
### Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS KCHK*

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| **Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)** | | | | |
| 402002 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts | 6 / 83<br>7,23 % | 2 / 83<br>2,41 % | 5 / 81<br>6,17 % |
| 402003 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | 5 / 83<br>6,02 % | 1 / 83<br>1,20 % | 6 / 81<br>7,41 % |
| 402005 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | - | - | 4 / 83<br>4,82 % |
| 402008 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen | - | - | 4 / 81<br>4,94 % |
| 402009 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres | - | - | 5 / 83<br>6,02 % |
| 402012 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | 6 / 83<br>7,23 % | 5 / 83<br>6,02 % | 5 / 81<br>6,17 % |
| **Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)** | | | | |
| 392002 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts | 23 / 277<br>8,30 % | 4 / 277<br>1,44 % | 25 / 291<br>8,59 % |
| 392003 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | 15 / 276<br>5,43 % | 7 / 276<br>2,54 % | 16 / 289<br>5,54 % |
| 392005 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | - | - | 22 / 277<br>7,94 % |
| 392008 | Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen | - | - | 12 / 289<br>4,15 % |
| 392009 | Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres | - | - | 21 / 277<br>7,58 % |
| 392012 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | 23 / 277<br>8,30 % | 14 / 277<br>5,05 % | 29 / 289<br>10,03 % |

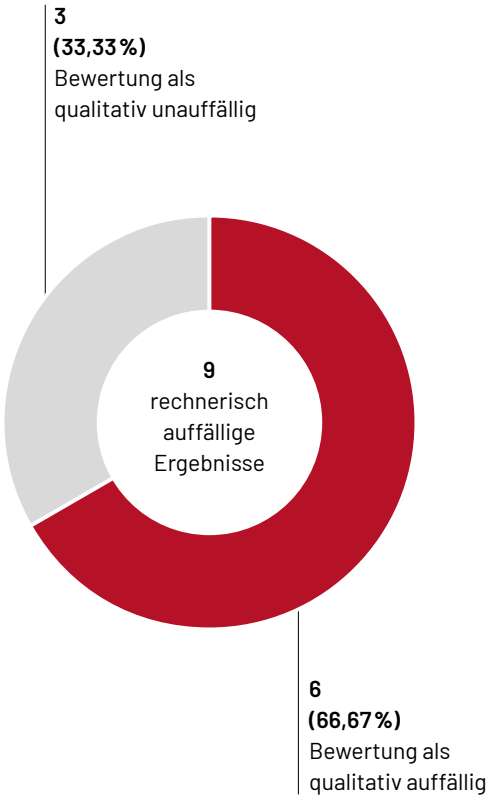
## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im gesamten Verfahren *QS KCHK* waren von insgesamt 6.084 Indikatorenergebnissen 110 rechnerisch auffällig, verteilt auf 78 Leistungserbringer. Allen rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnissen wurde im Stellungnahmeverfahren nachgegangen. Aufgrund von wiederholt festgestellten qualitativen Problemen in einem Indikator bzw. einer festgestellten mehrfachen qualitativen Problematik in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren in einem Auswertungsjahr erfolgten im Verfahren *QS KCHK* zum Auswertungsjahr 2025 ein kollegiales Gespräch und eine Begehung, um den Bewertungsprozess zu unterstützen. Diese beiden Maßnahmen des erweiterten Stellungnahmeverfahrens fanden erst nach dem Stichtag des 15. März 2025 statt. Daher sind sie in den Diagrammen noch nicht berücksichtigt und konnten zum Berichtszeitpunkt noch nicht abschließend bewertet werden. Betroffen waren 2 Leistungserbringer mit vermehrten rechnerischen Auffälligkeiten, insbesondere in den Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit und schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen. Konkret handelte es sich um die Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen" im Auswertungsmodul *KCHK-MK-CHIR* sowie „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikation während des stationären Aufenthalts" im Auswertungsmodul *KCHK-AK-KATH*. Gründe für die 51 qualitativ auffälligen Bewertungen (bei 34 Leistungserbringern) im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 waren u. a. Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Allen Leistungserbringern wurden individuelle Hinweise und Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung gegeben, die zusätzlich zu den von den Leistungserbringern bereits selbst eingeleiteten Maßnahmen erfolgen sollten. Bei 52 Indikatorergebnissen von 47 Leistungserbringern konnten die rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet werden, da es sich um keine strukturellen Mängel bei komplexen Einzelfällen handelte und dennoch durch die Leistungserbringer bereits eine umfangreiche Ursachenanalyse erfolgte. Bei 5 Leistungserbringern konnten Dokumentationsfehler hinreichend plausibel erklärt werden, wobei Maßnahmen zu deren Vermeidung abgeleitet wurden.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *KCHK-AK-CHIR***



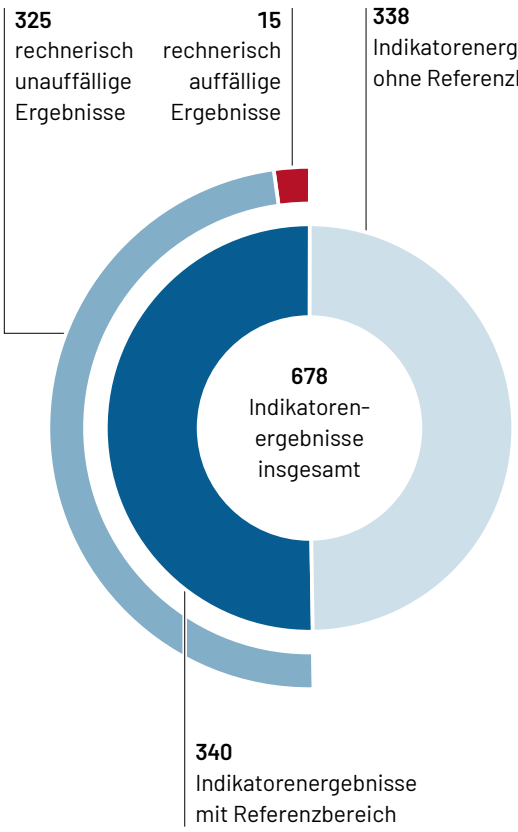

**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *KCHK-AK-CHIR***



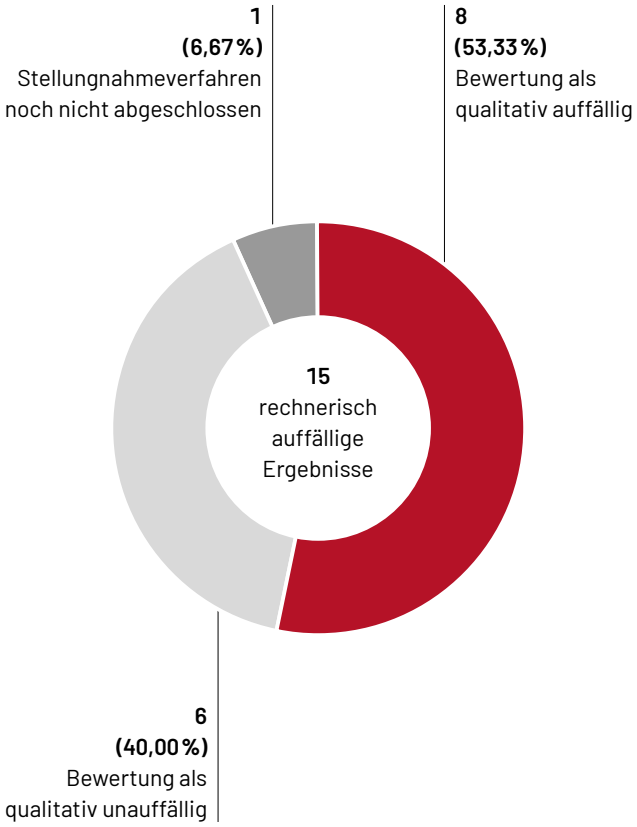


© IQTIG 2026

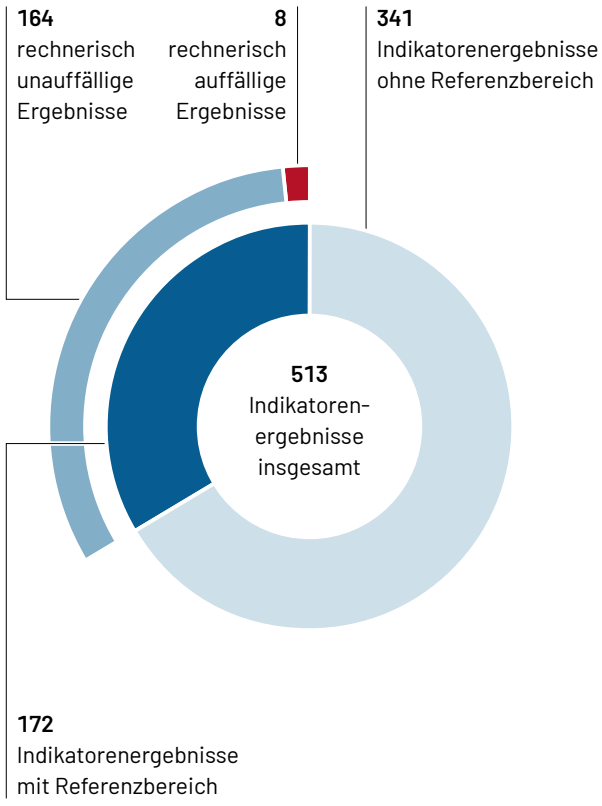
### Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *KCHK-AK-KATH*



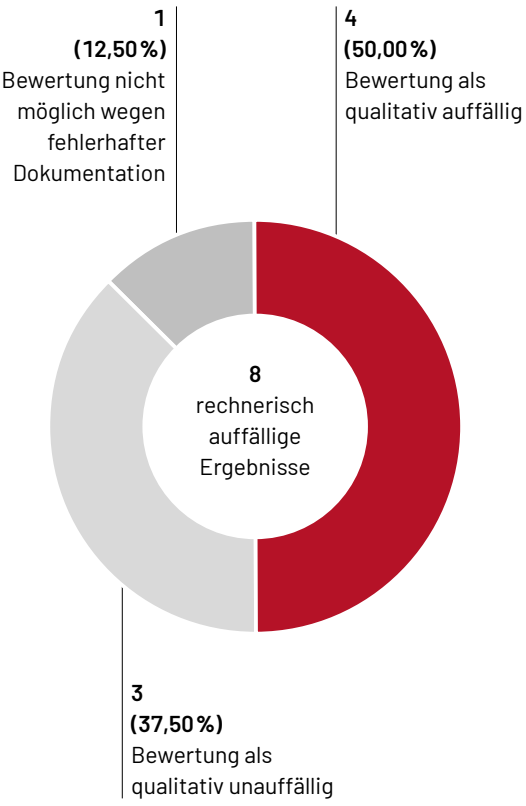

### Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *KCHK-AK-KATH*



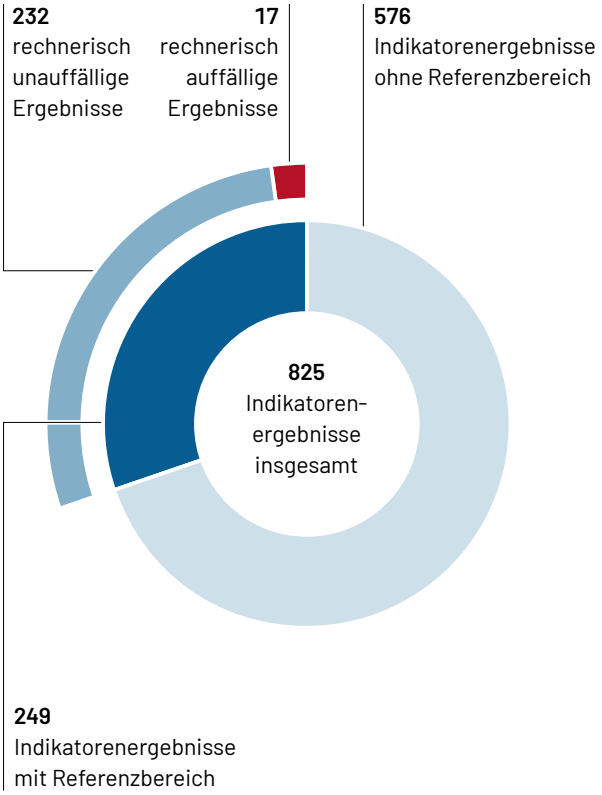

### Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *KCHK-KC*



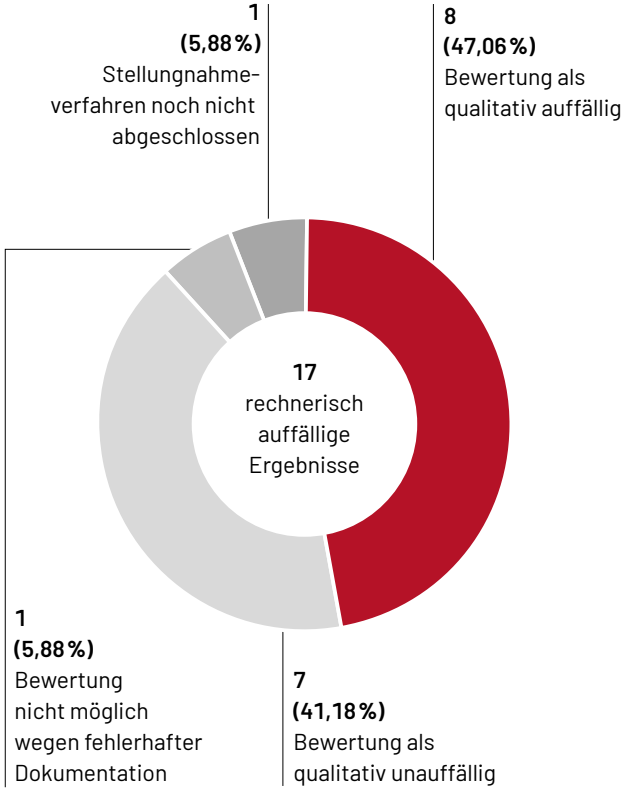

### Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *KCHK-KC*



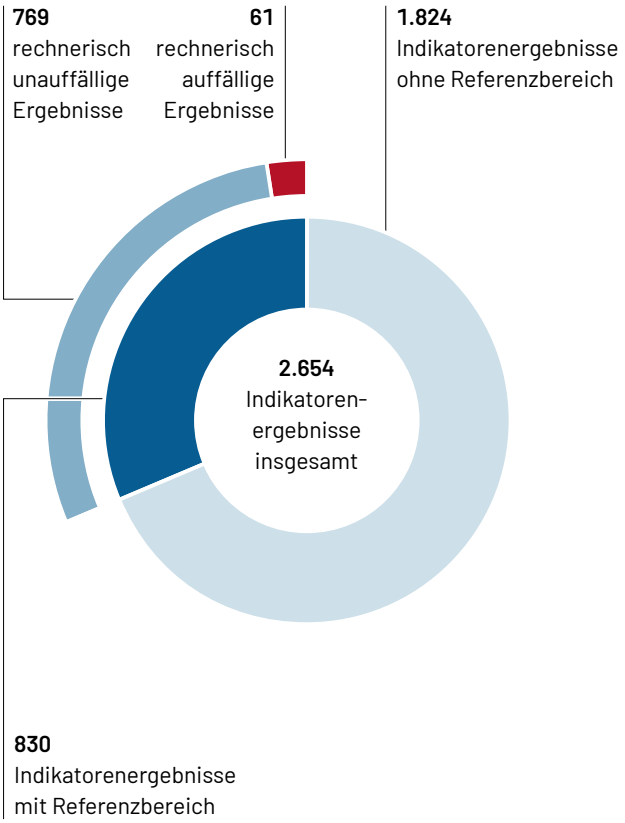
### Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *KCHK-MK-CHIR*



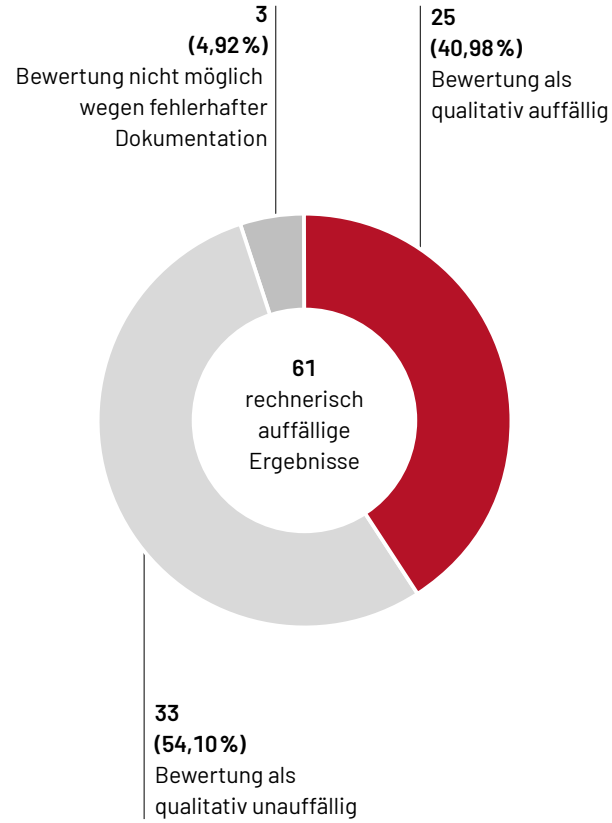

### Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *KCHK-MK-CHIR*




### Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *KCHK-MK-KATH*




### Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *KCHK-MK-KATH*





© IQTIG 2026

# Ausblick

In enger Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene wurde das Indikatorenset von *QS KCHK* in den vergangenen Jahren bereits deutlich reduziert. Diese Reduktion ist Ergebnis einer kontinuierlichen Prüfung und Bewertung des Verfahrens. Die weitere Schärfung und Fokussierung des Indikatorensets bleibt auch 2026 zentrales Ziel der Weiterentwicklung des Verfahrens *QS KCHK*, um die Übersichtlichkeit der Qualitätsbewertung in diesem Versorgungsbereich zu erhöhen und den Dokumentationsaufwand der beteiligten Akteure weiter zu reduzieren.

Auf Grundlage der bisherigen Evaluation und zur Vervollständigung des Indikatorensets soll für das Auswertungsmodul zur isolierten Koronarchirurgie die Einführung eines Komplikationsindikators zum Erfassungsjahr 2028 vorgeschlagen werden, der Komplikationen während des stationären Aufenthalts und innerhalb von 90 Tagen erfasst.

Die perspektivische Qualitätssicherung der Eingriffe an den Trikuspidalklappen gewinnt weiterhin an Bedeutung. Aufbauend auf den Indikatoren, die bereits für Aorten- und Mitralklappeneingriffe entwickelt wurden, wird die Entwicklung entsprechender Qualitätsindikatoren für Trikuspidalinterventionen vorangetrieben. Auch hier ist eine Empfehlung zum Erfassungsjahr 2028 vorgesehen und wird im Beteiligungsverfahren 2026 thematisiert. Schwerpunkt ist die Abbildung von Komplikationen, Re-Eingriffen und der Sterblichkeit zur Sicherstellung der Behandlungsqualität in diesem wachsenden Versorgungsfeld.

Die anhaltende Heterogenität und Komplexität des Auswertungsmoduls *KCHK-KC-KOMB* erschwert eine vergleichbare Bewertung der Ergebnisse und damit den fairen Leistungserbringervergleich. Vor diesem Hintergrund wurde bereits die Aussetzung der Referenzbereiche ab dem Auswertungsjahr 2025 beschlossen. Der seitdem geführte Evaluationsprozess hat zur konsentierten Empfehlung geführt, das Auswertungsmodul zu streichen. Diese Empfehlung zur Streichung soll ebenfalls zum Erfassungsjahr 2028 erfolgen und wird auch im laufenden Beteiligungsverfahren 2026 adressiert. Ziel ist, die Vergleichbarkeit und Aussagekraft des Verfahrens insgesamt zu verbessern und Aufwände zu reduzieren.

Weiterhin wird die Prüfung einer Risikoadjustierung aller verbleibenden Indikatoren fortgesetzt. Voraussichtlich erfolgt die Risikoadjustierung der Indikatoren zu den erneuten Eingriffen zum Auswertungsjahr 2027. Die Risikoadjustierung der verbleibenden Indikatoren erfolgt anschließend im darauffolgenden Auswertungsjahr. Parallel wird die Möglichkeit einer Risikoadjustierung über Sozialdaten bei den Krankenkassen geprüft. Zudem bleibt die erneute Entwicklung sowohl eines Indikators zur Prüfung der Indikationsstellung (*KCHK-MK-CHIR* und *KCHK-MK-KATH*) wie auch eines Indikators zur Prozessqualität (*KCHK-KC*) ein wichtiges Ziel, um die Richtlinienzielsetzung Verbesserung der Indikationsstellung und die Qualitätsdimension Angemessenheit wieder direkt abzubilden.

# Orthopädie und Unfallchirurgie



# Hüftgelenkversorgung

# Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

## Hintergrund

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-hgv*

Als hüftgelenknahe Femurfraktur wird ein Bruch (Fraktur) im oberen, d. h. zum Hüftgelenk gerichteten Teil des Oberschenkelknochens (Femur) bezeichnet. Ein solcher Bruch ist, bedingt durch die im Alter abnehmende Festigkeit der Knochensubstanz bis hin zur Osteoporose und durch die zunehmende Bewegungsunsicherheit, eine häufige Verletzung älterer Menschen. Oft wird sie durch einen Sturz verursacht.

Während viele andere Knochenbrüche konservativ behandelt werden können, um wieder ausreichend zu verheilen, z. B. mit einer Ruhigstellung im Gips, ist eine solche Therapie bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur zumeist nicht möglich. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Verbindung der Knochen durch Metallteile nennt man Osteosynthese. Jährlich erleiden ca. 65.000 Patientinnen und Patienten einen hüftgelenknahen Oberschenkelbruch, der mit einer Osteosynthese versorgt wird.

Im Verfahren *QS HGV* bildet das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* die Qualität der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten (ab einem Alter von 18 Jahren) ab. Die Krankenhäuser dokumentieren zu jeder Operation die während des Eingriffs und danach aufgetretenen Komplikationen, die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Sterblichkeit. Das Ziel der operativen Behandlung ist eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung oder Verbesserung der Mobilität und der körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten.

Aus dem Verfahren ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen eine Osteosynthese aufgrund sehr spezifischer Erkrankungen nötig ist. Dazu zählen beispielsweise Krebserkrankungen oder bereits im Kindesalter aufgetretene Fehlbildungen bzw. Gelenkentzündungen. Die Operationen sind in diesen Fällen meist sehr komplex und nicht mit den Operationen der Regelversorgung zu vergleichen. Darüber hinaus werden auch Patientinnen und Patienten mit Polytrauma oder anderen Begleitverletzungen ausgeschlossen. Bei einem Polytrauma liegen gleichzeitig mehrere schwere Verletzungen an verschiedenen Körperregionen oder Organen vor, die gemeinsam potenziell lebensbedrohlich sind.

Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahen Femurfraktur wird grundsätzlich zwischen hüftkopferhaltenden und hüftkopfersetzenden Methoden unterschieden. Das QS-Verfahren ***Hüftgelenkversorgung (QS HGV)*** beinhaltet entsprechend zwei Auswertungsmodule.

Im Auswertungsmodul ***Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)*** werden hüftkopferhaltend (osteosynthetisch) versorgte hüftgelenknahe Femurfrakturen betrachtet. Das Auswertungsmodul ***Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)*** nimmt dagegen hüftgelenknahe Femurfrakturen in den Blick, die hüftkopfersetzend (endoprothetisch) versorgt werden. Größtenteils betrachtet dieses Auswertungsmodul jedoch geplante Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und Hüftendoprothesenwechsel bzw. –Komponentenwechsel.

Das Verfahren wurde im Rahmen der Eckpunktebeauftragung des GBA überprüft. Ziel war es, das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Die bisherigen QS-dokumentationsbasierten Indikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen, zur Sterblichkeit sowie zu frühzeitigen Wechseln werden im Auswertungsjahr 2026 letztmalig berichtet. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden diese Qualitätsaspekte in Form von Kennzahlen berechnet, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle basieren.

**Wichtiges in Kürze:**
Gesamtes QS-Verfahren

- die Anzahl der Leistungserbringer im Verfahren nimmt seit Jahren kontinuierlich ab, vor allem aufgrund der zunehmenden Zentralisierung der Krankenhausversorgung
- Bundesergebnisse der Indikatoren überwiegend auf Vorjahresniveau
- weiterhin positiver Trend bei den Indikatoren zur präoperativen Verweildauer, teilweise jedoch Verschlechterung der Landesergebnisse im Erfassungsjahr 2025
- durch Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen seit dem Erfassungsjahr 2026 werden Komplikationen künftig auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst – bis zu 365 Tage nach der Operation
- das IQTIG entwickelt eine Patientenbefragung, um patientenrelevante Aspekte der im Verfahren betrachteten Operationen erfassen und auswerten zu können
- Ausblick: die im Erfassungsjahr 2026 eingeführten sozialdatenbasierten Kennzahlen werden zum Erfassungsjahr 2027 in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren überführt, zu denen ab dem Auswertungsjahr 2028 Stellungnahmeverfahren möglich sein sollen

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* umfasst 5 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Eine besonders wichtige Rolle bei der osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur spielt der Zeitraum von der Aufnahme in eine Klinik bis zur Operation. Je mehr Zeit zwischen Frakturereignis und Operation vergeht, desto mehr Komplikationen können auftreten. Der Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer" (ID 54030) prüft, ob Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 (bei Einnahme gerinnungshemmender Medikamente innerhalb von 48) Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus operativ versorgt werden. Darüber hinaus werden die mit der Operation zusammenhängenden spezifischen (ID 54029) und allgemeinen (ID 54042) Komplikationen erfasst.

Der Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung" (ID 54033) bildet ab, ob Patientinnen und Patienten bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig gehen können. Betrachtet werden dabei nur diejenigen, die auch vor dem Krankenhausaufenthalt dazu in der Lage waren. Die Sterblichkeit während und nach der Operation wird durch eine Kennzahl erfasst (ID 54046). Für den Indikator zur Sturzprophylaxe (ID 54050) wird infolge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung der Referenzbereich für das Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt.

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Die Anzahl der für das Auswertungsjahr 2026 übermittelten Datensätze und der entlassenden Standorte auf Bundesebene ist im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* geringfügig höher als erwartet. Die Vollzähligkeit der Datensätze liegt für das Auswertungsjahr 2026 bei 100,41 % und damit in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr. Insgesamt wurden im Vergleich zum Vorjahr 556 Datensätze weniger übermittelt.

**Datengrundlage *HGV-OSFRAK***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 65.072 | 64.516 | 64.255 | 100,41 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 991 | 934 | - | - |


© IQTIG 2026

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) hat sich seit dem Erfassungsjahr 2015 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) stetig verringert und ist im Auswertungsjahr 2026 erneut um 0,35 Prozentpunkte gesunken. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wird also innerhalb des angestrebten Zeitraums operiert; die Zahl derjenigen, bei denen das nicht der Fall ist, sinkt kontinuierlich. Das IQTIG und das Expertengremium auf Bundesebene erachten diese Entwicklung als äußerst positiv. Sie ist auf die Arbeit aller Beteiligten (Leistungserbringer, LAG, Expertengremien und IQTIG) und auf die Umsetzung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) zurückzuführen.

Zwar hat dieser Indikator von allen Indikatoren des Moduls im Auswertungsjahr 2026 erneut den höchsten Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (8,12 %). Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dieser Anteil jedoch um ca. 2 Prozentpunkte verringert. Im Auswertungsjahr 2024 lag dieser Wert bei 14,64 % und im Auswertungsjahr 2023 bei 19,65 %. Der Verlauf zeigt, dass trotz der bereits erzielten Verbesserungen bei vielen Leistungserbringern weiterhin Optimierungspotenzial besteht.

Im Ländervergleich der Ergebnisse dieses Indikators zeigen sich in einigen Ländern Verschlechterungen vom Erfassungsjahr 2024 zu 2025. Dieser Trend in einzelnen Ländern sollte weiter beobachtet werden, insbesondere vor dem Hintergrund der verringerten Anzahl an teilnehmenden Leistungserbringern und der damit einhergehenden Zentralisierung der Leistungen. Obwohl Klinikschließungen zur Folge haben können, dass sich die Fallzahl in den umliegenden Krankenhäusern erhöht, ist in vielen Bundesländern trotz geringerer Leistungserbringeranzahl keine Verschlechterung der präoperativen Verweildauer zu beobachten. Das IQTIG wird die Ergebnisse auf Landesebene weiterhin aufmerksam beobachten, bei Bedarf ergänzende Prüfungen durchführen und die Entwicklungen mit dem Expertengremium erörtern.

30 Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahres 2025 wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die Rückmeldungen aus den LAG zeigen, dass vor allem Defizite im Gerinnungsmanagement sowie fehlende OP-Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Qualitätsziel nicht eingehalten werden konnte. 9 der 30 Leistungserbringer waren bereits im Vorjahr qualitativ auffällig, bei diesen wurden insgesamt 15 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Die rohen Bundesraten der Indikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen (IDs 54029 und 54042) liegen im Auswertungsjahr 2026 auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Im Vorjahr waren bei den allgemeinen Komplikationen vor allem die Anzahl der Fälle mit Harnwegsinfektionen und Delir sowie die Angabe „Sonstige Komplikationen" deutlich gestiegen. Dieser Trend setzte sich aktuell nur für das Delir fort. Bei den spezifischen Komplikationen ist der größte Anstieg ebenfalls für diese Kategorie zu beobachten.

Mit der Integration der Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* entfallen diese Kategorien. Der Großteil der allgemeinen und spezifischen Komplikationen wird zukünftig über diese Datenquelle gewonnen. Die manuelle QS-Dokumentation von Komplikationen ist nur noch notwendig, wenn durch den Diagnosekode nicht klar ist, ob es sich um eine bereits präoperativ vorliegende Diagnose handelt oder eine intra- oder postoperative Komplikation aufgetreten ist.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die gehunfähig aus dem Krankenhaus entlassen wurden (ID 54033), ist im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 nahezu unverändert. Zum Auswertungsjahr 2024 war der Anteil gesunken, da seitdem Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus stattfand.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Sturzprophylaxe (ID 54050) hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 nicht verändert. Da der Indikator zum Erfassungsjahr 2026 zur Abschaffung empfohlen wurde, ist der Referenzbereich seit dem Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten nach osteosynthetischer Versorgung der Femurfraktur (ID 54046) liegt im Auswertungsjahr 2025 weiterhin unter 5 % und sogar leicht unter dem Niveau des Vorjahres.

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *HGV-OSFRAK*

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 54030 | Präoperative Verweildauer | 7,57 %<br>O = 4.851<br>N = 64.052 | 7,22 %<br>O = 4.581<br>N = 63.428<br>(≤ 15,00 %) | ● |
| 54050 | Sturzprophylaxe | 97,93 %<br>O = 56.186<br>N = 57.373 | 97,82 %<br>O = 56.003<br>N = 57.254<br>(nicht definiert) | – |
| 54033 | Gehunfähigkeit bei Entlassung | 1,00<br>O/E = 6.932 / 6.932,00<br>15,63 %<br>O/N = 6.932 / 44.348 | 1,00<br>O/E = 6.949 / 6.952,77<br>15,73 %<br>O/N = 6.949 / 44.180<br>(≤ 2,32; 95. Perzentil) | ● |
| 54029 | Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 1,00<br>O/E = 1.286 / 1.286,00<br>1,98 %<br>O/N = 1.286 / 64.972 | 0,89<br>O/E = 1.149 / 1.291,15<br>1,78 %<br>O/N = 1.149 / 64.409<br>(≤ 2,75; 95. Perzentil) | ● |
| 54042 | Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 1,00<br>O/E = 8.743 / 8.743,00<br>13,46 %<br>O/N = 8.743 / 64.972 | 0,99<br>O/E = 8.791 / 8.841,56<br>13,65 %<br>O/N = 8.791 / 64.409<br>(≤ 2,06; 95. Perzentil) | ● |
| 54046 | Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur* | 1,00<br>O/E = 3.046 / 3.046,00<br>4,69 %<br>O/N = 3.046 / 64.972 | 0,95<br>O/E = 2.919 / 3.060,68<br>4,53 %<br>O/N = 2.919 / 64.409 | ● |

* *Transparenzkennzahl*

### Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *HGV-OSFRAK*

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 54030 | Präoperative Verweildauer | 99 / 976<br>10,14 % | 30 / 976<br>3,07 % | 75 / 924<br>8,12 % |
| 54033 | Gehunfähigkeit bei Entlassung | 63 / 984<br>6,40 % | 6 / 984<br>0,61 % | 55 / 926<br>5,94 % |
| 54029 | Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 61 / 993<br>6,14 % | 10 / 993<br>1,01 % | 54 / 934<br>5,78 % |
| 54042 | Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 52 / 993<br>5,24 % | 6 / 993<br>0,60 % | 50 / 934<br>5,35 % |


© IQTIG 2026

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* wurden im Auswertungsjahr 2025 weniger Indikatorenergebnisse mit definiertem Referenzbereich ausgewertet als im Vorjahr. Grund dafür ist, dass der Referenzbereich des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe" (ID 54050) im Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt war. Zu diesem Qualitätsindikator wurden somit keine Stellungnahmeverfahren geführt.

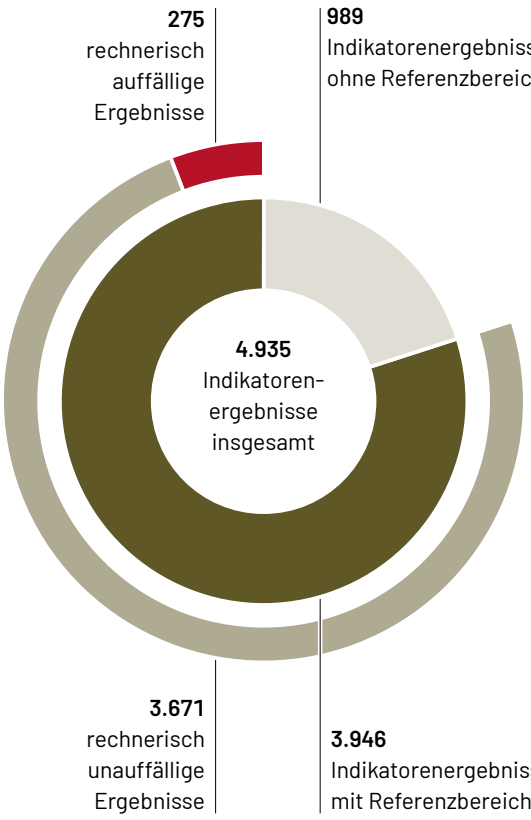
Der Anteil der geführten Stellungnahmeverfahren liegt leicht über dem Niveau des Vorjahrs (AJ 2025: ca. 80 %; AJ 2024: ca. 73 %). Der Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen bleibt dabei gleich (AJ 2025: ca. 19 %; AJ 2024: ca. 18 %), jedoch steigt der Anteil an qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnissen (AJ 2025: ca. 51 %; AJ 2024: ca. 44 %).

23 % (52/221) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren stattfanden, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die meisten betrafen den Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) (30/52). Qualitativ auffällige Ergebnisse waren meist auf Struktur- und Prozessmängel bei den Qualitätsindikatoren zurückzuführen (36/52). Bei dem Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) betraf dies präoperative Prozesse; bei den Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit (ID 54033) und zu den Komplikationen (IDs 54029 und 54042) darüber hinaus auch postoperative Prozesse.

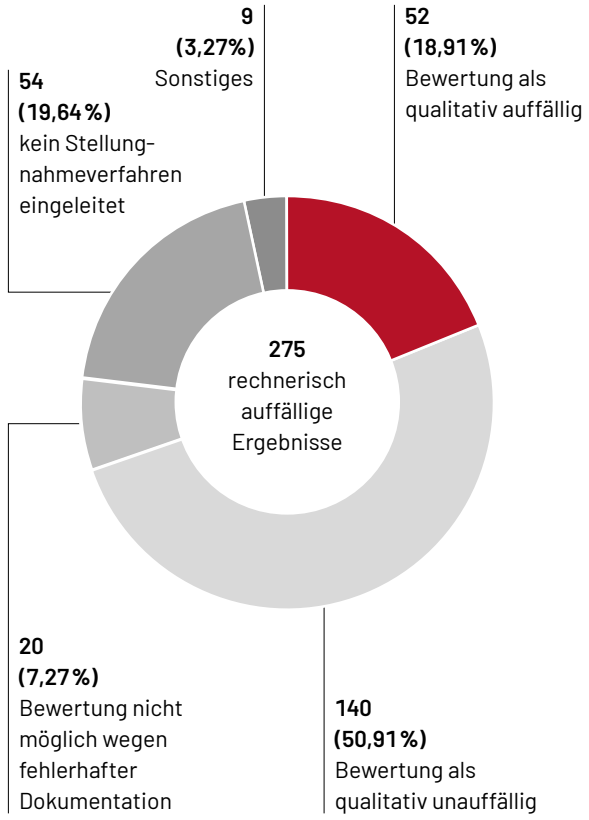
Am häufigsten lagen Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit bei Entlassung und zu den allgemeinen Komplikationen vor, weshalb keine Bewertung möglich war. Die von den LAG zurückgemeldeten Dokumentationsprobleme beim Qualitätsindikator zur Gehunfähigkeit bei Entlassung decken sich mit den Rückmeldungen des Expertengremiums aus der Frühjahrssitzung 2026.

Eine Bewertung als „Sonstiges" wurde selten vorgenommen. In der Hälfte der Fälle wurde die Verwendung dieser Auswahl mit der Schließung des Klinikstandortes begründet. Das IQTIG beobachtet seit mehreren Jahren eine abnehmende Zahl der Leistungserbringer im Verfahren *QS HGV*. Einzelne Mitglieder des Expertengremiums gehen davon aus, dass sich dieser Trend aufgrund der Bildung von Leistungsgruppen fortsetzen wird.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *HGV-OSFRAK***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *HGV-OSFRAK***



Die LAG haben zu ca. 20 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde z. B. mit einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit, einer geringen oder nicht signifikanten Abweichung vom Referenzwert oder einer kleinen Fallzahl begründet. Ungefähr die Hälfte aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde als qualitativ unauffällig bewertet, meistens aufgrund von Einzelfällen (90 von 140). Zu 13 der 140 Bewertungen haben die LAG genauere Rückmeldungen übermittelt, die indikatorspezifische Begründungen beinhalteten.

Bei weniger Stellungnahmeverfahren und gleichbleibendem Anteil qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse wurden mehr Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet als im Vorjahr (AJ 2025: 20 Maßnahmen bei 13 Leistungserbringern; AJ 2024: 12 Maßnahmen bei 10 Leistungserbringern). Am häufigsten wurden Maßnahmen zum Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer eingeleitet (9 von 13 Leistungserbringern). Dabei wurden v. a. sonstige Maßnahmen (z. B. Erstellung von präoperativen Maßnahmenkatalogen oder Durchführung von kollegialen Gesprächen) eingeleitet oder Behandlungspfade implementiert. Zu den Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit bei Entlassung und zu den spezifischen Komplikationen wurden bei je 2 Leistungserbringern insgesamt 5 Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Bei 3 der 4 Leistungserbringer wurden Fortbildungen durchgeführt.

Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden 2025 weniger Gespräche (AJ 2024: 3; AJ 2025: 1) geführt. Begehungen fanden wie im Vorjahr nicht statt. Indikatorübergreifende Hinweise haben die LAG an die Leistungserbringer nicht übermittelt. Bei einzelnen Qualitätsindikatoren haben die LAG jedoch darum gebeten, auf die korrekte Dokumentation oder die Ausfüllhinweise zu achten. Teilweise wurde auch empfohlen, ein unterjähriges Monitoring der Ergebnisse (z. B. Quartalsberichte) zu implementieren, um Dokumentationsfehler zu vermeiden.


© IQTIG 2026

# Hüftgelenkversorgung
## Hüftendoprothesenversorgung

### Hintergrund

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-hgv*

Das Auswertungsmodul *HGV-HEP* des Verfahrens *QS HGV* untersucht die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen eines künstlichen Hüftgelenks (Hüftendoprothese) sowie bei Eingriffen, bei denen ein bestehendes Implantat bzw. Teile davon gewechselt werden. Bei allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen eine Erstimplantation oder ein Wechsel einer Hüftendoprothese oder ein Wechsel eines Teils der Prothese durchgeführt wird, müssen die Krankenhäuser die Begründung für den Eingriff (Indikationsstellung), die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Komplikationen und die Sterblichkeit während des stationären Aufenthaltes dokumentieren.

Das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks gehört inzwischen zu den 20 häufigsten Operationen im Krankenhaus. Im Jahr 2024 wurde ein endoprothetischer Hüftgelenkersatz ungefähr 280.000-mal durchgeführt. Die mit Abstand häufigste Indikation für die Implantation einer Hüftgelenkendoprothese ist die Hüftgelenksarthrose (Koxarthrose). Die damit oftmals einhergehenden Ruhe- oder Belastungsschmerzen und Bewegungseinschränkungen treten vor allem im fortgeschrittenen Stadium auf und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Ein künstlicher Hüftgelenkersatz kann außerdem bei der Versorgung von hüftgelenknahen Brüchen des Oberschenkels (Femurfrakturen wie z. B. Schenkelhalsfraktur) durchgeführt werden. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Fälle werden im Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (*HGV-OSFRAK*) betrachtet.

Bei korrekter Indikationsstellung sowie einem chirurgisch fachgerechten Eingriff und komplikationslosen Verlauf kann in der Regel von einer Standzeit der Implantate von 15 bis 20 Jahren und mehr ausgegangen werden. Weil mit dieser Operation aber der natürliche Knochen für immer ersetzt wird und zudem ein späterer Wechsel in höherem Lebensalter nicht unproblematisch ist, sollte der Ersatz eines Hüftgelenks sorgfältig abgewogen werden.

Beim Einbau wird das künstliche Hüftgelenk in den körpereigenen Knochen eingebracht. In sehr seltenen Fällen können bei oder nach der Operation so schwerwiegende Komplikationen auftreten, dass ein Wechsel der Prothese oder einzelner Komponenten notwendig wird. Ein (vorzeitiger) Wechsel kann z. B. bei einer Lockerung des Implantats, einem Bruch des umliegenden Knochens oder einer Infektion erforderlich sein. Die Wechseloperationen selbst sind chirurgisch anspruchsvolle Eingriffe, die im Vorfeld eine präzise Indikationsstellung erfordern.

Bei oder nach den Operationen können darüber hinaus auch allgemeine Komplikationen wie Harnwegsinfekte, Schlaganfälle oder Herzinfarkte auftreten.

Ziel des Auswertungsmoduls *HGV-HEP* ist es, die Indikationsstellung und die Ergebnisqualität bei den genannten Eingriffen abzubilden und zu verbessern sowie die Komplikationsraten während und nach der Operation zu verringern. Mobilität und körperliche Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten sollten möglichst schnell und komplikationslos wiederhergestellt oder verbessert werden.

Aus dem Verfahren ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks aufgrund sehr spezifischer Erkrankungen nötig ist. Das sind beispielsweise Krebserkrankungen, bereits im Kindesalter aufgetretene Fehlbildungen bzw. Gelenkentzündungen. Die Operationen sind in diesen Fällen meist sehr komplex und nicht mit den Operationen der Regelversorgung zu vergleichen. Darüber hinaus werden auch Patientinnen und Patienten mit Polytrauma oder anderen Begleitverletzungen ausgeschlossen. Bei einem Polytrauma liegen gleichzeitig mehrere schwere Verletzungen an verschiedenen Körperregionen oder Organen vor, die gemeinsam potenziell lebensbedrohlich sind.

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Das Auswertungsmodul *HGV-HEP* umfasst 14 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Betrachtet wird, ob die Operation nach einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 48 Stunden erfolgt (ID 54003) und ob die Indikationsstellung bei der geplanten Implantation (ID 54001) oder dem Wechsel (bzw. Komponentenwechsel) (ID 54002) einer Hüftendoprothese angemessen war. Darüber hinaus werden die mit der Operation zusammenhängenden allgemeinen (IDs 54015–54017) und spezifischen (IDs 54018–54020) Komplikationen erfasst. Die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig zu gehen (ID 54012) und Treppen zu steigen (ID 192300), wird ebenfalls abgebildet. Weiterhin wird beobachtet, ob nach der Hüftendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 90 Tagen ein Wechseleingriff durchgeführt wurde (ID 10271). Schließlich wird die Sterblichkeit nach Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel von Hüftendoprothesen (ID 54013) wie auch bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 191914) innerhalb des stationären Aufenthaltes erfasst.

Für die Indikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe werden aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung des GBA die Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt.

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Die Anzahl der für das Auswertungsjahr 2026 übermittelten Datensätze und der entlassenden Standorte auf Bundesebene ist im Auswertungsmodul *HGV-HEP* geringfügig höher als erwartet. Die Vollzähligkeit der Datensätze liegt für das Auswertungsjahr 2026 bei 100,10 % und damit in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr. Insgesamt wurden im Vergleich zum Vorjahr 7.943 Datensätze mehr übermittelt. Dies ist v. a. auf eine Zunahme der elektiven Erstimplantationen zurückzuführen. Aufgrund der Bevölkerungspyramide in Deutschland (Destatis / Statistisches Bundesamt) ist davon auszugehen, dass der Fallzahlanstieg bei den elektiven Erstimplantationen bis voraussichtlich 2034 anhalten wird.

**Datengrundlage *HGV-HEP***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 294.726 | 302.669 | 302.379 | 100,10 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 1.105 | 1.059 | - | - |
| **davon: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation** | | | | |
| Datensätze | 276.474 | 284.556 | 284.368 | 100,07 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 1.105 | 1.058 | - | - |
| **davon: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** | | | | |
| Datensätze | 20.491 | 20.171 | 20.141 | 100,15 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 992 | 970 | - | - |

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Indikation von Erstimplantationen (ID 54001) liegt leicht unter dem Niveau des Vorjahres, das des Indikators zur Indikation eines Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. Komponentenwechsels (ID 54002) leicht darüber. Die Referenzbereiche wurden wie im Vorjahr entsprechend der Empfehlung zur Abschaffung der Indikatoren zum Erfassungsjahr 2026 ausgesetzt.

Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54003) hat sich seit dem Erfassungsjahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) stetig verringert. Im Auswertungsjahr 2026 ist er erneut um 0,37 Prozentpunkte gesunken. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wird also innerhalb des angestrebten Zeitraums operiert; die


© IQTIG 2026

Zahl derjenigen, bei denen das nicht der Fall ist, sinkt kontinuierlich. Das IQTIG und das Expertengremium auf Bundesebene erachten diese Entwicklung als äußerst positiv. Sie ist auf die Arbeit aller Beteiligten (Leistungserbringer, LAG, Expertengremien und IQTIG) und die Umsetzung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) zurückzuführen.

Im Ländervergleich der Ergebnisse dieses Indikators zeigen sich in einigen Ländern Verschlechterungen von Erfassungsjahr 2024 zu 2025. Dieser Trend in einzelnen Ländern sollte weiter beobachtet werden, insbesondere vor dem Hintergrund der verringerten Anzahl an teilnehmenden Leistungserbringern und der damit einhergehenden Zentralisierung der Leistungen. Obwohl Klinikschließungen zur Folge haben können, dass sich die Fallzahl in den umliegenden Krankenhäusern erhöht, ist in vielen Bundesländern trotz geringerer Leistungserbringeranzahl keine Verschlechterung der präoperativen Verweildauer zu beobachten. Das IQTIG wird die Ergebnisse auf Landesebene weiterhin aufmerksam beobachten, bei Bedarf ergänzende Prüfungen durchführen und die Entwicklungen mit dem Expertengremium erörtern.

33 Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahres 2025 wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die Rückmeldungen aus den LAG zeigen, dass vor allem Defizite im Gerinnungsmanagement sowie fehlende OP-Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Qualitätsziel nicht eingehalten werden konnte. 11 der 33 Leistungserbringer hatten bereits im Vorjahr qualitativ auffällige Ergebnisse. In diesem Indikator wurden bei 15 Leistungserbringern insgesamt 17 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *HGV-HEP***

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 54001 | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation | 97,73 %<br>O = 201.806<br>N = 206.502 | 97,43 %<br>O = 207.185<br>N = 212.657<br>(nicht definiert) | – |
| 54002 | Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 90,84 %<br>O = 18.408<br>N = 20.265 | 90,93 %<br>O = 17.970<br>N = 19.762<br>(nicht definiert) | – |
| 54003 | Präoperative Verweildauer | 8,15 %<br>O = 5.744<br>N = 70.479 | 7,78 %<br>O = 5.641<br>N = 72.536<br>(≤ 15,00 %) | ● |
| 54004 | Sturzprophylaxe | 97,64 %<br>O = 211.773<br>N = 216.892 | 97,50 %<br>O = 218.420<br>N = 224.015<br>(nicht definiert) | – |
| Gruppe: | Allgemeine Komplikationen | | | |
| 54015 | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 1,00<br>O/E = 10.839 / 10.839,00<br>15,35 %<br>O/N = 10.839 / 70.594 | 0,98<br>O/E = 10.957 / 11.158,62<br>15,08 %<br>O/N = 10.957 / 72.653<br>(≤ 1,98; 95. Perzentil) | ● |
| 54016 | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation | 1,00<br>O/E = 3.363 / 3.363,00<br>1,64 %<br>O/N = 3.363 / 204.985 | 0,92<br>O/E = 3.192 / 3.488,40<br>1,51 %<br>O/N = 3.192 / 210.936<br>(≤ 3,18; 95. Perzentil) | ● |
| 54017 | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 1,00<br>O/E = 1.757 / 1.757,00<br>9,92 %<br>O/N = 1.757 / 17.708 | 0,96<br>O/E = 1.697 / 1.764,84<br>9,72 %<br>O/N = 1.697 / 17.457<br>(≤ 2,13; 95. Perzentil) | ● |

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *HGV-HEP***

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Spezifische Komplikationen | | | |
| 54018 | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 1,00<br>O/E = 3.360 / 3.360,00<br>4,75 %<br>O/N = 3.360 / 70.745 | 0,96<br>O/E = 3.318 / 3.455,88<br>4,56 %<br>O/N = 3.318 / 72.806<br>(≤ 2,20; 95. Perzentil) | ● |
| 54019 | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation | 1,00<br>O/E = 4.431 / 4.431,00<br>2,15 %<br>O/N = 4.431 / 206.502 | 0,97<br>O/E = 4.416 / 4.552,16<br>2,08 %<br>O/N = 4.416 / 212.657<br>(≤ 2,61; 95. Perzentil) | ● |
| 54120 | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 1,00<br>O/E = 3.348 / 3.348,00<br>16,52 %<br>O/N = 3.348 / 20.265 | 0,98<br>O/E = 3.137 / 3.188,93<br>15,87 %<br>O/N = 3.137 / 19.762<br>(≤ 1,91; 95. Perzentil) | ● |
| 54012 | Gehunfähigkeit bei Entlassung | 1,00<br>O/E = 6.782 / 6.782,00<br>2,78 %<br>O/N = 6.782 / 243.925 | 0,96<br>O/E = 6.786 / 7.063,64<br>2,70 %<br>O/N = 6.786 / 251.248<br>(≤ 2,75; 95. Perzentil) | ● |
| 192300 | Kein Treppensteigen bei Entlassung | 1,00<br>O/E = 2.967 / 2.967,00<br>1,53 %<br>O/N = 2.967 / 194.193 | 0,98<br>O/E = 2.869 / 2.923,84<br>1,45 %<br>O/N = 2.869 / 197.683<br>(nicht definiert) | ● |
| Gruppe: | Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung | | | |
| 54013 | Sterblichkeit bei elektiver Hüftendo-prothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 1,00<br>O/E = 782 / 782,00<br>0,35 %<br>O/N = 782 / 222.693 | 0,89<br>O/E = 707 / 790,21<br>0,31 %<br>O/N = 707 / 228.393<br>(≤ 4,18; 95. Perzentil) | ● |
| 191914 | Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur* | 1,00<br>O/E = 3.899 / 3.899,00<br>5,52 %<br>O/N = 3.899 / 70.594 | 0,99<br>O/E = 3.968 / 3.997,31<br>5,46 %<br>O/N = 3.968 / 72.653 | ● |
| 10271 | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen | 0,99<br>O/E = 3.896 / 3.941,77<br>1,37 %<br>O/N = 3.896 / 284.075 | 0,89<br>O/E = 3.600 / 4.044,22<br>1,25 %<br>O/N = 3.600 / 288.755<br>(≤ 2,39; 95. Perzentil) | ● |

* *Transparenzkennzahl*


© IQTIG 2026

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *HGV-HEP***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 54003 | Präoperative Verweildauer | 117 / 988<br>11,84 % | 33 / 988<br>3,34 % | 90 / 935<br>9,63 % |
| 54015 | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 53 / 990<br>5,35 % | 7 / 990<br>0,71 % | 46 / 935<br>4,92 % |
| 54016 | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation | 67 / 1.053<br>6,36 % | 11 / 1.053<br>1,04 % | 55 / 1.012<br>5,43 % |
| 54017 | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 114 / 966<br>11,80 % | 7 / 966<br>0,72 % | 103 / 932<br>11,05 % |
| 54018 | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 61 / 990<br>6,16 % | 16 / 990<br>1,62 % | 55 / 935<br>5,88 % |
| 54019 | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation | 66 / 1.054<br>6,26 % | 20 / 1.054<br>1,90 % | 65 / 1.012<br>6,42 % |
| 54120 | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 150 / 995<br>15,08 % | 23 / 995<br>2,31 % | 175 / 969<br>18,06 % |
| 54012 | Gehunfähigkeit bei Entlassung | 64 / 1.102<br>5,81 % | 4 / 1.102<br>0,36 % | 56 / 1.056<br>5,30 % |
| 54013 | Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 56 / 1.065<br>5,26 % | 5 / 1.065<br>0,47 % | 52 / 1.023<br>5,08 % |
| 10271 | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen | 59 / 1.116<br>5,29 % | 9 / 1.116<br>0,81 % | 53 / 1.075<br>4,93 % |

Die rohen Bundesraten der Indikatoren zu den allgemeinen (IDs 54015, 54016 und 54017) und spezifischen Komplikationen (IDs 54018, 54019 und 54120) liegen im Auswertungsjahr 2026 auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Allgemeine Komplikationen treten v. a. nach endoprothetischer Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen auf. In 15 % der Fälle wurde mindestens eine allgemeine Komplikation dokumentiert. Grund dafür ist, dass die Patientinnen und Patienten häufig hochaltrig und multimorbide sind. Spezifische Komplikationen treten hingegen v. a. nach Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln auf. Aufgrund der Voroperation und der damit verbundenen Komplexität besteht bei diesen Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko für das Auftreten spezifischer Komplikationen bei oder nach dieser Operation.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Sturzprophylaxe (ID 54004) hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 nicht verändert. Da der Indikator zum Erfassungsjahr 2026 zur Abschaffung empfohlen wurde, ist der Referenzbereich seit dem Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die gehunfähig aus dem Krankenhaus entlassen wurden (ID 54012), ist im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 unverändert. Über 97 % der in diesem Indikator betrachteten Patientinnen und Patienten konnten zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus wieder gehen.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht Treppen steigen (ID 192300) können, liegt im Auswertungsjahr 2026 bei unter 2 %. Zum Auswertungsjahr 2026 wurde die Transparenzkennzahl in einen Indikator umgewandelt und grundlegend überarbeitet. Der Indikator erhält zudem zum Auswertungsjahr 2026 eine Risikoadjustierung.

Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten liegt für alle Eingriffsarten (elektive und akute Erstimplantation und Wechsel) auf dem Niveau des Vorjahres. Bei elektiven Operationen liegt dieser Anteil seit mehreren Jahren bei unter 1 % und bei den hüftgelenknahen Femurfrakturen bei etwas über 5 %. Dies ist vor allem auf die jeweils unterschiedliche Patientenklientel zurückzuführen. Den größten Einfluss hat dabei die Multimorbidität vieler Patientinnen und Patienten.

Frühzeitige Wechsel von Endoprothesen (also innerhalb von 90 Tagen) (ID 10271) fanden im Auswertungsjahr 2026 seltener als in den Vorjahren statt. Der häufigste Grund für diesen Eingriff war dabei mit 1.243 Fällen die periprothetische Fraktur, also ein Bruch in der Nähe der Hüftendoprothese.

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* wurden im Auswertungsjahr 2025 zwar insgesamt mehr Indikatorenergebnisse ausgewertet als im Vorjahr. Allerdings hatten weniger Indikatoren einen definierten Referenzbereich, da dieser für die Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 54001 und 54002) und zur Sturzprophylaxe (ID 54004) jeweils ausgesetzt war. Daher gab es weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse und damit auch weniger Stellungnahmeverfahren.

Der Anteil der geführten Stellungnahmeverfahren liegt über dem Niveau des Vorjahrs (AJ 2025: ca. 79 %; AJ 2024: ca. 69 %). Auch der Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen ist höher (AJ 2025: ca. 17 %; AJ 2024: ca. 12 %). Zugleich wurden mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet (AJ 2025: ca. 54 %; AJ 2024: ca. 44 %). Der Anteil nicht erfolgter Bewertungen aufgrund von Dokumentationsfehlern hat sich im Vergleich zum Vorjahr verringert.

Ungefähr 21 % (135/638) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren stattfanden, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die meisten betrafen die Qualitätsindikatoren „Präoperative Verweildauer" (ID 54003) und „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (ID 54120). Qualitativ auffällige Bewertungen waren meist auf Struktur- und Prozessmängel bei den Qualitätsindikatoren dieses Auswertungsverfahrens zurückzuführen (88/135).

Fast 70 % (437/638) aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Dies betrifft v. a. die Indikatoren „Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (ID 54017), „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (54120) und „Präoperative Verweildauer" (ID 54003). Die Bewertung als unauffällig erfolgte meistens aufgrund von Einzelfällen (325 von 437). Zu 31 der 325 Bewertungen haben die LAG zusätzliche Rückmeldungen übermittelt, die indikatorspezifische Begründungen beinhalteten.

Am häufigsten lagen Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (ID 54120) und „Gehunfähigkeit bei Entlassung" (ID 54012) vor, weshalb keine Bewertung möglich war. Die von den LAG zurückgemeldeten Dokumentationsprobleme beim Qualitätsindikator zur Gehunfähigkeit bei Entlassung decken sich mit den Rückmeldungen des Expertengremiums auf Bundesebene aus der Frühjahrssitzung 2026.

Eine Bewertung als „Sonstiges" wurde selten vorgenommen. In 16 von 22 Fällen wurde die Verwendung dieser Auswahl mit Klinikschließungen begründet. Das IQTIG beobachtet seit mehreren Jahren eine abnehmende Menge der Leistungserbringer im Verfahren *QS HGV*. Die Mitglieder des Expertengremiums gehen davon aus, dass sich dieser Trend aufgrund der Zentrierung von Leistungen fortsetzen wird.

Die LAG haben zu ca. 21 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde z. B. mit einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit, einer geringen oder nicht signifikanten Abweichung vom Referenzwert oder einer kleinen Fallzahl begründet.

Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden 2025 mit weniger Leistungserbringern Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet (AJ 2025: 48 Maßnahmen zu 37 Leistungserbringerergebnissen; AJ 2024: 54 Maßnahmen zu 47 Leistungserbringerergebnissen).

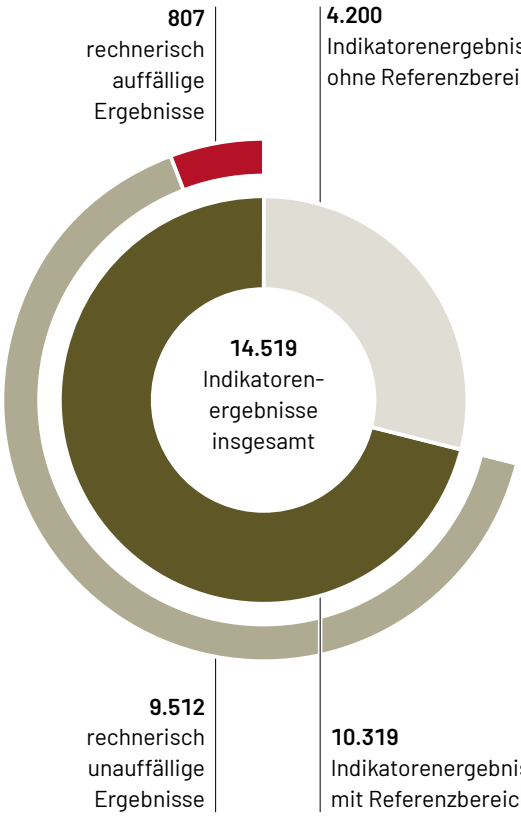
Zum Auswertungsjahr 2025 sind pro Leistungserbringer zwischen 1 und 4 Maßnahmen durchgeführt worden, am häufigsten davon Maßnahmen zum Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (15 von 37 Leistungserbringern). Dabei wurden v. a. sonstige Maßnahmen, z. B. Vorlage der nach der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) vorzuhaltenden Standardvorgehensweisen (SOP) oder Durchführung von kollegialen Gesprächen, eingeleitet oder die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart.

Wie zum Auswertungsjahr 2024 wurde auch 2025 zu einem Leistungserbringerergebnis beim Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer" eine Maßnahme der Stufe 2 initiiert. Dabei handelte es sich um eine Korrektur der Vereinbarung im Einvernehmen mit dem Leistungserbringer. Laut der LAG hat der Leistungserbringer trotz Vorlage mehrerer SOPs gemäß der QSFFx-RL das angestrebte Qualitätsziel weiterhin nicht erreicht. Daher komme es zu nicht nachvollziehbaren Verzögerungen der Operationen.

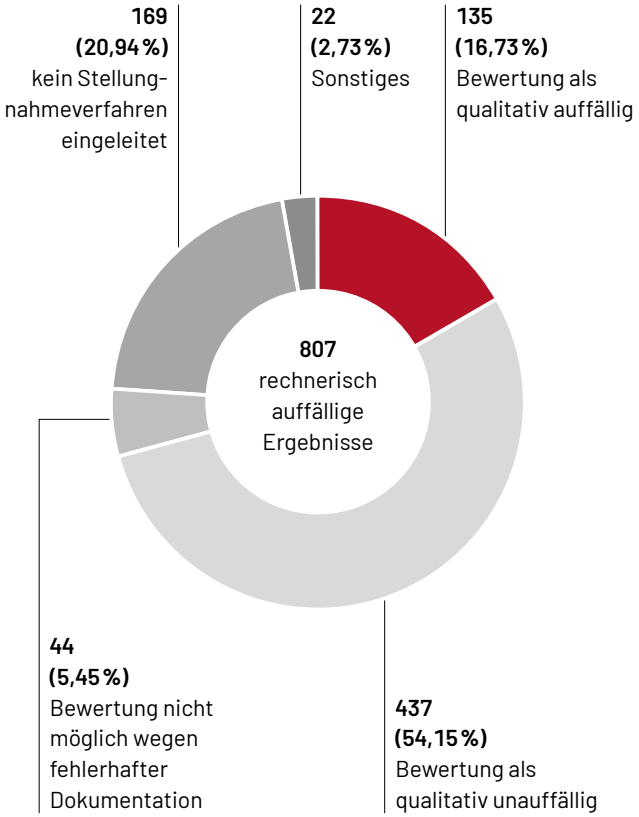
Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden 2025 weniger Gespräche durchgeführt. Begehungen fanden zum Auswertungsjahr 2025 nicht statt. Indikatorübergreifende Hinweise haben die LAG an die Leistungserbringer nicht übermittelt. Bei einzelnen Qualitätsindikatoren haben die LAG jedoch darum gebeten, auf die korrekte Dokumentation oder die Ausfüllhinweise zu achten. Teilweise wurde auch empfohlen, ein unterjähriges Monitoring der QS-Ergebnisse (z. B. Quartalsberichte) durchzuführen, um auf diesem Weg die Dokumentationsfehler kenntlich zu machen und möglichst zu beheben.


© IQTIG 2026

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *HGV-HEP***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *HGV-HEP***



# Hüftgelenkversorgung
Gesamtes QS-Verfahren

## Ausblick

Das Verfahren *QS HGV* befindet sich aktuell in einer Umwandlungsphase. Zum einen nimmt die Anzahl der Leistungserbringer im Verfahren weiterhin deutlich ab. Dies ist vor allem auf die zunehmende Zentralisierung der Krankenhausversorgung zurückzuführen. Höhere Fallzahlen in spezialisierten Zentren sollen die Behandlungsergebnisse verbessern. Zum anderen wurde das Verfahren selbst umfassend überarbeitet. Die wichtigste Weiterentwicklung ist die Integration der Sozialdaten bei den Krankenkassen als weitere Datenquelle. Dieser Schritt wurde durch die Beauftragung zur Prüfung der Integration von Sozialdaten und durch das IQTIG-interne Projekt zur Risikoadjustierung mittels Sozialdaten vorbereitet.

Da die Patientenperspektive im Verfahren abgebildet werden soll, wird derzeit am IQTIG im Auftrag des GBA eine Patientenbefragung entwickelt. Die Abgabe des Abschlussberichts ist im Januar 2027 vorgesehen. Damit werden sich Qualitätsaspekte adressieren lassen, die über die Datenquellen QS-Dokumentation und Sozialdaten nicht oder nur ungenügend abgebildet werden können, z. B. die Indikationsstellung bei elektiven Eingriffen oder die Mobilität zu einem gewissen Zeitpunkt nach der Operation.

Aufgrund der Weiterentwicklung wurden im Verfahren *QS HGV* u. a. alle Indikatoren und Kennzahlen zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen, zur Sterblichkeit und zum frühzeitigen Wechsel abgeschafft. Stattdessen werden seit dem Erfassungsjahr 2026 Informationen aus QS-Dokumentations- und Sozialdaten erfasst. Diese werden im Auswertungsjahr 2027 erstmalig in Form von folgenden Kennzahlen ausgewertet:

**Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK*:**

- Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 542603)
- Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 542600)
- Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen (ID 542606)

**Auswertungsmodul *HGV-HEP*:**

- Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 192600)
- Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 192601)
- Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 192602)
- Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 192603)
- Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 192604)
- Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 192605)
- Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen (ID 192607)
- Sterblichkeit bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen (ID 192606)
- Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 192608)
- Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 192610)
- Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 192609)

Zum Erfassungsjahr 2027 werden die sozialdatenbasierten Kennzahlen in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren umgewandelt. Somit ist dann auch wieder ein fairer Vergleich der Leistungserbringer möglich. Es ist vorgesehen, dass ab dem Auswertungsjahr 2028 Stellungnahmeverfahren zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren durchgeführt werden können.


© IQTIG 2026

# Knieendoprothesenversorgung

## Hintergrund

Das Verfahren *QS KEP* untersucht die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen eines künstlichen Kniegelenks (Knieendoprothese) sowie bei Eingriffen, bei denen ein bestehendes Implantat bzw. Teile davon gewechselt werden. Ziel des Verfahrens ist es, die Indikationsstellung und die Ergebnisqualität zu verbessern sowie die Anzahl an Komplikationen während und nach der Operation zu verringern. Damit adressiert das Verfahren einen versorgungsrelevanten Bereich mit hohen Fallzahlen. Eingeschlossen werden alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen eine Knieendoprothese oder ein Teilersatz des Kniegelenks erstmals implantiert oder gewechselt wird.

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-kep*

Der mit Abstand häufigste Grund für die Implantation einer Knieendoprothese ist die Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose). Sie ist gekennzeichnet durch den fortschreitenden Verschleiß des Gelenkknorpels und der angrenzenden Strukturen des Kniegelenks. Die Gonarthrose betrifft überwiegend Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Typische Folgen sind Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Funktionsverluste und eine verminderte Lebensqualität. Wenn konservative Behandlungen wie Physiotherapie oder Schmerzmedikation nicht mehr ausreichen, ist die Implantation einer Knieendoprothese eine Option. Dadurch können die Schmerzen verringert und die Lebensqualität dauerhaft verbessert werden. Während oder nach der Operation können jedoch Komplikationen wie Infektionen oder Implantatlockerungen auftreten. Dann können Folgeeingriffe oder der Wechsel der Prothese bzw. einzelner Komponenten notwendig werden.

Aus dem Verfahren ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Implantation eines künstlichen Kniegelenks aufgrund sehr spezifischer Erkrankungen nötig ist. Dazu zählen beispielsweise Krebserkrankungen oder bereits im Kindesalter aufgetretene Fehlbildungen. Die Operationen sind in diesen Fällen meist sehr komplex und nicht mit den Operationen der Regelversorgung zu vergleichen. Darüber hinaus werden auch Patientinnen und Patienten mit Polytrauma oder anderen Begleitverletzungen ausgeschlossen. Bei einem Polytrauma liegen gleichzeitig mehrere schwere Verletzungen an verschiedenen Körperregionen oder Organen vor, die gemeinsam potenziell lebensbedrohlich sind.

Das Verfahren wurde im Rahmen der Eckpunktebeauftragung des GBA überprüft. Ziel war es, das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Für das Erfassungsjahr 2025 wurde die QS-Dokumentationspflicht im Verfahren ausgesetzt. Die bisherigen QS-dokumentationsbasierten Indikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen, zur Sterblichkeit sowie zu frühzeitigen Wechseln wurden im Auswertungsjahr 2025 letztmalig berichtet. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden diese Qualitätsaspekte in Form von sozialdatenbasierten Kennzahlen ausgewertet.

Das QS-Verfahren ***Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)*** wird seit 2023 grundlegend überarbeitet. Deshalb wurde die QS-Dokumentation im Erfassungsjahr 2025 ausgesetzt. Die Referenzbereiche fast aller Indikatoren sind seit dem Auswertungsjahr 2024 ausgesetzt. Die Ausnahme bildet der Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54028). Dieser Bericht enthält daher ausschließlich die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zu diesem Indikator.

Die QS-Dokumentation wurde zum Erfassungsjahr 2026 in überarbeiteter Form wieder aufgenommen. Seitdem fließen zusätzlich Sozialdaten bei den Krankenkassen als neue Datenquelle ein.


© IQTIG 2026

**Wichtiges in Kürze**

- Wiederaufnahme der QS-Dokumentationspflicht zum Erfassungsjahr 2026
- durch die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen seit dem Erfassungsjahr 2026 werden nur noch wenige Erstimplantationen dokumentationspflichtig
- Komplikationen werden seit dem Erfassungsjahr 2026 auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst – bis zu 365 Tage nach der Operation
- Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zum Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung" werden im Auswertungsjahr 2026 letztmalig dargestellt
- das IQTIG entwickelt eine Patientenbefragung, um patientenrelevante Aspekte der im Verfahren betrachteten Operationen erfassen und auswerten zu können
- Ausblick: die im Erfassungsjahr 2026 eingeführten sozialdatenbasierten Kennzahlen werden zum Erfassungsjahr 2027 in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren überführt, zu denen ab dem Auswertungsjahr 2028 Stellungnahmeverfahren möglich sein sollen

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Insgesamt wurden im Verfahren *QS KEP* zum Auswertungsjahr 2025 mehr Indikatorergebnisse berechnet als im Vorjahr. Dies ist auf zwei Indikatoren ohne Referenzbereiche zurückzuführen, für die die Anzahl der Ergebnisse anstieg: Die ehemalige Transparenzkennzahl „Treppensteigen bei Entlassung" wurde zum Erfassungsjahr 2024 in einen Qualitätsindikator ohne Referenzbereich umgewandelt (ID 202300) und im Auswertungsjahr 2025 als solcher ausgewertet. Der Qualitätsindikator „Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen" (ID 54128) konnte im Auswertungsjahr 2024 aufgrund eines Fehlers in der Rechenregel nicht ausgewertet werden. Für das Auswertungsjahr 2025 konnte der Fehler behoben werden, sodass eine Auswertung möglich war.

Im einzigen Indikator des Verfahrens, für den zum Auswertungsjahr 2025 ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde („Gehunfähigkeit bei Entlassung", ID 54028), blieb die Anzahl der Ergebnisse konstant. Rechnerisch auffällige Ergebnisse wurden im Stellungnahmeverfahren von den LAG überwiegend auf Einzelfallabweichungen oder auf Dokumentationsprobleme zurückgeführt.

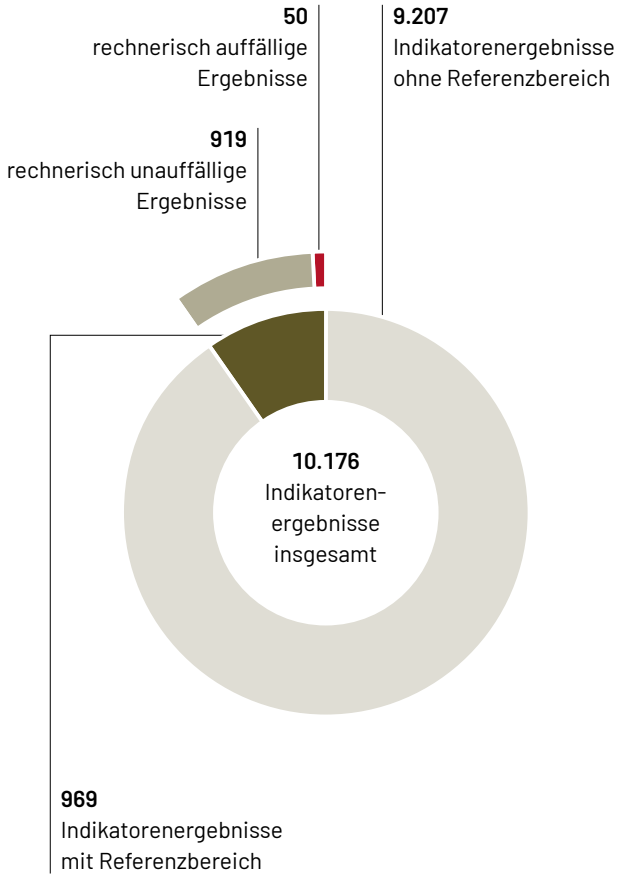
Diese Dokumentationsprobleme wurden von den LAG jedoch unterschiedlich bewertet. Drei Leistungserbringer wurden aufgrund dessen als qualitativ auffällig bewertet. In einem Fall lag dies laut der LAG an „mangelnder Umsetzung der Digitalisierung" und in den anderen beiden Fällen an Mängeln bei den Dokumentationsprozessen.

Zudem führten auch vereinzelte Dokumentationsprobleme zu qualitativ unauffälligen Bewertungen. Die LAG übermittelten jedoch nur die Bewertungskriterien („Einzelfallabweichung" oder „vereinzelte Dokumentationsprobleme") ohne weitere Angaben. In neun Fällen wurde das rechnerisch auffällige Ergebnis direkt auf Dokumentationsprobleme zurückgeführt.

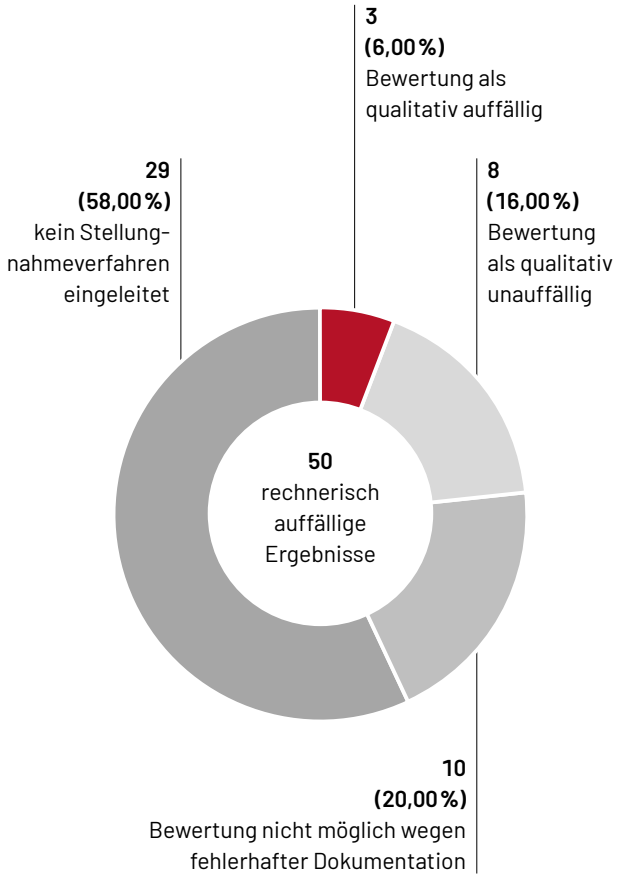
Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurde deutlich häufiger kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (AJ 2025: 58,00 %; AJ 2024: 14,81 %). Die LAG begründeten dies mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen aufgrund von Einzelfällen. Eine LAG hat darüber hinaus keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet, wenn die Leistungserbringer im Vorjahr als qualitativ unauffällig bewertet wurden oder es sich um Dokumentationsprobleme handelte, zu denen bereits Maßnahmen umgesetzt wurden.

Eine LAG hat zu diesem Indikator keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt und das mit der Aussetzung des Verfahrens für das Auswertungsjahr 2025 begründet. Das IQTIG geht davon aus, dass die LAG damit die QS-Dokumentation meint. Diese war im Erfassungsjahr 2025 ausgesetzt. Das Verfahren an sich war im Auswertungsjahr 2025 jedoch nicht ausgesetzt. Zu diesem Indikator hätten daher Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden müssen. Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 wurden nicht eingeleitet.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *QS KEP***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *QS-KEP***





© IQTIG 2026

## Ausblick

Das Verfahren *QS KEP* befindet sich aktuell in einer Umwandlungsphase. Nach einer einjährigen Aussetzung wurde die QS-Dokumentation im Erfassungsjahr 2026 wieder aufgenommen. Die wichtigste Weiterentwicklung ist die Integration der Sozialdaten bei den Krankenkassen als weitere Datenquelle. Dieser Schritt wurde durch die Beauftragung zur Prüfung der Integration von Sozialdaten und durch das IQTIG-interne Projekt zur Risikoadjustierung mittels Sozialdaten vorbereitet.

Durch die Integration von Sozialdaten in das Verfahren und die Überarbeitung des Indikatorensets lässt sich der Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer deutlich reduzieren. Lediglich bei Verdacht auf eine Wundkomplikation ist eine QS-Dokumentation erforderlich. Durch die Umstellung müssen lediglich ca. 2 % der ehemals dokumentationspflichtigen Fälle weiterhin dokumentiert werden.

Da die Patientenperspektive im Verfahren abgebildet werden soll, hat der GBA das IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung beauftragt. Damit werden sich Qualitätsaspekte adressieren lassen, die über die Datenquellen QS-Dokumentation und Sozialdaten nicht oder nur ungenügend abgebildet werden können, z. B. die Mobilität bei Entlassung.

Seit dem Erfassungsjahr 2026 werden im Verfahren *QS KEP* Informationen aus QS-Dokumentations- und Sozialdaten erfasst. Diese werden im Auswertungsjahr 2027 erstmalig in Form von folgenden Kennzahlen ausgewertet:

- Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 202601)
- Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 202602)
- Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 202604)
- Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 202605)
- Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen (ID 202607)
- Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 202608)
- Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 202610)

Die mit dem Erfassungsjahr 2026 wieder aufgenommene QS-Dokumentation wird in den folgenden Jahren fortgesetzt. Zum Erfassungsjahr 2027 werden die sozialdatenbasierten Kennzahlen in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren umgewandelt. Ab dem Auswertungsjahr 2028 sollen Stellungnahmeverfahren zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren durchgeführt werden können.

# Perinatalmedizin



# Perinatalmedizin
## Geburtshilfe

### Hintergrund

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-pm*

Die Perinatalmedizin umfasst die Versorgung von Mutter und Kind im Zeitraum kurz vor bis kurz nach der Geburt. Die Münchner Perinatalstudie (1975 bis 1977) und die daraus hervorgegangene Perinatalerhebung gelten in Deutschland als Ausgangspunkt der heutigen gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin. Deren Ziel ist es, beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung zu erfassen und die Qualität kontinuierlich zu verbessern. Seit 2001 ist die Geburtshilfe Teil eines bundeseinheitlichen QS-Verfahrens, in dem alle Geburten in Deutschland erfasst werden, die in einem Krankenhaus stattgefunden haben. Verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität vor, während und nach der Geburt werden mit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen abgebildet und beziehen sich auf die adäquate medizinische Versorgung sowohl der Mutter als auch des Kindes.

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Auswertungsjahr 2026 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 10 Qualitätsindikatoren und 4 Transparenzkennzahlen ausgewiesen.

Die Indikatoren und Kennzahlen der mütterlichen Versorgung zielen unter anderem auf die Vermeidung von Infektionen nach einer Kaiserschnittentbindung (ID 50045), auf die Vermeidung von höhergradigen Dammrissen (ID 181800) wie auch auf die Vermeidung von mütterlichen Sterbefällen (ID 331) ab.

Des Weiteren beziehen sich die Indikatoren und Kennzahlen der kindlichen Versorgung sowohl auf medizinisch sinnvolle Maßnahmen und Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung als auch auf die Erfassung von bestimmten Behandlungsergebnissen beim Kind. So ist ein gestörter Säure-Basen-Status (Azidose) im Nabelschnurblut (IDs 321, 51397 und 51831) ein wichtiger Hinweis auf einen Sauerstoffmangel des Neugeborenen unter der Geburt. Mit dem Prozessindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten" (ID 318) wird ermittelt, ob eine Pädiaterin oder ein Pädiater (Fachärztin bzw. Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) bei Geburt des Kindes anwesend ist, um das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich zu versorgen. Dies verbessert die Prognose der Frühgeborenen erheblich und gehört daher zur Standardversorgung. Zusätzlich werden kranke Reif- und Frühgeborene erfasst, wenn sie in einem Krankenhaus geboren werden, das nicht auf die Versorgung von Kindern mit ihrer Krankheitsschwere und ihrem Grad der Unreife spezialisiert ist (IDs 182010, 182011 und 182014). Eine Geburt in einem Krankenhaus mit geeigneter Versorgung erhöht die Überlebenswahrscheinlichkeit und senkt das Risiko bleibender Schäden für diese Kinder. Außerdem wird die regelhafte Behandlung der Mutter mit Kortikosteroiden bei drohender Frühgeburt (ID 330) erfasst, da diese Maßnahme die Lungenreife beim Frühgeborenen fördert. Darüber hinaus ermöglicht der „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen" (ID 51803) durch die Kombination klinischer Messwerte (Apgar-Score, pH-Wert und Base Excess) sowie der Angabe zur Sterblichkeit eine umfassende Einschätzung zum Zustand des Kindes unter bzw. kurz nach der Geburt.

Schließlich adressieren zwei Indikatoren zugleich die mütterliche wie auch die kindliche medizinische Versorgung. Zum einen wird bei einem Notfallkaiserschnitt, der aufgrund einer Gefährdung der mütterlichen oder kindlichen Gesundheit durchgeführt wird, erhoben, ob die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeit zwischen der Entscheidung zum Notfallkaiserschnitt und der Entwicklung (Geburt) des Kindes, über der maximal tolerablen Zeit von 20 Minuten liegt (ID 1058). Liegt die Zeitspanne darüber, kann dies beispielsweise zu einem schwerwiegenden Sauerstoffmangel beim Kind mit dem Risiko schwerer bleibender Schäden führen. Zum anderen wird die risikoadjustierte Kaiserschnittrate (ID 52249) ermittelt, weil bei Kaiserschnitten von Nachteilen für Mutter und Kind sowohl bei der aktuellen Geburt als auch bei nachfolgenden Schwangerschaften und Geburten auszugehen ist.

Das QS-Verfahren ***Perinatalmedizin* (*QS PM*)** wird seit dem Erfassungsjahr 2021 unter der DeQS-RL geführt. Gegenstand des Verfahrens ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie). Die beiden Auswertungsmodule ***Geburtshilfe* (*PM-GEBH*)** und ***Neonatologie* (*PM-NEO*)** werden aufgrund der getrennten Auswertung in der Qualitätssicherung separat dargestellt.

**Wichtiges in Kürze**

- Anzahl der Geburten weiterhin rückläufig
- Großteil der Bundesergebnisse im Vergleich zum Vorjahr unverändert
- Verbesserung der Versorgungsqualität beim Qualitätsindikator „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen"
- weiterhin gestiegene Bundesrate und gestiegener Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse bezogen auf die rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr beim Qualitätsindikator zur Kaiserschnittgeburt
- Ausblick: Erprobung von Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit und zur hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie im Rahmen der Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung u. a. durch Entwicklung eines modifizierten Stellungnahmeverfahrens

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurden im Vergleich zum Vorjahr insgesamt weniger Datensätze übermittelt. Es liegt eine geringfügige Unterdokumentation vor, d. h., es wurden von den Leistungserbringern etwas weniger Datensätze übermittelt, als gemäß Sollstatistik erwartet wurden.

Es wurden Datensätze von insgesamt 628.218 Geburten erfasst. Dies ist abermals ein Rückgang im Vergleich zum Vorjahr, nunmehr um 3,96 % (AJ 2025: 654.174). Bereits zum Auswertungsjahr 2025 wurde ein Rückgang der stationär durchgeführten Geburten um 1,48 % verzeichnet.

**Datengrundlage *PM-GEBH***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 654.174 | 628.218 | 628.448 | 99,96 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 610 | 595 | - | - |

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2026 des Auswertungsmoduls *PM-GEBH* deuten auf eine überwiegend gute und stabile Versorgungsqualität hin. Der Großteil der Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Das Ergebnis des Qualitätsindikators „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182014) hat sich signifikant verbessert, und auch das Bundesergebnis des Sentinel-Event-Qualitätsindikators „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182010) hat sich im Vergleich zum Vorjahr abermals verbessert. Allerdings wurde eine signifikante Ergebnisverschlechterung bei der Transparenzkennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen" (ID 330) verzeichnet.

Ein in der Geburtshilfe weiterhin sehr relevantes Thema ist der kontinuierliche Anstieg der Kaiserschnittrate in den letzten drei Jahren (AJ 2024: 33,04 %; AJ 2025: 33,42 %; AJ 2026: 33,79 %), und auch der Anteil an Leistungserbringern mit qualitativ auffälligen Ergebnissen im Indikator „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249) ist im Vergleich zum Vorjahr gestie-


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *PM-GEBH***

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 330 | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen* | 95,02 %<br>O = 5.919<br>N = 6.229 | 91,33 %<br>O = 5.318<br>N = 5.823 | ● |
| 50045 | Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung | 99,04 %<br>O = 216.584<br>N = 218.675 | 98,99 %<br>O = 210.134<br>N = 212.282<br>(≥ 90,00 %) | ● |
| 52249 | Kaiserschnittgeburt | 1,00<br>O/E = 216.940 / 216.928,10<br>33,42 %<br>O/N = 216.940 / 649.047 | 1,00<br>O/E = 210.567 / 210.145,34<br>33,79 %<br>O/N = 210.567 / 623.188<br>(≤ 1,20; 90. Perzentil) | ● |
| 1058 | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten | 0,37 %<br>O = 32<br>N = 8.714 | 0,32 %<br>O = 26<br>N = 8.064<br>(Sentinel Event) | ● |
| Gruppe: | Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung | | | |
| 321 | Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)* | 0,27 %<br>O = 1.591<br>N = 595.341 | 0,26 %<br>O = 1.505<br>N = 572.007 | ● |
| 51397 | Azidose bei reifen Einlingen* | 1,00<br>O/E = 1.591 / 1.591,00<br>0,27 %<br>O/N = 1.591 / 595.341 | 0,98<br>O/E = 1.505 / 1.528,48<br>0,26 %<br>O/N = 1.505 / 572.007 | ● |
| 51831 | Azidose bei frühgeborenen Einlingen | 1,00<br>O/E = 314 / 314,00<br>0,86 %<br>O/N = 314 / 36.317 | 0,95<br>O/E = 286 / 302,29<br>0,83 %<br>O/N = 286 / 34.464<br>(≤ 3,63; 95. Perzentil) | ● |
| 318 | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten | 96,67 %<br>O = 18.818<br>N = 19.466 | 96,37 %<br>O = 17.539<br>N = 18.200<br>(≥ 90,00 %) | ● |
| 51803 | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen | 1,00<br>O/E = 4.812 / 4.812,00<br>0,79 %<br>O/N = 4.812 / 608.540 | 0,96<br>O/E = 4.447 / 4.629,55<br>0,76 %<br>O/N = 4.447 / 584.710<br>(≤ 2,32) | ● |
| 181800 | Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV* | 1,00<br>O/E = 446 / 446,00<br>0,10 %<br>O/N = 446 / 431.988 | 1,06<br>O/E = 458 / 430,08<br>0,11 %<br>O/N = 458 / 412.726 | ● |
| 331 | Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt | 0,00 %<br>O = 22<br>N = 653.722 | 0,00 %<br>O = 22<br>N = 627.771<br>(Sentinel Event) | – |

* *Transparenzkennzahl*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *PM-GEBH***

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe | | | |
| 182010 | Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | 0,12 %<br>O = 75<br>N = 61.053 | 0,11 %<br>O = 66<br>N = 62.771<br>(Sentinel Event) | • |
| 182011 | Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | 2,63 %<br>O = 2.230<br>N = 84.771 | 2,48 %<br>O = 2.155<br>N = 86.871<br>(≤ 3,77 %; 95. Perzentil) | • |
| 182014 | Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | 8,49 %<br>O = 15.511<br>N = 182.735 | 8,10 %<br>O = 12.935<br>N = 159.785<br>(≤ 11,08 %; 95. Perzentil) | • |

gen. So wurden im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 60,94 % (n = 39 von 64) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet – im Vorjahr lag dieser Anteil noch bei 50,00 % (AJ 2024: n = 32 von 64). Damit weist dieser Qualitätsindikator unter allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren den höchsten Wert auf. Fast 36 % der Leistungserbringer wiesen bereits im Vorjahr ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf (n = 14 von 39). Die qualitativ auffälligen Ergebnisse beziehen sich überwiegend auf Struktur- und Prozessmängel. Nach Einschätzung einiger Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene zum QS-Verfahren *Perinatalmedizin* seien diese insbesondere darauf zurückzuführen, dass in Abteilungen mit geringer Fallzahl der Bereitschaftsdienst aufgrund fehlender angeschlossener Kinderklinik mit Neonatologen und Neonatologinnen für den Notfall nicht durchgehend besetzt sei, einzelne Kliniken bei diesem Thema eine gewisse Uneinsichtigkeit beziehungsweise Beratungsresistenz zeigten, Defizite im Zuweisungsprozess bestünden oder die Frauen den Wunsch nach einem Kaiserschnitt äußerten. In Kliniken mit unter 500 Geburten im Jahr gebe es oft zur wenig Training und Erfahrung im Umgang mit Notfällen. Außerdem stehe oft kein hochwertiges Equipment zur Verfügung. Die betroffenen Kliniken würden dadurch entstehende Risiken vermeiden und sich eher für einen Kaiserschnitt entscheiden. Zudem sei eine Senkung der Kaiserschnittrate, insbesondere bei Kliniken mit wiederholt hohen Raten, in der Regel nur durch eine Reduzierung der Vergütung beziehungsweise eine Kündigung des Versorgungsauftrags möglich. Bei 17 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, welche u. a. die Teilnahme an Qualitätszirkeln und geeigneten Fortbildungen, Fachgespräche, Kolloquien sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und die Durchführung von Audits umfasste. Bei einem Leistungserbringer wurde aufgrund der langjährigen qualitativen Auffälligkeit ohne wesentliche Verbesserung – trotz der bisherigen Versuche von qualitätsverbessernden Maßnahmen der Stufe 1 – Maßnahmenstufe 2 in Form eines Gesprächs empfohlen.

Das Bundesergebnis der Transparenzkennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen" (ID 330) hat sich in den vergangenen Jahren verschlechtert (AJ 2024: 95,27 %; AJ 2025: 95,02 %; AJ 2026: 91,33 %). Als mögliche Ursachen für diesen Trend verweisen die Mitglieder des Expertengremiums darauf, dass Kortikosteroide zunehmend zurückhaltender verabreicht werden, da langfristige Folgen bei späten Frühgeborenen bzw. reifen Kindern laut Studienlage nicht ausgeschlossen werden können. Eine Einschätzung der Schwangerschaftsdauer und damit eine Vorhersage, ob es zu einer Frühgeburt kommt, sei mitunter nur schwer möglich. Eine Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im leitlinienkonformen Zeitraum zwischen 24 Stunden und 7 Tagen vor der Geburt wird aber weiterhin als relevant angesehen – eine Erfassung soll daher perspektivisch über die zum Erfassungsjahr 2027 neu eingeführte Transparenzkennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im maximal wirksamen Zeitraum" (ID 182701) erfolgen.

Das Bundesergebnis des Indikators „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182014) hat sich über die Jahre signifikant verbessert (AJ 2024: 8,79 %; AJ 2025: 8,49 %; AJ 2026: 8,10 %). Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 zeigen jedoch weiterhin einen hohen Anteil an Dokumentations-


© IQTIG 2026

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *PM-GEBH***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 50045 | Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung | 2 / 605<br>0,33 % | 0 / 605<br>0,00 % | 1 / 578<br>0,17 % |
| 52249 | Kaiserschnittgeburt | 65 / 610<br>10,66 % | 39 / 610<br>6,39 % | 63 / 595<br>10,59 % |
| 1058 | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten | 19 / 577<br>3,29 % | 2 / 577<br>0,35 % | 18 / 552<br>3,26 % |
| 51831 | Azidose bei frühgeborenen Einlingen | 30 / 594<br>5,05 % | 5 / 594<br>0,84 % | 33 / 562<br>5,87 % |
| 318 | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten | 79 / 422<br>18,72 % | 11 / 422<br>2,61 % | 77 / 414<br>18,60 % |
| 51803 | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen | 26 / 606<br>4,29 % | 14 / 606<br>2,31 % | 18 / 593<br>3,04 % |
| 331 | Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt | 20 / 610<br>3,28 % | 2 / 610<br>0,33 % | 22 / 595<br>3,70 % |
| 182010 | Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | 28 / 77<br>36,36 % | 6 / 77<br>7,79 % | 30 / 76<br>39,47 % |
| 182011 | Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | 6 / 136<br>4,41 % | 3 / 136<br>2,21 % | 7 / 134<br>5,22 % |
| 182014 | Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | 20 / 309<br>6,47 % | 4 / 309<br>1,29 % | 22 / 282<br>7,80 % |

fehlern von etwa 45 % (n = 9 von 20). Dies lässt sich laut Angaben der LAG darauf zurückführen, dass die perinatale Versorgungsstufe nicht immer korrekt angegeben wurde.

Das Bundesergebnis des Sentinel-Event-Indikators „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten" (ID 1058) hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 6 Fälle verbessert, nachdem es im Jahr zuvor zu einer Verschlechterung um 10 Fälle gekommen war (AJ 2024: 22 Fälle; AJ 2025: 32 Fälle; AJ 2026: 26 Fälle). Auch der Anteil hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert (AJ 2025: 0,37 %; AJ 2026: 0,32 %). 47,37 % (n = 9 von 19) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 als qualitativ unauffällig bewertet, während lediglich 10,53 % (n = 2 von 19) als qualitativ auffällig eingestuft wurden. Bei 31,58 % (n = 6 von 19) lagen Dokumentationsfehler vor. Die qualitativ unauffälligen Ergebnisse lassen sich überwiegend durch Einzelfälle erklären. Die Dokumentationsfehler waren primär auf eine unvollzählige oder falsche Dokumentation zurückzuführen. Daher empfahl eine LAG Leistungserbringern, bei denen wiederholt Abweichungen festgestellt wurden, intensive Schulungen zur Dokumentation und Kodierung durchzuführen sowie strukturelle Änderungen umzusetzen.

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 10 Qualitätsindikatoren geprüft. Ein Qualitätsindikator mit einem besonders hohen Anteil nicht durchgeführter Stellungnahmeverfahren ist der Qualitätsindikator zu Kaiserschnittgeburten (ID 52249). Laut Rückmeldungen der LAG ist dies unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Klinik keine Geburtshilfe anbietet oder auf andere Fachbereiche spezialisiert ist. Zudem hat sich eine LAG aus statistischen, methodischen oder inhaltlichen Gründen dafür entschieden, keine Stellungnahmeverfahren bei diesem Qualitätsindikator durchzuführen.

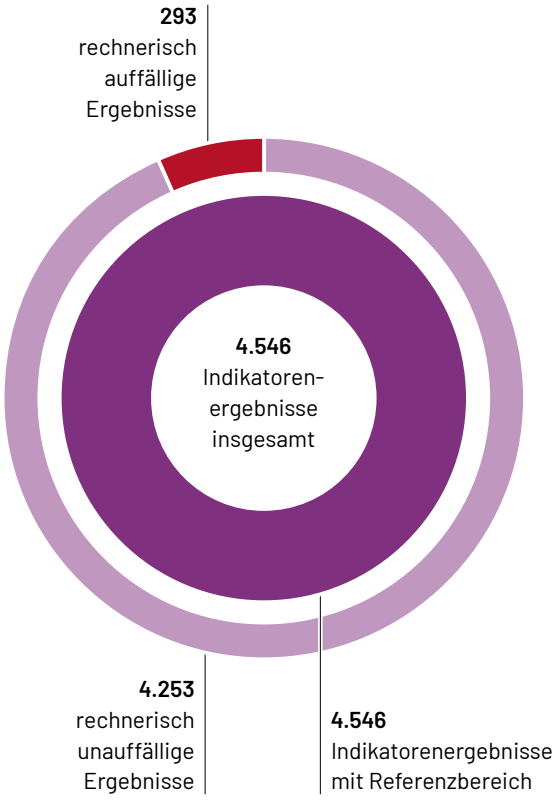
Es wurden insgesamt zu 29 Auffälligkeiten Maßnahmen der Stufe 1 durchgeführt, 17 davon zum Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249) sowie 4 zur Gruppe „Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe" (IDs 182010, 182011 und 182014). Die Maßnahmen bestanden unter anderem aus Gesprächen und der Überarbeitung der SOP. Es wurden bei mehreren Leistungserbringern auch verschiedene Maßnahmen durchgeführt. Außerdem wurden insgesamt 6 Maßnahmen der Stufe 2 ergriffen, teils zu Auffälligkeiten der Vorjahre, 4 davon zum Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249). Die Maßnahmen bestanden u. a. in der Überarbeitung von Zielvereinbarungen und SOPs.

Die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden in den Qualitätsindikatoren „Kaiserschnittgeburt" (ID 52249) und „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen" (ID 51803) festgestellt. In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel als Gründe angegeben. Für den Qualitätsindikator zu Kaiserschnittgeburten waren dies im Spezifischen zu hohe risikoadjustierte Kaiserschnittraten, die bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern – unter Berücksichtigung der Ergebnisse der von der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*, WHO) empfohlenen Robson-Klassifikation für die unterschiedlichen Risikogruppen bei Schwangeren – aufgearbeitet und bewertet wurden. Außerdem wurden eine unklare Indikation zum Kaiserschnitt und Wunschkaiserschnitt sowie Probleme bei der Indikationsstellung als Bewertungsgründe angeführt. Für den Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen wurde ein deutliches Verbesserungspotenzial im Bereich des Geburtsmanagements festgestellt: insbesondere zum einen bei der Überwachung der Herzfrequenz des Kindes und der Wehentätigkeit der Mutter während der Geburt im CTG (Kardiotokografie) und dessen Interpretation und zum anderen bei der Indikation zur Mikroblutuntersuchung und der Wehenhemmung unter der Geburt (intrapartalen Tokolyse). Darüber hinaus wurde eine Auffälligkeit bei der Erfassung des Base-Excess-Wertes festgestellt, da dieser nicht mit dem pH-Wert aus der Nabelschnur und dem Apgar-Score übereinstimmte. Zudem zeigten sich Defizite in der Zusammenarbeit der geburtshilflichen Abteilung mit der Pädiatrie.

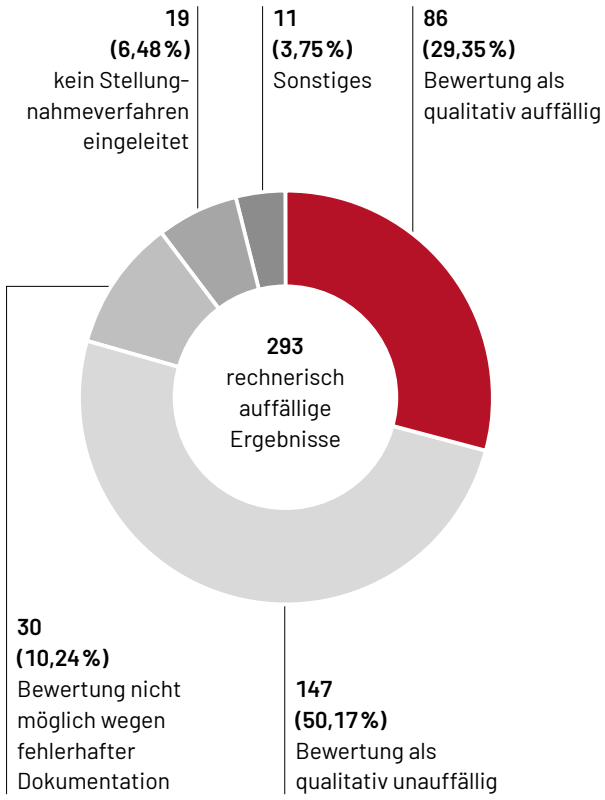
Der höchste Anteil an Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich in den Qualitätsindikatoren „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung" (ID 50045), „Azidose bei frühgeborenen Einlingen" (ID 51831) und „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt" (ID 331). Die Ergebnisse erklären sich hierbei insbesondere durch Einzelfälle.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 war bei 10,24 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 30 von 293) aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *PM-GEBH***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *PM-GEBH***





© IQTIG 2026

Dies ist eine relativ starke Erhöhung im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024: 3,41 %, n = 9 von 264). Die meisten Dokumentationsfehler wurden in den Qualitätsindikatoren „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen" (ID 182014) und „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten" (ID 1058) ermittelt. Bei beiden Indikatoren sind die Ergebnisse vor allem auf eine unvollzählige oder falsche Dokumentation zurückzuführen, beim Indikator 182014 haben zusätzlich Softwareprobleme eine fehlende Dokumentation verursacht.

## Ausblick

Der GBA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS PM*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Im Abschlussbericht empfiehlt das IQTIG, den Großteil der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen weiterzuführen. Gestrichen werden hingegen die Kennzahlen zur Azidose bei reifen Einlingen (rohe und risikoadjustierte Rate; IDs 321 und 51397), da das Qualitätsmerkmal „Azidose bei reifgeborenen Kindern" bereits im Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen" (ID 51803) berücksichtigt wird. Somit können diese beiden Kennzahlen als redundant angesehen und zum Auswertungsjahr 2028 gestrichen werden. Für das Auswertungsjahr 2028 erfolgt ebenso eine Anpassung der drei Qualitätsindikatoren zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe (IDs 182010, 182011 und 182014), um die fehlerhafte Zuweisung bzw. Aufnahme von Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 geboren werden müssten, stärker in den Fokus zu rücken. Die Neueinführung der Kennzahl „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im maximal wirksamen Zeitraum" (ID 182701) verfolgt das Ziel, die Kortikosteroidgabe im leitliniengetreuen Zeitraum abzubilden. Darüber hinaus sollen perspektivisch Sozialdaten bei den Krankenkassen bei der Berechnung einiger Qualitätsindikatoren hinzugezogen werden.

Am 25. Februar 2026 wurde das IQTIG im Zusammenhang mit der Richtlinie zur Qualitätssicherung der hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen (QHKS-RL) beauftragt zu prüfen, inwieweit sich die bestehenden geburtshilflichen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zur Darstellung und Auswertung einer hebammengeleiteten Betreuung in Kreißsälen eignen. Das IQTIG entwickelt in diesem Zuge ein Auswertungs- und Darstellungskonzept und bezieht Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens in die Prüfungen ein. Außerdem prüft das IQTIG, ob eine Patientenbefragung für die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe geeignet ist und sinnvoll umgesetzt werden kann.

Vor dem Hintergrund der seit Langem angestrebten Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung sollen nun zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres" und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres" mit freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern und LAG praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet werden und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll. Langfristig könnte dies in den Regelbetrieb eingeführt werden und es könnten ggf. weitere Qualitätsindikatoren auf Basis verknüpfter Daten zur Einführung empfohlen werden.

# Perinatalmedizin
# Neonatologie

## Hintergrund

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-pm*

Bei der Neonatologie handelt es sich um einen Zweig der angewandten Kinderheilkunde, der sich mit der Versorgung und Behandlung von Früh- und Neugeborenen beschäftigt. Die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität bezieht sich dabei insbesondere auf die Vermeidung von Erkrankungen und die Durchführung einer adäquaten Therapie. Im Fokus der Qualitätssicherung stehen demzufolge insbesondere schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen, unerwünschte Ereignisse der kindlichen Versorgung, Prozesse in der neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden alle Neugeborenen erfasst, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden und eine Aufenthaltsdauer im Krankenhaus von über 12 Stunden haben oder die im Alter von 8 bis 120 Tagen von einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Aufnahmegewicht von weniger als 2.000 g
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung
- Beatmung länger als eine Stunde
- schwerwiegende Erkrankung bei einem Aufnahmegewicht ab 2.000 g

Dokumentationspflichtig sind darüber hinaus Kinder, die im Kreißsaal oder in den ersten 7 Lebenstagen verstorben sind oder die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt wurden und verstorben sind.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien werden pro Jahr derzeit über 90.000 Früh- oder Neugeborene erfasst. Bei ca. 10.000 von diesen Kindern handelt es sich um sehr kleine Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g oder mit einem Gestationsalter von weniger als 32 vollendeten Schwangerschaftswochen. Ein Großteil der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO* bezieht sich auf diese Hochrisikogruppe.

Das QS-Verfahren ***Perinatalmedizin (QS PM)*** wird seit dem Erfassungsjahr 2021 unter der DeQS-RL geführt. Gegenstand des Verfahrens ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie). Die beiden Auswertungsmodule ***Geburtshilfe (PM-GEBH)*** und ***Neonatologie (PM-NEO)*** werden aufgrund der getrennten Auswertung in der Qualitätssicherung separat dargestellt.


© IQTIG 2026

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Auswertungsjahr 2026 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 8 Qualitätsindikatoren und 17 Transparenzkennzahlen ausgewiesen.

Neben der Erfassung der Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei sehr kleinen Frühgeborenen (IDs 51832 und 51837) und Risiko-Lebendgeborenen (IDs 51070 und 222402) werden auch schwerwiegende Erkrankungen betrachtet, die Langzeitfolgen für die sehr kleinen Frühgeborenen nach sich ziehen können; hierunter fallen

- schwere Blutungen im Gehirn, die vermehrt mit späteren Behinderungen einhergehen (intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH); IDs 51076, 50050 und 222200),
- schwere Entzündungen des Magen-Darm-Traktes oder eine Lochbildung in der Darmwand (nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP)/ singuläre intestinale Perforation (SIP); IDs 51838, 51843, 222400, 222401 und 222201),
- eine schwerwiegende Schädigung der weißen Hirnsubstanz (zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL); IDs 51077 und 50051),
- eine chronische Lungenerkrankung (bronchopulmonale Dysplasie (BPD); IDs 51079 und 50053) sowie
- eine schwere Schädigung der Netzhaut im Auge (höhergradige Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*, ROP); IDs 51078 und 50052)

Der Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) fasst die Sterblichkeit und die aufgeführten schwerwiegenden Erkrankungen bei sehr kleinen Frühgeborenen zusammen, da aufgrund der geringen Fallzahlen zufällige statistische Schwankungen sehr ausgeprägt sind und oftmals keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität mittels eines einzelnen Qualitätsindikators ermöglichen.

Zudem werden nosokomiale Infektionen betrachtet: Der Qualitätsindikator 50060 erfasst Früh- und behandlungsbedürftige Neugeborene mit einer Sepsis oder Pneumonie (Lungenentzündung), die später als drei Tage nach Geburt auftreten – diese im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts erworbenen Infektionen gehören zu den häufigsten Ursachen der Sterblichkeit dieser Kinder. Darüber hinaus wird erhoben, ob sich bei beatmeten Kindern eine Ansammlung von Luft oder Flüssigkeit zwischen Lunge und Brustwand gebildet hat (ID 50062 zum Pneumothorax).

Des Weiteren wird die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts erfasst (ID 52262). Bisher galt die Annahme, dass sich hierdurch zusätzliche Rückschlüsse auf die Kindesentwicklung und mögliche Qualitätsprobleme ziehen lassen. Ab dem Auswertungsjahr 2026 wird dieser Indikator jedoch ohne Referenzbereich dargestellt, da kein ausreichend belegter Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal besteht. Eine Streichung des Indikators ist zum Auswertungsjahr 2028 vorgesehen.

Neben diesen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität werden auch Prozessindikatoren gemessen. Beispielsweise wird erhoben, ob die Körpertemperatur von sehr kleinen Frühgeborenen oder Risiko-Lebendgeborenen bei Aufnahme ins Krankenhaus unter 36,0 °C beträgt (IDs 50069 und 50074), da eine Unterkühlung schwerwiegende Komplikationen und Folgeerkrankungen hervorruft und sich somit auf die spätere Entwicklung der Kinder negativ auswirken kann. Zudem wird erfasst, ob ein Hörtest durchgeführt wurde (ID 50063), um frühestmöglich angeborene Hörstörungen diagnostizieren und eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

**Wichtiges in Kürze**

- Anzahl der übermittelten QS-Datensätze zu Früh- und Neugeborenen weiterhin rückläufig
- Großteil der Bundesergebnisse im Vergleich zum Vorjahr unverändert
- Verschlechterung der Versorgungsqualität beim Qualitätsindikator zur Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen sowie weiterhin höchster Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen bezogen auf die rechnerisch auffälligen Ergebnisse
- Ausblick: der Qualitätsindikator zur Zunahme des Kopfumfangs und drei Kennzahlen zur intra- und periventrikulären Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und zur zystischen periventrikulären Leukomalazie (PVL) werden zum Auswertungsjahr 2028 abgeschafft

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden im Vergleich zum Vorjahr insgesamt weniger Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit ist in einem ähnlichen Bereich geblieben. Es wurden Datensätze von insgesamt 90.206 Kindern erfasst. Dies ist ein Rückgang um 1,77 % im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2025: 91.833). Dieser Rückgang kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Geburtenzahl im Auswertungsjahr 2026 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt um 3,97 % abgenommen hat (AJ 2025: 654.174; AJ 2026: 628.218).

**Datengrundlage *PM-NEO***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 91.833 | 90.206 | 89.834 | 100,41 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 445 | 421 | - | - |

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum Auswertungsjahr 2026 des Auswertungsmoduls *PM-NEO* deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität hin. Für den Großteil der Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zeigen sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügige Veränderungen, die aufgrund geringer Fallzahlen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auf zufällige jährliche Schwankungen zurückzuführen sind. Dabei verbessern sich insgesamt 2 Qualitätsindikatoren und 11 Kennzahlen in ihrem Ergebnis, 5 Qualitätsindikatoren und 6 Kennzahlen verschlechtern sich gegenüber dem Vorjahr, für einen Qualitätsindikator konnte keine Veränderung zum Vorjahr verzeichnet werden.

Im Auswertungsjahr 2026 weist lediglich ein Qualitätsindikator eine Veränderung des Bundesergebnisses auf, welche sich mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nicht durch zufällige jährliche Schwankungen erklären lässt. Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 50074) hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 um 9,00 % verschlechtert. Dieser Qualitätsindikator weist auch im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 nach wie vor die höchsten Anteile qualitativ auffälliger Ergebnisse, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, auf (AJ 2023: 47,62 %; AJ 2024: 31,82 %; AJ 2025: 45,45 %). Der Anteil hat im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 um 42,83 % zugenommen. Auch bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem Qualitätsindikator zeigt der Qualitätsindikator seit Jahren mit den höchsten Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen (AJ 2023: 2,29 %; AJ 2024: 1,66 %; AJ 2025: 2,38 %). Gemäß Rückmeldungen der LAG und nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene sei dies auf ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung und auf eine ungenügende Sensibilisierung des zuständigen Personals für das Qualitätsziel zurückzuführen. Mögliche Maßnahmen dagegen wären beispielsweise die Verwendung von Wärmetüchern und eine optimierte Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen und dem pflegenden Personal. Vor dem Hintergrund der anhaltend hohen Rate an qualitativen Auffälligkeiten sollte die Bedeutung des Qualitätsparameter stärker in der breiteren Fachöffentlichkeit bzw. in der klinischen Praxis hervorgehoben werden. Zu diesem Qualitätsindikator wurde eine Maßnahme der Stufe 2 zu Auffälligkeiten in den Vorjahren ergriffen sowie eine Maßnahme der Stufe 1 zum Auswertungsjahr 2025, wohingegen es im gesamten Modul *PM-NEO* nur 3 weitere Maßnahmen der Stufe 1 zum Auswertungsjahr 2025 gab.

Im Modul *PM-NEO* werden Kinder mit schweren und letalen angeborenen Erkrankungen erfasst, um sie aus den jeweiligen Grundgesamtheiten der Qualitätsindikatoren auszuschließen. Das entsprechende Datenfeld „angeborene Erkrankungen" führt jedoch in seiner aktuellen Form, insbesondere mit dem dazugehörigen Ausfüllhinweis zur Liste schwerer und letaler angeborener Erkrankungen, regelmäßig zu abweichenden Einschätzungen seitens der dokumentierenden Leistungserbringer, da die hinterlegte Liste als unvollständig beschrieben wird und vor allem Einzelfallentscheidungen nicht ausreichend abgebildet werden können. In der Folge kommt es zu regelmäßigen Rückfragen und erhöhtem Abstimmungsbedarf bei der Dokumentation und den Auffälligkeiten im dazugehörigen Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert" (ID 851813). Künftig soll daher an einer verstärkten Pflege und Weiterentwicklung der Liste mit Expertinnen und Experten gearbeitet werden.


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *PM-NEO***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Sterblichkeit im Krankenhaus | | | |
| 51070 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)* | 0,23 %<br>O = 179<br>N = 76.662 | 0,20 %<br>O = 150<br>N = 76.070 | ● |
| 222402 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen | 1,00<br>O/E = 179 / 179,00<br>0,23 %<br>O/N = 179 / 76.662 | 0,81<br>O/E = 150 / 185,22<br>0,20 %<br>O/N = 150 / 76.070<br>(≤ 2,74; 95. Perzentil) | ● |
| 51832 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)* | 3,49 %<br>O = 286<br>N = 8.197 | 3,41 %<br>O = 268<br>N = 7.861 | ● |
| 51837 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen* | 1,00<br>O/E = 286 / 286,00<br>3,49 %<br>O/N = 286 / 8.197 | 0,97<br>O/E = 268 / 275,68<br>3,41 %<br>O/N = 268 / 7.861 | ● |
| Gruppe: | Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) | | | |
| 51076 | Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)* | 3,23 %<br>O = 261<br>N = 8.070 | 2,89 %<br>O = 224<br>N = 7.747 | ● |
| 50050 | Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)* | 1,00<br>O/E = 261 / 261,00<br>3,23 %<br>O/N = 261 / 8.070 | 0,89<br>O/E = 224 / 251,36<br>2,89 %<br>O/N = 224 / 7.747 | ● |
| 222200 | Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus* | 0,48 %<br>O = 42<br>N = 8.682 | 0,64 %<br>O = 53<br>N = 8.283 | ● |
| Gruppe: | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) | | | |
| 51838 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)* | 1,96 %<br>O = 173<br>N = 8.847 | 2,06 %<br>O = 174<br>N = 8.442 | ● |
| 51843 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)* | 1,00<br>O/E = 173 / 173,00<br>1,96 %<br>O/N = 173 / 8.847 | 1,03<br>O/E = 174 / 168,17<br>2,06 %<br>O/N = 174 / 8.442 | ● |
| 222400 | Fokale intestinale Perforation (FIP)/ singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)* | 1,24 %<br>O = 110<br>N = 8.847 | 1,45 %<br>O = 122<br>N = 8.442 | ● |
| 222401 | Fokale intestinale Perforation (FIP)/ singuläre intestinale Perforation (SIP)* | 1,00<br>O/E = 110 / 110,00<br>1,24 %<br>O/N = 110 / 8.847 | 1,13<br>O/E = 122 / 108,01<br>1,45 %<br>O/N = 122 / 8.442 | ● |
| 222201 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP)/ singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP* | 1,00<br>O/E = 169 / 169,00<br>1,91 %<br>O/N = 169 / 8.847 | 1,21<br>O/E = 200 / 165,05<br>2,37 %<br>O/N = 200 / 8.442 | ● |

* *Transparenzkennzahl*

## Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *PM-NEO*

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) | | | |
| 51077 | Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)* | 1,57 %<br>O = 117<br>N = 7.444 | 1,23 %<br>O = 88<br>N = 7.179 | – |
| 50051 | Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)* | 1,00<br>O/E = 117 / 117,00<br>1,57 %<br>O/N = 117 / 7.444 | 0,78<br>O/E = 88 / 112,68<br>1,23 %<br>O/N = 88 / 7.179 | – |
| Gruppe: | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) | | | |
| 51079 | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)* | 7,84 %<br>O = 469<br>N = 5.984 | 7,75 %<br>O = 446<br>N = 5.752 | ● |
| 50053 | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)* | 1,00<br>O/E = 469 / 469,00<br>7,84 %<br>O/N = 469 / 5.984 | 0,99<br>O/E = 446 / 450,36<br>7,75 %<br>O/N = 446 / 5.752 | ● |
| Gruppe: | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) | | | |
| 51078 | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)* | 5,40 %<br>O = 226<br>N = 4.184 | 5,08 %<br>O = 204<br>N = 4.017 | ● |
| 50052 | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)* | 1,00<br>O/E = 226 / 226,00<br>5,40 %<br>O/N = 226 / 4.184 | 0,95<br>O/E = 204 / 213,81<br>5,08 %<br>O/N = 204 / 4.017 | ● |
| 51901 | Qualitätsindex der Frühgeborenen-versorgung | 1,00<br>O/E = 1.141 / 1.141,00<br>12,90 %<br>O/N = 1.141 / 8.847 | 0,99<br>O/E = 1.087 / 1.093,63<br>12,88 %<br>O/N = 1.087 / 8.442<br>(≤ 2,17; 95. Perzentil) | ● |
| 50060 | Nosokomiale Infektion | 1,00<br>O/E = 819 / 819,00<br>1,11 %<br>O/N = 819 / 73.969 | 1,12<br>O/E = 882 / 786,42<br>1,20 %<br>O/N = 882 / 73.275<br>(≤ 2,74; 95. Perzentil) | ● |
| 50062 | Pneumothorax unter oder nach Beatmung | 1,00<br>O/E = 815 / 815,00<br>2,44 %<br>O/N = 815 / 33.443 | 1,00<br>O/E = 812 / 814,52<br>2,41 %<br>O/N = 812 / 33.749<br>(≤ 2,72; 95. Perzentil) | ● |
| 52262 | Zunahme des Kopfumfangs | 9,99 %<br>O = 1.134<br>N = 11.346 | 10,30 %<br>O = 1.117<br>N = 10.847<br>(nicht definiert) | – |
| 50063 | Durchführung eines Hörtests | 98,13 %<br>O = 81.866<br>N = 83.423 | 98,26 %<br>O = 80.802<br>N = 82.234<br>(≥ 95,00 %) | ● |

* *Transparenzkennzahl*


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *PM-NEO***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C | | | |
| 50069 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen | 1,00<br>O/E = 384 / 384,00<br>4,18 %<br>O/N = 384 / 9.183 | 1,01<br>O/E = 373 / 369,20<br>4,26 %<br>O/N = 373 / 8.759<br>(≤ 2,67; 95. Perzentil) | ● |
| 50074 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen | 1,00<br>O/E = 2.581 / 2.581,00<br>3,35 %<br>O/N = 2.581 / 77.106 | 1,09<br>O/E = 2.748 / 2.522,05<br>3,61 %<br>O/N = 2.748 / 76.137<br>(≤ 2,48; 95. Perzentil) | ● |

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *PM-NEO***

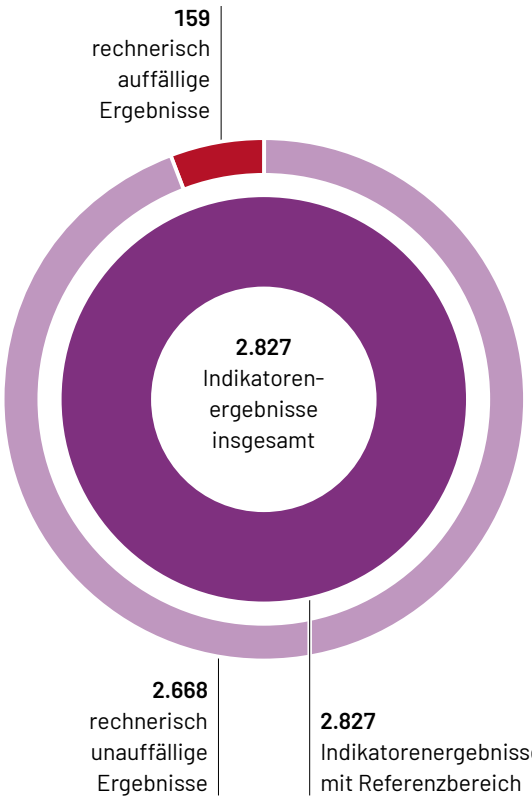
| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 222402 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen | 23 / 432<br>5,32 % | 1 / 432<br>0,23 % | 21 / 412<br>5,10 % |
| 51901 | Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung | 17 / 281<br>6,05 % | 5 / 281<br>1,78 % | 19 / 282<br>6,74 % |
| 50060 | Nosokomiale Infektion | 15 / 382<br>3,93 % | 1 / 382<br>0,26 % | 17 / 366<br>4,64 % |
| 50062 | Pneumothorax unter oder nach Beatmung | 23 / 344<br>6,69 % | 5 / 344<br>1,45 % | 20 / 337<br>5,93 % |
| 52262 | Zunahme des Kopfumfangs | 15 / 295<br>5,08 % | 0 / 295<br>0,00 % | - |
| 50063 | Durchführung eines Hörtests | 32 / 392<br>8,16 % | 4 / 392<br>1,02 % | 30 / 369<br>8,13 % |
| 50069 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen | 12 / 281<br>4,27 % | 5 / 281<br>1,78 % | 20 / 280<br>7,14 % |
| 50074 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen | 22 / 420<br>5,24 % | 10 / 420<br>2,38 % | 18 / 397<br>4,53 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

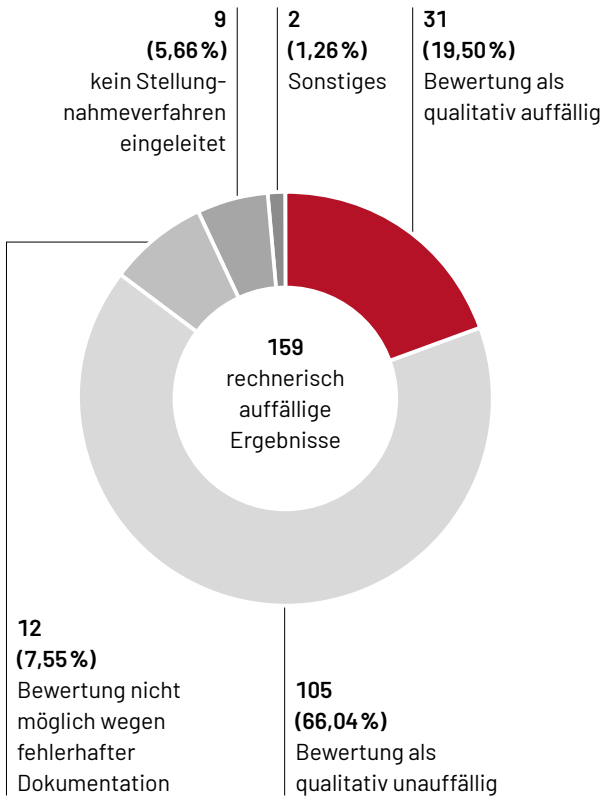
Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 2.827 Indikatorenergebnisse vorlagen. Der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse sank im Vergleich zum Vorjahr bei gleichbleibender Gesamtzahl an Indikatorenergebnissen um 39,8 %. Infolgedessen verringerte sich die Anzahl der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren um 41,2 % und die Anzahl der qualitativ unauffälligen Bewertungen um ca. die Hälfte. Die Anzahl der qualitativ auffälligen Bewertungen ging um 16,22 % und die Anzahl der eingeleiteten Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 um ca. die Hälfte zurück.

Hervorzuheben ist, dass beim Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs" (ID 52262) in ca. der Hälfte der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *PM-NEO***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *PM-NEO***




Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. Es kann vermutet werden, dass die allgemeine Akzeptanz gegenüber dem Qualitätsindikator eingeschränkt ist, da dieser vonseiten einiger LAG aufgrund von möglichen Messungenauigkeiten und von Zweifeln an der Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer als ein ungeeigneter Qualitätsparameter angesehen wird. Ab dem Auswertungsjahr 2026 wird dieser Indikator ohne Referenzbereich dargestellt und zum Auswertungsjahr 2028 gestrichen, da kein ausreichend belegter Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal besteht.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests" (ID 50063) ermittelt, wobei mehr als die Hälfte davon als qualitativ unauffällig beurteilt wurde. In vielen Fällen handelte es sich dabei gemäß Rückmeldungen der LAG um Dokumentationsfehler. Qualitativen Auffälligkeiten lagen gemäß Rückmeldungen der LAG Hinweise auf Prozess- und Strukturmängel (vor allem technische Probleme) zugrunde, die dazu führten, dass kein Hörtest erfolgte.

Die Qualitätsindikatoren zur Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen (ID 50069) bzw. bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 50074) weisen den höchsten Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen auf. Vonseiten der LAG werden oftmals Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (v. a. in Bezug auf die Verfügbarkeit eines Wärmemanagements in der Neugeborenenversorgung) als Begründungen genannt. Es wurde in einem der als qualitativ auffällig bewerteten Fälle eine Maßnahme der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Weiterhin gab es in diesem Auswertungsjahr zu den Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit in Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen" (ID 222402), „Pneumothorax unter oder nach Beatmung" (ID 50062) und „Durchführung eines Hörtests" (ID 50063) jeweils eine Maßnahme der Stufe 1. Auch hier waren die Gründe gehäuft Hinweise auf Prozess- und Strukturmängel.

In den Qualitätsindikatoren „Nosokomiale Infektion" (ID 50060) und „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen" (222402) wurde ein sehr hoher Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft. Als Grund für die Bewertung als qualitativ unauffällig wurden vonseiten der LAG vorwiegend Einzelfälle genannt.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 war bei 7,55 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 12 von 159) aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich. Die meisten Dokumentationsfehler wurden im Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests" (ID 50063) identifiziert.


© IQTIG 2026

## Ausblick

Der GBA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch *QS PM*. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im GBA veröffentlicht. Es wurde überwiegend empfohlen, die bestehenden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen beizubehalten und einige mit Anpassungen fortzuführen. Der Qualitätsindikator zur Zunahme des Kopfumfangs (ID 52262) sowie drei Kennzahlen zur IVH Grad 3 oder PVH (ID 222200) und zur PVL (IDs 51077 und 50051) wurden aufgrund unzureichender Eignung, geringen Verbesserungspotenzials oder nicht nachgewiesenen Zusammenhangs mit einem patientenrelevanten Merkmal zur Abschaffung empfohlen. Entsprechend ist die Streichung des Qualitätsindikators und der drei Kennzahlen zum Auswertungsjahr 2028 vorgesehen. Weiterhin wurde empfohlen, dass bei Kennzahlen, die sich auf dasselbe Qualitätsmerkmal beziehen, jeweils diejenige zur Ausweisung der rohen Raten entfällt, da diese bereits innerhalb der risikoadjustierten Raten abgebildet wird und eine zusätzliche Darstellung als redundant anzusehen ist. Auch diese Kennzahlen werden zum Auswertungsjahr 2028 gestrichen.

Vor dem Hintergrund der seit Langem angestrebten Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung sollen nun zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres" und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres" mit freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern und LAG praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet werden und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll. Langfristig könnte dies in den Regelbetrieb eingeführt werden und es könnten ggf. weitere Qualitätsindikatoren auf Basis verknüpfter Daten zur Einführung empfohlen werden.

Im Rahmen des Weiterentwicklungsprojekts zum Verlegungsgeschehen von sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g sollen künftig Qualitätsinformationen auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen mit Blick auf die vorangegangenen 5 Jahre erfasst und standortbezogen auf der Website www.perinatalzentren.org veröffentlicht werden. Dadurch erfolgt lediglich eine deskriptive Darstellung des Verlegungsgeschehens, die keine Interpretation der Versorgungsqualität ermöglicht. Das IQTIG erarbeitet derzeit im Auftrag des GBA, wie entsprechende Inhalte zum Verlegungsgeschehen in den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer und den länderbezogenen Auswertungen für die LAG dargestellt werden können. Auf diese Weise könnten perspektivisch die bislang nur deskriptiv darzustellenden Ergebnisse zum Verlegungsgeschehen bei erkennbaren Struktur- oder Prozessproblemen auch die Funktion von Aufgreifkriterien zur Auslösung von weiteren Handlungsanschlüssen haben, um gezielt Qualitätsverbesserungen in den beteiligten Krankenhäusern adressieren zu können.

# Pflege



# Dekubitusprophylaxe

## Hintergrund

Ein Dekubitus, auch als Dekubitalulcus, Druckgeschwür oder Wundliegen bezeichnet, gilt als ernstzunehmende Komplikation in der medizinischen Versorgung und tritt häufig bei zu pflegenden Patientinnen und Patienten auf. Er kann im Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge von Bewegungseinschränkungen entstehen. Risikofaktoren für das Entstehen eines Dekubitalulcus sind u. a. eine eingeschränkte Mobilität (z. B. im Rahmen von Querschnittslähmungen), Mangelernährung und starkes Übergewicht.

Dekubitalulcera werden gemäß ICD-10-GM in die folgenden vier Stadien unterteilt, die unterschiedliche Schweregrade widerspiegeln:

- Dekubitus, Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet: Dekubitus ohne Angabe eines Stadiums oder einer Kategorie
- Stadium 1: Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
- Stadium 2: Dekubitus mit Vorliegen einer Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung der Oberhaut (Epidermis) und/oder Lederhaut (Dermis)
- Stadium 3: Dekubitus mit Verlust aller Hautschichten und mit Schädigung oder Absterben (Nekrose) des unter der Haut liegenden (subkutanen) Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann
- Stadium 4: Dekubitus mit Absterben (Nekrose) von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)

Gegenstand des QS-Verfahrens *Dekubitusprophylaxe* (*QS DEK*) ist die Erfassung von Dekubitalulcera der Stadien/Kategorien[1] 2, 3 und 4 oder eines nicht näher bezeichneten Stadiums bzw. einer nicht näher bezeichneten Kategorie bei Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren, welche während eines vollstationären Aufenthalts neu aufgetreten sind oder deren Auftreten aufgrund fehlender Dokumentation zeitlich nicht zuordenbar ist. Da in der Praxis oft Unsicherheit bei der Abgrenzung eines Dekubitus Stadium/Kategorie 1 von einer Hautrötung besteht, werden diese nicht im QS-Verfahren betrachtet.

Ein Dekubitus kann in der Regel durch eine angemessene Dekubitusprophylaxe vermieden werden. Ausnahmefälle sind im „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege" beschrieben und beziehen sich auf Patientinnen und Patienten, deren Verletzung einer Mobilisation zur Druckentlastung bzw. -verteilung überwiegend entgegensteht (beispielsweise bei Verletzungen der Wirbelsäule). Zudem können andere Pflegeziele in der medizinisch-pflegerischen Versorgung höher priorisiert sein – beispielsweise bei Patientinnen und Patienten, die sich in den letzten Wochen ihres Lebens befinden (terminale Lebensphase).

Für die Betroffenen ist ein Dekubitus oft sehr schmerzhaft und geht in vielen Fällen mit einem hohen Leidensdruck und einer eingeschränkten Lebensqualität einher. Neben einer aufwendigen Wundversorgung können im Extremfall Operationen zur plastischen Deckung der entstandenen Haut- und Weichteildefekte erforderlich sein. Aus ethischer, medizinisch-pflegerischer und ökonomischer Perspektive muss es daher ein zentrales Anliegen sein, Druckgeschwüren konsequent durch eine adäquat durchgeführte Dekubitusprophylaxe vorzubeugen. Ziel des Verfahrens *QS DEK* ist in diesem Zusammenhang die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität, damit möglichst wenig neue Dekubitalulcera entstehen.

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-dek*

**Wichtiges in Kürze**

- Einführung einer neuen statistischen Methodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit
- keine relevanten Änderungen der rechnerischen Indikatorenergebnisse im Vergleich zum Vorjahr
- der Anteil von Leistungserbringern mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel im Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)" hat sich im Vergleich zum Vorjahr erneut verringert und im Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4" erhöht

1 *Der Begriff „Stadium" wird in der ICD-10-GM verwendet, der Begriff „Kategorie" im „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege".*

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Die Indikatoren messen inzidente, d. h. neu aufgetretene Dekubitalulcera oder Dekubitalulcera, deren Status infolge unvollständiger Dokumentation unbekannt ist, bei stationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren während des stationären Aufenthalts.

Mit dem risikoadjustierten Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)" (ID 52009) werden Dekubitalulcera der Stadien/Kategorien 2 bis 4 sowie des Stadiums / der Kategorie „nicht näher bezeichnet" von vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren betrachtet. Die Inzidenz des Auftretens von Dekubitalulcera des jeweiligen Stadiums (2, 3, nicht näher bezeichnet) wird über 3 Transparenzkennzahlen (IDs 52326, 521801 und 521800) ausgegeben.

Mit dem Sentinel-Event-Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4" (ID 52010) werden alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Stadium/Kategorie 4 erfasst. Dekubitalulcera dieses Stadiums bzw. dieser Kategorie sollen unbedingt verhindert werden. Aufgrund ihrer besonderen Schwere erfolgt daher im Stellungnahmeverfahren der externen Qualitätssicherung in jedem Einzelfall eine Analyse der Ursachen für die Entstehung.

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Für das Erfassungsjahr 2025 wurden 279.938 QS-Dokumentationsbögen von 1.617 Standorten an das IQTIG übermittelt. Diese Standorte gehörten zu 1.333 Krankenhäusern (gemäß Institutionskennzeichennummer, IKNR). Im Vorjahr waren es 4.110 Datensätze weniger und 21 Standorte auf IKNR-Ebene mehr. Damit verteilen sich nun mehr Fälle auf weniger Leistungserbringer.

Für das Verfahren *QS DEK* werden neben den Daten der QS-Dokumentation auch Abrechnungsdaten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) genutzt. Bei den Abrechnungsdaten handelt es sich zum einen um Informationen zu jeder stationär behandelten Patientin und jedem stationär behandelten Patienten ab 20 Jahren mit oder ohne Dekubitus und zum anderen um Risikofaktoren, durch die ein Dekubitus entstehen kann. Die einzelnen Risikofaktoren werden in Gruppen zusammengefasst (z. B. eingeschränkte Mobilität, Infektion oder Inkontinenz) und zur Berechnung der erwarteten Anzahl inzidenter Dekubitalulcera für den Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)" (ID 52009) verwendet. Aufgrund dieses Verwendungszwecks werden diese Daten im Verfahren *QS DEK* als „Risikostatistik" bezeichnet.

Die Risikostatistik wird von den Leistungserbringern im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr erstellt. Für das Erfassungsjahr 2025 wurden insgesamt 16.221.702 Fälle an das IQTIG übermittelt. Die Anzahl der Datensätze in der Risikostatistik ist weiterhin geringer als vor der COVID-19-Pandemie (EJ 2019: 17.664.961, EJ 2020: 15.043.534), zeigt aber insgesamt einen Trend zum Wiederanstieg.

**Datengrundlage *QS DEK***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 275.828 | 279.938 | 278.823 | 100,40 % |
| Anzahl Fälle mit und ohne Dekubitus in der Risikostatistik | 15.893.665* | 16.221.702 | - | - |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 1.643 | 1.617 | - | - |
| Leistungserbringer (IKNR-Ebene) mit Risikostatistik | 1.503 | 1.478 | 1.476 | 100,14 % |

* *Dieser Wert ist der Bundesauswertung 2025 entnommen und wurde nicht neu berechnet.*


© IQTIG 2026

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Sowohl die beiden Qualitätsindikatoren „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) und „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010) als auch die der Gruppe „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ zugehörigen Transparenzkennzahlen zu Stadium/Kategorie 2 (ID 52326), Stadium/Kategorie 3 (ID 521801) und Stadium/Kategorie „nicht näher bezeichnet“ (ID 521800) weisen in ihren rechnerischen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2026 keine relevanten Änderungen zum Vorjahr auf.

Auch der Anteil der im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorenergebnisse hat sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Gleichzeitig ist der Anteil von 47,25 % (43 von 91 Leistungserbringern) im Indikator 52009 bzw. 32,44 % (133 von 410 Leistungserbringern) im Indikator 52010 bei Leistungserbringern mit qualitativen Auffälligkeiten nach Ansicht des Expertengremiums auf Bundesebene weiterhin nicht zufriedenstellend. Bei Betrachtung der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen über alle Indikatoren der DeQS-RL hinweg, für die ein Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2025 durchgeführt wurde, weist der Indikator 52010 die höchste und der Indikator 52009 die dritthöchste Anzahl auf. Hinsichtlich des Anteils qualitativer Auffälligkeiten bezogen auf die 87 Indikatoren der landesbezogenen Verfahren im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 liegen die beiden Indikatoren auf Rang 7 und 15.

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *QS DEK***

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) | | | |
| 52009 | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) | 1,05<br>O/E = 66.309 / 63.033,00<br>0,4172 %<br>O/N = 66.309 / 15.893.663 | 1,05<br>O/E = 67.139 / 63.913,22<br>0,4139 %<br>O/N = 67.139 / 16.221.701<br>(≤ 2,17; 95. Perzentil) | ● |
| 52326 | Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2* | 0,3496 %<br>O = 55.568<br>N = 15.893.663 | 0,3455 %<br>O = 56.051<br>N = 16.221.701 | ● |
| 521801 | Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3* | 0,0605 %<br>O = 9.621<br>N = 15.893.663 | 0,0603 %<br>O = 9.780<br>N = 16.221.701 | ● |
| 521800 | Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet* | 0,0062 %<br>O = 979<br>N = 15.893.663 | 0,0079 %<br>O = 1.276<br>N = 16.221.701 | ● |
| 52010 | Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 | 0,0046 %<br>O = 724<br>N = 15.893.663 | 0,0039 %<br>O = 636<br>N = 16.221.701<br>(Sentinel Event) | ● |

* *Transparenzkennzahl*

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS DEK***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 52009 | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) | 91 / 1.853<br>4,91 % | 43 / 1.853<br>2,32 % | 92 / 1.821<br>5,05 % |
| 52010 | Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 | 411 / 1.857<br>22,13 % | 133 / 1.857<br>7,16 % | 369 / 1.825<br>20,22 % |

Als Gründe für diese Bewertung wurden von den LAG am häufigsten Probleme bei der Dokumentation bzw. Kodierung im Zusammenhang mit dem Dekubitusprophylaxe-Management, unzureichende Prophylaxe, Prävention und Maßnahmenplanungen, fehlende Nachvollziehbarkeit, Umsetzungsmängel des Expertenstandards und Mängel bei Risikoeinschätzung und Assessment berichtet. Das IQTIG leitet in der Gesamtschau ab, dass die Ergebnisse weiterhin Raum für qualitative Optimierungen bieten.

Eine wesentliche Änderung gegenüber dem Vorjahr betrifft die Einführung einer neuen statistischen Methodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit. Bei der Bewertung von Leistungserbringerergebnissen wird nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt. Die neue Methodik bildet also ab, dass manche Abweichungen vom Referenzbereich – insbesondere bei Leistungserbringern mit kleineren Fallzahlen – auch plausibel durch zufallsbedingte Variabilität erklärbar sind. Dadurch führt nicht jede Abweichung vom Referenzbereich zu einer rechnerischen Auffälligkeit und die Anzahl an Auffälligkeiten ist nach der neuen Methodik zumeist geringer.

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im Verfahren *QS DEK* hat sich die Anzahl der Indikatorenergebnisse von 3.764 im Auswertungsjahr 2025 zu 3.710 im Auswertungsjahr 2026 nicht wesentlich verändert. Weniger Indikatorenergebnisse gehen in diesem Verfahren nach Einschätzung des IQTIG in erster Linie darauf zurück, dass die Anzahl an Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten in Deutschland aufgrund von Schließungen oder Zusammenführungen rückläufig ist. Im Erfassungsjahr 2024 übermittelten 1.646 Krankenhäuser Daten zum Verfahren *QS DEK*. Zum Erfassungsjahr 2025 sank diese Zahl um 29 auf 1.617. Der Anteil rechnerisch auffälliger Indikatorenergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken – von 13,79 % auf 13,53 %. Ein Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurde nur in einem Fall nicht eingeleitet. Grund dafür war, dass die betroffene Einrichtung bereits geschlossen war. Sämtliche Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden schriftlich eingeleitet. Im Verlauf wurden 8-mal kollegiale Gespräche geführt. Bei einem der Leistungserbringer, mit denen ein Gespräch geführt wurde, fand auch eine Begehung statt. Außerdem wurden 4 weitere Begehungen durchgeführt.

223 rechnerische Auffälligkeiten (44,51 %) wurden als qualitativ unauffällig bewertet, ein geringfügig niedrigerer Wert als im Vorjahr. Diese Bewertung wurde u. a. vergeben, wenn die rechnerische Auffälligkeit plausibel erklärt werden konnte, z. B. aufgrund von Besonderheiten des Fallmixes bei vielen Palliativfällen oder eines onkologischen Schwerpunktes der Klinik. Die Bewertung als qualitativ unauffällig wurde aber auch vorgenommen, wenn Mängel im Prozess erkannt und bereits Maßnahmen zur Behebung eingeleitet worden sind.

Der Anteil an als qualitativ auffällig bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten liegt zum Auswertungsjahr 2025 bei 35 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert. Gründe für die Vergabe dieser Bewertung waren insbesondere Mängel bei der Wunddokumentation, nicht ausreichende prophylaktische Maßnahmen, nicht ausreichende Umsetzung des Expertenstandards oder eine unzureichende Einschätzung des Dekubitusrisikos, aber auch wiederholte Auffälligkeiten oder Häufungen von Dekubitalulcera.

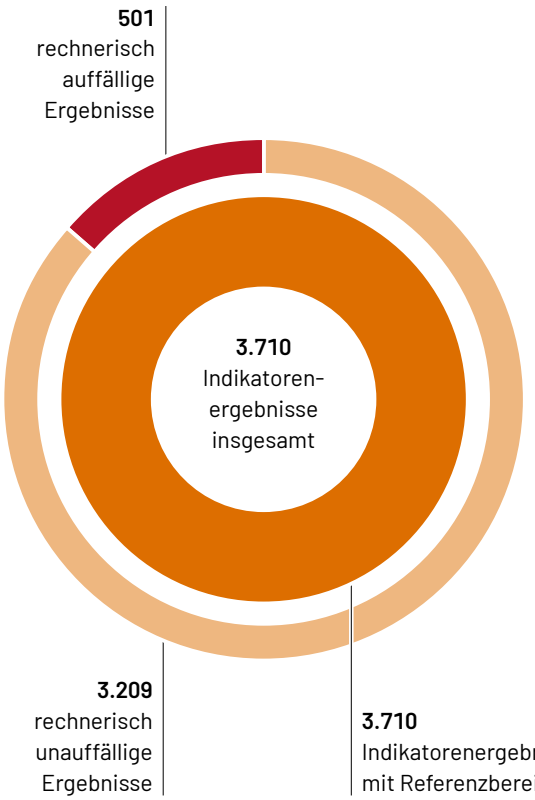
96-mal wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Einschätzung abgeschlossen, dass eine Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich war. Im Vorjahr waren es noch 79. Häufig wurde hierzu als Begründung genannt, dass der Dekubitus schon bei Aufnahme vorlag und die entsprechende Dokumentation gefehlt habe.

Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 wurden 65-mal eingeleitet (AJ 2024: 94-mal). Hierunter entfielen 24 in die Kategorie „Sonstiges", 14 Maßnahmen hatten Bezug zur Leitlinie (z. B. bei Nichteinhaltung des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe), 7-mal wurde im Rahmen eines Audits die Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials insbesondere im Hinblick auf Lagerungsintervalle und Wunddokumentation vereinbart, und je 3-mal wurden Fortbilungen und die Implementierung von Behandlungspfaden gefordert. Unter den Maßnahmen der Kategorie „Sonstiges" wurde am häufigsten die Anforderung eines Pflegekonzepts (z. B. für den Umgang mit geriatrischen Patientinnen und Patienten) binnen von 3 Monaten sowie Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität genannt. Die 65 durchgeführten Maßnahmen der Stufe 1 verteilen sich auf insgesamt 44 Leistungserbringer, wovon bei 14 Leistungerbringern 20 Maßnahmen mit Bezug zum Indikator 52009 angegeben wurden und 45 Maßnahmen bei 30 Leistungserbringern mit Bezug zum Indikator 52010 durchgeführt wurden.

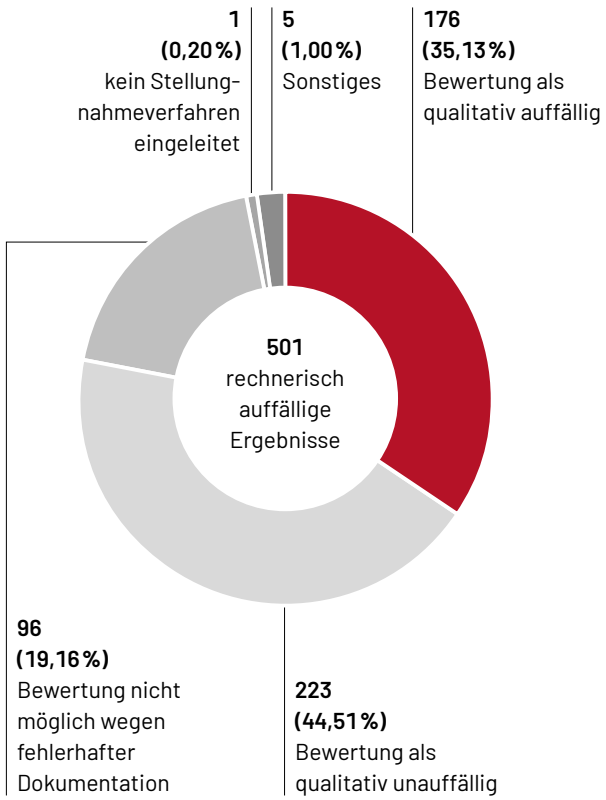
Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht initiiert.


© IQTIG 2026

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *QS DEK***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *QS DEK***




## Ausblick

Seitens der LAG werden seit Jahren gleichbleibende Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel an das IQTIG übermittelt. Das Expertengremium auf Bundesebene bewertet die Ergebnisse als nicht zufriedenstellend. Viele der berichteten Gründe für qualitative Auffälligkeiten können mit Kostendruck und Personalmangel verknüpft sein. Gerade Pflegekräfte stehen im Gesundheitswesen unter besonderem Druck. Daher bleibt es wichtig, die Ergebnisse des Verfahrens *QS DEK* ernst zu nehmen und weiterhin darüber zu berichten.

Die derzeit geltende untere Altersgrenze von 20 Jahren ist Gegenstand der aktuellen Fachdiskussion. Die Evidenzbasis wird vom Expertengremium auf Bundesebene hinterfragt. Erste Prüfungen deuten darauf hin, dass eine Anpassung fachlich angezeigt sein könnte. Es wird daher empfohlen, die Altersgrenze auf Grundlage der aktuellen Evidenzlage systematisch zu überprüfen und ggf. anzupassen.

# Transplantations-medizin und Nieren-ersatztherapie



# Transplantationsmedizin
## Gesamtes QS-Verfahren

### Hintergrund

Das QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* (*QS TX*) zielt auf die Verbesserung von transplantationsmedizinischen Eingriffen und das Erreichen von Behandlungszielen. Darüber hinaus sollen Komplikationen während und nach den Eingriffen reduziert, Folgeerkrankungen vermieden und die Indikationsstellung bei der Implantation von Herzunterstützungssystemen verbessert werden. Das Verfahren *QS TX* in seiner derzeitigen Form startete am 1. Januar 2020 im Rahmen der DeQS-RL. Zuvor waren die einzelnen Auswertungsmodule als separate QS-Verfahren nach der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) geregelt. Das Verfahren *QS TX* setzt sich aus den Auswertungsmodulen

- *Herztransplantationen* (*TX-HTX*)
- *Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen* (*TX-MKU*)
- *Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen* (*TX-LUTX*)
- *Lebertransplantationen* (*TX-LTX*)
- *Leberlebendspenden* (*TX-LLS*) und
- *Nierenlebendspenden* (*TX-NLS*)

zusammen.

**Wichtiges in Kürze**

- deutliche Zunahme der Fallzahlen bei allen betrachteten Transplantationsarten
- Bundesergebnisse weisen wie im Vorjahr auf eine insgesamt gute medizinische Versorgung hin
- bei den Transplantatempfängerinnen und Transplantatempfängern liegen die betrachteten Sterbe- und Komplikationsraten auf einem niedrigen Niveau, während die betrachteten Überlebensraten ein hohes Niveau zeigen
- teilweise sogar leicht verbesserte Indikatorenergebnisse auf Bundesebene sind angesichts der komplexeren Empfänger- und Spendersituation bemerkenswert
- im Bereich der Lebertransplantation waren in den letzten beiden Auswertungsjahren keine kollegialen Gespräche und Begehungen nötig

Im Vergleich zu anderen QS-Verfahren umfasst die Transplantationsmedizin nur wenige Fälle pro Jahr und Leistungserbringer. Eingriffe bei Patientinnen und Patienten auf der Warteliste müssen aufgrund der Abhängigkeit von Organangeboten mit kurzem Vorlauf durchgeführt werden. Die DeQS-RL legt aufgrund der Seltenheit und Unvorhersehbarkeit der Eingriffe sowie des Ortes dieser Ereignisse eine Vollerhebung fest. Diese schließt auch Minderjährige und privat versicherte Patientinnen und Patienten ein.

**Herztransplantationen (*TX-HTX*)**

Das Auswertungsmodul *TX-HTX* bezieht sich auf Patientinnen und Patienten, bei denen eine Herztransplantation durchgeführt wurde. Diese stellt eine Möglichkeit zur Therapie bei vorliegender fortgeschrittener Herzinsuffizienz dar, nachdem andere medikamentöse und operative Therapien einer sehr eingeschränkten Pumpfunktion des Herzens ausgeschöpft wurden.

Herztransplantationen sind häufig die letzte Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit einer Herzinsuffizienz. Ohne diese hätten die Patientinnen und Patienten per se nur noch eine geringe Überlebenszeit. Bei einer Herztransplantation handelt es sich um ein etabliertes Behandlungsverfahren, das jedoch sehr komplex und mit vielen Risiken verbunden ist – insbesondere mit dem Risiko des Versterbens der Patientinnen und Patienten oder einer Organabstoßung. Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können diese Risiken zwar nicht gänzlich verhindert, aber zumindest erheblich reduziert werden. Für Patientinnen und Patienten hat die Qualität im Versorgungsprozess somit einen unmittelbaren Einfluss auf ihr Überleben. Aus diesem Grund fokussiert das QS-Verfahren im Bereich der Herztransplantationen in erster Linie auf das Überleben der Patientinnen und Patienten. Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, zum Überleben und zum Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation werden somit zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen. Bei der Betrachtung der Gesamtqualität ist zudem die Qualität und die Auswahl der Voruntersuchungen sowie die Einordnung dieser Ergebnisse für die Indikationsstellung bei Empfängerpatientinnen und -patienten (Evaluationsqualität) entscheidend.

**Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (*TX-MKU*)**

Das Auswertungsmodul *TX-MKU* bezieht sich auf Patientinnen und Patienten, bei denen ein permanentes Herzunterstützungssystem bzw. Kunstherz implantiert wurde. Diese dienen der Unterstützung des Herzens bei einer verminderten Pumpfunktion. Sie stellen dabei eine Möglichkeit zur Therapie bei vorliegender fortgeschrittener Herzinsuffizienz dar, nachdem andere medikamentöse und operative Therapien ausgeschöpft wurden. Permanente Herzunterstützungssysteme waren ursprünglich zur Überbrückung der mehr oder weniger langen Wartezeit bis zu einer Herztransplantation entwickelt worden („bridging"). Sie gewinnen nun aber immer mehr an Bedeutung, da sie sowohl als vorübergehende Unterstützung dienen als auch die endgültige Therapieoption („destination therapy") darstellen, wenn eine Transplantation medizinisch nicht oder nicht mehr möglich ist. Inzwischen werden diese Systeme frühzeitiger eingesetzt, um irreversiblen Schäden an anderen Organen (z. B. Nieren, Leber) als Folge der Herzinsuffizienz vorzubeugen. Unterschieden wird zwischen folgenden Systemen:

- linksventrikuläres Herzunterstützungssystem (*left ventricular assist device*, LVAD): unterstützt die Funktion der linken Herzkammer und pumpt das Blut von der linken Herzkammer in die Aorta, es ist das am häufigsten implantierte System
- rechtsventrikuläres Herzunterstützungssystem (*right ventricular assist device*, RVAD): unterstützt die Funktion der rechten Herzkammer und pumpt das Blut von der rechten Herzkammer in die Lungenarterie
- biventrikuläres Herzunterstützungssystem (*biventricular assist device*, BiVAD): unterstützt die Funktion beider Herzkammern
- Kunstherz (*total artificial heart*, TAH): vollständiger künstlicher Ersatz des Herzens

Die Entscheidung, ob und unter welchen Bedingungen Patientinnen und Patienten von einem Herzunterstützungssystem profitieren, ist in der Praxis oftmals schwierig und nicht zuletzt auch unter Expertinnen und Experten Gegenstand von Diskussionen. Zielgenaue Kriterien hierfür und ob die damit verbundenen Risiken einem adäquaten Nutzen für die Patientinnen und Patienten gegenüberstehen, lassen sich nur schwer identifizieren. Daher ist für jede Patientin und jeden Patienten das individuelle Risiko, nach dem Eingriff zu versterben bzw. schwerste Komplikationen zu entwickeln, bei der Entscheidung für oder gegen das Einsetzen eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens ausreichend zu berücksichtigen. Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können diese Risiken zwar nicht verhindert, aber doch zumindest reduziert werden.

Das Indikatorenset des Auswertungsmoduls *TX-MKU* fokussiert auf die Sterblichkeit im Krankenhaus, auf das Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens sowie auf Komplikationen (neurologische Komplikationen, Sepsis und Fehlfunktion des Systems) bei der Implantation. Damit werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Indikationsstellung, die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe, die Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen, die Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen sowie die Verringerung von Folgeerkrankungen.

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

Eine Transplantation (von Teilen) der Lunge bzw. der Lunge in Kombination mit einer Transplantation des Herzens, wie im Auswertungsmodul *TX-LUTX*, kommt aufgrund der Schwere des Eingriffs nur dann infrage, wenn es keine anderen Therapieoptionen für die bestehenden Erkrankungen gibt und die Patientin bzw. der Patient ohne diese Transplantation eine nur noch geringe Lebenserwartung hätte. Insbesondere die Durchführung einer kombinierten Herz-Lungen-Transplantation stellt aufgrund ihrer Komplexität durch die Wechselwirkung der beiden abhängigen Organsysteme sowie deren Konditionierung ein besonders seltenes Ereignis dar.

Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können Risiken des postoperativen Versterbens und von Komplikationen zwar nicht verhindert, aber doch zumindest reduziert werden. Für Patientinnen und Patienten hat die Qualität im Versorgungsprozess somit einen unmittelbaren Einfluss auf ihr Überleben. Bösartige Erkrankungen sowie das Vorliegen weiterer, schwerer Erkrankungen anderer Organe sprechen gegen einen solchen Eingriff.

Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, zum Überleben und zum Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen. Bei der Betrachtung der Gesamtqualität ist zudem die Qualität und die Auswahl der Voruntersuchungen, sowie die Einordnung dieser Ergebnisse für die Indikationsstellung bei Empfängerpatientinnen und -patienten (Evaluationsqualität) entscheidend.

**Lebertransplantationen (*TX-LTX*)**

Im Auswertungsmodul *TX-LTX* werden sowohl Transplantationen der gesamten Leber als auch Transplantationen betrachtet, bei denen nur ein Teil des Organs transplantiert wird. Letzteres ist immer dann der Fall, wenn es sich um das Organ einer Lebendspenderin bzw. eines Lebendspenders handelt, kann aber auch


© IQTIG 2026

dann erfolgen, wenn die Leber eines verstorbenen Menschen geteilt und zur Versorgung von zwei Patientinnen und Patienten verwendet wird (Split-Lebertransplantation). Das hier besprochene Auswertungsmodul bezieht sich ausschließlich auf die Organempfängerinnen und -empfänger – im Gegensatz zum Auswertungsmodul *TX-LLS*, das den lebenden Organspenderinnen und Organspendern gilt.

Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, dem Tod durch operative Komplikationen, der postoperativen Verweildauer, intra- und postoperativen Komplikationen, dem Überleben sowie dem Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe und das Erreichen von Behandlungszielen, die Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen, die Verringerung von Folgeerkrankungen und dem Tod durch operative Komplikationen sowie der postoperativen Verweildauer.

**Leberlebendspenden (*TX-LLS*)**

Im Auswertungsmodul *TX-LLS* werden Patientinnen und Patienten betrachtet, denen ein Teil der Leber für eine Leberlebendspende entnommen wird. Möglich ist dies zum einen dadurch, dass etwa ein Drittel der Leber bei gesunden Menschen ausreicht, um alle notwendigen Funktionen zu erfüllen. Für die Spendenden besteht daher auch nach der Entnahme in der Regel kein dauerhafter gesundheitlicher Nachteil. Zum anderen besitzt die Leber erstaunliche regenerative Fähigkeiten, die nach der Entnahme dafür sorgen, dass die Leber wieder auf etwa die ursprüngliche Größe anwächst.

Die Indikation für eine Leberlebendspende ergibt sich daraus, dass eine nahestehende Person der möglichen Lebendspenderin / des möglichen Lebendspenders eine neue Leber benötigt, jedoch kein passendes, postmortal gespendetes Organ rechtzeitig oder zeitnah zur Verfügung steht. In diesen Fällen bietet die Lebendspende eine Therapiemöglichkeit.

Die Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-LLS* beziehen sich ausschließlich auf die Lebendspenderinnen und Lebendspender. Bei der Lebendspende soll durch sorgfältige Evaluation der spendenden Person vor dem Eingriff und durch bestmögliche Qualität der medizinischen Versorgung während und nach der Lebendspende ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden. Es gilt, jede Komplikation für die Lebendspenderinnen und Lebendspender zu vermeiden.

Mit Indikatoren zum Überleben, der Leberfunktion und der Notwendigkeit einer Lebertransplantation während des Krankenhausaufenthalts oder in den Jahren nach der Leberlebendspende (Follow-up) sowie zu behandlungsbedürftigen Komplikationen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen. Im Bereich der Lebendspenden sind evtl. eintretende Ereignisse jedoch äußerst selten und bereits im Einzelfall höchstkritisch zu betrachten. Der Fokus liegt daher darauf, solche Ereignisse zu vermeiden und bei Eintreten im Stellungnahmeverfahren schnell aufzugreifen.

**Nierenlebendspende (*TX-NLS*)**

Im Auswertungsmodul *TX-NLS* werden Patientinnen und Patienten betrachtet, denen eine Niere zum Zweck der Nierenlebendspende entnommen wird. Dies ist möglich, da die zweite verbleibende Niere die Funktion bei gesunden Menschen in ausreichendem Maß übernehmen kann. Mit der „Einnierigkeit" des Spenders sind allerdings potenzielle Risiken für die Spenderin bzw. den Spender verbunden (Bluthochdruck, Proteinurie, Nierenfunktionseinschränkung durch andere Komorbiditäten), weswegen die Spenderin bzw. der Spender zu einer Nachsorge verpflichtet ist.

Die Indikation für eine Nierenlebendspende ergibt sich daraus, dass eine nahestehende Person der möglichen Lebendspenderin / des möglichen Lebendspenders eine neue Niere benötigt, jedoch kein passendes, postmortal gespendetes Organ rechtzeitig oder zeitnah zur Verfügung steht. In diesen Fällen bietet die Lebendspende eine Therapiemöglichkeit.

Die Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-NLS* beziehen sich ausschließlich auf die Lebendspenderinnen und Lebendspender. Bei der Lebendspende soll durch sorgfältige Evaluation der spendenden Person vor dem Eingriff und durch bestmögliche Qualität der medizinischen Versorgung während und nach der Lebendspende ein Höchstmaß an Sicherheit für die Lebendspenderinnen und Lebendspender erreicht werden. Es gilt, jede Komplikation und nachteilige Folge für die Lebendspenderinnen und Lebendspender zu vermeiden.

Mit Indikatoren zum Überleben, der Nierenfunktion und der Notwendigkeit einer Dialysetherapie während des Krankenhausaufenthalts oder in den Jahren nach der Nierenlebendspende (Follow-up) sowie zu Komplikationen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: die Verbesserung der Durchführung der Eingriffe sowie die Verringerung von Komplikationen und Folgeerkrankungen. Im Bereich der Lebendspenden sind evtl. eintretende Ereignisse jedoch äußerst selten und bereits im Einzelfall höchstkritisch zu betrachten. Der Fokus liegt daher darauf, solche Ereignisse zu vermeiden und bei Eintreten im Stellungnahmeverfahren schnell aufzugreifen.

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

*Herztransplantationen (TX-HTX), Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX) und Lebertransplantationen (TX-LTX)*

Mit dem Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" (IDs *TX-HTX* 2157, *TX-LUTX* 2155 und *TX-LTX* 2096) wird der Anteil der Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Krankenhaus während der Operation oder des sich anschließenden stationären Aufenthalts versterben. Da auch in den Jahren nach der Transplantation ein erhöhtes Risiko für ein Versterben besteht, das mit der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, mit der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen kann, wird das Überleben auch in den drei Jahren nach der Operation betrachtet (IDs *TX-HTX* 12253, 12269 und 12289; *TX-LUTX* 12397, 12413 und 12433; *TX-LTX* 12349, 12365 und 12385). Die Qualität der Nachsorgestruktur und die Durchführung der Nachsorge werden im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" (ID *TX-HTX* 252300, *TX-LUTX* 282300; *TX-LTX* 272400) abgebildet. Zum Auswertungsjahr 2026 erfolgte eine Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator. Bisher wurden Fälle, zu denen keine Follow-up-Dokumentation übermittelt wurde, sowohl in diesem Indikator als auch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-Follow-up einbezogen (IDs *TX-HTX* 850239, 850240 und 850257; *TX-LUTX* 850266, 850267 und 850268; *TX-LTX* 850263, 850264 und 850265). Dies führte dazu, dass diese Fälle das Ergebnis beider Kennzahltypen beeinflussten und im Stellungnahmeverfahren gegebenenfalls doppelt adressiert wurden. Durch die Anpassung der Rechenregel werden diese Fälle zukünftig nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den Auffälligkeitskriterien.

Im Auswertungsmodul *TX-LTX* werden zusätzlich Todesfälle betrachtet, bei denen die Organempfängerin oder der Organempfänger am Tag oder am Folgetag des Eingriffs verstirbt. In der Regel sind in diesen Fällen operative Komplikationen die Ursache des Versterbens (ID *TX-LTX* 2097). Als Surrogat für das Auftreten von postoperativen Komplikationen wird der Indikator „Postoperative Verweildauer" (ID *TX-LTX* 2133) ausgewertet. Es wird davon ausgegangen, dass bei Patientinnen und Patienten mit langer postoperativer Verweildauer kein normaler postoperativer Verlauf vorliegt. Ausgenommen sind in diesem Indikator Kinder unter 7 Jahren, da bei diesen eine lange postoperative Verweildauer auch bei normalem Verlauf indiziert sein kann.

*Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU)*

Der Qualitätsindikator „Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens" (ID 251801) soll prüfen, wie hoch die Sterbewahrscheinlichkeit nach einer solchen Implantation innerhalb eines Krankenhauses im Durchschnitt ist. Die im Indikator berücksichtigte Sterbewahrscheinlichkeit wird hierbei fallweise geschätzt. Dies geschieht auf Basis von bestimmten Risikofaktoren, die bei den Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses vorliegen und im Rahmen der QS-Dokumentation erfasst werden (z. B. das Alter der Patientinnen und Patienten sowie die Art des eingesetzten Systems). Zusätzlich wird auch die Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 251800) betrachtet. Um diesbezüglich einen fairen Vergleich zwischen einzelnen Krankenhäusern zu ermöglichen, wird der Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 251800) risikoadjustiert ausgewertet. Die Indikatoren und Kennzahlen zu neurologischen Komplikationen (IDs 52385, 52386 und 52387), zu Sepsis (IDs 52388, 52389 und 52390) sowie zur Fehlfunktion des Systems (IDs 52391, 52392 und 52393) erfassen das Auftreten von Komplikationen bei bzw. nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens. Dabei ist jeweils für die Indikatoren, die Patientinnen und Patienten mit Implantation eines LVAD betrachten, ein Referenzbereich festgelegt. Für die Kennzahlen, die Patientinnen und Patienten mit Implantation eines BiVAD oder eines TAH betrachten, ist hingegen derzeit aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen und daher schwieriger statistischer Einordnung kein Referenzbereich festgelegt.

*Leberlebendspenden (TX-LLS) und Nierenlebendspenden (TX-NLS)*

Die Indikatoren in den Auswertungsmodulen *TX-LLS* und *TX-NLS* beziehen sich sowohl auf auftretende intra- und postoperative (behandlungsbedürftige) Komplikationen (ID *TX-LLS* 2128, *TX-NLS* 51567) als auch auf die Erfassung der Sterblichkeit im Krankenhaus (ID *TX-LLS* 2125, *TX-NLS* 2137) bzw. die Überlebensraten der Lebendspenderinnen und Lebendspender im Langzeitverlauf (IDs *TX-LLS* 12296 und 12308, *TX-NLS* 12440 und 12452). Kommt es im Anschluss an eine Organspendeoperation tatsächlich zum Versterben einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders, soll dies unmittelbar dem IQTIG zur Überprüfung gemeldet werden, um eine sorgfältige Ursachenanalyse durchführen zu können.

Aufgrund der bestehenden besonderen Pflicht der transplantierenden Einrichtung zur Nachsorge der Lebendspenderinnen und Lebendspender wird die Qualität der Nachsorgestruktur und deren Durchführung im Indikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" (ID *TX-LLS* 262300, *TX-NLS* 292300) ausgewertet, in dem der unbekannte Überlebensstatus der Lebendspenderinnen und Lebendspender innerhalb von drei Jahren nach Lebendspende erfasst wird. Zum Auswertungsjahr 2026 erfolgte eine Anpassung der Rechenregel für diesen Indikator. Bisher wurden Fälle, zu denen keine Follow-up-Dokumentation übermittelt wurde, sowohl in diesem Indikator als auch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien zur zeitgerechten Durchführung des 1-/2-/3-Jahres-


© IQTIG 2026

Follow-ups einbezogen (IDs *TX-LLS* 850260, 850261 und 850262; *TX-NLS* 850257, 850258 und 850259). Dies führte dazu, dass diese Fälle das Ergebnis beider Kennzahltypen beeinflussten und im Stellungnahmeverfahren gegebenenfalls doppelt adressiert wurden. Durch die Anpassung der Rechenregel werden diese Fälle ab diesem Auswertungsjahr nicht mehr in diesem Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den Auffälligkeitskriterien.

Darüber hinaus wird im Modul *TX-LLS* betrachtet, ob in den drei Jahren nach der Transplantation (inklusive des stationären Aufenthalts) eine Lebertransplantation bei der Lebendspenderin oder dem Lebendspender erforderlich ist (IDs 2127, 12549, 12561 und 12577) oder ob die Funktion der Leber der spendenden Person in den drei Jahren nach der Transplantation beeinträchtigt ist (IDs 12609 und 12613). Äquivalent wird im Modul *TX-NLS* die Nierenfunktion der spendenden Person im Anschluss an den Eingriff betrachtet. So überprüft der Indikator „Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich" (ID 2138), ob die Lebendspenderin oder der Lebendspender zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus dialysepflichtig ist. Des Weiteren wird im Verlauf der drei Jahre nach der Transplantation im Rahmen eines Follow-up geprüft, ob eine eingeschränkte Nierenfunktion besteht (IDs 12636 und 12640) bzw. ob eine sogenannte Albuminurie auftritt, bei der bestimmte Proteine im Urin ausgeschieden werden (IDs 51997 und 51998). Eine Albuminurie ist ein indirekter Parameter, der als Hinweis auf eine mögliche Einschränkung der Funktion der verbliebenen Niere der spendenden Person dienen kann. Allerdings kann eine Albuminurie auch Ausdruck z. B. eines neu aufgetretenen Bluthochdrucks sein, der nicht im Kontext oder der Folge der Lebendspende stehen muss und vom Krankenhaus zumindest initial nicht beeinflussbar ist. Da der Gesundheitszustand der Lebendspenderinnen und Lebendspender oberste Priorität haben muss, sind alle Qualitätsindikatoren als sogenannte Sentinel-Event-Indikatoren definiert. Das bedeutet, dass jedes aufgetretene Ereignis im Stellungnahmeverfahren hinsichtlich qualitativer Mängel überprüft wird.

# Transplantationsmedizin
# Herztransplantationen

## Einordnung der Ergebnisse

### Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *TX-HTX* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Herztransplantationen um 29 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Sowohl die übermittelte Anzahl an Datensätzen als auch die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, entsprachen der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-HTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

**Datengrundlage *TX-HTX***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| **Zählleistungsbereich Herztransplantation** | | | | |
| Datensätze | 341 | 370 | 370 | 100,00 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 17 | 18 | - | - |

### Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-HTX*. Besonders für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 2157) wird eine Verbesserung des Bundesergebnisses und somit ein weiterhin positiver Trend im Jahresverlauf verzeichnet. Durch eine Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegt im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation" (ID 252300) kein Fall mehr vor. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850257, 850258 und 850259).

Der Qualitätsindikator zum 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status (ID 12253) ist der einzige Qualitätsindikator mit einer Zunahme von rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr. Dabei weist er mit 6 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen die höchste Anzahl und den höchsten Anteil (AJ 2026: 35,29 %) im Auswertungsmodul auf.

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-tx*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *TX-HTX***

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 2157 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 10,26 %<br>O = 35<br>N = 341 | 8,94 %<br>O = 33<br>N = 369<br>(≤ 20,00 %) | ● |
| 12253 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 83,33 %<br>O = 260<br>N = 312 | 84,80 %<br>O = 290<br>N = 342<br>(≥ 75,00 %) | ● |


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *TX-HTX***

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 12269 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 81,73 %<br>O = 255<br>N = 312 | 79,32 %<br>O = 257<br>N = 324<br>(≥ 70,00 %) | ● |
| 12289 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 78,47 %<br>O = 226<br>N = 288 | 80,06 %<br>O = 257<br>N = 321<br>(≥ 65,00 %) | ● |
| 252300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation | O = ≤ 3<br>N = 766 | O = 0<br>N = 828<br>(≤ 1,00 Fall / Fälle) | – |

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *TX-HTX***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 2157 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 4 / 17<br>23,53 % | 4 / 17<br>23,53 % | 2 / 18<br>11,11 % |
| 12253 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 4 / 19<br>21,05 % | 1 / 19<br>5,26 % | 6 / 17<br>35,29 % |
| 12269 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 4 / 19<br>21,05 % | 0 / 19<br>0,00 % | 4 / 19<br>21,05 % |
| 12289 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 4 / 20<br>20,00 % | 1 / 20<br>5,00 % | 3 / 19<br>15,79 % |
| 252300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation | 7 / 21<br>33,33 % | 2 / 21<br>9,52 % | 0 / 20<br>0,00 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Bei insgesamt 96 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 23 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 14 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei 26 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen von 15 Leistungserbringern im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024), ist ein leichter Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

8 der 23 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden qualitativ auffällig bewertet. Strukturelle und prozessuale Mängel wurden insbesondere im Qualitäts- und im grundsätzlichen Behandlungsmanagement festgestellt. Unzureichende epikritische Aufarbeitungen in den Stellungnahmen führen teilweise dazu, dass u. a. Therapieentscheidungen und ursachenbezogenes Handeln nicht nachvollzogen werden können. Das Management bzw. das Monitoring im perioperativen Prozess sowie die Evaluation von Patientinnen und Patienten auf der Warteliste wurde in einigen Fällen kritisch gesehen. Zudem erschienen Indikationsstellungen, das operativ-technische Vorgehen, das ECMO-Management sowie das immunsuppressive Management verbesserungswürdig. Es fehlten teilweise ein angemessenes diagnostisches Vorgehen bzw. Reaktionen beim Management von multifaktoriellen Komplikationen. In der Kommunikation mit Rehabilitationseinrichtungen scheint es weiterhin Verbesserungspotenzial zu geben. Wie in jedem

Stellungnahmeverfahren zeigten sich einige Male mangelnde interdisziplinäre Strukturen, was das Erkennen von klinischen Zusammenhängen im Behandlungsfall erschwert.

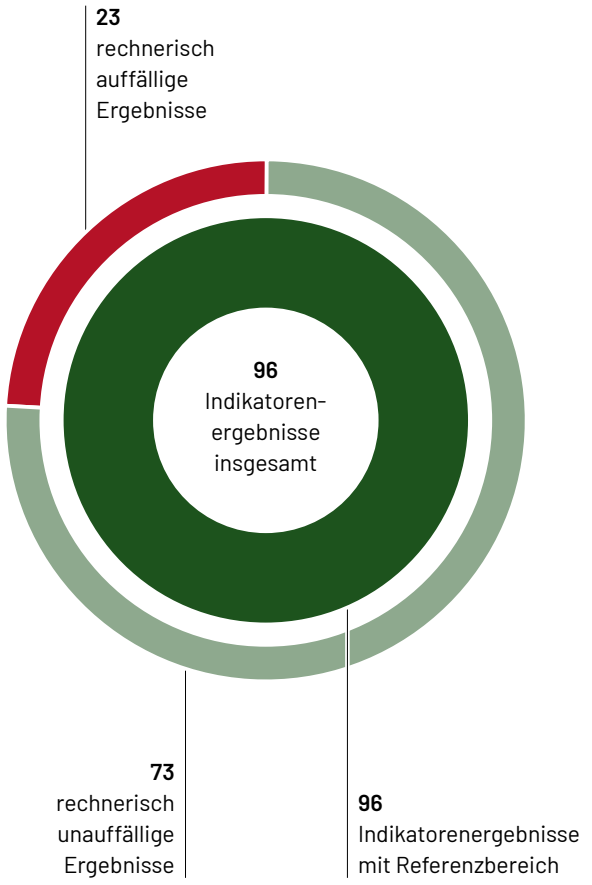
In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer konkrete fachliche Rückmeldungen zu den aufgefallenen Qualitätsproblemen sowie Hinweise zu Verbesserungspotenzialen. Auf die Relevanz und den Nutzen von interdisziplinären SOPs und M&M-Konferenzen wurde erneut in einigen Fällen hingewiesen. Die Konzeption von M&M-Konferenzen nach Leitfaden der Bundesärztekammer sowie eine Nachhaltung durch entsprechend gelenkte Protokollierungen wurde empfohlen.

Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie – wo erforderlich – der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen führen zu gezielten Anpassungen und Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Behandlungsmanagement und im internen klinisch orientierten Qualitätsmanagement, nicht zuletzt, um das eigene Verbesserungspotenzial erkennen zu können.

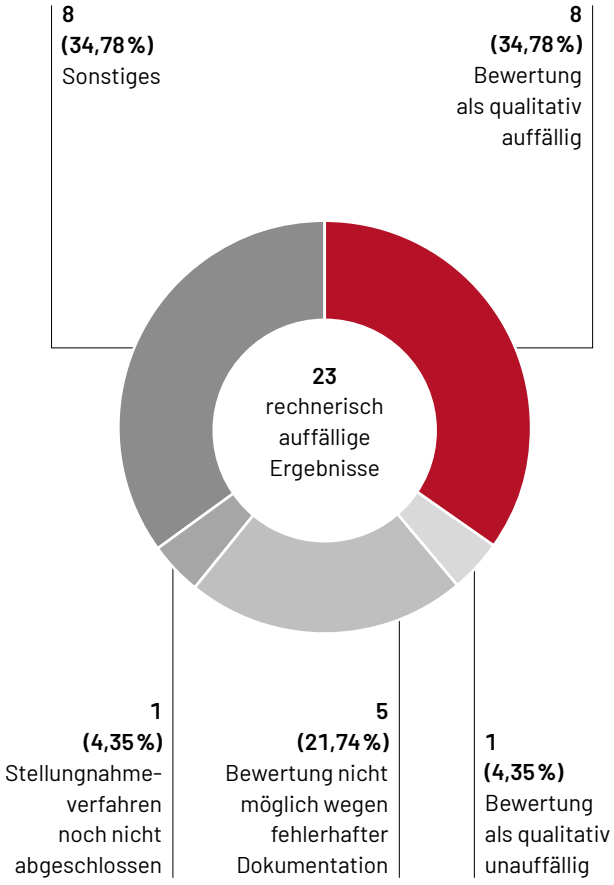
Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei einem der 23 rechnerisch auffälligen Ergebnisse lag zu diesem Zeitpunkt aufgrund von ausstehendem Klärungsbedarf noch keine finale qualitative Bewertung vor. Daher konnte dieses für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *TX-HTX***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *TX-HTX***





© IQTIG 2026

# Transplantationsmedizin
# Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

## Einordnung der Ergebnisse

### Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *TX-MKU* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Eingriffe um 33 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Während bei der Anzahl an übermittelten Datensätzen eine leichte Unterdokumentation vorlag, entsprach die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-MKU* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

**Datengrundlage *TX-MKU***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| **Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme / Kunstherzen** | | | | |
| Datensätze | 858 | 891 | 895 | 99,55 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 61 | 57 | - | - |

### Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-MKU*. Besonders für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems" (ID 251800) lässt sich ein gutes, stabiles Ergebnis verzeichnen. Nachdem im letzten Auswertungsjahr keine Fälle in der Kennzahl neurologische Komplikationen verzeichnet wurden, traten bei Implantation eines BiVAD (ID 52386) im Auswertungsjahr 2026 fünf Fälle mit neurologischen Komplikationen auf. Das Expertengremium empfiehlt, die Kennzahlen zu neurologischen Komplikationen zukünftig in den Indikator zu integrieren, um auch solche Fälle im Stellungnahmeverfahren adressieren zu können. Das gleiche Vorgehen wird für die Kennzahlgruppen zur Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems und zur Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems empfohlen.

Der Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems" (ID 251800) hat trotz eines rechnerisch auffälligen Leistungserbringers weniger im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2026: 20, AJ 2025: 21) weiterhin auch den höchsten Anteil an rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen (AJ 2026: 35,71 %).

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-tx*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *TX-MKU***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 251800 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems | 1,00<br>O/E = 150 / 150,00<br>19,26 %<br>O/N = 150 / 779 | 0,98<br>O/E = 148 / 150,78<br>18,29 %<br>O/N = 148 / 809<br>(≤ 1,36) | ● |
| 251801 | Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens | 19,41 %<br>E = 139,75<br>N = 720 | 19,12 %<br>E = 134,04<br>N = 701<br>(≤ 35,00 %) | ● |

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *TX-MKU***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| | Gruppe: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines Herzunterstützungssystems | | | |
| 52385 | Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD | 6,94 %<br>O = 52<br>N = 749 | 7,97 %<br>O = 62<br>N = 778<br>(≤ 20,00 %) | ● |
| 52386 | Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD* | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 25 | 16,67 %<br>O = 5<br>N = 30 | ● |
| 52387 | Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH* | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 17 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 12 | ● |
| | Gruppe: Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems | | | |
| 52388 | Sepsis bei Implantation eines LVAD | 8,41 %<br>O = 63<br>N = 749 | 8,87 %<br>O = 69<br>N = 778<br>(≤ 24,24 %; 95. Perzentil) | ● |
| 52389 | Sepsis bei Implantation eines BiVAD* | 16,00 %<br>O = 4<br>N = 25 | 13,33 %<br>O = 4<br>N = 30 | ● |
| 52390 | Sepsis bei Implantation eines TAH* | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 17 | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 12 | ● |
| | Gruppe: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines Herzunterstützungssystems | | | |
| 52391 | Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 749 | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 778<br>(≤ 5,00 %) | ● |
| 52392 | Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD* | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 25 | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 30 | ● |
| 52393 | Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH* | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 17 | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 12 | ● |

* *Transparenzkennzahl*

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *TX-MKU***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 251800 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems | 21 / 58<br>36,21 % | 20 / 58<br>34,48 % | 20 / 56<br>35,71 % |
| 251801 | Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens | 1 / 48<br>2,08 % | 1 / 48<br>2,08 % | 0 / 40<br>0,00 % |
| 52385 | Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD | 5 / 58<br>8,62 % | 3 / 58<br>5,17 % | 5 / 56<br>8,93 % |
| 52388 | Sepsis bei Implantation eines LVAD | 10 / 58<br>17,24 % | 7 / 58<br>12,07 % | 6 / 56<br>10,71 % |
| 52391 | Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD | 1 / 58<br>1,72 % | 1 / 58<br>1,72 % | 0 / 56<br>0,00 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Bei insgesamt 280 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 38 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 26 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei 32 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen von 24 Leistungserbringern im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) ist eine Zunahme der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

32 der 38 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden als „qualitativ auffällig" bewertet. Gründe waren u. a. fehlende Informationen in der epikritischen Darstellung der Fälle (bspw. Evaluationsergebnisse oder nicht ausreichend reflektierte, präoperative Risikofaktoren und Vorerkrankungen, Begründungen der Indikationsstellungen etc.), die eine fachliche Plausibilisierung kaum oder gar nicht zuließ. Eine qualitative Aufarbeitung der Fälle durch Leistungserbringer war nicht (ausreichend) erkennbar. Die Bewertung erfolgte in solchen Fällen mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt".

Weitere Gründe für eine qualitativ auffällige Bewertung waren die Unter- bzw. Fehleinschätzung des Patientenrisikos, eine nicht ausreichende Evaluation bzw. Fehleinschätzung der Rechtsherzfunktion vor Implantation eines LVAD, eine nicht ausreichende Präkonditionierung oder eine nicht den Risikofaktoren angepasste Diagnostik vor Implantation. Die Indikationsstellung musste in einigen Fällen kritisch hinterfragt werden, u. a. auch aufgrund fehlender Einordnungen der Befundergebnisse (neurologische, kardiale oder organische Situation). In der Folge kam es dabei auch zu einem mangelnden Einsatz von temporären Systemen (links- und rechtsseitig). Das Komplikationsmanagement, insbesondere in der diagnostischen Absicherung und der interventionellen Eskalation war in einigen Fällen nicht angemessen. Verbesserungspotenziale wurden auch im Gerinnungs- und Hygienemanagement, bei der Deviceeinstellung sowie im chirurgischen Management gesehen.

Auf die Notwendigkeit von strukturellen Anpassungen an die eigenen Versorgungskapazitäten bzw. an den Komplexitätsgrad des zu versorgenden Patientenkollektivs musste in einigen Fällen hingewiesen werden, mitunter auch in den geführten kollegialen Gesprächen und Begehungen. Strukturelle Merkmale wie das Vorhandensein einer Herzinsuffizienzambulanz, eines interdisziplinären Heart-Failure-Teams, einer VAD-Koordination und interdisziplinär erstellter SOPs zu den wesentlichen Behandlungsschritten werden als qualitative Voraussetzung für ein VAD-Programm angesehen. Diese mussten in einigen Fällen bei den Leistungserbringern kritisiert werden. Dass das Erkennen klinischer Zusammenhänge im bzw. für den Behandlungsprozess durch mangelnde interdisziplinäre Strukturen inkl. einer ausreichend interdisziplinären M&M-Konferenz erschwert wird, hat das IQTIG bereits mehrfach zurückgemeldet.

Auch aus Einzelfällen erkennbare und sinnvoll ableitbare Maßnahmen für zukünftige Behandlungsfälle konnten mehrfach aufgrund mangelnder Problemerkennung nicht festgestellt werden.

Von zwei Leistungserbringern wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt bzw. der Verstoß nicht korrigiert. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme wird dem Leistungserbringer jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt und er erhält Unterstützung durch das IQTIG.

Mit acht Leistungserbringern sollten zu 15 Qualitätsindikatoren zu Qualitätsförderungszwecken 6 kollegiale Gespräche und 2 Begehungen erfolgen. Kriterium hierfür waren wiederholte qualitative Probleme in einem Indikator in aufeinander folgenden Auswertungsjahren oder eine übergreifende qualitative Problematik in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren innerhalb eines Auswertungsjahres. In all diesen Gesprächen und Begehungen wird der Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems" (ID 251800) adressiert. 2-Mal wurde zusätzlich der Indikator „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD" (ID 52385) und 4-mal zusätzlich der Indikator „Sepsis bei Implantation eines Herzunterstützungssystems" (ID 52388) adressiert. In einer Begehung wurde zusätzlich auch der Indikator „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD" (ID 52391) adressiert. Bei den zwei zum Stichtag der Datenübermittlung am 15. März 2026 bereits durchgeführten kollegialen Gesprächen und einer Begehung sind Zielvereinbarungen vorgesehen.

Als „qualitativ unauffällig" wurden 5 von 38 Indikatorergebnissen bewertet, in drei Fällen aufgrund einer Fehlkodierung eines Einzelfalls. In zwei Fällen wurden dem Leistungserbringer jeweils Hinweise zur möglichen Qualitätsverbesserung zum diagnostischen Timing und ggf. Therapieanpassung bzgl. spezieller klinischer Risiken mitgeteilt.

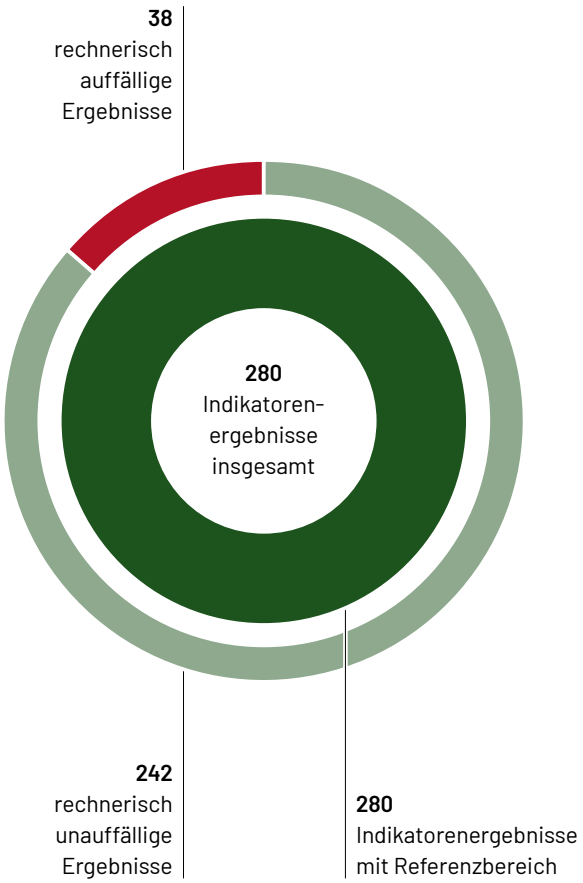
Ein weiteres Qualitätsindikatorergebnis wurde mit „D99" bewertet, da es sich in diesem Fall um eine Fehldokumentation in einem Einzelfall zur neurolo-

gischen Dysfunktion handelte. Dem Leistungserbringer wurden dennoch fachliche Hinweise außerhalb dieses Indikatorziels mitgeteilt.

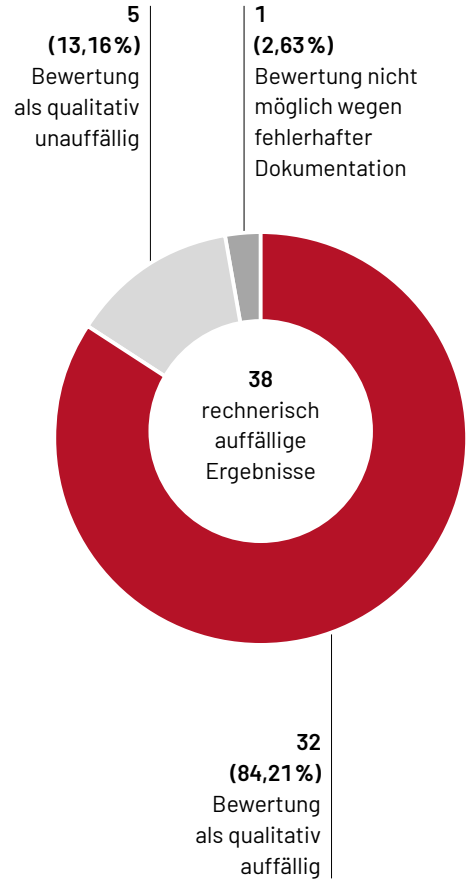
Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie – wo erforderlich – der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen führen zu gezielten Anpassungen und Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Behandlungsmanagement und im internen klinisch orientierten Qualitätsmanagement, nicht zuletzt, um das eigene Verbesserungspotenzial erkennen zu können.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *TX-MKU***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *TX-MKU***





© IQTIG 2026

# Transplantationsmedizin
# Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

## Einordnung der Ergebnisse

### Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *TX-LUTX* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen um 23 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Sowohl die übermittelte Anzahl an Datensätzen als auch die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, entsprachen der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LUTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

**Datengrundlage *TX-LUTX***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 305 | 328 | 328 | 100,00 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 12 | 12 | - | - |

### Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-LUTX*. Vor dem Hintergrund ähnlicher bis verbesserter Bundesergebnisse aller Qualitätsindikatoren ist besonders für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 2155) eine Verbesserung des Bundesergebnisses und somit ein weiterhin positiver Trend im Jahresverlauf zu verzeichnen. Insgesamt sind in den Qualitätsindikatoren auch nur wenige Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig geworden. Der Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status" (ID 12433) hat dabei bei nur zwei rechnerisch auffälligen Leistungserbringergebnissen den höchsten Anteil an diesen. Im Zusammenhang mit der Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegt im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation" (ID 282300) kein Fall mehr vor. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850266, 850267 und 850268).

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-tx*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *TX-LUTX***

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 2155 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 5,90 %<br>O = 18<br>N = 305 | 4,57 %<br>O = 15<br>N = 328<br>(≤ 20,00 %) | ● |
| 12397 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 87,50 %<br>O = 210<br>N = 240 | 87,41 %<br>O = 250<br>N = 286<br>(≥ 70,00 %) | ● |
| 12413 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 80,99 %<br>O = 196<br>N = 242 | 81,48 %<br>O = 198<br>N = 243<br>(≥ 65,00 %) | ● |
| 12433 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 74,46 %<br>O = 207<br>N = 278 | 78,19 %<br>O = 190<br>N = 243<br>(≥ 60,00 %) | ● |
| 282300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation | O = 0<br>N = 651 | O = 0<br>N = 675<br>(≤ 1,00 Fall / Fälle) | – |

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *TX-LUTX***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 2155 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 2 / 12<br>16,67 % | 2 / 12<br>16,67 % | 1 / 12<br>8,33 % |
| 12397 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 0 / 10<br>0,00 % | 0 / 10<br>0,00 % | 0 / 12<br>0,00 % |
| 12413 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 1 / 10<br>10,00 % | 0 / 10<br>0,00 % | 0 / 10<br>0,00 % |
| 12433 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 2 / 10<br>20,00 % | 1 / 10<br>10,00 % | 1 / 10<br>10,00 % |
| 282300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation | 1 / 11<br>9,09 % | 1 / 11<br>9,09 % | 0 / 12<br>0,00 % |


© IQTIG 2026

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

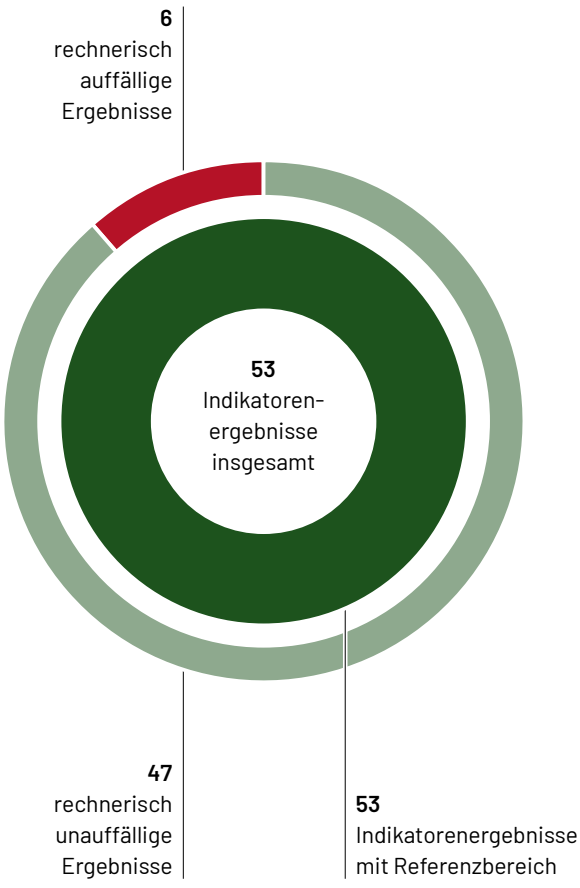
Bei insgesamt 53 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 6 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 5 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei 10 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen von 8 Leistungserbringern im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) ist ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

4 der 6 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden qualitativ auffällig bewertet. Gründe waren Defizite im prä-, intra- und postoperativen Management, beispielsweise bei Evaluation der Patientinnen und Patienten inklusive Risikoabschätzung für den postoperativen Verlauf, im operativen Vorgehen oder dem Komplikationsmanagement. Zudem sorgten strukturelle und prozessuale Mängel im Qualitätsmanagement und der externen Qualitätssicherung für eine entsprechende Bewertung.

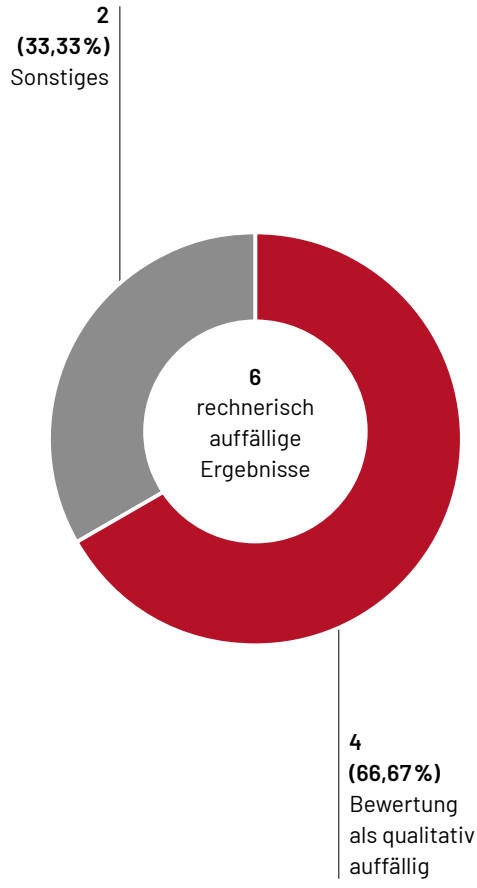
In allen Fällen erhielten die Leistungserbringer konkrete fachliche Rückmeldungen zu aufgefallenen Qualitätsproblemen sowie Hinweise zu Verbesserungspotenzialen, u. a. zur ausreichenden Sicherstellung bzw. Beachtung anamnestischer Parameter und Diagnostik der Spenderin bzw. des Spenders oder einer frühzeitigeren breiten antibiotischen und antimykotischen Abdeckung vor Lungentransplantation. Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen führen zu gezielten Anpassungen und Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Behandlungsmanagement und im internen klinisch orientierten Qualitätsmanagement, nicht zuletzt, um das eigene Verbesserungspotenzial erkennen zu können.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *TX-LUTX***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *TX-LUTX***



# Transplantationsmedizin
# Lebertransplantationen

## Einordnung der Ergebnisse

### Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *TX-LTX* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Lebertransplantationen um 87 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Während bei der Anzahl an übermittelten Datensätzen eine leichte Unterdokumentation vorlag, entsprach die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

**Datengrundlage *TX-LTX***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 849 | 936 | 937 | 99,89 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 20 | 19 | - | - |

### Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-LTX*. Während sich das Ergebnis des Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 2096) verbesserte, trat für den Indikator „Tod durch operative Komplikationen" (ID 2097) eine Ergebnisverschlechterung auf. Durch eine Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegt im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation" (ID 272300) kein Fall mehr vor. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850263, 850264 und 850265). Der Qualitätsindikator „3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status" (ID 12385) hat mit 6 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen den höchsten Anteil an diesen bezogen auf alle Qualitätsindikatoren.

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-tx*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *TX-LTX***

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 2097 | Tod durch operative Komplikationen | 0,72 %<br>O = 6<br>N = 83 | 0,97 %<br>O = 9<br>N = 927<br>(≤ 5,00 %) | • |
| 2096 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 10,70 %<br>O = 89<br>N = 832 | 9,71 %<br>O = 90<br>N = 927<br>(≤ 20,00 %) | • |
| 12349 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 85,98 %<br>O = 644<br>N = 749 | 85,55 %<br>O = 687<br>N = 803<br>(≥ 70,00 %) | • |


© IQTIG 2026

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *TX-LTX*

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 12365 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 81,83 %<br>O = 527<br>N = 644 | 83,99 %<br>O = 640<br>N = 762<br>(≥ 70,36 %; 10. Perzentil) | ● |
| 12385 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 77,33 %<br>O = 532<br>N = 688 | 78,96 %<br>O = 518<br>N = 656<br>(≥ 69,87 %; 10. Perzentil) | ● |
| 272300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation | O = 5<br>N = 1.766 | O = ≤ 3<br>N = 1.901<br>(≤ 1,00 Fall / Fälle) | – |
| 2133 | Postoperative Verweildauer | 24,41 %<br>O = 185<br>N = 758 | 24,88 %<br>O = 211<br>N = 848<br>(≤ 30,00 %) | ● |
| 272400 | Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation | 47,12 %<br>O = 392<br>N = 832 | 45,85 %<br>O = 425<br>N = 927<br>(≤ 67,16 %; 90. Perzentil) | ● |

### Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *TX-LTX*

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 2097 | Tod durch operative Komplikationen | 0 / 20<br>0,00 % | 0 / 20<br>0,00 % | 2 / 19<br>10,53 % |
| 2096 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 2 / 20<br>10,00 % | 2 / 20<br>10,00 % | 1 / 19<br>5,26 % |
| 12349 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 2 / 21<br>9,52 % | 1 / 21<br>4,76 % | 0 / 20<br>0,00 % |
| 12365 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 5 / 21<br>23,81 % | 3 / 21<br>14,29 % | 3 / 21<br>14,29 % |
| 12385 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 5 / 21<br>23,81 % | 2 / 21<br>9,52 % | 6 / 21<br>28,57 % |
| 272300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation | 11 / 21<br>52,38 % | 1 / 21<br>4,76 % | 0 / 21<br>0,00 % |
| 2133 | Postoperative Verweildauer | 3 / 20<br>15,00 % | 2 / 20<br>10,00 % | 3 / 19<br>15,79 % |
| 272400 | Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation | 1 / 20<br>5,00 % | 1 / 20<br>5,00 % | 2 / 19<br>10,53 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Bei insgesamt 164 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 29 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 17 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024) ist bei 31 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen von 20 Leistungserbringern ein leichter Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

12 der 29 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als „qualitativ auffällig" bewertet. Gründe waren eine verbesserungswürdige Evaluation von Patientinnen und Patienten vor und nach Lebertransplantation, Qualitätsdefizite im operativen und postoperativen Management, die mangelnde Erkennung und Intervention beim Auftreten von Komplikationen sowie eine Unterschätzung von Risikofaktoren. Überprüfungswürdig zeigte sich außerdem bei einigen Leistungserbringern das Spender(-organ)-Empfänger-Matching und die Prozesse bzw. Einschätzung bei Organakzeptanz marginaler Organe. Zudem mussten erneut Hinweise zur Konzeptionierung von interdisziplinären M&M-Konferenzen und TX-Konferenzen gegeben werden.

In einigen Stellungnahmen fehlten entscheidende Angaben zur eigenen klinischen Einordung und qualitätsorientierten Aufarbeitung der Fälle. Bei manchen Leistungserbringern blieb eine Ursachenanalyse zu aufgetretenen Komplikationen aus, was entsprechend kommentiert wurde. Das zentrale Qualitätsmanagement scheint zudem nicht überall in den Prozess des Stellungnahmeverfahrens als Monitor eingebunden zu sein. Bei einem Leistungserbringer wurde trotz qualitativer Auffälligkeiten aufgrund der Spezifität und des Umfangs abgeleiteter Verbesserungsmaßnahmen auf ein kollegiales Gespräch verzichtet.

Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie – wo erforderlich – der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen führen zu gezielten Anpassungen und Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Behandlungsmanagement und im internen klinisch orientierten Qualitätsmanagement, nicht zuletzt, um das eigene Verbesserungspotenzial erkennen zu können.

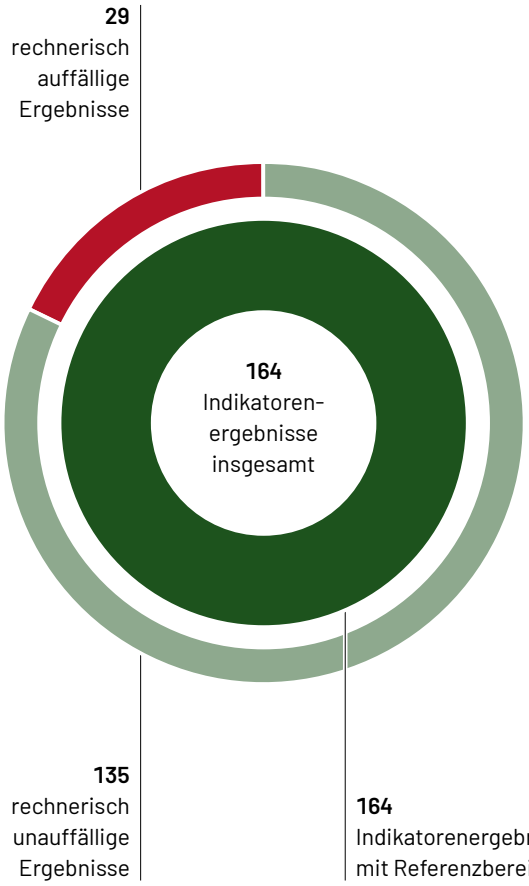
9 der 29 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden aufgrund von Dokumentationsproblemen und -fehlern sowie richtlinienbedingten Ausschlüssen mit der „D"-Kategorie bewertet. Betroffen ist hier der Indikator zum unbekannten Status. Die Gründe waren u. a. fehldokumentierte Abweichungen des Versichertenstatus vom Indexeingriff zum Follow-up, aber auch in einigen Fällen der tatsächliche Wechsel der Versicherungsart. Zudem kam es zu ausbleibenden Exporten von Follow-up-Bögen an die Datenannahmestellen oder Fehldokumentationen des OP-Datums. Ein tatsächlich unbekannter Follow-up-Status lag nur in einigen Fällen vor. Hier wurde, wo möglich, auf eine Prozessanpassung zur besseren Anbindung der Patientinnen und Patienten für die Nachsorge beim Leistungserbringer hingewiesen. In wenigen Fällen wurden die entsprechenden Follow-up-Informationen nicht im korrekten Spezifikationsformat gesendet.

In einigen Fällen wurde eine fehlende Zustimmung von nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an der Qualitätssicherung geltend gemacht.

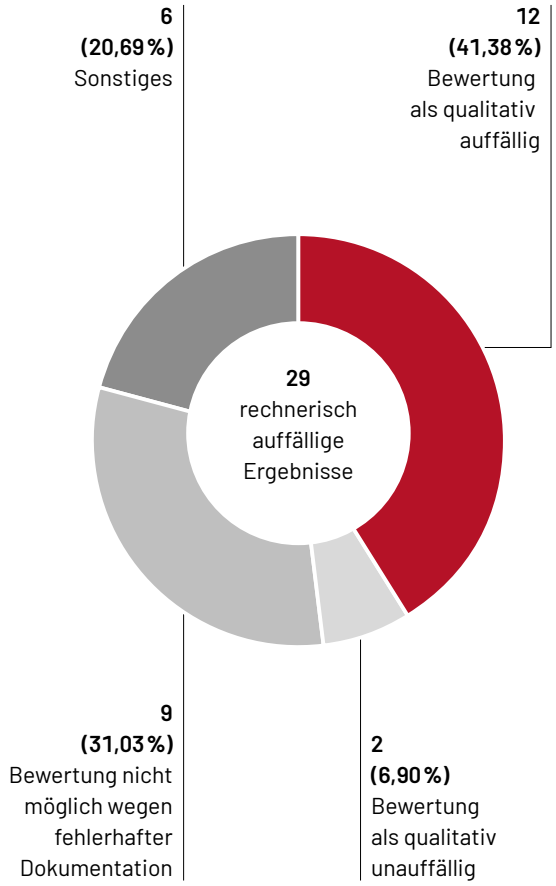
Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.


© IQTIG 2026

### Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *TX-LTX*




### Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *TX-LTX*



# Transplantationsmedizin
# Leberlebendspenden

## Einordnung der Ergebnisse

### Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *TX-LLS* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Leberlebendspenden um 11 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Sowohl die übermittelte Anzahl an Datensätzen als auch die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, entsprachen der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-LLS* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

**Datengrundlage *TX-LLS***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 56 | 67 | 67 | 100,00 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 7 | 9 | - | - |

### Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Der Anstieg der Fallzahlen, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-LLS*. Für das Auswertungsjahr 2026 gab es in den meisten Qualitätsindikatoren keine Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis. Neben weiterhin sehr guten Ergebnissen in den Sterblichkeits- und Überlebensindikatoren (IDs 2125, 12296, 12308 und 12342) zeigt sich auch ein verbessertes Ergebnis im Indikator „Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende“ (ID 2128). Dies ist bedeutsam, da ein Versterben oder Komplikationen bei Spenderinnen und Spendern deutlich kritischer zu bewerten ist als bei Empfängerinnen und Empfängern, da Lebendspenden von grundsätzlich gesunden Menschen ausgehen. Dementsprechend kritisch zu betrachten ist jedoch das verschlechterte Ergebnis des Indikators „Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)“ (ID 12609) zu sehen. Die Ursachen hierfür werden im Stellungnahmeverfahren aufgearbeitet. Durch eine Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegt im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Leberlebendspende“ (ID 262300) kein Fall mehr vor. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850260, 850261 und 850262).

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-tx*


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *TX-LLS***

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 2128 | Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 56 | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 67<br>(Sentinel Event) | ● |
| 2125 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 56 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 67<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12296 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 31 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 47<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12308 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 33 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 34<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12324 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 31 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 33<br>(Sentinel Event) | ● |
| 262300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende | O = 0<br>N = 95 | O = 0<br>N = 114<br>(Sentinel Event) | ● |
| 2127 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 56 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 67<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12549 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 31 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 47<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12561 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 33 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 34<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12577 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 31 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 33<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12609 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 18 | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 28<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12613 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 20 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 18<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12617 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende) | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 20 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 21<br>(Sentinel Event) | ● |

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *TX-LLS***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 2128 | Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende | 2 / 7<br>28,57 % | 0 / 7<br>0,00 % | 1 / 9<br>11,11 % |
| 2125 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 0 / 7<br>0,00 % | 0 / 7<br>0,00 % | 0 / 9<br>0,00 % |
| 12296 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende | 0 / 7<br>0,00 % | 0 / 7<br>0,00 % | 0 / 6<br>0,00 % |
| 12308 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende | 0 / 9<br>0,00 % | 0 / 9<br>0,00 % | 0 / 8<br>0,00 % |
| 12324 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende | 0 / 9<br>0,00 % | 0 / 9<br>0,00 % | 0 / 9<br>0,00 % |
| 262300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende | 4 / 12<br>33,33 % | 1 / 12<br>8,33 % | 0 / 11<br>0,00 % |
| 2127 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich | 0 / 7<br>0,00 % | 0 / 7<br>0,00 % | 0 / 9<br>0,00 % |
| 12549 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich | 0 / 7<br>0,00 % | 0 / 7<br>0,00 % | 0 / 6<br>0,00 % |
| 12561 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich | 0 / 9<br>0,00 % | 0 / 9<br>0,00 % | 0 / 8<br>0,00 % |
| 12577 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich | 0 / 9<br>0,00 % | 0 / 9<br>0,0 % | 0 / 9<br>0,00 % |
| 12609 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) | 0 / 5<br>0,00 % | 0 / 5<br>0,00 % | 1 / 6<br>16,67 % |
| 12613 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) | 0 / 6<br>0,00 % | 0 / 6<br>0,00 % | 0 / 6<br>0,00 % |
| 12617 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende) | 0 / 8<br>0,00 % | 0 / 8<br>0,00 % | 0 / 8<br>0,00 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Bei insgesamt 102 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 6 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 6 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Bei 8 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen von 7 Leistungserbringern im letztjährigen Stellungnahmeverfahren (AJ 2024) ist ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

Nur 1 der 6 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde als qualitativ auffällig bewertet, da trotz Hilfestellung des IQTIG und Anforderung einer Präzisierung keine Einordnung, in die vom IQTIG zur Verfügung gestellten Konstellationen zur ggf. vorliegenden Verknüpfungsproblematik stattfand, weshalb das IQTIG hier nur unspezifische Hinweise geben konnte.

Der überwiegende Anteil der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse konnte qualitativ unauffällig bewertet werden. Zum einen, weil im Indikator zu intra- und postoperativen Komplikationen keine klar fehlerhaften oder kritischen Behandlungsprozesse festgestellt wurden. Zum anderen, weil zwei Einzelfälle eine Fehldokumentation im Indikator 262300 aufwiesen. In einem weiteren Fall lag im IQTIG kein Follow-up-Bogen vor, weshalb eine Bewertung mit „D80 – Unvollzählige oder falsche Dokumentation" resultierte.

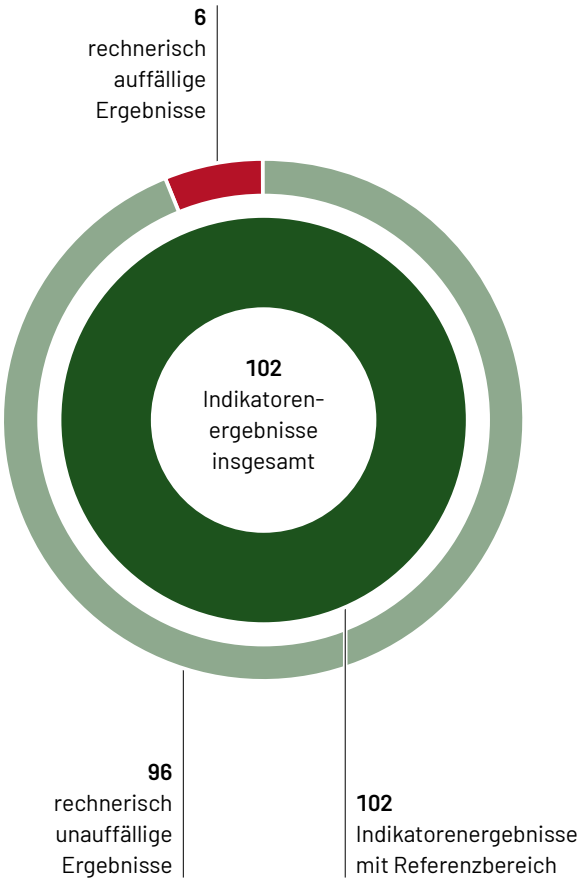
Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG sowie – wo erforderlich – der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen führen zu gezielten Anpassungen und Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Behandlungsmanage-


© IQTIG 2026

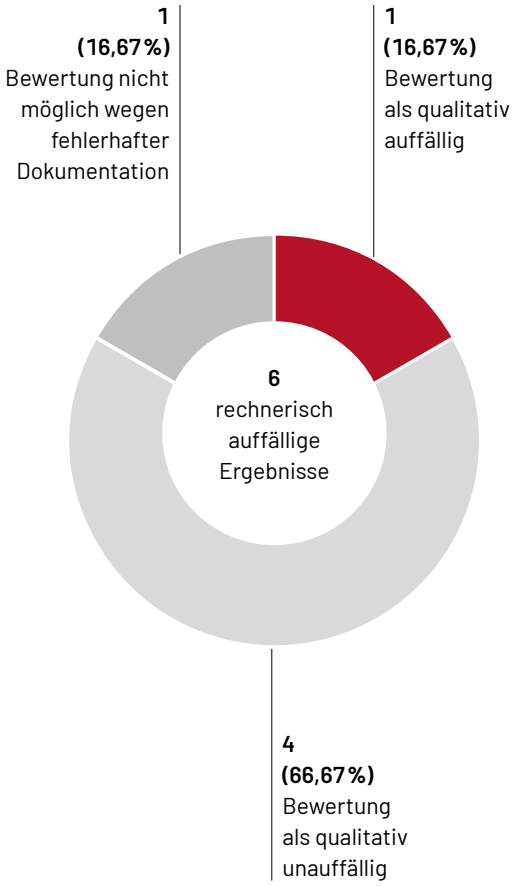
ment und im internen klinisch orientierten Qualitätsmanagement, nicht zuletzt, um das eigene Verbesserungspotenzial erkennen zu können.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *TX-LLS***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *TX-LLS***



# Transplantationsmedizin
# Nierenlebendspenden

## Einordnung der Ergebnisse

### Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *TX-NLS* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Nierenlebendspenden, um 39 Fälle im Vergleich zum Vorjahr, zu beobachten. Sowohl die übermittelte Anzahl an Datensätzen als auch die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, entsprachen der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen des Moduls *TX-NLS* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

**Datengrundlage *TX-NLS***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 633 | 670 | 670 | 100,00 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 38 | 37 | - | - |

### Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Der Anstieg der Fallzahlen, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *TX-NLS*. In den Sterblichkeits- und Überlebensindikatoren (IDs 2137, 12440, 12452 und 12468) zeigen sich weiterhin sehr gute Ergebnisse. Dies ist bedeutsam, da ein Versterben oder Komplikationen bei Spenderinnen und Spendern deutlich kritischer zu bewerten ist als bei Empfängerinnen und Empfängern, da Lebendspenden von grundsätzlich gesunden Menschen ausgehen. Jedoch zeigt sich für den Indikator „Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Nierenlebendspende" (ID 51567) ein deutlich verschlechtertes Ergebnis. Die Albuminurie innerhalb von 3 Jahren hat sich im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls verschlechtert, während sich die Bundeswerte innerhalb von 2 bzw. 3 Jahren verbessert haben. Positiv zu verzeichnen ist hingegen, dass innerhalb der ersten 3 Jahre nach der Spende wie bereits im Vorjahr keine eingeschränkte Nierenfunktion bei einer Spenderin bzw. bei einem Spender beobachtet wurde. Weiterhin ist im Zusammenhang mit der Umstellung der zugehörigen Rechenregel im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierenlebendspende" (ID 292300) kein Fall mehr beobachtet worden. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850269, 850270 und 850271).

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-tx*


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *TX-NLS***

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 51567 | Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende | 1,90 %<br>O = 12<br>N = 631 | 2,54 %<br>O = 17<br>N = 670<br>(≤ 10,00 %) | ● |
| 2137 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 631 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 670<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12440 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 507 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 500<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12452 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 443 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 452<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12468 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 277 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 418<br>(Sentinel Event) | ● |
| 292300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | O = ≤ 3<br>N = 1.170 | O = 4<br>N = 1.316<br>(Sentinel Event) | ● |
| 2138 | Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 631 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 670<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12636 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 467 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 451<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12640 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 399 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 419<br>(Sentinel Event) | ● |
| 12644 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 246 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 375<br>(Sentinel Event) | ● |
| 51997 | Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende | 3,33 %<br>O = 15<br>N = 450 | 2,77 %<br>O = 12<br>N = 433<br>(≤ 20,00 %) | ● |
| 51998 | Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende | 6,28 %<br>O = 24<br>N = 382 | 2,28 %<br>O = 9<br>N = 394<br>(≤ 20,00 %) | ● |
| 51999 | Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | 2,60 %<br>O = 6<br>N = 231 | 4,25 %<br>O = 15<br>N = 353<br>(≤ 20,00 %) | ● |

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *TX-NLS***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 51567 | Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende | 0 / 38<br>0,00 % | 0 / 38<br>0,00 % | 1 / 37<br>2,70 % |
| 2137 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 0 / 38<br>0,00 % | 0 / 38<br>0,00 % | 0 / 37<br>0,00 % |
| 12440 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende | 0 / 35<br>0,00 % | 0 / 35<br>0,00 % | 0 / 38<br>0,00 % |
| 12452 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende | 0 / 36<br>0,00 % | 0 / 36<br>0,00 % | 0 / 34<br>0,00 % |
| 12468 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | 0 / 32<br>0,00 % | 0 / 32<br>0,00 % | 0 / 36<br>0,00 % |
| 292300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | 28 / 38<br>73,68 % | 3 / 38<br>7,89 % | 4 / 39<br>10,26 % |
| 2138 | Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich | 0 / 38<br>0,00 % | 0 / 38<br>0,00 % | 0 / 37<br>0,00 % |
| 12636 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) | 0 / 35<br>0,00 % | 0 / 35<br>0,00 % | 0 / 38<br>0,00 % |
| 12640 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) | 0 / 36<br>0,00 % | 0 / 36<br>0,00 % | 0 / 34<br>0,00 % |
| 12644 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) | 0 / 32<br>0,00 % | 0 / 32<br>0,00 % | 0 / 36<br>0,00 % |
| 51997 | Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende | 1 / 35<br>2,86 % | 1 / 35<br>2,86 % | 0 / 38<br>0,00 % |
| 51998 | Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende | 2 / 35<br>5,71 % | 1 / 35<br>2,86 % | 0 / 33<br>0,00 % |
| 51999 | Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | 0 / 32<br>0,00 % | 0 / 32<br>0,00 % | 1 / 35<br>2,86 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Bei insgesamt 460 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 31 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 28 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im Vergleich zum Stellungnahmeverfahren des Vorjahrs (AJ 2024) ergab sich eine ähnliche Verteilung mit 32 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen, verteilt auf 28 Leistungserbringer.

5 der 32 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als „qualitativ auffällig" bewertet. Sie sind zu differenzieren zwischen medizinisch-fachlichen Defiziten bei der aufgetretenen Albuminurie im Follow-up (ID 51997 und ID 51998) und strukturellen Defiziten in der Nachsorge (ID 292300). Fehlende Funktionswerte zum Beleg einer rückläufigen Albuminurie, eine Unterschätzung des Spenderrisikos sowie unschlüssige Ausführungen zur Spenderselektion, Aufklärungsmodalitäten und Messmodalitäten stehen Problemen bei Nachsorgeplanung, -organisation und Kommunikation gegenüber.

Der größte Anteil aller anderen rechnerischen Auffälligkeiten fällt auf den Indikator zum unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende (ID 292300). In der überwiegenden Anzahl mussten Dokumentationsprobleme und -fehler festgestellt werden, die dazu führten, dass Follow-up-Bögen nicht mit den zugehörigen Indexbögen verknüpft werden konnten.

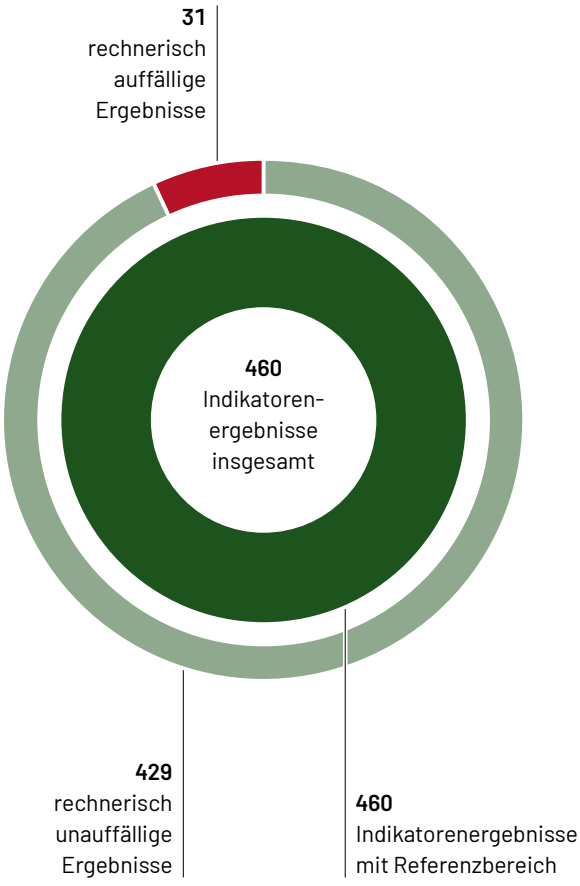

© IQTIG 2026

Die ausführlichen Rückmeldungen des IQTIG im Stellungnahmeverfahren sowie ggf. der Austausch im Rahmen von kollegialen Gesprächen und Begehungen tragen dazu bei, dass Anpassungen in Strukturen und Prozessen erfolgen und Qualitätsverbesserungen erkannt werden können.

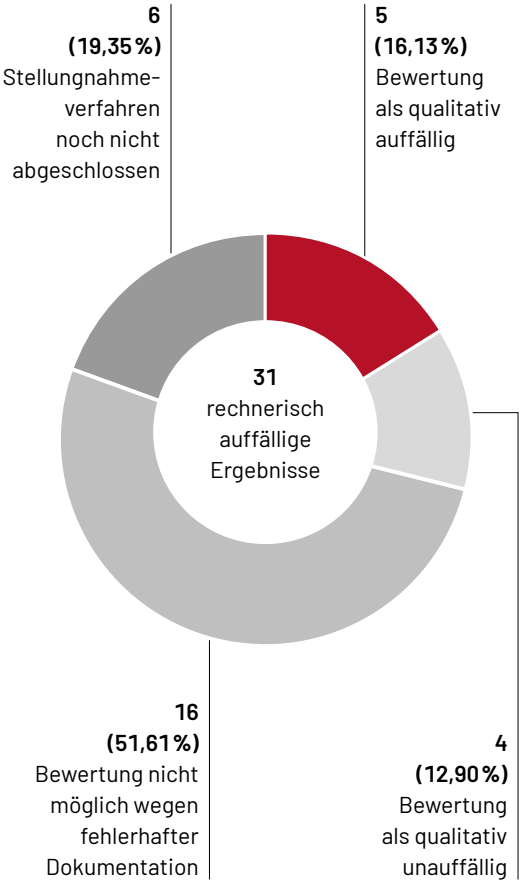
Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei 6 der 31 rechnerisch auffälligen Ergebnisse lag zu diesem Zeitpunkt aufgrund weiteren Analysebedarfs noch keine finale qualitative Bewertung vor. Daher konnte dieses für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkungen im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *TX-NLS***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *TX-NLS***



# Transplantationsmedizin
Gesamtes QS-Verfahren

## Ausblick

Die Indikatorergebnisse auf Bundesebene spiegeln auch im Auswertungsjahr 2026 eine insgesamt gute medizinische Versorgung im Bereich der Transplantationsmedizin wider, wenngleich in einzelnen Bereichen weiterhin Verbesserungsbedarf besteht. Über alle Auswertungsmodule hinweg ist eine deutliche Zunahme der Fallzahl in der Grundgesamtheit zu verzeichnen. Dabei verbesserten sich die Ergebnisse für einige Indikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2026. Dies ist angesichts der seitens der Bundesfachkommission beschriebenen komplexeren Empfänger- und Spendersituation (hohes Alter, hohe Morbidität) bemerkenswert. Dies wird auch durch die konsequente und differenzierte Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erreicht.

Länger werdende Überlebenszeiten bereichern das Leben Transplantierter, geben aber auch Aufschluss über die Behandlungsqualität der Leistungserbringer. Dementsprechend wird für die Zukunft eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume bzw. im Auswertungsmodul *TX-MKU* die Einführung von Follow-up-Indikatoren geprüft.

Am 14. März 2025 übergab das IQTIG Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* infolge der Verfahrensprüfung gemäß Eckpunktebeschluss. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der GBA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS TX* zunächst nicht zu folgen. Neben der Empfehlung zur Streichung einiger Indikatoren (IDs 252300, 52391, 52392, 52393, 282300 und 272300) hatte das IQTIG die Anpassung weiterer Indikatoren/Kennzahlen (IDs 52385, 52386, 52387, 52388, 52389 und 52390) empfohlen. Weiterhin wurde die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern sowie die Umstellung der Berechnung der Qualitätsindikatoren auf Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim GBA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern und die Umstellung auf Sozialdaten einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, insbesondere auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z. B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle. Der gemeinsame Austausch zwischen dem IQTIG und der Transplantationsregisterstelle wurde im Jahr 2026 begonnen.




© IQTIG 2026

# Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen

## Gesamtes QS-Verfahren

### Hintergrund

Unter dem QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen* (*QS NET*) werden die Nierentransplantationen (*NET-NTX*), die Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen (*NET-PNTX*) und die unterschiedlichen Dialyseverfahren (*NET-DIAL*) zusammengefasst.

Die häufigsten Ursachen für ein chronisches Nierenversagen sind:

- Diabeteserkrankungen
- Bluthochdruck
- entzündliche Erkrankungen der Nierenkörperchen (Glomerulonephritis)
- angeborene Erkrankungen wie z. B. erbliche Zystennieren

**Wichtiges in Kürze**

- deutliche Zunahme der Fallzahlen bei allen betrachteten Transplantationsarten
- Bundesergebnisse weisen wie im Vorjahr auf eine insgesamt gute medizinische Versorgung hin; die Bundesergebnisse im Bereich der Nierentransplantation und der Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation sind im Vergleich zum Vorjahr zumeist unverändert
- im Auswertungsmodul *NET-PNTX* wurde kein Sterbefall im Auswertungsjahr beobachtet; dies ist insbesondere vor dem Hintergrund einer komplexen medizinischen Behandlungssituation ein positives Ergebnis
- im Auswertungsmodul *NET-DIAL* wurde Überarbeitungsbedarf festgestellt und die Referenzbereiche der meisten Indikatoren ausgesetzt; das IQTIG wurde mit einer Weiterentwicklung des Auswertungsmoduls beauftragt

Die dauerhafte Dialysetherapie als Ersatztherapie der Nierenfunktion umfasst bei betroffenen Patientinnen oder Patienten eine Peritoneal- oder Hämodialyse sowie eine Hämo(dia)filtration. Der Dialysebeginn kann sowohl im stationären und teilstationären als auch im ambulanten Sektor erfolgen. Bei einer terminalen Niereninsuffizienz, welche einen endgültigen Funktionsverlust beider Nieren anzeigt, kann eine regelmäßige Dialysebehandlung das Leben der Patientin bzw. des Patienten erhalten. Im Rahmen der meist langjährig erforderlichen Dialysebehandlung lassen sich Folgeschäden an anderen Organsystemen nicht in jedem Fall vermeiden – auch bei optimaler Versorgung und aktiver Mitwirkung durch die Patientinnen oder Patienten. Demgegenüber ist die Nierentransplantation eine etablierte Therapieoption für Patientinnen und Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz. Die Transplantation der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und die kombinierte Transplantation von Pankreas und Niere kommen derzeit nur für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Betracht. Aufgrund des Ausfalls der Insulinproduktion in der Bauchspeicheldrüse verändert sich der Zuckerstoffwechsel, was wiederum zu erheblichen Folgeschäden führen kann (z. B. Schädigung der Nerven, der Augen oder der Nieren).

Im Vergleich zu anderen QS-Verfahren handelt es sich bei den transplantationsmedizinischen Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* um Verfahren mit nur wenigen Fällen pro Jahr. Die DeQS-RL legt daher – auch aufgrund der Unvorhersehbarkeit von Zeitpunkt und Ort von Ereignissen, insbesondere im Follow-up – eine Vollerhebung fest. Diese schließt auch Minderjährige und privat versicherte Patientinnen und Patienten ein.

© IQTIG 2026

**Dialyse (*NET-DIAL*)**

Das Auswertungsmodul *Dialyse* (*NET-DIAL*) hat zum Ziel, die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten unter chronischer Dialysebehandlung abzubilden. Die dauerhafte Dialysetherapie als Ersatztherapie der Nierenfunktion erfolgt bei betroffenen Patientinnen und Patienten mit einer Peritonealdialyse, einer Hämodialyse oder einer Hämo(dia)filtration. Die Dialyse kann sowohl im stationären bzw. teilstationären als auch im ambulanten Sektor durchgeführt werden. Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* wird bei einer Behandlungsdauer von mindestens 90 Tagen von einer chronischen Dialysebehandlung gesprochen.

Zum Beginn der Dialysetherapie soll in der Regel die Anmeldung für die Warteliste zur Nierentransplantation bei Eurotransplant, der Vermittlungsstelle für Organspenden, geprüft werden (§ 13 Abs. 3 Transplantationsgesetz). Nach einer erfolgreichen Nierentransplantation findet die nephrologische Nachbehandlung häufig in Zusammenarbeit zwischen Transplantationszentrum und niedergelassenen Nephrologinnen und Nephrologen bzw. Dialysepraxen statt. Auch für die Versorgung während und nach einer Nieren- und/oder Nieren-Pankreas-Transplantation kann eine Dialysebehandlung notwendig sein. Sollte es zu einem Transplantatverlust (Abstoßung, Rekurrenz der Grunderkrankung etc.) kommen, beginnt für die meisten Patientinnen und Patienten eine erneute Wartezeit bis zur Nieren-Retransplantation unter Dialysebehandlung. Laut DeQS-RL ist die Förderung der Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren eines der angestrebten Ziele des QS-Verfahrens. Dies soll ermöglichen, individuelle Therapiemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion abzustimmen und u. a. dem Auftreten von Komplikationen oder Folgeerkrankungen entgegenzuwirken. Die Überlebenszeit von Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen ist wesentlich von der Qualität der Behandlung abhängig und kann bei der Kombination verschiedener Dialyseverfahren mit einer Nierentransplantation bei verbesserter Lebensqualität mehrere Jahrzehnte erreichen. Vor diesem Hintergrund liegen die weiteren Ziele des Auswertungsmoduls *NET-DIAL* in der Förderung der Behandlungsqualität und der Senkung der Komplikationsraten im Rahmen der Dialysebehandlung, der Verringerung von Begleit- und Folgeerkrankungen, der Förderung der Transparenz über die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz sowie der Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten.

**Nierentransplantation (*NET-NTX*)**

Das Auswertungsmodul *NET-NTX* bezieht sich ausschließlich auf Organempfängerinnen und -empfänger. Bei Patientinnen und Patienten, die eine Nierentransplantation erhalten, handelt es sich um Menschen mit bereits bestehenden schweren Vorerkrankungen, deren anspruchsvolle Behandlung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich macht. Der Indexeingriff der Transplantation sowie die Nachsorge der Patientinnen und Patienten sind mit klinischen Risiken verbunden, denen entgegengewirkt werden muss. Entsprechende klinische Risiken umfassen beispielsweise eine Organabstoßung oder Infektionen bis hin zum Versterben der Patientin oder des Patienten. Durch eine bestmögliche Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen sowie eine Kooperation mit den ambulanten Einrichtungen können diese Risiken erheblich reduziert werden.

Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, dem Überleben sowie dem Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation, intra- und postoperativen Komplikationen, der Transplantatfunktion, Abstoßungsreaktionen sowie einem potenziellen Transplantatversagen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Transplantationen sowie die Verringerung der Komplikationsraten nach der Transplantation und von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Transplantation.

Bei der Betrachtung der Gesamtqualität ist zudem die Qualität und die Auswahl der Voruntersuchungen, sowie die Einordnung dieser Ergebnisse für die Indikationsstellung bei Empfängerpatientinnen und -patienten (Evaluationsqualität) entscheidend.

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

Das Auswertungsmodul *NET-PNTX* betrachtet die Transplantation der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und die kombinierte Transplantation von Pankreas und Niere. Diese Eingriffe kommen derzeit nur für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Betracht. Das Ziel der Pankreastransplantation ist die Wiederherstellung einer ausreichenden körpereigenen Insulinproduktion, sodass eine zusätzliche Insulintherapie unnötig wird. Da in der Regel die ausgefallene bzw. stark mangelhafte Insulinproduktion des Pankreas medikamentös ersetzt werden kann, ist die Indikation zur alleinigen Pankreastransplantation sehr restriktiv zu stellen. Sie ist nur dann indiziert, wenn trotz intensiver Bemühungen im Rahmen einer medikamentösen Therapie keine stabile Einstellung des Zuckerstoffwechsels erreicht werden kann. Ist zusätzlich bereits eine weit fortgeschrittene Schädigung der Nieren eingetreten, muss eine kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation in Erwägung gezogen werden. Diese Kombinationstransplantation verbessert nicht nur die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, sie stellt auch einen lebenserhaltenden Eingriff dar, da sie eine neuerliche diabetische Nierenschädigung verhindert und das Sterberisiko deutlich verringert. Durch eine gute Prozess- und Versorgungsqualität in den Einrichtungen können die erheblichen Risiken einer solchen Transplantation zwar nicht gänzlich verhindert, aber zumindest deutlich reduziert werden. Auch hier spielt


© IQTIG 2026

die Evaluationsqualität von Empfängerpatientinnen und -patienten für das Outcome eine entscheidende Rolle. Mit Indikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus, dem Überleben sowie dem Follow-up-Status in den Jahren nach der Transplantation, der Transplantatfunktion sowie einem potenziellen Transplantatversagen werden zentrale Ziele der DeQS-RL verfolgt: Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Transplantationen sowie die Verringerung der Komplikationsraten nach der Transplantation und von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Transplantation.

Um bei geringen jährlichen Fallzahlen von Pankreas- bzw. Pankreas-Nieren-Transplantationen die statistische Aussagekraft der Qualitätsindikatoren zu erhöhen und die Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser im Verlauf besser beurteilen zu können, umfasst der Auswertungszeitraum in diesem Auswertungsmodul in der Regel zwei Jahre (das aktuelle Erfassungsjahr und das Vorjahr). Das Verfahren *QS NET* ist im Erfassungsjahr 2020 gestartet. Erst seit dem Auswertungsjahr 2022 war es daher möglich, zwei Erfassungsjahre in die Auswertung einzubeziehen.

**Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

*Dialyse (NET-DIAL)*

Im Auswertungsmodul *Dialyse* (*NET-DIAL*) wird über den Indikator „Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten" (ID 572001) und die Kennzahl „Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahre" (ID 572048) der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Beginn der Nierenersatztherapie nicht über alle theoretischen Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden, betrachtet. Darüber hinaus wird im Indikator „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt" (ID 572002) sowie in der Transparenzkennzahl „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren" (ID 572049) betrachtet, ob eine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde.

Weitere Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen adressieren die adäquate Durchführung von Dialysebehandlungen bei Patientinnen und Patienten. Hierbei wird die Verzögerung einer Shuntanlage bei absehbarer persistierender chronischer Niereninsuffizienz als ein zu vermeidendes bzw. zu minimierendes Risiko erachtet. Daher werden in der Gruppe „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung" (IDs 572003 und 572050) Patientinnen und Patienten erfasst, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung mit einem arteriovenösen Shunt versorgt wurden. Allerdings ist es nicht in allen Fällen möglich, die Dialyse über einen arteriovenösen Shunt durchzuführen. Dennoch sollen alle Patientinnen und Patienten mit einer Hämodialysebehandlung möglichst nicht über einen Katheter dialysiert werden, da es u. a. vermehrt zu zugangsassoziierten Komplikationen kommen kann. Aus diesem Grund werden im Indikator „Katheterzugang bei Hämodialyse" (ID 572004) sowie in der Transparenzkennzahl „Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren" (ID 572051) die Patientinnen und Patienten betrachtet, die bei ihrer Hämodialysebehandlung überwiegend über einen Katheter dialysiert werden. Gleichzeitig ist eine regelmäßige und ausreichende Anwendung der Hämodialysebehandlung von großer Bedeutung für das Outcome und das Nebenwirkungspotenzial bei Dialysepatientinnen und -patienten. Zum angemessenen Monitoring wird mithilfe der Indikatorgruppe „Dialysefrequenz pro Woche" (IDs 572005 und 572052) sowie „Dialysedauer pro Woche" (IDs 572006 und 572053) geprüft, ob die Patientinnen und Patienten in der Regel dreimal pro Woche eine Dialysebehandlung mit einer optimalen Dialysedauer von 12 Stunden pro Woche erhalten.

Als Prädiktoren für Mangelerscheinungen bei Dialysepatientinnen und Dialysepatienten während der Betreuung gelten insbesondere der Ernährungsstatus sowie das Anämiemanagement. Die Patientinnen und Patienten leiden häufig an einer Mangelernährung, was in einer schlechteren Verträglichkeit der Dialysebehandlung resultieren kann und somit eine erhöhte Gefahr für das Auftreten von Komplikationen darstellt. Dem verminderten Ernährungsstatus kann allerdings durch eine entsprechende Behandlungsqualität (z. B. diabetologische Betreuung, Ernährungsumstellung, Gabe von Phosphatbindern) entgegengewirkt werden. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Anämie und dem Rückgang der Nierenfunktion. Als Konsequenz wird in den Transparenzkennzahlen „Ernährungsstatus" (ID 572007) und „Anämiemanagement" (ID 572008) sowie in den jeweils dazugehörigen Transparenzkennzahlen für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (IDs 572054 und 572055) evaluiert, wie viele Mangelerscheinungen bei Dialysepatientinnen und Dialysepatienten auftreten.

Mit den sozialdatenbasierten Indikatoren „Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse" (ID 572009) und „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Hämodialyse" (ID 572010) sowie den jeweils dazugehörigen Transparenzkennzahlen für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren (IDs 572056 und 572057) wird zusätzlich das Ausmaß von schweren Komplikationen, die während der Dialysebehandlung auftreten, betrachtet. Die Indikatoren zur Hospitalisierung werden seit dem Auswertungsjahr 2025 risikoadjustiert.

Bei einer fortwährenden Dialysebehandlung über mehrere Jahrzehnte besteht eine erhöhte Sterblichkeit, die insbesondere von der Behandlungsqualität sowohl während der Dialysebehandlung als auch vor und nach einer Nierentransplantation erheblich beeinflusst werden kann. Daher werden die Überlebensraten bis zu 10 Jahre betrachtet (Transparenz-

kennzahlen 572011 bis 572015 sowie 572058 bis 572062). Zum Auswertungsjahr 2026 ist für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 jedoch eine Nachverfolgbarkeit nur für bis zu 5 Jahre möglich, da die Verknüpfung von Follow-up-Daten durch den Wechsel des Verfahrens in die DeQS-RL erst ab dem Erfassungsjahr 2020 erfolgt.

*Nierentransplantation (NET-NTX) und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NETPNTX)*

Mit den Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus" (IDs *NET-NTX* 527017 und *NET-PNTX* 572036) wird jeweils der Anteil der Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Krankenhaus während der Operation oder des sich anschließenden stationären Aufenthalts versterben. Mit dem Indikator „Intra- oder postoperative Komplikationen" (ID 572016) werden behandlungsbedürftige (schwere) Komplikationen nach einer isolierten Nierentransplantation betrachtet, die während des Eingriffs oder des anschließenden stationären Aufenthalts auftreten.

In den Jahren nach der Transplantation besteht ein erhöhtes Risiko für ein Versterben. Dieses kann mit der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, mit der Transplantation oder der Qualität der Nachsorge zusammenhängen. Daher wird das Überleben auch in den fünf (*NET-NTX*) bzw. drei (*NET-PNTX*) Jahren nach der Operation betrachtet (IDs *NET-NTX* 572018, 572019, 572020 und 572021; *NET-PNTX* 572037, 572039 und 572041). Die Qualität der Nachsorgestruktur und Durchführung der Nachsorge wird in den Indikatoren „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" (IDs *NET-NTX* 302300 und *NET-PNTX* 312300) abgebildet.

Im Auswertungsmodul *NET-NTX* soll das Organüberleben als entscheidendes Kriterium für die Bewertung des Erfolgs einer Transplantation in Form der Rate an behandlungsbedürftigen Abstoßungen des transplantierten Organs überprüft werden (IDs 572100 und 572101). Die Kennzahlen zur Rate an behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollen zukünftig jedoch überarbeitet werden. Durch den perzentilbasierten Referenzbereich resultierten in der Vergangenheit, als diese Kennzahlen noch als Qualitätsindikatoren geführt wurden, Referenzbereiche, die im Vergleich deutlich über der internationalen Norm lagen und somit nicht funktional waren. Weiterhin wird das Transplantatversagen innerhalb des ersten Jahres betrachtet (ID 572032) sowie als Kennzahl innerhalb des zweiten, dritten und fünften Jahres nach einer Nierentransplantation ausgewertet (IDs 572033, 572034 und 572035).

In der Indikatorengruppe „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats" des Auswertungsmoduls *NET-NTX* werden potenzielle Abstoßungsreaktionen, operative Komplikationen oder anderweitige Prozessprobleme betrachtet, die zu einer postoperativ eingeschränkten Funktion des Nierentransplantats führen können. Hierbei erfolgt eine getrennte Auswertung für Patientinnen und Patienten nach Lebendorganspende (ID 572023) und nach postmortaler Spende (ID 572022). Dies begründet sich mit der besseren Planbarkeit der Operation sowie der besseren medizinischen und gesundheitlichen Vorbedingungen bei Lebendspenderinnen bzw. Lebendspendern als bei einer Nierenspende von verstorbenen Personen.

Die Qualität der Transplantatfunktion hat sowohl Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit des Transplantats als auch die Notwendigkeit einer Re-Transplantation. Während die Transplantatfunktion in *NET-PNTX* mit dem Indikator „Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung" (ID 572043) direkt bei Entlassung aus dem stationären Aufenthalt untersucht wird, geschieht dies in *NET-NTX* 90 Tage nach der Transplantation durch die Indikatorengruppe „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation", wobei zwischen Lebendorganspende (ID 572025) und postmortaler Spende (ID 572024) unterschieden wird. Unabhängig von der Art der Spende wird in beiden Auswertungsmodulen zusätzlich die Qualität der Transplantatfunktion in den ersten fünf (*NET-NTX*) bzw. drei (*NET-PNTX*) Jahren nach der Transplantation betrachtet und als Kennzahlen dargestellt (IDs *NET-NTX* 572026, 572027, 572028 und 572029, *NET-PNTX* 572044, 572045 und 572046).

Das Pankreas ist gegenüber einer Minderversorgung während bzw. nach der Entnahme sehr empfindlich und bedarf entsprechend chirurgischer Erfahrung und Können sowohl bei der Entnahme des Organs als auch bei der Transplantation in die Empfängerin oder den Empfänger. Ebenso ist die Selektion bei der Organakzeptanz komplex, also auch das postoperative Management insbesondere bei kombinierter Pankreas-Nieren-Transplantation und bei Auftreten von Komplikationen. Der Qualitätsindikator zur postoperativen Entfernung des Pankreastransplantats (ID 572047) kann auf mögliche Mängel in all diesen Bereichen hinweisen.


© IQTIG 2026

# Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen

Dialyse

## Einordnung der Ergebnisse

### Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* ist in der Datengrundlage eine deutliche Verbesserung der Vollzähligkeit im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2026: 85,62 %, AJ 2025: 79,09 %) auf Bundesebene festzustellen. Dies kann sowohl an einer verbesserten Dokumentationsqualität der gelieferten Datensätze als auch an einer verbesserten Übermittlung der Sollstatistik liegen. Im Auswertungsjahr 2025 kam es dabei zu Fehlern bei der Ermittlung der Sollzahlen.

**Datengrundlage *NET-DIAL***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| **kollektivvertragliche Leistungen** | | | | |
| Datensätze | 315.346 | 298.943 | 351.845 | 84,96 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 691 | 673 | - | - |
| **teilstationäre Leistungen** | | | | |
| Datensätze | 18.017 | 18.229 | 19.464 | 93,65 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 155 | 155 | - | - |
| **selektivvertragliche Leistungen** | | | | |
| Datensätze | 4.934 | 5.104 | 5.113 | 99,82 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 28 | 28 | - | - |
| **Gesamt** | | | | |
| Datensätze | 338.297 | 322.276 | 376.422 | 85,62 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 848 | 830 | - | - |

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-net*

© IQTIG 2026

**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten *NET-DIAL***

| Erfassungsjahr | Anzahl übermittelter QS-Daten | Verknüpfungsrate mit Sozialdaten |
|---|---|---|
| **kollektivvertragliche Leistungen** | | |
| 2025 | 291.618 | 99,12 %<br>N = 289.042 |
| 2024 | 308.870 | 99,69 %<br>N = 307.903 |
| 2023 | 298.120 | 99,73 %<br>N = 297.317 |
| 2022 | 280.271 | 99,21 %<br>N = 278.059 |
| **teilstationäre Leistungen** | | |
| 2025 | 18.213 | 99,67 %<br>N = 18.153 |
| 2024 | 17.990 | 99,47 %<br>N = 17.894 |
| 2023 | 17.367 | 99,14 %<br>N = 17.218 |
| 2022 | 18.111 | 99,03 %<br>N = 17.935 |
| **selektivvertragliche Leistungen** | | |
| 2025 | 4.794 | 99,42 %<br>N = 4.766 |
| 2024 | 4.678 | 100,00 %<br>N = 4.678 |
| 2023 | 4.077 | 100,00 %<br>N = 4.077 |
| 2022 | 3.916 | 100,00 %<br>N = 3.916 |
| **Gesamt** | | |
| 2025 | 314.625 | 99,15 %<br>N = 311.961 |
| 2024 | 331.538 | 99,68 %<br>N = 330.475 |
| 2023 | 319.564 | 99,70 %<br>N = 318.612 |
| 2022 | 302.298 | 99,21 %<br>N = 299.910 |


© IQTIG 2026

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Im Auswertungsmodul *NET-DIAL* wurde im Rahmen der durchgeführten Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung für die folgenden Indikatoren und Kennzahlen ein umfassender Überarbeitungsbedarf festgestellt:

- ID 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt
- ID 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration
- ID 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration
- ID 572005: Dialysefrequenz pro Woche
- ID 572006: Dialysedauer pro Woche
- ID 572007: Ernährungsstatus
- ID 572008: Anämiemanagement

Für weitere Indikatoren und Kennzahlen wurden ebenfalls Einschränkungen hinsichtlich der Eignungskriterien festgestellt. Die Indikatoren und Kennzahlen zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren wurden dabei zur Streichung empfohlen, da dieses Kollektiv zukünftig nicht mehr in das Verfahren einbezogen wird. Der Qualitätsaspekt der Gruppe „Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten" wird zukünftig durch Indikatoren der Patientenbefragung abgedeckt.

Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht der damit verbundenen eingeschränkten Beurteilbarkeit der Ergebnisse empfahl das IQTIG für die Indikatoren keine Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2026 und entsprechend die Aussetzung der jeweiligen Referenzbereiche. Darüber hinaus empfahl das IQTIG eine zukünftige inhaltliche Überarbeitung dieser Indikatoren und Kennzahlen. Diese sollen dabei an den aktuellen Stand der fachlichen Grundlagen der Patientenversorgung in diesem Bereich angepasst werden, um dann im Anschluss wieder mit einem Referenzbereich ausgewertet werden zu können. Der GBA ist dieser Empfehlung gefolgt und hat das IQTIG am 5. November 2025 entsprechend beauftragt.

Des Weiteren empfahl das IQTIG die Aussetzung des Referenzbereichs für den Indikator „Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten" (ID 572001). Begründet wurde dies damit, dass dieser Indikator für das Auswertungsjahr 2026 erstmalig ausgewertet wird. Daneben soll dieser Qualitätsaspekt der Patienteninformation zukünftig über die Patientenbefragung zum Verfahren *QS NET* abgebildet werden, statt wie bisher über die vom Leistungserbringer dokumentierten QS-Daten. Dies bedeutet, dass der Indikator nur einmalig für das Auswertungsjahr 2026 ausgewertet wird. Unabhängig davon bleibt die Information von Patientinnen und Patienten ein Qualitätsaspekt mit hoher Relevanz und ist für die Versorgungsqualität im Bereich der Nierenersatztherapie von zentraler Bedeutung.

Infolgedessen wird zum Auswertungsjahr 2026 nur für die beiden Indikatoren „Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen" (ID 572009) und „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen" (ID 572010) die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens empfohlen. Die Bundesergebnisse dieser beiden Indikatoren sind ähnlich den Vorjahresergebnissen.

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *NET-DIAL***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten | | | |
| 572001 | Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten | -<br>O = -<br>N = - | 48,44 %<br>O = 5.729<br>N = 11.828<br>(nicht definiert) | – |
| 572048 | Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* | -<br>O = -<br>N = - | 18,75 %<br>O = 6<br>N = 32 | – |

* *Transparenzkennzahl*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *NET-DIAL***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt | | | |
| 572002 | Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt** | 82,08 %<br>O = 8.449<br>N = 10.293 | 78,24 %<br>O = 7.998<br>N = 10.223<br>(nicht definiert) | – |
| 572049 | Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* ** | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 15 | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 22 | – |
| Gruppe: | Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration | | | |
| 572003 | Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration** | 43,52 %<br>O = 6.899<br>N = 15.851 | 46,40 %<br>O = 6.525<br>N = 14.063<br>(nicht definiert) | – |
| 572050 | Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* ** | 64,71 %<br>O = 11<br>N = 17 | 46,67 %<br>O = 7<br>N = 15 | – |
| Gruppe: | Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration | | | |
| 572004 | Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration** | 26,02 %<br>O = 18.568<br>N = 71.366 | 26,74 %<br>O = 18.939<br>N = 70.820<br>(nicht definiert) | – |
| 572051 | Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* ** | 38,57 %<br>O = 27<br>N = 70 | 52,94 %<br>O = 36<br>N = 68 | – |
| Gruppe: | Dialysefrequenz pro Woche | | | |
| 572005 | Dialysefrequenz pro Woche** | 14,08 %<br>O = 7.068<br>N = 50.209 | 15,36 %<br>O = 9.836<br>N = 64.024<br>(nicht definiert) | – |
| 572052 | Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* ** | 43,28 %<br>O = 29<br>N = 67 | 35,44 %<br>O = 28<br>N = 79 | – |
| Gruppe: | Dialysedauer pro Woche | | | |
| 572006 | Dialysedauer pro Woche** | 29,81 %<br>O = 14.965<br>N = 50.209 | 31,28 %<br>O = 20.025<br>N = 64.024<br>(nicht definiert) | – |
| 572053 | Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* ** | 64,18 %<br>O = 43<br>N = 67 | 62,03 %<br>O = 49<br>N = 79 | – |
| Gruppe: | Ernährungsstatus | | | |
| 572007 | Ernährungsstatus* ** | 5,62 %<br>O = 4.012<br>N = 71.377 | 5,47 %<br>O = 3.824<br>N = 69.883 | – |
| 572054 | Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* ** | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 83 | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 71 | – |

* *Transparenzkennzahl*

** *Für diese Indikatoren bzw. Kennzahlen wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf diese Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *NET-DIAL***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | Anämiemanagement | | | |
| 572008 | Anämiemanagement* ** | 0,42 %<br>O = 299<br>N = 71.377 | 0,47 %<br>O = 330<br>N = 69.883 | – |
| 572055 | Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* ** | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 83 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 71 | – |
| Gruppe: | Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen | | | |
| 572009 | Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen | 0,98<br>O/E = 7.213 / 7.379,48<br>9,06 %<br>O/N = 7.213 / 79.645 | 0,83<br>O/E = 6.651 / 8.028,77<br>8,47 %<br>O/N = 6.651 / 78.556<br>(≤ 1,70; 95. Perzentil) | – |
| 572056 | Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* | 33,33 %<br>O = 5<br>N = 15 | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 13 | – |
| Gruppe: | Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen | | | |
| 572010 | Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen | 0,95<br>O/E = 352 / 371,44<br>16,71 %<br>O/N = 352 / 2.106 | 0,90<br>O/E = 359 / 400,75<br>16,26 %<br>O/N = 359 / 2.208<br>(≤ 2,32; 95. Perzentil) | – |
| 572057 | Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 6 | x %<br>O = 0<br>N = ≤ 3 | – |
| Gruppe: | 1-Jahres-Überleben | | | |
| 572011 | 1-Jahres-Überleben* | 87,46 %<br>O = 9.768<br>N = 11.169 | 87,77 %<br>O = 10.346<br>N = 11.787 | – |
| 572058 | 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* | 100,00 %<br>O = 21<br>N = 21 | 100,00 %<br>O = 25<br>N = 25 | – |
| Gruppe: | 2-Jahres-Überleben | | | |
| 572012 | 2-Jahres-Überleben* | 73,41 %<br>O = 7.760<br>N = 10.571 | 73,84 %<br>O = 8.249<br>N = 11.172 | – |
| 572059 | 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* | 100,00 %<br>O = 5<br>N = 5 | 100,00 %<br>O = 21<br>N = 21 | – |
| Gruppe: | 3-Jahres-Überleben | | | |
| 572013 | 3-Jahres-Überleben* | 61,64 %<br>O = 5.951<br>N = 9.655 | 62,43 %<br>O = 6.603<br>N = 10.576 | – |
| 572060 | 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* | 80,00 %<br>O = 4<br>N = 5 | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 5 | – |

* *Transparenzkennzahl*

** *Für diese Indikatoren bzw. Kennzahlen wurden im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung Limitationen hinsichtlich einiger Eignungskriterien festgestellt. Diese Limitationen können Einfluss auf diese Indikator- und Kennzahlergebnisse haben.*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *NET-DIAL***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| Gruppe: | 5-Jahres-Überleben | | | |
| 572014 | 5-Jahres-Überleben* | -<br>O = -<br>N = - | 44,18 %<br>O = 2.182<br>N = 4.939 | - |
| 572061 | 5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren* | -<br>O = -<br>N = - | -<br>O = 0<br>N = 0 | - |

* *Transparenzkennzahl*

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *NET-DIAL***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 572009 | Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen | 51 / 830<br>6,14 % | 3 / 830<br>0,36 % | 57 / 810<br>7,04 % |
| 572010 | Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen | 77 / 458<br>16,81 % | 3 / 458<br>0,66 % | 86 / 480<br>17,92 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Für das Auswertungsjahr 2025 wurde für den überwiegenden Teil der Indikatoren der jeweilige Referenzbereich ausgesetzt. Hintergrund ist, dass im Auswertungsmodul *NET-DIAL* im Rahmen der durchgeführten Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung für die folgenden Indikatoren ein umfassender Überarbeitungsbedarf festgestellt wurde:

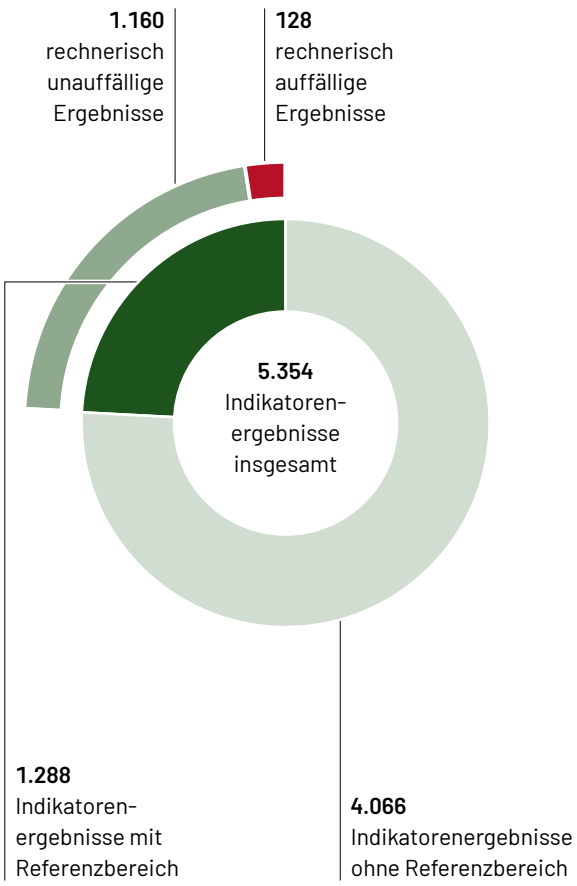
- 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt
- 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration
- 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration
- 572005: Dialysefrequenz pro Woche
- 572006: Dialysedauer pro Woche

Infolgedessen wurde zum Auswertungsjahr 2025 nur für die beiden Indikatoren „Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen" (ID 572009) und „Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen" (ID 572010) ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

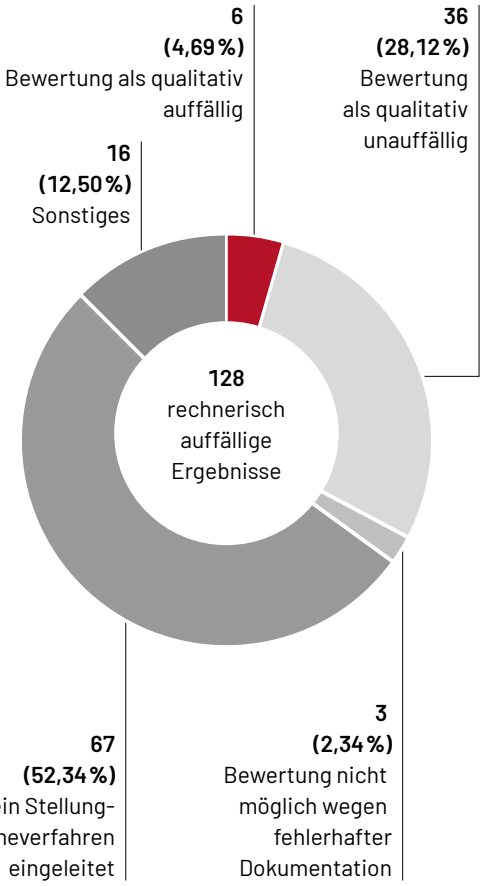
Für diese beiden Indikatoren wurde zu 61 der insgesamt 128 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Das entspricht einem Anteil von 47,66 %. Als Gründe wurden durch die Landesarbeitsgemeinschaften das erstmalige Auftreten einer geringfügigen Abweichung vom Referenzbereich, die Komplexität des Verfahrens oder entsprechende Empfehlungen der zuständigen Fachkommission genannt. Zu keinem rechnerisch auffälligen Indikatorergebnis wurde ein Gespräch oder eine Begehung durchgeführt. Am Ende des Stellungnahmeverfahrens wurden 6 Indikatorergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Vier dieser Ergebnisse wurden aufgrund einer fehlenden Stellungnahme durch den Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Die beiden übrigen Einstufungen erfolgten aufgrund von Prozessmängeln bei der Vermeidung von Infektionen.


© IQTIG 2026

### Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *NET-DIAL*




### Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *NET-DIAL*



# Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen

Nierentransplantation

## Einordnung der Ergebnisse

### Datengrundlage

In den Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* ist in der Datengrundlage eine deutliche Zunahme der Nierentransplantationen und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen um 178 Fälle im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Die Datengrundlage wird übergreifend für beide Auswertungsmodule erstellt. Sowohl die übermittelte Anzahl an Datensätzen als auch die Anzahl der Standorte, die diese Datensätze übermittelt haben, entsprachen der erwarteten Anzahl. Aufgrund der sehr guten Vollzähligkeitsrate ist für die Auswertung der Indikatoren und Kennzahlen der Module *NET-NTX* und *NET-PNTX* wiederholt von einer sehr guten Datengrundlage auszugehen.

**Datengrundlage *NET-NTX* und *NET-PNTX***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 2.103 | 2.279 | 2.279 | 100,00 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 39 | 38 | - | - |

### Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *NET-NTX*. Für die Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit im Krankenhaus (ID 572017) und dem Überleben (IDs 572018, 572019 und 572029) ist weiterhin ein positiver Trend im Jahresverlauf zu verzeichnen. Der Indikator zum 5-Jahres-Überleben (ID 572021) wurde im Auswertungsjahr 2026 erstmalig ausgewertet. Durch eine Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegen im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation" (ID 302300) deutlich weniger Fälle vor und auch keine rechnerische Auffälligkeit. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850278, 850279 und 850280).

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-net*


© IQTIG 2026

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *NET-NTX***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 572016 | Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation | 13,21 %<br>O = 266<br>N = 2.013 | 13,75 %<br>O = 299<br>N = 2.174<br>(≤ 25,00 %) | ● |
| 572017 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 0,94 %<br>O = 19<br>N = 2.013 | 0,69 %<br>O = 15<br>N = 2.174<br>(≤ 5,00 %) | ● |
| 572018 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 97,11 %<br>O = 1.912<br>N = 1.969 | 97,50 %<br>O = 1.911<br>N = 1.960<br>(≥ 90,00 %) | ● |
| 572019 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 95,75 %<br>O = 1.758<br>N = 1.836 | 95,10 %<br>O = 1.844<br>N = 1.939<br>(≥ 85,00 %) | ● |
| 572020 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 92,79 %<br>O = 1.622<br>N = 1.748 | 93,89 %<br>O = 1.705<br>N = 1.816<br>(≥ 80,00 %) | ● |
| 302300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation | O = 10<br>N = 5.341 | O = 5<br>N = 5.523<br>(≤ 1,00 Fall / Fälle) | – |
| 572021 | 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | -<br>O = -<br>N = - | 87,16 %<br>O = 1.039<br>N = 1.192<br>(≥ 75,09 %; 5. Perzentil) | ● |
| Gruppe: | Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung | | | |
| 572022 | Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung | 78,51 %<br>O = 1.067<br>N = 1.359 | 79,50 %<br>O = 1.183<br>N = 1.488<br>(≥ 60,00 %) | ● |
| 572023 | Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung | 95,75 %<br>O = 608<br>N = 635 | 97,76 %<br>O = 656<br>N = 671<br>(≥ 90,00 %) | ● |
| Gruppe: | Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation | | | |
| 572024 | Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) | 81,89 %<br>O = 963<br>N = 1.176 | 81,75 %<br>O = 1.021<br>N = 1.249<br>(≥ 67,69 %; 5. Perzentil) | ● |
| 572025 | Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) | 95,02 %<br>O = 553<br>N = 582 | 94,17 %<br>O = 565<br>N = 600<br>(≥ 83,33 %; 5. Perzentil) | ● |
| 572026 | Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation* | 88,53 %<br>O = 1.605<br>N = 1.813 | 89,35 %<br>O = 1.627<br>N = 1.821 | ● |

* *Transparenzkennzahl*

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *NET-NTX***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 572027 | Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation* | 88,42 %<br>O = 1.428<br>N = 1.615 | 88,73 %<br>O = 1.536<br>N = 1.731 | ● |
| 572028 | Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation* | 85,93 %<br>O = 1.264<br>N = 1.471 | 87,56 %<br>O = 1.379<br>N = 1.575 | ● |
| 572029 | Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation* | -<br>O = -<br>N = - | 83,09 %<br>O = 752<br>N = 905 | ● |
| Gruppe: | Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen | | | |
| 572100 | Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen* | 3,78 %<br>O = 70<br>N = 1.851 | 3,41 %<br>O = 66<br>N = 1.935 | – |
| 572101 | Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen* | 3,78 %<br>O = 70<br>N = 1.851 | 3,41 %<br>O = 66<br>N = 1.935 | – |
| 572032 | Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation | 4,53 %<br>O = 87<br>N = 1.921 | 4,10 %<br>O = 79<br>N = 1.928<br>(≤ 9,81 %; 90. Perzentil) | ● |
| 572033 | Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation* | 5,32 %<br>O = 94<br>N = 1.768 | 5,17 %<br>O = 96<br>N = 1.857 | ● |
| 572034 | Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation* | 6,93 %<br>O = 114<br>N = 1.644 | 5,93 %<br>O = 102<br>N = 1.719 | ● |
| 572035 | Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation* | -<br>O = -<br>N = - | 11,39 %<br>O = 121<br>N = 1.062 | ● |

* *Transparenzkennzahl*


© IQTIG 2026

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *NET-NTX***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 572016 | Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation | 5 / 39<br>12,82 % | 5 / 39<br>12,82 % | 3 / 38<br>7,89 % |
| 572017 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 0 / 39<br>0,00 % | 0 / 39<br>0,00 % | 1 / 38<br>2,63 % |
| 572018 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 3 / 39<br>7,69 % | 3 / 39<br>7,69 % | 2 / 39<br>5,13 % |
| 572019 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 2 / 38<br>5,26 % | 1 / 38<br>2,63 % | 1 / 39<br>2,56 % |
| 572020 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 2 / 39<br>5,13 % | 1 / 39<br>2,56 % | 1 / 38<br>2,63 % |
| 302300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation | 24 / 39<br>61,54 % | 4 / 39<br>10,26 % | 0 / 40<br>0,00 % |
| 572021 | 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | - | - | 5 / 39<br>12,82 % |
| 572022 | Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung | 2 / 39<br>5,13 % | 2 / 39<br>5,13 % | 1 / 38<br>2,63 % |
| 572023 | Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung | 5 / 38<br>13,16 % | 2 / 38<br>5,26 % | 2 / 37<br>5,41 % |
| 572024 | Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) | 2 / 39<br>5,13 % | 2 / 39<br>5,13 % | 4 / 38<br>10,53 % |
| 572025 | Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) | 4 / 37<br>10,81 % | 1 / 37<br>2,70 % | 2 / 38<br>5,26 % |
| 572032 | Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation | 3 / 39<br>7,69 % | 3 / 39<br>7,69 % | 4 / 39<br>10,26 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Bei insgesamt 425 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 52 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 32 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr (57 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse bei 31 Leistungserbringern) ist ein leichter Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten erkennbar.

24 der 52 rechnerisch auffälligen Ergebnisse aus dem Auswertungsjahr 2024 wurden als qualitativ auffällig bewertet. Gründe waren u. a. unzureichende Auseinandersetzungen mit den Fällen inklusive unzureichender Ursachenanalysen und fehlenden Details (bspw. Angaben zu Risikofaktoren auf Empfänger- oder Spenderseite) für eine qualitätsorientierte Aufarbeitung. Auch dadurch wurde die Indikationsstellung, die akzeptierte Organqualität bzw. deren Matching mit den teils erheblichen Risikofaktoren der Empfängerin bzw. des Empfängers und die Behandlungsprozesse nicht adäquat hinterfragt. Neben Mängeln im operativ-technischen Prozess wurden das teilweise verzögerte bzw. fachlich inadäquate Komplikationsmanagement oder eine mangelnde Interdisziplinarität im Behandlungsprozess auffällig bewertet. Defizite und damit Verbesserungspotenziale wurden ebenso in der präoperativen Planung und Evaluation sowie postoperativ hinsichtlich des Immunsuppressions- oder Gerinnungsmanagements festgestellt. Trotz Vorliegen einer Incompliance bei der Patientin oder beim Patienten wurde diese nicht im Kontext des folgenden Organverlustes diskutiert. Eigene Standards bzw. SOPs wurden einigen Leistungserbringern als überprüfungswürdig zurückgemeldet. Dies betraf z. B. die Evaluation und Indikationsstellung insbesondere bei kardialen bzw. vaskulären Hochrisikopatientinnen und -patienten, aber auch eine anlassbezogene Erweiterung bzw. Frequenzanpassung der radiologischen Bildgebung

zur Evaluation bei entsprechenden Vorerkrankungen oder zur Überwachung der postoperativen Nierenfunktion. Die nicht regelhafte Durchführung von interdisziplinären M&M-Konferenzen mit adäquater Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen und gelenkter Dokumentation war wie in den Vorjahren auch ein relevanter Kritikpunkt.

Leider musste erneut bei einigen Leistungserbringern festgestellt werden, dass fachliche oder QS-spezifische Hinweise und mögliche Lösungsansätze des IQTIG aus dem letztjährigen Stellungnahmeverfahren von einigen Leistungserbringern nicht ausreichend beachtet wurden. So wurden u. a. die vom IQTIG zur Verfügung gestellten Prüfkonstellationen zur Verknüpfungsproblematik von Index- und Follow-up-Bogen nicht wie empfohlen angewendet bzw. strukturiert aufgearbeitet.

Defizite in Dokumentations- und Kontrollprozessen der Qualitätssicherung sowie in der Nachsorgeorganisation wurde an diversen Stellen identifiziert. In wenigen Fällen handelt es sich aber auch um einen tatsächlichen dauerhaft fehlenden Kontakt zur Patientin oder zum Patient (*lost to follow-up*). Auf die Sicherstellung einer ausreichenden präventiven Aufklärung zur Nachsorgenotwendigkeit und Erreichbarkeit der Patientinnen und Patienten beispielsweise bei Umzug wurde seitens des IQTIG hingewiesen, sollte der Leistungserbringer nicht selbst Vermeidungsstrategien implementiert haben.

Von 4 Leistungserbringern wurden die Vorgaben zur Anonymisierung in der Stellungnahme nicht ausreichend berücksichtigt bzw. der Verstoß nicht korrigiert. Aufgrund der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des § 299 SGB V ist eine Verarbeitung von patienten- oder einrichtungsidentifizierenden Daten durch das IQTIG nicht zulässig, sodass eine Löschung der Stellungnahme daher erforderlich ist. Aus diesem Grund wurden – wie bereits in den Vorjahren – Stellungnahmen, in denen die Vorgaben zum Datenschutz nicht eingehalten wurden, mit der Einstufung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt" bewertet. Im Falle der Abgabe einer nicht DSGVO-konformen Stellungnahme wird dem Leistungserbringer jedoch eine Korrekturfrist von einer Woche eingeräumt und er erhält Unterstützung durch das IQTIG.

Mit 8 Leistungserbringern sollten zu 15 Qualitätsindikatoren zu Qualitätsförderungszwecken bzw. in einem Fall zur Unterstützung des Bewertungsprozesses 5 kollegiale Gespräche und 3 Begehungen erfolgen. Kriterium hierfür waren entweder wiederholte qualitative Probleme in einem Indikator in aufeinander folgenden Auswertungsjahren oder einer mehrfachen qualitativen Problematik in unterschiedlichen Qualitätsindikatoren innerhalb eines Auswertungsjahres. Bis zum Stichtag der Datenübermittlung am 15. März 2026 konnten bereits ein kollegiales Gespräch und eine Begehung durchgeführt werden, in dessen Ergebnis eine Zielvereinbarung mit dem Leistungserbringer konsentiert wurde.

Anlass für die Gespräche waren oder sind folgende Indikatoren: 3-mal „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung" (ID 572023), 2-mal „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung" (ID 572022), 1-mal „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)" (ID 572024), 2-mal „Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)" (ID 572025), 1-mal „1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status" (ID 572018), 1-mal „2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status" (ID 572019) und 1-mal „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation" (ID 302300).

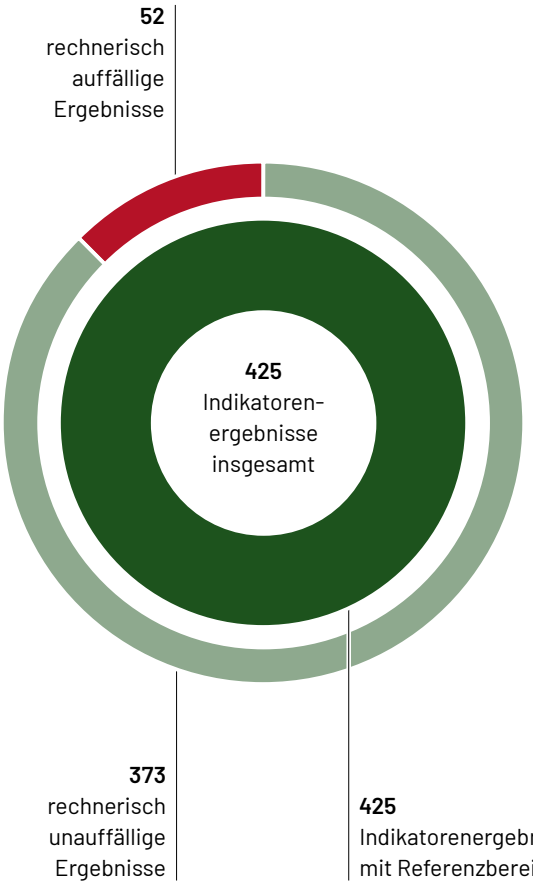
Knapp die Hälfte der rechnerischen Auffälligkeiten fällt auf den Indikator zum unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation (ID 302300). In der überwiegenden Anzahl mussten Dokumentationsprobleme und -fehler festgestellt werden, die dazu führten, dass Follow-up-Bögen nicht mit den zugehörigen Indexbögen verknüpft werden konnten.

Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

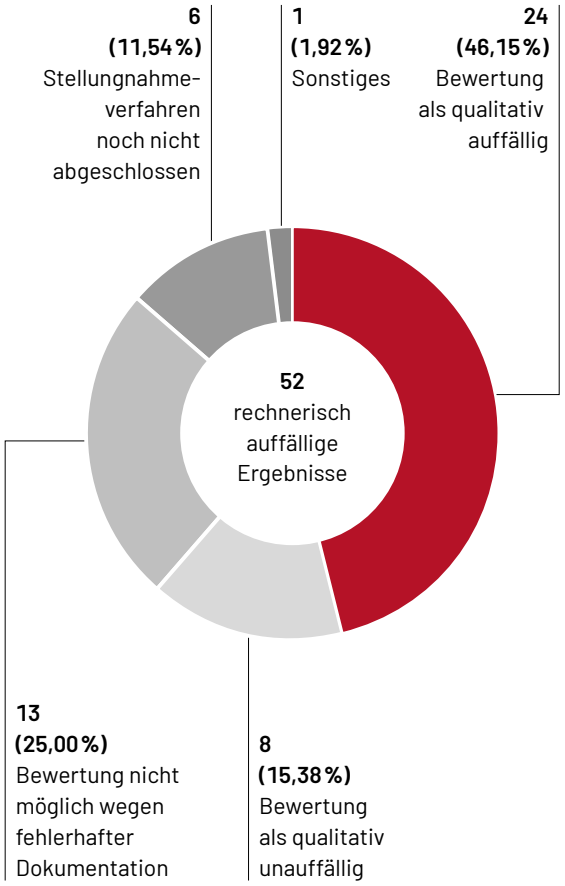
Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei 6 der 52 rechnerisch auffälligen Ergebnisse standen die qualitativen Bewertungen zu diesem Zeitpunkt aufgrund eines noch ausstehenden kollegialen Gesprächs oder weiterem Analysebedarf noch nicht final fest. Daher konnten diese für den vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.


© IQTIG 2026

### Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *NET-NTX*




### Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *NET-NTX*



# Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen

Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

## Einordnung der Ergebnisse

### Datengrundlage

Die Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* werden über das gemeinsame Erfassungsmodul *PNTX* dokumentiert. Aus diesem Grund wird die Datengrundlage für *NET-PNTX* gemeinsam mit der Datengrundlage für *NET-NTX* dargestellt.

### Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Der Anstieg der Fallzahl, der in der Datengrundlage beobachtet werden kann, zeigt sich deutlich auch in den Grundgesamtheiten der Indikatoren des Auswertungsmoduls *NET-PNTX*. Besonders für den Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus" (ID 572036) wird eine Verbesserung des Bundesergebnisses und somit ein weiterhin positiver Trend im Jahresverlauf verzeichnet. Bemerkenswerterweise trat in diesem Indikator kein Sterbefall auf.

Durch eine Umstellung der zugehörigen Rechenregel liegt im Qualitätsindikator „Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation" (ID 312300) kein Fall mehr vor. Dabei werden nicht übermittelte Datensätze nicht mehr im Indikator berücksichtigt, sondern nur noch in den zugehörigen Auffälligkeitskriterien (IDs 850278, 850279 und 850280).

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *NET-PNTX***

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 572036 | Sterblichkeit im Krankenhaus | x %<br>O = ≤ 3<br>N = 129 | 0,00 %<br>O = 0<br>N = 162<br>(≤ 5,00 %) | ● |
| 572037 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 96,00 %<br>O = 96<br>N = 100 | 96,67 %<br>O = 116<br>N = 120<br>(≥ 90,00 %) | ● |


© IQTIG 2026

### Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen *NET-PNTX*

| ID | Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 572039 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 93,33 %<br>O = 98<br>N = 105 | 94,95 %<br>O = 94<br>N = 99<br>(≥ 80,00 %) | ● |
| 572041 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 94,02 %<br>O = 110<br>N = 117 | 92,38 %<br>O = 97<br>N = 105<br>(≥ 75,00 %) | ● |
| 312300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/ Pankreas-Nieren-Transplantation | O = 5<br>N = 163 | O = 0<br>N = 160<br>(Sentinel Event) | – |
| 572043 | Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung | 84,25 %<br>O = 107<br>N = 127 | 85,19 %<br>O = 138<br>N = 162<br>(≥ 75,00 %) | ● |
| 572044 | Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)* | 84,25 %<br>O = 107<br>N = 127 | 83,90 %<br>O = 99<br>N = 118 | ● |
| 572045 | Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)* | 78,43 %<br>O = 80<br>N = 102 | 78,57 %<br>O = 77<br>N = 98 | ● |
| 572046 | Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)* | 79,46 %<br>O = 89<br>N = 112 | 79,21 %<br>O = 80<br>N = 101 | ● |
| 572047 | Entfernung des Pankreastransplantats | 11,63 %<br>O = 15<br>N = 129 | 11,11 %<br>O = 18<br>N = 162<br>(≤ 20,00 %) | ● |

* *Transparenzkennzahl*

### Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *NET-PNTX*

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 572036 | Sterblichkeit im Krankenhaus | 1 / 20<br>5,00 % | 0 / 20<br>0,00 % | 0 / 20<br>0,00 % |
| 572037 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 2 / 20<br>10,00 % | 0 / 20<br>0,00 % | 1 / 19<br>5,26 % |
| 572039 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 1 / 21<br>4,76 % | 0 / 21<br>0,00 % | 2 / 21<br>9,52 % |
| 572041 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | 0 / 21<br>0,00 % | 0 / 21<br>0,00 % | 1 / 21<br>4,76 % |
| 312300 | Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation | 4 / 22<br>18,18 % | 0 / 22<br>0,00 % | 0 / 24<br>0,00 % |
| 572043 | Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung | 3 / 20<br>15,00 % | 0 / 20<br>0,00 % | 4 / 20<br>20,00 % |
| 572047 | Entfernung des Pankreastransplantats | 3 / 20<br>15,00 % | 2 / 20<br>10,00 % | 2 / 20<br>10,00 % |

# Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Bei insgesamt 144 Indikatorergebnissen ergaben sich im Auswertungsjahr 2025 14 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 7 Leistungserbringer verteilten. Für alle rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Im Vergleich zum Stellungnahmeverfahren des Vorjahrs (AJ 2024) ergab sich eine ähnliche Verteilung mit 15 rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen verteilt auf 8 Leistungserbringer.

2 der 14 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Festgestellt wurden sowohl fehlende Angaben für eine ausreichende qualitative Aufarbeitung und qualitätsprüfende Auseinandersetzung als auch teils schwere Defizite bei Indikationsstellung, Spenderorganakzeptanz und Identifikation bzw. Reaktion auf resultierende Komplikationen. Umfangreiche Verbesserungsmaßnahmen durch einen Leistungserbringer wurden entsprechend positiv bei der Bewertung konnotiert. Bei einem dieser Leistungserbringer erfolgte eine Begehung, in dessen Konsequenz der Abschluss einer Zielvereinbarung konsentiert wurde.

Erfreulicherweise, insbesondere bei 2 Indikatorergebnissen („Entfernung" sowie „Qualität" des Transplantats), konnten rechnerische Auffälligkeiten mit qualitativ unauffällig („U62") bewertet werden, da es sich um keine Fehler im Management bei komplexem Einzelfall handelte und dennoch eine umfangreiche Ursachenanalyse erfolgte.

Da die Fälle bereits in den Vorjahren bzw. in einem anderen Indikator evaluiert wurden, erfolgte zu 6 Ergebnissen bei 4 Leistungserbringern eine Bewertung mit „S99".

Die diesem Bericht zugrunde liegenden Daten aus dem Stellungnahmeverfahren müssen verfahrensübergreifend bis zum 15. März eines Auswertungsjahres vorliegen. Bei einem der 14 rechnerisch auffälligen Ergebnisse stand die qualitative Bewertung zu diesem Zeitpunkt aufgrund von weiterem Analysebedarf noch nicht final fest.

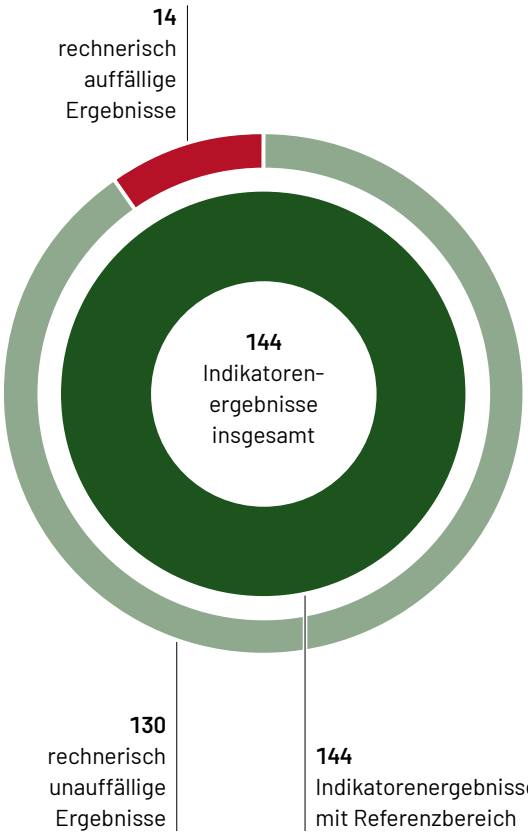
Die Follow-up-Indikatoren dieses Auswertungsmoduls waren von der bereits in den Vorjahren beschriebenen Verknüpfungsproblematik zwischen Indexeingriffen und Follow-ups (siehe hierzu die Vorbemerkung im letztjährigen Bericht) betroffen. Insgesamt ist ein Rückgang bei der Anzahl nicht verknüpfter Datensätze zu verzeichnen. Bei der qualitativen Bewertung der Leistungserbringer im Stellungnahmeverfahren wurde dies entsprechend berücksichtigt.

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

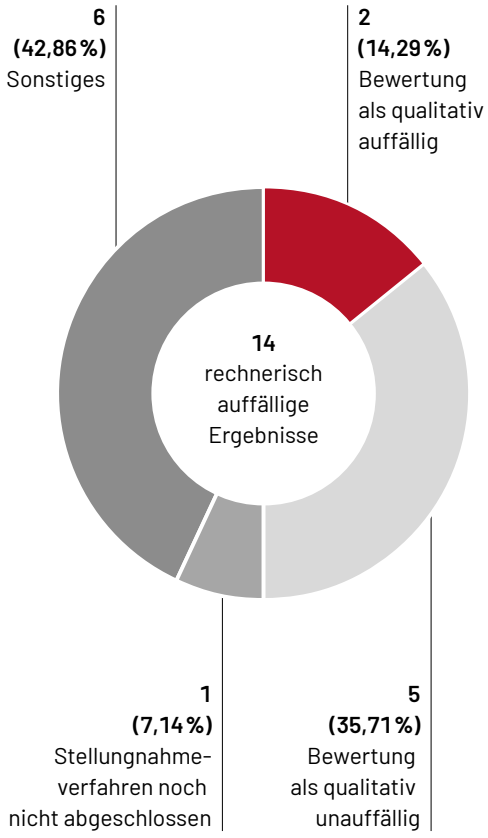
Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-net*

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *NET-PNTX***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *NET-PNTX***





© IQTIG 2026

# Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen

Gesamtes QS-Verfahren

## Ausblick

Während sich das Auswertungsmodul *NET-DIAL* ab dem Erfassungsjahr 2026 in einer Überarbeitung bzw. Weiterentwicklung befindet, spiegeln die Indikatorergebnisse auf Bundesebene der Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* auch im Auswertungsjahr 2026 eine gute medizinische Versorgung im Bereich der Transplantationsmedizin wider.

Wie im Beschluss des GBA vom 17. Juli 2025 festgehalten, wird das Auswertungsmodul *NET-DIAL* in den Erfassungsjahren 2026 und 2027 zur Überarbeitung ausgesetzt. Während dieses Zeitraums soll eine Überarbeitung bzw. Neuentwicklung der Indikatoren „Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt" (ID 572002), „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration" (ID 572003), „Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration" (ID 572004), „Dialysefrequenz pro Woche" (ID 572005) und „Dialysedauer pro Woche" (ID 572006) geprüft werden. Ebenfalls soll eine umfangreiche Überarbeitung des QS-Dokumentationsbogens und der zugehörigen Ausfüllhinweise erfolgen. Weitere Ziele sind die Bearbeitung zusätzlicher verfahrenstechnischer Optimierungsbedarfe an der Darstellung der Datengrundlage, an den Listen auffälliger Vorgänge, welche gemeinsam mit den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer versendet werden, sowie an der Definition des adressierten Berichtszeitraums (die Quartalsverschiebung in *NET-DIAL* führt zu einer erhöhten Komplexität des Auswertungsmoduls).

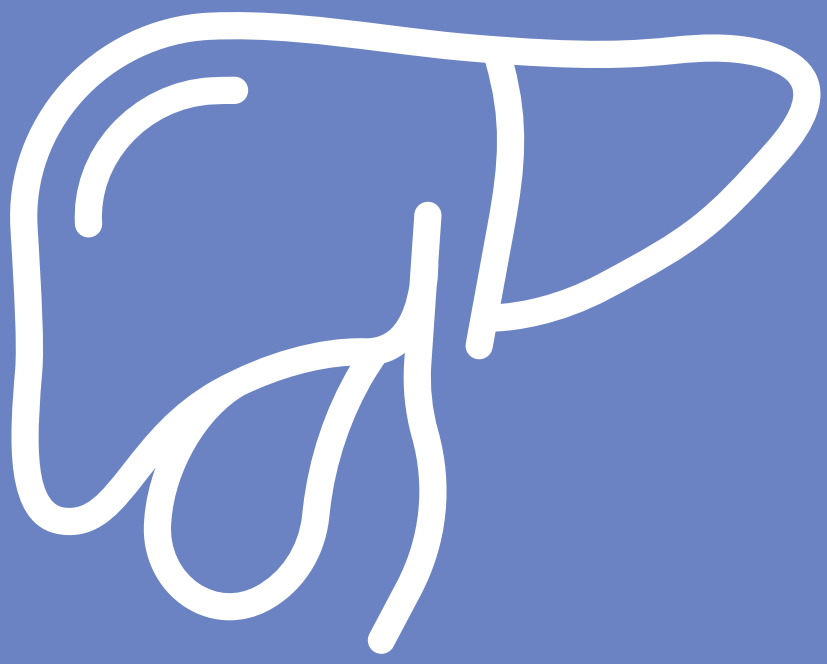
In beiden Auswertungsmodulen *NET-NTX* und *NET-PNTX* ist eine deutliche Zunahme der Fallzahlen in der Grundgesamtheit zu verzeichnen. Die Behandlungsqualität scheint jedoch gemäß der positiven Ergebnisentwicklung nicht unter der erhöhten Fallzahl zu leiden – ganz im Gegenteil verbesserten sich die Ergebnisse für viele Indikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2026. Dies wird auch durch die konsequente und sensitive Durchführung des Stellungnahmeverfahrens erreicht. Länger werdende Überlebenszeiten bereichern das Leben Transplantierter, geben aber auch Aufschluss über die Behandlungsqualität. Dementsprechend wird für die Zukunft eine Ausweitung der Follow-up-Zeiträume geprüft.

Am 14. März 2025 übergab das IQTIG Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens *QS NET-NTX* und *QS NET-PNTX* infolge der Verfahrensprüfung gemäß dem Eckpunktebeschluss. Mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 entschied der GBA, den Empfehlungen des IQTIG zur Weiterentwicklung der Auswertungsmodule *NET-NTX* und *NET-PNTX* zunächst nicht zu folgen. Neben der Streichung einiger Indikatoren und Kennzahlen (IDs 302300, 572024, 572025, 572026, 572027, 572028, 312300, 572043, 572044, 572045 und 572046) hatte das IQTIG die Anpassung weiterer Kennzahlen (IDs 572100 und 572101) vorgenommen. Weiterhin wurde die Streichung von für die Qualitätssicherung nicht genutzten Datenfeldern sowie die Umstellung der Datenakquise auf Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, um die qualitätssicherungsbezogenen Dokumentationsaufwände der Leistungserbringer zu reduzieren. Auch wenn diese Empfehlungen beim GBA grundsätzlich als nachvollziehbar betrachtet wurden, hätte die Streichung von Datenfeldern und die Umstellung auf Sozialdaten einen direkten Einfluss auf die transplantationsmedizinischen Datenflüsse, hier besonders auf die Bereitstellung von Daten für das Transplantationsregister. Bevor die empfohlenen Anpassungen erneut diskutiert werden können, bedarf es daher zunächst einer umfassenderen Betrachtung der Empfehlungen über die Grenzen der reinen Qualitätssicherung hinaus, z. B. in Form eines intensiven Austauschs des IQTIG mit der Transplantationsregisterstelle. Der gemeinsame Austausch zwischen dem IQTIG und der Transplantationsregisterstelle wurde im Jahr 2026 begonnen.

Zukünftig wird in *QS NET* eine Patientenbefragung in den Auswertungsmodulen *NET-DIAL* und *NET-NTX* eingeführt. Damit wird im Verfahren neben der QS-Dokumentation und Sozialdaten auch die Sicht der Patientinnen und Patienten als Datenquelle zur Messung der Versorgungsqualität herangezogen.

© IQTIG 2026

# Viszeralchirurgie



# Cholezystektomie

## Hintergrund

In Deutschland werden jährlich rund 170.000 Cholezystektomien (Entfernungen der Gallenblase) durchgeführt. In ca. 90 % aller Fälle wird die Cholezystektomie laparoskopisch, d. h. mittels sogenannter Schlüssellochchirurgie, vorgenommen. Operationsverfahren, bei denen der operative Zugang über natürliche Körperöffnungen (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*, NOTES) erfolgt, haben bislang noch nicht Eingang in die klinische Praxis gefunden. In seltenen Fällen kann auch eine Entfernung der Gallenblase im Rahmen einer aus anderen Gründen durchgeführten Bauchoperation sinnvoll und notwendig sein (Simultancholezystektomie). Bei der operativen Versorgung eines Gallen- oder Gallensteinleidens können vereinzelt schwerwiegende Komplikationen auftreten, z. B. Verletzungen der Gallenwege oder der Blutgefäße. Im schlimmsten Fall können postoperative Komplikationen auch zum Tod führen.

**Weitere Informationen zum QS-Verfahren**

Die Bundesauswertung sowie Details zu den Qualitätsindikatoren und zum Expertengremium auf Bundesebene finden Sie unter:

*iqtig.org/qs-che*

Das QS-Verfahren *Cholezystektomie* (*QS CHE*) beobachtet und analysiert die Häufigkeit solcher Ereignisse und dient der Beurteilung stationär erbrachter Indexeingriffe von Cholezystektomien. Ziele des QS-Verfahrens sind es, die Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit zu verbessern und somit auch Komplikationsraten während und nach den Eingriffen zu verringern sowie Folgeerkrankungen zu vermeiden.

**Wichtiges in Kürze**

- Bundesergebnisse zeigen ein stabiles und überwiegend gutes Versorgungsniveau
- Verknüpfungsrate der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem QS-Datensatz liegt weiterhin konstant über der Mindestanforderung von 95 %
- zukünftige Prüfung, ob durch die Zusammenfassung mehrerer Messgrößen zu einem sogenannten Index aussagekräftigere Ergebnisse erzielt und der Aufwand im Stellungnahmeverfahren reduziert werden kann
- Ausblick: durch die Aufnahme von Hernien- und Galleneingriffen in den Hybrid-DRG-Katalog ist eine signifikante Verschiebung der Versorgung vom stationären in den vertragsärztlichen Bereich erwartbar, daher ist eine Ausweitung der externen Qualitätssicherung auf ambulant durchgeführte Cholezystektomien im niedergelassenen Bereich notwendig

Aufgrund der bestehenden Vorbelastung werden Cholezystektomien als dokumentationspflichtige Leistung aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen, wenn die Patientinnen und Patienten von einer bösartigen Erkrankung der Gallenblase, der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis betroffen sind. Ebenso stellen bösartige Neubildungen an Organen im Bauchraum sowie Simultancholezystektomien während eines Eingriffs ein Ausschlusskriterium dar.

### Qualitätsindikatoren

Das Verfahren *QS CHE* umfasst 7 Qualitätsindikatoren, welche sowohl die Daten der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation als auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V zur Berechnung heranziehen. Alle Indikatoren adressieren die Qualitätsdimension der Patientensicherheit (Ergebnisqualität), da sie das Auftreten von intra- oder postoperativen Komplikationen nach einer Cholezystektomie messen. Intra- oder postoperative Komplikationen stellen unerwünschte Ereignisse dar, die das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko zusätzlich erhöhen und körperliche Beeinträchtigungen wie beispielsweise Schmerzen oder Verletzungen verursachen können. Sie können zu einer Verlängerung des Behandlungsprozesses führen und somit zu einer zusätzlichen Belastung für die Patientinnen und Patienten.

Intraoperative Verletzungen, wie z. B. eine Verletzung der Gallenwege oder die Durchtrennung oder der Verschluss des Ductus hepatocholedochus (Hauptgallengang), gehören zu den gravierendsten Komplikationen bei Cholezystektomien und werden über den Indikator zu operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000) analysiert. Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen können sowohl intra- als auch postoperativ entdeckt und behandelt werden. Sie können ein Grund für den Umstieg vom laparoskopischen auf den invasiveren offen-chirurgischen Zugangsweg für die Cholezystektomie sein.

© IQTIG 2026

Postoperative Infektionen werden über den Indikator zu eingriffsspezifischen Infektionen innerhalb von 30 Tagen (ID 58002) ausgewertet. Bei offen-chirurgischen Cholezystektomien ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine postoperative Infektion auftritt, signifikant höher als bei laparoskopischen Cholezystektomien. Eine postoperative Infektion nach einer Cholezystektomie kann z. B. zu einem Leberabszess oder einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) führen.

Der Indikator 58006 erfasst alle Todesfälle innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie, da für diesen Zeitraum davon ausgegangen werden kann, dass postoperative Komplikationen einen Einfluss auf das Versterben der Patientinnen und Patienten haben. Die Vermeidung und die angemessene Behandlung von postoperativen Komplikationen sind deshalb entscheidend für die Verhinderung von postoperativen Todesfällen.

Mit dem Indikator 58003 werden alle Patientinnen und Patienten erfasst, bei denen interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie auftraten. Dazu zählen Blutungen, die eine Transfusion erfordern oder eine Blutungsanämie bzw. einen Schock während oder nach dem Eingriff verursachen. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen bereits vor der Cholezystektomie eine Anämie bestand oder eine Transfusion notwendig wurde.

Der Indikator 58004 adressiert allgemeine, nicht eingriffsspezifische postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie, wie z. B. eine Thrombose, eine Lungenembolie, eine Pneumonie, einen Myokardinfarkt oder einen Ileus.

Langfristige postoperative Komplikationen nach einer laparoskopischen oder nach einer offen-chirurgischen Cholezystektomie, die symptomatisch werden und eine Intervention erfordern, werden mit dem Indikator 58005 fokussiert. Dazu zählt beispielsweise eine Narbenhernie (Narbenbruch im Bereich einer Operationsnarbe an der Bauchdecke).

Ebenso können nach dem Eingriff zurückgelassene Fremdkörper (z. B. OP-Tücher oder Instrumente) unerwünschte postoperative Komplikationen verursachen.

Erneute operative oder interventionelle Eingriffe nach einer Gallenblasenentfernung wegen postoperativ aufgetretener Komplikationen werden mit dem Indikator 58001 erfasst. Dies können beispielsweise Gallengangsverletzungen, Blutgefäßverletzungen und Blutungen sowie postoperative Infektionen sein.

Bei den Indikatoren im Verfahren *QS CHE* handelt es sich um sogenannte Follow-up-Indikatoren. Das bedeutet, für die Berechnung der Indikatoren werden neben der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V ausgewertet, wodurch der weitere Krankheitsverlauf einer Patientin oder eines Patienten über einen längeren Zeitraum nach der Entlassung nachvollzogen werden kann. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Sozialdaten erst mit einem gewissen Zeitverzug ausgewertet und berichtet werden können. Der Zeitraum der Nachverfolgung, der im Verfahren *QS CHE* bei 30, 90 und 365 Tagen liegt, muss zunächst abgeschlossen und die Abrechnungsdaten des Leistungserbringers bei der Krankenkasse angekommen sein. Erst im Anschluss können die Daten an das IQTIG übermittelt werden. Daher enthalten die Auswertungen dieses QS-Verfahrens grundsätzlich immer zwei Erfassungsjahre:

- für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005 und 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach der Cholezystektomie (Indexeingriff)
- für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen (IDs 58000, 58002, 58003 und 58004): Auswertung im ersten Jahr nach der Cholezystektomie (Indexeingriff)


© IQTIG 2026

# Einordnung der Ergebnisse

## Datengrundlage

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2024 wurden im Verfahren *QS CHE* zum Erfassungsjahr 2025 mehr Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit verblieb in einem ähnlichen Bereich. Insgesamt wurden QS-Dokumentationsdaten von 168.854 Patientinnen und Patienten erfasst. Dies ist ein Anstieg um 2,6 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2024: 164.482).

In Bezug auf die Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen bestehen im aktuellen Auswertungsjahr Einschränkungen durch Nicht- bzw. Fehllieferungen. Die fehlerhafte Datenlieferung hatte zur Folge, dass zu allen Versicherten einer bundesweit agierenden Krankenkasse keine Sterbeinformationen übermittelt wurden. Diese Krankenkasse deckt ca. 2 % aller gesetzlich Versicherten ab. Dadurch wird die Mortalität in allen sozialdatenbasierten Indikatoren um 2 % unterschätzt. Des Weiteren fehlten bei der letzten Quartalslieferung von drei Krankenkassen Daten eines Monats. Bei 5 der 7 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren (IDs 58000, 58002, 58003, 58004 und 58006) sind daher Beeinträchtigungen möglich. Zusammenfassend sind die Auswirkungen der Nicht- und Fehllieferungen bei den Sozialdaten im Verfahren *QS CHE* für das Auswertungsjahr 2026 allerdings als gering einzuschätzen. Es lässt sich jedoch nicht ausschließen, dass die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren durch die beschriebenen Nicht- und Fehllieferungen von Sozialdaten auf Leistungserbringerebene beeinflusst werden.

Für das Erfassungsjahr 2024 konnten 97,28 % und für das Erfassungsjahr 2025 97,50 % der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem QS-Datensatz für das Verfahren *QS CHE* verknüpft werden. Die Verknüpfungsrate liegt damit für die Erfassungsjahre 2024 und 2025 nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %.

**Datengrundlage *QS CHE***

| | EJ 2024 | EJ 2025 | | |
|---|---|---|---|---|
| | geliefert | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit |
| Datensätze | 164.482 | 168.854 | 167.856 | 100,59 % |
| Leistungserbringer (Auswertungsstandorte) | 1.060 | 1.034 | - | - |

**Verknüpfungsrate mit Sozialdaten *QS CHE***

| Erfassungsjahr | Anzahl übermittelter QS-Daten | Verknüpfungsrate mit Sozialdaten |
|---|---|---|
| 2025 | 168.796 | 97,50 %<br>N = 164.575 |
| 2024 | 164.442 | 97,28 %<br>N = 159.962 |

## Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren zum Auswertungsjahr 2026 stellen zum einen die Bundesergebnisse für das Erfassungsjahr 2025 dar. Dies betrifft die risikoadjustierten Indikatoren mit 30-Tage-Follow-up und einem Indexeingriff im Jahr 2025 (IDs 58000, 58002, 58003 und 58004). Zum anderen werden die risikoadjustierten Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen sowie einem Indexeingriff im Jahr 2024 (IDs 58001, 58005 und 58006) ausgewiesen. Im Verfahren *QS CHE* zeigt sich insgesamt eine stabile Versorgungslage. Cholezystektomien werden bundesweit zwar häufig durchgeführt, in der Gesamtheit treten jedoch nur sehr selten Komplikationen auf. Dennoch aufgetretene Komplikationen werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zudem überwiegend als qualitativ unauffällig eingestuft. Alle Indikatoren besitzen einen perzentilbasierten Referenzbereich (≤ 95.Perzentil), d. h., in allen Indikatoren weisen etwa 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse auf.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 verzeichnen fast alle Indikatoren einen Anstieg des Anteils der qualitativ auffälligen Ergebnisse. Dies trifft in vergleichbarem Maße auch für die Einleitung von Maßnahmen der Stufe 1 zu. Diese Anstiege sind nicht auf eine tatsächliche Verschlechterung der Qualität der Versorgung zurückzuführen – im Gegenteil: Die bundesweiten Ergeb-

nisse von 6 der 7 Indikatoren zeigen sich in den Jahren, die dem Stellungnahmeverfahren zugrunde liegen, rückläufig. Vielmehr wurde eine Effizienzsteigerung des Stellungnahmeverfahrens durch zwei Entwicklungen im Verfahren erreicht. Zum einen wurde im Auswertungsjahr 2025 eine neue statistische Methodik zur Ermittlung der rechnerischen Auffälligkeit eingeführt. Bei der Bewertung von Leistungserbringerergebnissen wird nun die von der Fallzahl abhängige statistische Unsicherheit berücksichtigt, sodass nicht jede Abweichung vom Referenzbereich zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt.

In der Regel ist also die Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten nach der neuen Methodik geringer, wodurch die Aufwände im Stellungnahmeverfahren effizienter eingesetzt werden können. Zum anderen können seit dem Auswertungsjahr 2025 Sozialdaten bei den Krankenkassen als einrichtungsübergreifende Follow-up-Datensätze für eine Bewertung im Stellungnahmeverfahren herangezogen werden.
In der Gesamtheit führten die Stellungnahmen bei allen Indikatoren meist zu einem Monitoring, selten zu weiteren Maßnahmen oder Sanktionen.

**Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren *QS CHE***

| ID | Qualitätsindikator | Bundesergebnis AJ 2025 | Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich) | Veröffentlichung im Qualitätsbericht der Krankenhäuser |
|---|---|---|---|---|
| 58000 | Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen | 1,00<br>O/E = 1.202 / 1.202,00<br>0,76 %<br>O/N = 1.202 / 158.995 | 1,05<br>O/E = 1.280 / 1.217,79<br>0,78 %<br>O/N = 1.280 / 164.575<br>(≤ 1,17; 95. Perzentil) | ● |
| 58004 | Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen | 1,00<br>O/E = 4.245 / 4.245,00<br>2,67 %<br>O/N = 4.245 / 158.995 | 0,98<br>O/E = 4.170 / 4.256,44<br>2,53 %<br>O/N = 4.170 / 164.575<br>(≤ 1,05; 95. Perzentil) | ● |
| 58002 | Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen | 1,00<br>O/E = 2.004 / 2.004,00<br>1,26 %<br>O/N = 2.004 / 158.995 | 1,06<br>O/E = 2.154 / 2.029,25<br>1,31 %<br>O/N = 2.154 / 164.575<br>(≤ 1,35; 95. Perzentil) | ● |
| 58003 | Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen | 1,00<br>O/E = 2.330 / 2.330,00<br>1,47 %<br>O/N = 2.330 / 158.995 | 0,98<br>O/E = 2.278 / 2.334,26<br>1,38 %<br>O/N = 2.278 / 164.575<br>(≤ 1,10; 95. Perzentil) | ● |
| 58001 | Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | 1,00<br>O/E = 6.637 / 6.637,00<br>4,24 %<br>O/N = 6.637 / 156.685 | 0,96<br>O/E = 6.374 / 6.634,90<br>3,98 %<br>O/N = 6.374 / 159.962<br>(≤ 1,27; 95. Perzentil) | ● |
| 58005 | Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres | 1,00<br>O/E = 2.720 / 2.720,00<br>1,74 %<br>O/N = 2.720 / 156.685 | 1,02<br>O/E = 2.797 / 2.736,50<br>1,75 %<br>O/N = 2.797 / 159.962<br>(≤ 1,13; 95. Perzentil) | ● |
| 58006 | Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen | 1,00<br>O/E = 2.838 / 2.838,00<br>1,81 %<br>O/N = 2.838 / 156.685 | 1,04<br>O/E = 2.807 / 2.702,98<br>1,75 %<br>O/N = 2.807 / 159.962<br>(≤ 1,11; 95. Perzentil) | ● |


© IQTIG 2026

**Auffälligkeiten der Qualitätsindikatoren *QS CHE***

| ID | Qualitätsindikator | AJ 2025 | | AJ 2026 |
|---|---|---|---|---|
| | | rechnerische Auffälligkeiten | qualitative Auffälligkeiten | rechnerische Auffälligkeiten |
| 58000 | Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen | 53 / 1.062<br>4,99 % | 9 / 1.062<br>0,85 % | 52 / 1.033<br>5,03 % |
| 58004 | Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen | 53 / 1.062<br>4,99 % | 5 / 1.062<br>0,47 % | 49 / 1.033<br>4,74 % |
| 58002 | Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen | 53 / 1.062<br>4,99 % | 13 / 1.062<br>1,22 % | 52 / 1.033<br>5,03 % |
| 58003 | Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen | 54 / 1.062<br>5,08 % | 7 / 1.062<br>0,66 % | 53 / 1.033<br>5,13 % |
| 58001 | Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | 53 / 1.071<br>4,95 % | 7 / 1.071<br>0,65 % | 53 / 1.060<br>5,00 % |
| 58005 | Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres | 55 / 1.071<br>5,14 % | 4 / 1.071<br>0,37 % | 52 / 1.060<br>4,91 % |
| 58006 | Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen | 52 / 1.071<br>4,86 % | 2 / 1.071<br>0,19 % | 53 / 1.060<br>5,00 % |

## Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Verfahren *QS CHE* 47 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle 327 eingeleiteten Stellungnahmeverfahren einem Anteil von 14,37 % entspricht. 240 Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig eingestuft. Anteilig am häufigsten wurde zum Indikator „Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen" ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) entfallen auf die Indikatoren zu den operationsbedingten Gallenwegskomplikationen (ID 58000), den eingriffsspezifischen Infektionen (ID 58002) bzw. den interventionsbedürftigen Blutungen (ID 58003) innerhalb von 30 Tagen und zu den Reinterventionen aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (ID 58001).

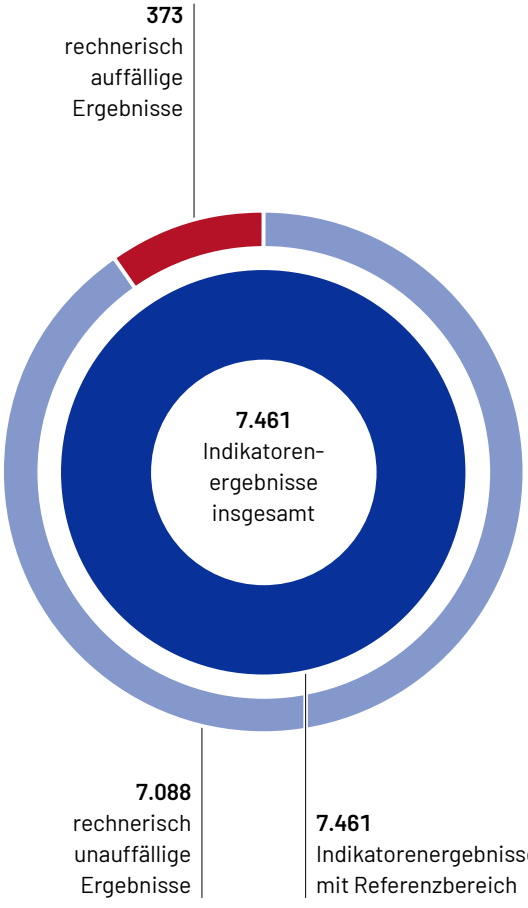
Der überwiegende Teil der rechnerischen Auffälligkeiten wurde nach Prüfung als qualitativ unauffällig bewertet. Häufige Ursachen waren Einzelfälle, Dokumentations- bzw. Kodierfehler oder nachvollziehbare klinische Verläufe. Die Maßnahmenstufe 2 wurde in keinem Indikator angewendet. Qualitativ auffällige Ergebnisse beruhten überwiegend auf Struktur- und Prozessmängeln durch Defizite im OP-, Komplikations- oder Gerinnungsmanagement oder einer unzureichenden Behandlung komplexer Fälle sowie fehlenden oder ungenügenden Stellungnahmen. In 26 Fällen wurde über alle Indikatoren hinweg die Maßnahmenstufe 1 empfohlen bzw. initiiert. Dies betraf Einrichtungen, bei denen es beispielsweise zu einer auffälligen Häufung von Choledochus- bzw. Gallengangsverletzungen oder zu einer erhöhten Anzahl eingriffsspezifischer Infektionen wie Dünndarmverletzungen oder postoperative Abszesse kam. Aber auch auffällige Reinterventionsraten sowie strukturelle Defizite im OP- und Komplikationsmanagement führten dazu, dass LAG verschiedene weiterführende Maßnahmen ergriffen haben. Diese umfassten für das Auswertungsjahr 2025

- die Einholung zusätzlicher Informationen (OP-Berichte, Epikrisen oder pathologische Befunde) zur vertieften Fallprüfung,
- die Analyse des eigenen Vorgehens mit Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen,
- die Empfehlungen zu Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien,
- die Erarbeitung von Behandlungspfaden und
- die Durchführung von Peer Reviews.

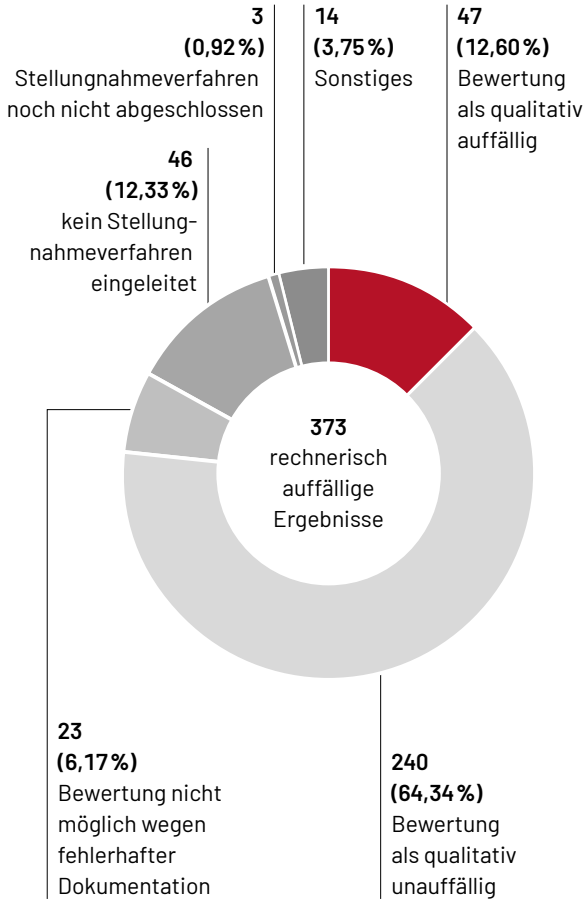
Über die mandantenfähige Datenbank (M-DB), einem Webportal zur Unterstützung der LAG beim Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern, können seit dem Auswertungsjahr 2025 nun auch Patientinnen und Patienten identifiziert und im Stellungnahmeverfahren betrachtet werden, deren Komplikation in einer anderen Einrichtung versorgt wurde als

derjenigen, die den Indexeingriff (Cholezystektomie) vorgenommen hatte. Bisher wurden in der M-DB keine einrichtungsübergreifenden Follow-up-Datensätze mithilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen bereitgestellt, wodurch in diesen Fällen nicht der gesamte Patientenverlauf im Stellungnahmeverfahren betrachtet, geprüft und bewertet werden konnte. Nun können allerdings in der M-DB alle dafür relevanten Informationen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zusammengeführt werden. Die LAG erhalten dadurch unter bestimmten Voraussetzungen unterjährig oder während der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens den Zugriff auf fallbezogene Daten. Auch wenn dies eine erfreuliche Entwicklung darstellt, weisen die LAG einschränkend darauf hin, dass Komplikationen, die einrichtungsübergreifend auftreten bzw. behandelt werden, noch nicht vollumfänglich nachverfolgt werden können. Dies betrifft gleichermaßen Todesfälle, welche nach der Entlassung auftreten. Das liegt insbesondere daran, dass den zur Stellungnahme aufgeforderten Leistungserbringern die Hintergründe einer Komplikationsdiagnose nicht bekannt sind, wenn die Folgebehandlung einer Cholezystektomie nicht an ihrem Standort stattgefunden hat. Eine Abbildung der Kausalität bzw. der Zuschreibbarkeit und infolgedessen eine Ableitung von qualitätsfördernden Maßnahmen sind in diesen Fällen nur schwer möglich. Das Expertengremium auf Bundesebene hält dennoch an der Wichtigkeit der Nachbeobachtung von späten Komplikationen und Sterbefällen fest und verweist auf die Begrenzung durch die bestehende Methodik des derzeitigen Stellungnahmeverfahrens. Es wird daher eine dringende Notwendigkeit der methodischen Anpassung für das Stellungnahmeverfahren gesehen, welche eine bessere Nachvollziehbarkeit jener Fälle ermöglicht. Hier bedarf es weiterer Ausgestaltungen in der Methodik des Stellungnahmeverfahrens.

**Indikatorenergebnisse und rechnerische Auffälligkeiten – *QS CHE***




**Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens – *QS CHE***



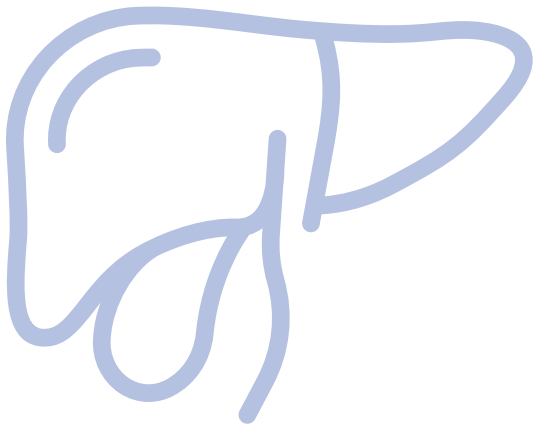


© IQTIG 2026

## Ausblick

Seit 2025 werden Hernien- und Galleneingriffe über den Hybrid-DRG-Katalog abgebildet, somit ist zu erwarten, dass die Anzahl ambulant (vertragsärztlich) durchgeführter Cholezystektomien weiterhin steigen wird, bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl stationär durchgeführter Operationen. Zukünftig wird es daher eine signifikante Verschiebung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich geben. Um weiterhin sichere Aussagen über die Versorgungsqualität treffen zu können, sollten auch ambulant durchgeführte Cholezystektomien im niedergelassenen Bereich in die Qualitätssicherung einbezogen werden. Nur dann können die Verfahrensziele aus der DeQS-RL – Verbesserung der Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit, Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen, Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe – vollumfänglich weiterverfolgt werden.

Darüber hinaus soll zukünftig zum einen das Thema Indikationsstellung stärker geprüft und in den Fokus des Verfahrens gerückt werden. Zum anderen sind im Verfahren *QS CHE* bisher ausschließlich Ergebnisindikatoren enthalten, die schwerwiegende qualitätsrelevante Ereignisse wie größere Komplikationen oder das Versterben erfassen. Dies hat zur Folge, dass für zahlreiche Indikatoren die erwartete Häufigkeit dieser Ereignisse, insbesondere in Einrichtungen mit niedrigen Fallzahlen, sehr gering ist und damit die Wahrscheinlichkeit, statistisch belastbare Aussagen zu tatsächlich existierenden Qualitätsproblemen zu erhalten, sich massiv verringert. Es soll daher geprüft werden, ob eine bessere statistische Unterscheidungs- oder Diskriminationsfähigkeit über einen Index im Vergleich zu einzelnen Ergebnisindikatoren im Verfahren *QS CHE* erzielt werden kann. Bereits jetzt können die Indikatoren als Indizes verstanden werden, da bei ihnen jeweils verschiedene Komplikationen mithilfe von ICD- bzw. OPS-Kodes gezählt werden.



# Anhang

# Allgemeine Hinweise zu den Auswertungen

## Datengrundlage

Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten. Welcher Standort der Auswertungsstandort ist, ist verfahrensspezifisch und jeweils innerhalb der DeQS-RL definiert. Er variiert zwischen dem aufnehmenden, dem behandelnden (z. B. operierenden), dem diagnostizierenden und dem entlassenden Standort.

Entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort Patientinnen oder Patienten entlassen hat, bei denen er sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor, und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet" eine Anzahl ausgegeben werden.

## Maskierte oder fehlende Ergebnisse

Bei Zähler- (O) oder Nennerwerten (N), die weniger als vier Fälle aufzeigen, wird der konkrete Zahlenwert aus Datenschutzgründen durch die Angabe *≤ 3* maskiert. Das ermittelte Ergebnis wird zusätzlich mit einem x ersetzt, um eine Rückrechnung auf die maskierten Angaben zu verhindern.

Kann ein Ergebnis aufgrund fehlender Daten oder inhaltlich-methodischer Einschränkungen nicht berechnet werden, wird dies durch die Angabe eines Strichs (-) dargestellt.

## Vorjahresergebnisse

Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren dargestellt, so werden für alle dargestellten Jahre jeweils die aktuellen Rechenregeln und Referenzbereiche angewendet (Neuberechnung).

Fehlende Vorjahres- oder Vorvorjahresergebnisse bedeuten, dass die Daten eines ganzen Vorjahres nicht mit den Ergebnissen des aktuellen Erfassungsjahres vergleichbar sind oder dass der Indikator im entsprechenden Jahr nicht berechnet wurde.

## Methode der Auffälligkeitsbestimmung

In den Verfahren *QS KAROTIS*, *QS GYN-OP*, *QS MC*, *QS PCI*, *QS DEK* und *QS CHE* wird eine neue Methodik zur rechnerischen Auffälligkeitseinstufung verwendet. Damit wird auf eine Einstufungsmethodik umgestellt, die statistische Unsicherheit über die zugrunde liegende Qualität von Leistungserbringern berücksichtigt. Ein Leistungserbringer wird dann rechnerisch auffällig, wenn die Wahrscheinlichkeit, den Referenzwert einzuhalten, so klein ist, dass sie einen Schwellenwert α unterschreitet. Bei der Setzung des Schwellenwerts α wurden verfahrens- oder indikatorspezifische Besonderheiten berücksichtigt. Einhergehend mit der Umstellung der Methodik zur rechnerischen Auffälligkeitseinstufung ist eine veränderte Bestimmung perzentilbasierter Referenzbereiche. Weitere Informationen zum methodischen Vorgehen sind auf der Website[1] des IQTIG abrufbar; die Schwellenwerte sind in der Bundesauswertung der betreffenden Verfahren dargestellt. In den anderen Verfahren wird noch das Vorgehen entsprechend der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) angewendet.

1 *iqtig.org/biom-auff*

# Glossar

## Auffälligkeit, qualitative

Bewertung der Versorgungsqualität von Leistungserbringerergebnissen, wenn diese das Qualitätsziel verfehlt. Die Bewertung erfolgt auf Grundlage eines Stellungnahmeverfahrens und einer Begutachtung durch Expertinnen und Experten. Stellungnahmeverfahren werden mit Leistungserbringern geführt, die rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen.

## Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert)

Bewertung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers auf Grundlage des Ergebnisses eines Qualitätsindikators für diesen Leistungserbringer, wenn dieses außerhalb des Referenzbereichs liegt. Eine weiterentwickelte Methodik, die dabei die statistische Unsicherheit berücksichtigt, wird bereits in den Verfahren *QS PCI*, *QS MC*, *QS GYN-OP*, *QS CHE*, *QS KAROTIS* und *QS DEK* angewendet.

## Auffälligkeitskriterien

Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die dokumentierten QS-Daten jedes Leistungserbringers werden anhand von Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten geprüft.

Unterschieden werden zwei Arten: *Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit* prüfen, ob die vom Leistungserbringer gelieferten Angaben inhaltlich plausibel sind. *Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit* prüfen, ob ein Leistungserbringer die erwartete Menge an Daten geliefert hat.

## Auswertungsjahr

Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht.

Die zugehörigen Zwischenberichte werden dem Auswertungsjahr des Jahresberichts zugeordnet. Standardmäßig wird im Auswertungsjahr das Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

## Auswertungsmodul

In einem Auswertungsmodul werden die Ergebnisse mehrerer Qualitätsindikatoren und Kennzahlen eines QS-Verfahrens oder eines seiner Teilbereiche zusammengestellt. Die meisten QS-Verfahren enthalten ein einziges Auswertungsmodul, das alle Indikatoren und Kennzahlen des Verfahrens umfasst und namentlich mit ihm identisch ist (z. B. Auswertungsmodul PCI im Verfahren *QS PCI*). Bei einigen Verfahren sind die Indikatoren in mehrere Auswertungsmodule aufgeteilt, die verschiedene (medizinische) Teilbereiche des Verfahrens abdecken – bspw. die Module *HGV-OSFRAK* und *HGV-HEP* im Verfahren *QS HGV*.

## Berichtszeitraum

Zeitraum, zu dem für einen Qualitätsindikator bzw. eine Kennzahl eine Auswertung erfolgt bzw. über den berichtet wird.

In Bezug auf einen Bericht umfasst der Berichtszeitraum die Gesamtheit der berichteten indikator- bzw. kennzahlspezifischen Berichtszeiträume. Die Vergleichswerte (Vorjahre) werden mit dem Begriff Vergleichszeitraum adressiert.

Bei Follow-up-Verfahren umfasst der Berichtszeitraum den Zeitraum ab dem Erfassungsjahr der Entlassung (Index-/Ersteingriff) bis zum Jahr des erforderlichen Folgeereignisses.

## Best Practice

Instrument des Qualitätsmanagements für die Ermittlung und Bereitstellung der jeweils besten bzw. erfolgreichen Methoden oder Verfahren für die Erreichung eines bestimmten Qualitätsziels. Nach der DeQS-RL kann ein Stellungnahmeverfahren zu diesem Zweck auch bei auffällig guten Ergebnissen geführt werden.

## Datenfeld

Kleinste auswertungsfähige Einheit eines Datensatzes mit für die Qualitätssicherung erforderlichen Informationen (z. B. Angabe des Datums der Prozedur).


© IQTIG 2026

## Datenquelle

Stelle, an der Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erfasst werden. Zurzeit stehen u. a. folgende Datenquellen zur Verfügung: Dokumentation der Leistungserbringer (fallbezogen und einrichtungsbezogen), Sozialdaten bei den Krankenkassen und Befragung von Patientinnen und Patienten.

## Datensatz

Der Begriff hat mehrere Bedeutungen im Kontext der Qualitätssicherung: 1. eine in einer direkten Beziehung zueinander stehende Menge von Daten (-feldern), die einem Behandlungsfall zuordenbar ist (bspw. ein Dokumentationsbogen); 2. Datei, die mehrere Einzeldatensätze übergreift, bspw. ein von einer Krankenkasse übermittelter Sozialdatensatz; 3. Spezifizierung der Auswahl und ggf. Verknüpfung zu erfassender Daten (bspw. hinsichtlich QS-Dokumentation, Sozialdaten, klinische Krebsregister).

Beim Datensatz nach Definition 1 werden unterschieden:

- Regulärer Datensatz: Dokumentationspflichtiger Behandlungsfall, der pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden muss, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Zeitraum mehrere Prozeduren erhält.
- Minimaldatensatz: Datensatz, der angelegt werden muss, wenn ein Leistungserbringer einen regulären Datensatz (Dokumentationsbogen) für einen Behandlungsfall ausnahmsweise nicht abschließen kann, wenn z. B. ein Eingriff abgebrochen werden musste. Er wird zusammen mit den abgeschlossenen regulären Dokumentationsbögen dafür benötigt, bei einem QS-Verfahren die Vollzähligkeit der übermittelten Datensätze im Abgleich mit der Sollstatistik festzustellen. Er geht nicht in die Auswertung der Qualitätsindikatoren ein.

## Erfassungsjahr

Jahr, zu dem Qualitätssicherungsdaten für die Auswertung erfasst wurden.

Bei den meisten QS-Verfahren entspricht dies dem Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen wurde (dadurch sind sogenannte Überlieger berücksichtigt); bei ambulanten Fällen sind Aufnahmejahr und Entlassungsjahr identisch, weil Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgt.

## Follow-up-Indikator

In der externen Qualitätssicherung wird ein Qualitätsindikator auch als Follow-up-Indikator bezeichnet, wenn er Qualität nicht nur auf Grundlage von Ereignissen aus der initialen Behandlungsepisode, sondern auch anhand späterer Ereignisse während eines Beobachtungszeitraums beschreibt, z. B. anhand später aufgetretener Komplikationen. Diese Ereignisse können über verschiedene Datenquellen (z. B. QS-Dokumentationsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen, Patientenbefragungen) erfasst werden.

## Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und beschließt die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.

## Grundgesamtheit

Gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Sie kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird.
In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.

## Hybrid-DRG

Sonderform der DRG (*Diagnosis Related Groups*, diagnosebezogene Fallgruppen; sogenannte Fallpauschalen), bei der eine medizinische Leistung gleich vergütet wird, unabhängig davon, ob diese durch ein Krankenhaus oder durch eine Vertragsärztin / einen Vertragsarzt erbracht wird. Hybrid bedeutet hier, dass die abzurechnende Leistung ambulant, teilstationär oder stationär erbracht werden kann.

## Indexeingriff

Eingriff bei einem Patienten bzw. einer Patientin, der zum Ausgangspunkt für weitere Beobachtungen der nachfolgenden Versorgung wird. Nachfolgende Ereignisse, die im medizinisch-fachlichen Zusammenhang stehen, werden auf ihn bezogen. Wird z. B. bei einer Patientin ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt und im weiteren Verlauf eine Wechseloperation notwendig, so wird die damit im Zusammenhang stehende vorherige Implantation als Indexeingriff definiert.

## Krankenhausstandort

Eine insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht abgegrenzte stationäre oder ambulante Versorgungseinheit eines Krankenhauses, deren medizinisch-pflegerische Leistungen bzw. deren Qualität durch die externe gesetzliche Qualitätssicherung erfasst werden kann.

- Ein *entlassender Standort* übermittelt das Soll aller dokumentationspflichtigen Fälle auf Basis der Patientinnen und Patienten nach Beendigung einer medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistung (Sollstatistik).
- Für die Abrechnung dieser Behandlungsfälle zuständig ist der *abrechnende Standort*; üblicherweise ist er identisch mit dem entlassenden Standort.
- Die Qualitätsbewertung für medizinisch-pflegerische Leistungen erfolgt für den *ausgewerteten Standort*, der für jedes QS-Verfahren festgelegt ist. Dieser kann
  - der aufnehmende Standort,
  - der behandelnde (z. B. operierende) Standort,
  - der diagnostizierende Standort oder
  - der entlassende Standort

  sein.

## Leistungserbringer

Einrichtung, die für Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerische Leistungen ambulant (z. B. Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren) oder stationär (z. B. Krankenhäuser) erbringt und deren Qualität durch die externe gesetzliche Qualitätssicherung erfasst werden soll (z. B. die rechtzeitige Behandlung nach einer Fraktur). Vertragsärztliche Einrichtungen werden durch eine Betriebsstättennummer (BSNR) und Krankenhäuser durch ein Institutionskennzeichen (IKNR) bzw. Krankenhausstandorte über die Standortnummer/-ID identifiziert.

## Minimaldatensatz (MDS)

siehe Datensatz.

## O, E, N (O/N, O/E, E/N)

O (observed) bezeichnet die Anzahl der beobachteten Zählerereignisse. Der Quotient O/N ist die beobachtete Rate (z. B. Anteil der Fälle mit Komplikationen) und wird in Prozent ausgedrückt. Das Ergebnis eines ratenbasierten Qualitätsindikators ist eine solche beobachtete Rate.

E (expected) bezeichnet bei risikoadjustierten Indikatoren die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (z. B. Komplikationen). Das Ergebnis des Qualitätsindikators ist in diesem Fall der Quotient O/E aus beobachteter und erwarteter Anzahl an Ereignissen. Ein Wert von O/E = 2 bedeutet, dass doppelt so viele Ereignisse eingetreten sind, wie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika erwartet. Zusätzlich zu O/N und O/E wird auch der Quotient E/N dargestellt, also die erwartete Rate an interessierenden Ereignissen (in Prozent). E/N ist ein Maß für das durchschnittliche Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten.

N bezeichnet die Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit.

## Perzentile

Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen bspw. 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.

## QS-Filter

Algorithmus, der mittels bestimmter Ein- und Ausschlusskriterien festlegt, welche Behandlungsfälle in einem QS-Verfahren durch die Leistungserbringer dokumentiert werden müssen. Nur wenn bspw. im Krankenhaus ein Behandlungsfall jedes der in der QS-Filter-Software definierten Kriterien erfüllt, gilt er als dokumentationspflichtig und geht bei korrekter Übermittlung der Dokumentation in die Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators ein. Auslösekriterien sind bspw. Diagnose- sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel (ICD, OPS) sowie zur zeitlichen Zuordnung das Aufnahmedatum, Behandlungsdatum bzw. Entlassdatum.


© IQTIG 2026

## Qualitätsindikator

Quantitative Größe, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglicht. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsmerkmal, Operationalisierung und Bewertungskonzept.

## Qualitätssicherung, externe

Prozesse und Maßnahmen, durch die für ausgewählte Versorgungsbereiche die Qualität der teilnehmenden Einrichtungen bewertet wird und ggf. Handlungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.

## Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)

Vom GBA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.

## Qualitätsziel

Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein").

## Referenzbereich

Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität").

## Sentinel Event

Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungnahmeverfahren nach sich zieht.

## Sollstatistik

Aufstellung, aus der auf Basis der Abrechnungsdaten die Zahl der dokumentationspflichtigen Fälle pro QS-Verfahren (Soll) für ein Erfassungsjahr hervorgeht. Sie ermöglicht durch Abgleich mit der Anzahl der tatsächlich übermittelten Datensätze eines Leistungserbringers eine Aussage über deren Vollzähligkeit.

## Sozialdaten bei den Krankenkassen

Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören u. a. Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.

## Standort

siehe Krankenhausstandort.

## Stellungnahmeverfahren

(Mehrstufiges) Verfahren, bei dem Leistungserbringer die Gelegenheit zur Stellungahme erhalten, wenn ihre Ergebnisse in Auswertungen rechnerisch auffällig sind. Dabei wird anhand von schriftlichen Stellungnahmen, der Durchführung von Gesprächen und von Begehungen geprüft, ob eine rechnerisch ermittelte Auffälligkeit auf qualitative Ursachen, z. B. Struktur- und Prozessmängel, zurückzuführen ist oder z. B. durch Einzelfälle, Dokumentationsfehler oder Softwarefehler erklärbar ist. Das Verfahren kann auch eingeleitet werden, wenn ein Leistungserbringer auffällig gute Ergebnisse hat oder in den Vorjahren wiederholt auffällig war. Können Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren nicht hinreichend aufgeklärt werden, kann sich die Einleitung von qualitätssichernden Maßnahmen anschließen.

© IQTIG 2026

## Tracer-Operationen

Operationen, die im Rahmen des Verfahrens *QS WI* nachbeobachtet werden, um die Rate der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eines Leistungserbringers zu ermitteln. Für das QS-Verfahren wurden Tracer-Operationen aus den folgenden acht Fachgebieten ausgewählt:

- Chirurgie/Allgemeinchirurgie
- Gefäßchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Orthopädie/Unfallchirurgie
- plastische Chirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Urologie
- Herzchirurgie (ausschließlich stationär)

## Transparenzkennzahl

Berichts- bzw. veröffentlichungspflichtige Kennzahl, die ohne direkten Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator über weitere wesentliche Aspekte der Versorgungsgeschehen einer einzelnen Einrichtung oder einrichtungsübergreifend informiert.

## Zähler

Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (z. B. das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.

## Zählleistungsbereich

Teilmenge eines QS-Verfahrens, bei dem verschiedene Operationen über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen erfasst werden – bspw. sind „Hüftendoprothesenimplantation" und „Wechsel und Komponentenwechsel" Zählleistungsbereiche im Modul *HGV-HEP* des QS-Verfahrens *QS HGV*. Die Definition und Erfassung der Teilmenge in der Sollstatistik ermöglicht den jeweiligen Soll-Ist-Abgleich auf Prozedurebene. Es kann für jeden Leistungserbringer erfasst werden, wie häufig es vorkommt, dass während einer medizinischen Behandlung verschiedene Operationen vorgenommen werden, wenn bspw. bei einer Hüftendoprothesenversorgung sowohl eine Implantation als auch ein Wechseleingriff erfolgt.


© IQTIG 2026

# Abkürzungsverzeichnis

**AJ**
Auswertungsjahr

**AOP-Katalog**
Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen

**DeQS-RL**
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

**EJ**
Erfassungsjahr

**GBA**
Gemeinsamer Bundesausschuss

**ICD**
Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)

**ICD-10-GM**
Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification

**ID**
Identifikationsnummer

**IKNR**
Institutionskennzeichennummer

**LAG**
Landesarbeitsgemeinschaft

**LE**
Leistungserbringer

**M-DB**
Mandantenfähige Datenbank

**MVZ**
Medizinische Versorgungszentren

**N**
Grundgesamtheit

**n. a.**
nicht anwendbar

**O/E**
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (*observed to expected ratio*)

**OPS**
Operationen- und Prozedurenschlüssel

**QI**
Qualitätsindikator

**QS**
Qualitätssicherung

**QSEB**
Qualitätssicherungsergebnisbericht

**SGB V**
Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

**SOP**
Standardvorgehensweise (*Standard Operating Procedure*)

**STNV**
Stellungnahmeverfahren

© IQTIG 2026

# Impressum

## Qualitätsreport 2026

**Auftraggeber**
Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin

**Herausgeber**
IQTIG — Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin

**Layout und Satz**
adlerschmidt gmbh kommunikationsdesign, Berlin

**Druck und Bindung**
PIEREG Druckcenter Berlin GmbH, Berlin

**Bildnachweis**
GBA / Svea Pietschmann: S. 4
IQTIG / Dong-Ha Choe: S. 5

Dieser Bericht einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Sämtliche Inhalte sind Eigentum des IQTIG. Sie unterliegen ausschließlich dessen Nutzung und dürfen ohne Zustimmung des IQTIG weder vervielfältigt noch auf andere Weise von Dritten verwendet werden.

Alle Rechte vorbehalten. Änderungen und Irrtum vorbehalten.

ISBN 978-3-9818131-6-6

© IQTIG 2026

Aktuelle Informationen zur gesetzlichen Qualitätssicherung im Gesundheitswesen finden Sie unter:

*www.iqtig.org*

**IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen**
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

(030) 58 58 26-0
qualitaetsreport@iqtig.org
www.iqtig.org