

QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen*

Bundesqualitätsbericht 2025

Impressum

Titel	QS-Verfahren <i>Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen</i> . Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	10
1 Hintergrund	11
2 Einordnung der Ergebnisse	19
2.1 Datengrundlage.....	19
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	30
2.2.1 Überblick	30
2.2.2 Detailergebnisse	49
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	78
2.3.1 Überblick	78
2.3.2 Detailergebnisse	85
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen.....	91
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	91
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	100
4 Evaluation	108
5 Ausblick.....	110
Literatur	111

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR.....	12
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH.....	13
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-KC.....	14
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-KC-KOMB.....	14
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR.....	15
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH.....	16
Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR.....	17
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH.....	17
Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-KC.....	17
Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR.....	18
Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH.....	18
Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-D.....	18
Tabelle 13: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH – Erfassungsmodul HCH.....	20
Tabelle 14: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) – KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH – Erfassungsmodul HCH.....	20
Tabelle 15: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2022) – KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH – Erfassungsmodul HCH.....	21
Tabelle 16: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) – KCHK-AK-CHIR.....	21
Tabelle 17: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) – KCHK-AK-CHIR.....	22
Tabelle 18: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) – KCHK-AK-CHIR.....	22
Tabelle 19: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) – KCHK-AK-KATH.....	23
Tabelle 20: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) – KCHK-AK-KATH.....	23
Tabelle 21: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) – KCHK-AK-KATH.....	24
Tabelle 22: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) – KCHK-KC.....	24
Tabelle 23: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) – KCHK-KC.....	25
Tabelle 24: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) – KCHK-KC.....	25
Tabelle 25: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) – KCHK-MK-CHIR.....	26

Tabelle 26: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-MK-CHIR.....	26
Tabelle 27: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-MK-CHIR.....	27
Tabelle 28: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-MK-KATH.....	27
Tabelle 29: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-MK-KATH.....	28
Tabelle 30: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-MK-KATH.....	28
Tabelle 31: Verknüpfungsrates mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH.....	29
Tabelle 32: Verknüpfungsrates mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH.....	29
Tabelle 33: Verknüpfungsrates mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH.....	29
Tabelle 34: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR.....	32
Tabelle 35: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR.....	34
Tabelle 36: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-AK-KATH.....	35
Tabelle 37: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) - KCHK-AK-KATH.....	37
Tabelle 38: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-KC.....	38
Tabelle 39: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) - KCHK-KC.....	40
Tabelle 40: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-KC-KOMB.....	40
Tabelle 41: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-MK-CHIR.....	43
Tabelle 42: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) - KCHK-MK-CHIR.....	45
Tabelle 43: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-MK-KATH.....	46
Tabelle 44: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) - KCHK-MK-KATH.....	48
Tabelle 45: QI 382000: Intraprozedurale Komplikationen, KCHK-AK-CHIR.....	50

Tabelle 46: QI 372000: Intraprozedurale Komplikationen, KCHK-AK-KATH	51
Tabelle 47: QI 372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-AK-KATH	51
Tabelle 48: QI 362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-KC-KOMB	51
Tabelle 49: QI 402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-MK-CHIR	52
Tabelle 50: QI 392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-MK-KATH	52
Tabelle 51: QI 382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR	53
Tabelle 52: QI 372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH	53
Tabelle 53: QI 352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC.....	54
Tabelle 54: QI 362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB.....	54
Tabelle 55: QI 402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR	55
Tabelle 56: QI 392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH.....	55
Tabelle 57: QI 362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB.....	56
Tabelle 58: QI 402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-CHIR.....	56
Tabelle 59: QI 392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-KATH.....	56
Tabelle 60: QI 362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB	57
Tabelle 61: QI 402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-CHIR	57
Tabelle 62: QI 392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-KATH	57
Tabelle 63: TKez 352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC.....	58
Tabelle 64: TKez 362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB	58
Tabelle 65: TKez 382002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-AK-CHIR.....	58
Tabelle 66: QI 362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB	60
Tabelle 67: QI 402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR	61
Tabelle 68: QI 392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH	61
Tabelle 69: QI 382003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR	63
Tabelle 70: QI 372003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH	63
Tabelle 71: QI 352400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC	63

Tabelle 72: QI 362400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB	64
Tabelle 73: QI 402008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR	64
Tabelle 74: QI 392008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH	64
Tabelle 75: QI 382004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-CHIR	65
Tabelle 76: QI 372004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-KATH	65
Tabelle 77: QI 352401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-KC	65
Tabelle 78: QI 362401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB	66
Tabelle 79: QI 402009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR	66
Tabelle 80: QI 392009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH	66
Tabelle 81: QI 382006: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-AK-CHIR	68
Tabelle 82: QI 372006: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-AK-KATH	68
Tabelle 83: QI 352007: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-KC	69
Tabelle 84: QI 362019: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-KC-KOMB	69
Tabelle 85: QI 402011: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-MK-CHIR	69
Tabelle 86: QI 392011: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-MK-KATH	70
Tabelle 87: TKez 382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-AK-CHIR	70
Tabelle 88: TKez 372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-AK-KATH	70
Tabelle 89: TKez 352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-KC	71
Tabelle 90: TKez 362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-KC-KOMB	71
Tabelle 91: TKez 402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-MK-CHIR	71
Tabelle 92: TKez 392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-MK-KATH	72
Tabelle 93: QI 382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR	72
Tabelle 94: QI 372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH	73
Tabelle 95: QI 352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC	73
Tabelle 96: QI 362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB	74
Tabelle 97: QI 402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR	74
Tabelle 98: QI 392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH	75
Tabelle 99: QI 382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-CHIR	75
Tabelle 100: QI 372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-KATH	76
Tabelle 101: QI 352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-KC	76
Tabelle 102: QI 362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB	77
Tabelle 103: QI 402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR	77
Tabelle 104: QI 392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH	78
Tabelle 105: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR	79
Tabelle 106: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR	79

Tabelle 107: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH	80
Tabelle 108: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH.....	80
Tabelle 109: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-KC	81
Tabelle 110: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-KC.....	81
Tabelle 111: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR	82
Tabelle 112: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR	82
Tabelle 113: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH.....	83
Tabelle 114: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH	83
Tabelle 115: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-D.....	84
Tabelle 116: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-D.....	84
Tabelle 117: AK 852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-AK-CHIR	85
Tabelle 118: AK 852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-AK-KATH.....	85
Tabelle 119: AK 852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-KC	86
Tabelle 120: AK 852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-MK-CHIR	86
Tabelle 121: AK 852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-MK-KATH	86
Tabelle 122: AK 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-D	87
Tabelle 123: AK 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation, KCHK-D.....	87
Tabelle 124: AK 850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS), KCHK-D.....	87
Tabelle 125: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS KCHK.....	89
Tabelle 126: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR.....	91
Tabelle 127: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH.....	92
Tabelle 128: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC.....	93
Tabelle 129: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC-KOMB	95
Tabelle 130: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR.....	96
Tabelle 131: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH	97
Tabelle 132: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR.....	98
Tabelle 133: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH.....	98
Tabelle 134: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC.....	99

Tabelle 135: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC-KOMB	99
Tabelle 136: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-CHIR	99
Tabelle 137: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-KATH	99
Tabelle 138: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR.....	100
Tabelle 139: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH.....	101
Tabelle 140: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC.....	102
Tabelle 141: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR.....	103
Tabelle 142: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH	104
Tabelle 143: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-D.....	105
Tabelle 144: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR.....	106
Tabelle 145: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH.....	106
Tabelle 146: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC.....	106
Tabelle 147: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-CHIR	106
Tabelle 148: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-KATH	107
Tabelle 149: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-D.....	107

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
KCHK-AK-CHIR	Auswertungsmodul <i>Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe</i>
KCHK-AK-KATH	Auswertungsmodul <i>Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe</i>
KCHK-KC	Auswertungsmodul <i>Isolierte Koronarchirurgie</i>
KCHK-KC-KOMB	Auswertungsmodul <i>Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie</i>
KCHK-MK-CHIR	Auswertungsmodul <i>Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe</i>
KCHK-MK-KATH	Auswertungsmodul <i>Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe</i>
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
O/E	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (<i>observed to expected ratio</i>)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	perkutane Koronarintervention (<i>percutaneous coronary intervention</i>)
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS KCHK	QS-Verfahren <i>Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen</i>
STNV	Stellungnahmeverfahren
TKez	Transparenzkennzahl

1 Hintergrund

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

Das Verfahren soll gemäß DeQS-RL die qualitätsrelevanten Aspekte darstellen und bewerten und verfolgt dabei mehrere Zielsetzungen: die Verbesserung der Indikationsstellung, der Durchführung der Eingriffe und des Erreichens von Behandlungszielen sowie die Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen und von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe.

Um die oben genannten verschiedenen 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)*

Innerhalb dieser Auswertungsmodule erfolgt die detaillierte Analyse von verschiedenen Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen, die dadurch eine differenzierte Bewertung der Behandlungsqualität ermöglicht.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Insgesamt umfasst das Verfahren im Auswertungsjahr 2025 51 Qualitätsindikatoren, von denen 12 ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren und die verbleibenden 39 zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen. Über Qualitätsindikatoren, die nur auf der QS-Dokumentation basieren, und Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von bis zu 30 Tagen kann jeweils in dem auf das Erfassungsjahr folgende Kalenderjahr berichtet werden. Über sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum länger als 30 Tage kann hingegen nur um ein Jahr verzögert berichtet werden, da die Sozialdaten bei den Krankenkassen zu einem späteren Zeitpunkt 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 Latenz-

zeit, da eine perkutane Koronarintervention (*percutaneous coronary intervention*, PCI) auch ambulant durchgeführt werden kann und dadurch die Lieferung der Daten der Krankenkassen noch weiter verzögert wird.

Die im Auswertungsjahr 2025 verwendeten Indikatoren des Verfahrens QS KCHK konzentrieren sich ausschließlich auf die Ergebnisqualität. Sie messen die Behandlungsqualität basierend auf den klinischen Resultaten und liefern entscheidende Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Maßnahmen sowie zur Patientensicherheit. Dazu zählen Qualitätsindikatoren 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 von Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff. Zusätzlich werden intraprozedurale und Gefäßkomplikationen sowie schwerwiegende Komplikationen, die sowohl während des stationären Aufenthalts als auch innerhalb von 90 Tagen auftreten, separat erfasst.

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).

In den nachfolgenden Tabellen ist die Gesamtheit aller Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen mit Datenquelle und dem Erfassungsjahr, auf das sich die Auswertung bezieht, nach Auswertungsmodul dargestellt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
382000	Intraprozedurale Komplikationen	QS-Dokumentation	2024
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit			
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
372000	Intraprozedurale Komplikationen	QS-Dokumentation	2024
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2024
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Sterblichkeit			
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-KC

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2022
Gruppe: Sterblichkeit			
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-KC-KOMB

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2024
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2022
Gruppe: Sterblichkeit			
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2024
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit			
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2024
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit			
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2024
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2024
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS KCHK gibt es keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, aber 8 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Darunter fallen zum einen Auffälligkeitskriterien, die sich ausschließlich auf die einzelnen Auswertungsmodule (KCHK-KC, KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH) beziehen, und zum anderen Auffälligkeitskriterien, die sich auf das gesamte Erfassungsmodul HCH (Auswertungsmodul KCHK-D) beziehen.

In den nachfolgenden Tabellen ist die Gesamtheit aller Auffälligkeitskriterien mit Datenquelle nach Auswertungsmodul dargestellt.

Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Wie im Vorjahr zeigt sich, sowohl für das gesamte Verfahren als auch für jeden der Zählleistungsbereiche, eine Vollzähligkeit der Daten von über 100 %. Die Anzahl der gelieferten Datensätze und Leistungserbringer lag demzufolge über der erwarteten Anzahl an Datensätzen bzw. über der erwarteten Anzahl an Leistungserbringern. Zudem kam es von Erfassungsjahr 2023 zu Erfassungsjahr 2024 zu einem leichten Anstieg der gelieferten QS-Daten.

Der leichte Anstieg der gelieferten Datensätze im gesamten Verfahren ist auf die im Auswertungsjahr 2025 häufiger durchgeführten kathetergestützten Eingriffe (*KCHK-AK-KATH* und *KCHK-MK-KATH*) zurückzuführen. Ebenso stieg die Anzahl der Leistungserbringer im gesamten Verfahren, was vor allem auf die höhere Anzahl der kathetergestützten Mitralklappeneingriffe (*KCHK-MK-KATH*) zurückzuführen ist. Ein ebensolcher Anstieg war auch bereits im Vorjahr festzustellen und war auch dazumal durch die häufiger durchgeführten kathetergestützten Eingriffe zu erklären.

Für das Erfassungsjahr 2024 konnten 98,71 % der übermittelten Sozialdaten bei den Krankenkassen mit einem QS-Datensatz verknüpft werden. Die Verknüpfungsrates liegt damit wie in den Vorjahren (EJ 2023: 99,47 %, EJ 2022: 99,36 %) nach wie vor über der Mindestanforderung von 95 %. Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse wurde nur ein Teildatensatz übermittelt. Die Auswirkung auf die Qualitätsergebnisse sind jedoch insgesamt als gering einzuschätzen.

Für das Verfahren *QS KCHK* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort). Es gab einen Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), der Datensätze geliefert hat, aber keine Sollstatistik. Insgesamt und in jedem einzelnen der Zählleistungsbereiche wurden mehr Datensätze geliefert, als gemäß Sollstatistik erwartet waren.

Die gelieferten Datensätze zum Erfassungsjahr 2024 bilden die Grundlage für die Auswertung der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien sowie der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren mit einem 30-Tage-Follow-up. Die Grundlage zur Auswertung der übrigen sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren, die sich auf Indexeingriffe des Jahres 2023 bzw. 2022 beziehen, sind die gelieferten Datensätze zum Erfassungsjahr 2022 bzw. 2021.

Tabelle 13: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	83.625 83.586 39	83.406	100,26
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	290		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	308	312	98,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	271	273	99,27

Tabelle 14: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	81.306 81.261 45	80.403	101,12
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	264		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	281	280	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Tabelle 15: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	76.161 76.125 36	75.592	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	243		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	266	268	99,25
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	229	232	98,71

Zählleistungsbereiche

Tabelle 16: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.000 12.995 5	12.995	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	96	97,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	78	78	100,00

Tabelle 17: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.145 13.142 3	13.014	101,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	93	90	103,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Tabelle 18: Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-CHIR

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	12.412 12.409 3	12.322	100,73
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	91	92	98,91
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	75	76	98,68

Tabelle 19: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-KATH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	26.842 26.832 10	26.750	100,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	98	98	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	81	80	101,25

Tabelle 20: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-KATH

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	25.965 25.955 10	25.681	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	96	95	101,05
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	78	101,28

Tabelle 21: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-KATH

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	23.680 23.672 8	23.765	99,64
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	97	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	80	80	100,00

Tabelle 22: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-KC

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	30.951 30.946 5	30.841	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	87		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	98	98,98
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Tabelle 23: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) – KCHK-KC

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	31.208 31.202 6	30.794	101,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	96	93	103,23
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Tabelle 24: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) – KCHK-KC

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	30.361 30.360 1	29.994	101,22
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	95	94	101,06
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	75	74	101,35

Tabelle 25: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-MK-CHIR

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.508 10.502 6	10.504	100,04
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	94	96	97,92
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	79	100,00

Tabelle 26: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-MK-CHIR

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.117 10.109 8	9.988	101,29
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	91	90	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Tabelle 27: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-MK-CHIR

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	9.561 9.554 7	10.136	94,33
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	90	90	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	75	101,33

Tabelle 28: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-MK-KATH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.109 10.092 17	10.108	100,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	279		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	287	290	98,97
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	269	270	99,63

Tabelle 29: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-MK-KATH

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.592 8.567 25	8.545	100,55
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	256		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	264	263	100,38
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Tabelle 30: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-MK-KATH

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.596 7.575 21	7.638	99,45
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	235		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	247	246	100,41
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	226	226	100,00

Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2024

Mit Bezug auf die bereits beschriebenen QS-Datensätze als führendem Datensatz und unter Berücksichtigung des Pseudonyms der elektronischen Gesundheitskarte (patientenidentifizierende Daten, PID) konnte eine Verknüpfungsrate der Sozialdaten von 98,71 % erzielt werden (Tabelle 31).

Tabelle 31: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2024) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

	Erfassungsjahr 2024	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	83.586	98,71 N = 82.510

Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023

Im Verfahren QS KCHK wurden zum EJ 2023 81.261 QS-Datensätze als Auswertungsgrundlage übermittelt. Zu Indexeingriffen aus dem EJ 2023 konnte eine Verknüpfungsrate der Sozialdaten von 99,47 % erzielt werden (Tabelle 32).

Tabelle 32: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2023) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

	Erfassungsjahr 2023	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.261	99,47 N = 80.828

Sozialdaten zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2022

Im Verfahren QS KCHK wurden zum EJ 2022 von 76.125 QS-Datensätze als Auswertungsgrundlage übermittelt. Zu Indexeingriffen aus dem EJ 2022 konnte eine Verknüpfungsrate der Sozialdaten von 99,36 % erzielt werden (Tabelle 33).

Tabelle 33: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten (AJ 2025, EJ 2022) - KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH - Erfassungsmodul HCH

	Erfassungsjahr 2022	
	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	76.125	99,36 N = 75.635

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse wurde nur ein Teildatensatz übermittelt. Die Auswirkung auf die Qualitätsergebnisse sind jedoch insgesamt als gering einzuschätzen. Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass der Datenausfall die Ergebnisse auf Fall-, Leistungserbringer- oder Bundesebene beeinflusst. Aufgrund der relativ geringen Abweichungen ist jedoch

keine Veränderung der Referenzwerte zu erwarten. Wenn überhaupt sind Abweichungen nur bei einigen wenigen Leistungserbringern und dann nur in einem sehr geringen Ausmaß zu erwarten (siehe Abschnitt 2.3 „Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien“).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Auswertungsjahr 2025 werden die Ergebnisse der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2024 und der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu den Erfassungsjahren 2022, 2023 und 2024 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 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.

Das Indikatorenset des Verfahrens hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 von 62 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen auf 51 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen reduziert. Diese Reduktion ergibt sich zum einen aus der Streichung der Indikatoren „Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“ (KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB), für die kein Verbesserungspotenzial mehr vorlag, und zum anderen aus der Streichung der Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe (KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-KATH, KCHK-MK-CHIR), für die nicht verifiziert werden konnte, ob rechnerische Auffälligkeiten tatsächlich qualitative Auffälligkeiten begründeten.

Ein weiterer Grund für die Reduktion des Indikatorensets ist die Zusammenlegung aller Indikatoren zu Re-Eingriffen zu den Indikatoren „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ und „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ in allen Auswertungsmodulen, bei weiterhin bestehendem Bezug zu den jeweiligen spezifischen Modulhalten. Auch dies ist ein Ergebnis der Weiterentwicklung zur Erhöhung der Effizienz der Qualitätsbewertung in diesem Versorgungsbereich und trägt zur Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets bei.

Aufgrund von erforderlichen Änderungen der Spezifikation im Rahmen von Umstellungen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) konnte für die Indikatoren „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ (KCHK-KC-KOMB, KCHK-AK-KATH, KCHK-AK-CHIR) für die Erfassungsjahre 2020 bis 2022 keine Berechnung vorgenommen werden, sodass für diese Jahre die Auswertung entfiel (Auswertungsjahre 2022 bis 2024). Ab dem Auswertungsjahr 2025 werden diese Indikatoren wieder ausgewertet.

Der G-BA 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 2025 wurde für die folgenden betroffenen Qualitätsindikatoren der Referenzbereich ausgesetzt, da bis zur Umsetzung der Empfehlung zum Erfassungsjahr 2026 bereits 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)

Weiterhin wurden für die Qualitätsindikatoren zu den schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff (IDs 392005 und 402005) die Referenzbereiche ausgesetzt. Hier zeigten sich im zurückliegenden Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Datenerhebung Schwierigkeiten, die auf Kodierungsprobleme bei den Leistungserbringern zurückzuführen waren und die Validität beeinträchtigten.

Unabhängig von der genannten Verfahrensüberprüfung kann außerdem auch aus anderen Gründen im Rahmen der Verfahrenspflege der Referenzbereich ausgesetzt werden. Dies erfolgt z. B. bei den Qualitätsindikatoren zu den erneuten Eingriffen innerhalb von 30 Tagen (IDs 372003, 382003, 392008 und 402008) bzw. innerhalb eines Jahres (IDs 372004, 382004, 392009 und 402009), die nach Zusammenlegung aller Indikatoren zu Re-Eingriffen im Auswertungsjahr 2025 das erste Mal in dieser Form ausgewertet werden, sodass ein Stellungnahmeverfahren erst im nächsten Jahr vorgesehen ist.

Zudem wurde bei allen Qualitätsindikatoren, die im Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* mit einem Referenzbereich versehen waren, dieser Referenzbereich ausgesetzt. *KCHK-KC-KOMB* ist ein sehr komplexes und vor allem sehr heterogenes Auswertungsmodul, in dem Eingriffe mit sehr unterschiedlicher Komplexität kombiniert werden. Diese Komplexitätsunterschiede machen eine sinnvolle Bewertung der Ergebnisse und damit auch den Vergleich der Leistungserbringer untereinander schwierig. Daher wird vorerst auf ein Stellungnahmeverfahren für Qualitätsindikatoren dieses Auswertungsmoduls verzichtet.

Tabelle 34: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
382000	Intraprozedurale Komplikationen	0,75 % 0 = 56 N = 7.479	0,74 % 0 = 54 N = 7.271 (≤ 3,13 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,03 O/E = 196 / 190,65 2,82 % O/N = 196 / 6.951	1,04 O/E = 195 / 186,73 2,92 % O/N = 195 / 6.681 (≤ 2,67; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	2,14 % 0 = 136 N = 6.354	2,23 % 0 = 166 N = 7.434	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- 0 = - N = -	0,54 % 0 = 39 N = 7.181 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- 0 = - N = -	1,79 % 0 = 133 N = 7.442 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	2,21 % 0 = 159 N = 7.208	2,04 % 0 = 143 N = 7.008	vergleichbar
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,98 O/E = 227 / 231,79 3,04 % O/N = 227 / 7.479	0,94 O/E = 204 / 216,52 2,81 % O/N = 204 / 7.271 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	0,98 O/E = 247 / 251,29 3,34 % O/N = 247 / 7.399	0,95 O/E = 224 / 235,54 3,12 % O/N = 224 / 7.181 (≤ 2,09; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,02 O/E = 449 / 440,21 7,06 % O/N = 449 / 6.358	1,05 O/E = 511 / 488,29 6,87 % O/N = 511 / 7.442 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 35: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-AK-CHIR

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
382000	Intraprozedurale Komplikationen	2023	4 von 83	4,82	2
		2024	3 von 83	3,61	1
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	3 von 83	3,61	-
		2024	3 von 83	3,61	1
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	4 von 83	4,82	-
		2024	3 von 83	3,61	0

Tabelle 36: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-AK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
372000	Intraprozedurale Komplikationen	1,51 % 0 = 391 N = 25.873	1,33 % 0 = 355 N = 26.771 (≤ 3,37 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	1,06 % 0 = 273 N = 25.873	0,84 % 0 = 225 N = 26.771 (≤ 3,01 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,02 O/E = 747 / 732,74 3,11 % O/N = 747 / 24.009	1,05 O/E = 788 / 749,12 3,19 % O/N = 788 / 24.700 (≤ 2,17; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- 0 = - N = -	0,19 % 0 = 50 N = 26.484 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- 0 = - N = -	0,55 % 0 = 142 N = 25.759 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	1,72 % O = 443 N = 25.688	1,79 % O = 477 N = 26.593	vergleichbar
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,00 O/E = 487 / 485,66 1,88 % O/N = 487 / 25.873	1,06 O/E = 518 / 490,79 1,93 % O/N = 518 / 26.771 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 704 / 697,25 2,74 % O/N = 704 / 25.730	1,05 O/E = 742 / 703,90 2,80 % O/N = 742 / 26.484 (≤ 2,48; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 3.252 / 3.233,77 13,71 % O/N = 3.252 / 23.718	1,01 O/E = 3.419 / 3.399,00 13,27 % O/N = 3.419 / 25.759 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 37: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-AK-KATH

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
372000	Intraprozedurale Komplikationen	2023	5 von 84	5,95	1
		2024	4 von 85	4,71	0
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	2023	4 von 84	4,76	0
		2024	4 von 85	4,71	3
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	4 von 84	4,76	-
		2024	3 von 85	3,53	0
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	6 von 84	7,14	-
		2024	4 von 85	4,71	2

Tabelle 38: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-KC

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,03 O/E = 561 / 546,57 2,36 % O/N = 561 / 23.726	1,01 O/E = 543 / 540,17 2,31 % O/N = 543 / 23.538 (≤ 1,95; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	4,94 % O = 1.202 N = 24.336	4,86 % O = 1.226 N = 25.207	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- O = - N = -	2,26 % O = 570 N = 25.226 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- O = - N = -	5,43 % O = 1.325 N = 24.385 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	1,61 % 0 = 348 N = 21.600	1,67 % 0 = 358 N = 21.454	vergleichbar
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,05 O/E = 721 / 687,78 2,84 % O/N = 721 / 25.389	1,06 O/E = 707 / 667,53 2,81 % O/N = 707 / 25.117 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,05 O/E = 779 / 741,35 3,10 % O/N = 779 / 25.102	1,03 O/E = 734 / 714,04 2,97 % O/N = 734 / 24.745 (≤ 2,46; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,03 O/E = 1.765 / 1.712,04 7,25 % O/N = 1.765 / 24.357	1,01 O/E = 1.679 / 1.667,54 6,66 % O/N = 1.679 / 25.226 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 39: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-KC

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	3 von 86	3,49	-
		2024	5 von 86	5,81	0
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	4 von 86	4,65	-
		2024	3 von 86	3,49	1

Tabelle 40: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – KCHK-KC-KOMB

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	20,94 % O = 414 N = 1.977	20,87 % O = 414 N = 1.984 (Nicht definiert)	vergleichbar
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 243 / 243,14 4,55 % O/N = 243 / 5.341	1,01 O/E = 244 / 241,55 4,57 % O/N = 244 / 5.338 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,75 % 0 = 15 N = 1.998	1,06 % 0 = 19 N = 1.795 (Nicht definiert)	vergleichbar
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	13,44 % 0 = 290 N = 2.157	13,84 % 0 = 271 N = 1.958 (Nicht definiert)	vergleichbar
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	5,02 % 0 = 286 N = 5.694	5,56 % 0 = 318 N = 5.722	vergleichbar
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	8,72 % 0 = 188 N = 2.157	8,73 % 0 = 171 N = 1.958 (Nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- 0 = - N = -	1,97 % 0 = 113 N = 5.727 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- 0 = - N = -	4,38 % 0 = 250 N = 5.702 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit				
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	5,48 % 0 = 296 N = 5.400	5,84 % 0 = 316 N = 5.414	vergleichbar
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,01 O/E = 386 / 383,94 6,69 % O/N = 386 / 5.767	1,07 O/E = 412 / 384,07 7,12 % O/N = 412 / 5.785 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 394 / 389,04 6,94 % O/N = 394 / 5.681	1,11 O/E = 436 / 392,57 7,65 % O/N = 436 / 5.697 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,02 O/E = 852 / 838,78 14,95 % O/N = 852 / 5.699	0,99 O/E = 790 / 796,53 13,79 % O/N = 790 / 5.727 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 41: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-MK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	11,77 % 0 = 657 N = 5.581	11,36 % 0 = 674 N = 5.935 (≤ 21,14 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,10 O/E = 189 / 172,23 3,76 % O/N = 189 / 5.031	1,12 O/E = 206 / 184,30 3,81 % O/N = 206 / 5.402 (≤ 3,04; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,65 % 0 = 30 N = 4.605	0,63 % 0 = 31 N = 4.899 (Nicht definiert)	vergleichbar
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	10,45 % 0 = 543 N = 5.196	9,86 % 0 = 547 N = 5.549 (Nicht definiert)	vergleichbar
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	5,43 % 0 = 282 N = 5.196	5,41 % 0 = 300 N = 5.549 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- O = - N = -	0,87 % O = 51 N = 5.848 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- O = - N = -	2,49 % O = 138 N = 5.549 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
Gruppe: Sterblichkeit				
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	2,92 % O = 155 N = 5.312	3,04 % O = 173 N = 5.685	vergleichbar
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,99 O/E = 223 / 225,78 4,00 % O/N = 223 / 5.581	1,05 O/E = 247 / 236,35 4,16 % O/N = 247 / 5.935 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 254 / 254,64 4,61 % O/N = 254 / 5.506	1,03 O/E = 271 / 264,32 4,63 % O/N = 271 / 5.848 (≤ 2,29; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,06 O/E = 445 / 420,89 8,56 % O/N = 445 / 5.196	0,96 O/E = 453 / 470,17 8,16 % O/N = 453 / 5.549 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 42: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-MK-CHIR

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	2023	5 von 82	6,10	1
		2024	6 von 83	7,23	1
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	5 von 82	6,10	-
		2024	5 von 83	6,02	2
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	6 von 82	7,32	-
		2024	6 von 83	7,23	0

Tabelle 43: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - KCHK-MK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	3,57 % O = 301 N = 8.425	2,89 % O = 287 N = 9.940 (≤ 8,82 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	0,99 O/E = 96 / 96,93 1,24 % O/N = 96 / 7.727	0,90 O/E = 102 / 112,79 1,12 % O/N = 102 / 9.136 (≤ 3,79; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,43 % O = 32 N = 7.391	0,44 % O = 37 N = 8.389 (Nicht definiert)	vergleichbar
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	8,89 % O = 657 N = 7.394	9,27 % O = 778 N = 8.391 (Nicht definiert)	vergleichbar
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	25,11 % O = 1.857 N = 7.394	24,10 % O = 2.022 N = 8.391 (Nicht definiert)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	- O = - N = -	3,34 % O = 328 N = 9.821 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	- O = - N = -	6,07 % O = 509 N = 8.391 (Nicht definiert)	im Vorjahr nicht berechnet
Gruppe: Sterblichkeit				
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	2,38 % O = 199 N = 8.354	1,88 % O = 185 N = 9.847	vergleichbar
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,03 O/E = 219 / 213,46 2,60 % O/N = 219 / 8.425	0,95 O/E = 215 / 226,98 2,16 % O/N = 215 / 9.940 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 307 / 302,63 3,66 % O/N = 307 / 8.378	1,02 O/E = 327 / 321,79 3,33 % O/N = 327 / 9.821 (≤ 3,14; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 1.462 / 1.450,98 19,77 % O/N = 1.462 / 7.394	0,96 O/E = 1.564 / 1.637,50 18,64 % O/N = 1.564 / 8.391 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 44: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – KCHK-MK-KATH

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	2023	24 von 254	9,45	5
		2024	23 von 277	8,30	5
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	10 von 253	3,95	-
		2024	15 von 276	5,43	0
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	22 von 254	8,66	-
		2024	23 von 277	8,30	5

2.2.2 Detailergebnisse

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Ein wichtiges Qualitätsziel bei der Durchführung eines koronarchirurgischen Eingriffs oder eines Eingriffs an den Herzklappen ist das möglichst seltene Auftreten schwerwiegender Komplikationen.

In der Gruppe „Schwerwiegende Komplikationen“ werden folgende Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen einzeln erfasst:

- Intraprozedurale Komplikationen (*KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH*)
- Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts (*KCHK-AK-KATH*)
- Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts (*KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH*)
- Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (alle Auswertungsmodule)
- Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen (*KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH*)
- Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (*KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH*)
- Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen (*KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-AK-CHIR*)

Die Indikatoren „Intraprozedurale Komplikationen“ messen das Auftreten von relevanten Komplikationen, die in direktem Zusammenhang mit einer Operation an der Aortenklappe stehen. Zu diesen relevanten Komplikationen zählen Device-Fehlpositionierung, Koronarostienverschluss, Aortendissektion, Annulus-Ruptur, Perikardtamponade, linksventrikuläre Dekompensation (kardiale Dekompensation), Hirnembolie, Aortenregurgitation ≥ 2 . Grades und Device-Embolisation.

Der Indikator „Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts“ adressiert das Auftreten von vaskulären Komplikationen, die in direktem Zusammenhang mit einer kathetergestützten Operation an der Aortenklappe stehen. Aufgrund des Zugangswegs treten Gefäßkomplikationen bei einem kathetergestützten Aortenklappenersatz häufiger auf als bei einem offen-chirurgischen Eingriff. Klinische Erscheinungsbilder solcher Komplikationen können Gefäßrupturen, -verschlüsse oder -dissektionen oder Ischämien sein. Erfasst werden Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine Gefäßkomplikation aufgetreten ist.

Die Indikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ adressieren postprozedurale zerebrovasculäre Ereignisse mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder Schlaganfalldiagnosen beim stationären Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tage nach dem Eingriff.

Die Indikatoren „Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen“ adressieren das Auftreten ebendieser Komplikation, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff steht.

Die der Gruppe „Schwerwiegende Komplikationen“ zugeordneten Transparenzkennzahlen „Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen“ adressieren das Auftreten dieser Komplikationen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff stehen. Der Anteil der Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis soll dabei möglichst niedrig sein.

Relevante Komplikationen, die nicht in einem eigenständigen Indikator erfasst werden, werden von den Indikatoren „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts“ und „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ adressiert. Beide umfassen dabei Komplikationen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff stehen und entweder während des Krankenhausaufhalts oder innerhalb von 90 Tagen nach einem herzchirurgischen Eingriff aufgetreten sind. Diese Komplikationen haben einen direkten Einfluss auf die Morbidität und Mortalität der Patientinnen und Patienten und ermöglichen Rückschlüsse auf die Qualität des Eingriffs.

Generell ermöglicht die systematische Erfassung von schwerwiegenden Komplikationen Auskünfte zur Versorgungsqualität und kann darüber hinaus mögliche Defizitbereiche in der Versorgung offenlegen sowie Anstoß zur Implementierung und Steuerung von Strategien zur Qualitätsverbesserung geben.

Tabelle 45: QI 382000: Intraprozedurale Komplikationen, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,70 % 0 = 45 N = 6.406	0,75 % 0 = 56 N = 7.479	0,74 % 0 = 54 N = 7.271
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,76 %	4 von 83 4,82 %	3 von 83 3,61 % (Refbereich: ≤ 3,13 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 83 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 46: QI 372000: Intraprozedurale Komplikationen, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,60 % 0 = 381 N = 23.825	1,51 % 0 = 391 N = 25.873	1,33 % 0 = 355 N = 26.771
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 85 5,88 %	5 von 84 5,95 %	4 von 85 4,71 % (Refbereich: ≤ 3,37 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 85 (1,18 %)	1 / 84 (1,19 %)	n. a.

Tabelle 47: QI 372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 % 0 = 237 N = 23.825	1,06 % 0 = 273 N = 25.873	0,84 % 0 = 225 N = 26.771
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 85 4,71 %	4 von 84 4,76 %	4 von 85 4,71 % (Refbereich: ≤ 3,01 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	2 / 4 (50,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 85 (0,00 %)	2 / 84 (2,38 %)	n. a.

Tabelle 48: QI 362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	20,54 % 0 = 449 N = 2.186	20,94 % 0 = 414 N = 1.977	20,87 % 0 = 414 N = 1.984
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	6 von 82 7,32 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	0 / 6 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	0 / 82 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 49: QI 402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	12,20 % 0 = 637 N = 5.221	11,77 % 0 = 657 N = 5.581	11,36 % 0 = 674 N = 5.935
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 84 5,95 %	5 von 82 6,10 %	6 von 83 7,23 % (Refbereich: ≤ 21,14 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 5 (60,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 84 (3,57 %)	3 / 82 (3,66 %)	n. a.

Tabelle 50: QI 392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,12 % 0 = 306 N = 7.434	3,57 % 0 = 301 N = 8.425	2,89 % 0 = 287 N = 9.940
rechnerische Auffälligkeiten	26 von 236 11,02 %	24 von 254 9,45 %	23 von 277 8,30 % (Refbereich: ≤ 8,82 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 26 (34,62 %)	7 / 24 (29,17 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	9 / 236 (3,81 %)	7 / 254 (2,76 %)	n. a.

Tabelle 51: QI 382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,96 O/E = 163 / 170,11 2,78 % O/N = 163 / 5.870	1,03 O/E = 196 / 190,65 2,82 % O/N = 196 / 6.951	1,04 O/E = 195 / 186,73 2,92 % O/N = 195 / 6.681
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 88 5,68 %	3 von 83 3,61 %	3 von 83 3,61 % (Refbereich: ≤ 2,67; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 5 (20,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	1 / 88 (1,14 %)	0 / 83 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 52: QI 372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,96 O/E = 560 / 580,53 2,99 % O/N = 560 / 18.722	1,02 O/E = 747 / 732,74 3,11 % O/N = 747 / 24.009	1,05 O/E = 788 / 749,12 3,19 % O/N = 788 / 24.700
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 88 4,55 %	4 von 84 4,76 %	3 von 85 3,53 % (Refbereich: ≤ 2,17; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	3 / 88 (3,41 %)	0 / 84 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 53: QI 352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,01 O/E = 545 / 541,57 2,38 % O/N = 545 / 22.896	1,03 O/E = 561 / 546,57 2,36 % O/N = 561 / 23.726	1,01 O/E = 543 / 540,17 2,31 % O/N = 543 / 23.538
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 87 4,59 %	3 von 86 3,49 %	5 von 86 5,81 % (Refbereich: ≤ 1,95; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	3 / 87 (3,45 %)	3 / 86 (3,49 %)	n. a.

Tabelle 54: QI 362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 O/E = 247 / 249,22 4,67 % O/N = 247 / 5.290	1,00 O/E = 243 / 243,14 4,55 % O/N = 243 / 5.341	1,01 O/E = 244 / 241,55 4,57 % O/N = 244 / 5.338
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 86 4,65 %	3 von 83 3,61 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 (50,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	2 / 86 (2,33 %)	0 / 83 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 55: QI 402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,90 O/E = 146 / 162,09 3,07 % O/N = 146 / 4.761	1,10 O/E = 189 / 172,23 3,76 % O/N = 189 / 5.031	1,12 O/E = 206 / 184,30 3,81 % O/N = 206 / 5.402
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 86 4,65 %	5 von 82 6,10 %	5 von 83 6,02 % (Refbereich: ≤ 3,04; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	3 / 5 (60,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	0 / 86 (0,00 %)	3 / 82 (3,66 %)	n. a.

Tabelle 56: QI 392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,98 O/E = 84 / 85,64 1,24 % O/N = 84 / 6.773	0,99 O/E = 96 / 96,93 1,24 % O/N = 96 / 7.727	0,90 O/E = 102 / 112,79 1,12 % O/N = 102 / 9.136
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 220 3,64 %	10 von 253 3,95 %	15 von 276 5,43 % (Refbereich: ≤ 3,79; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 8 (37,50 %)	2 / 10 (20,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	3 / 220 (1,36 %)	2 / 253 (0,79 %)	n. a.

Tabelle 57: QI 362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,95 % 0 = 19 N = 2.000	0,75 % 0 = 15 N = 1.998	1,06 % 0 = 19 N = 1.795
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	2 von 82 2,44 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	0 / 2 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	0 / 82 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 58: QI 402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,81 % 0 = 36 N = 4.470	0,65 % 0 = 30 N = 4.605	0,63 % 0 = 31 N = 4.899
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 86 4,65 %	5 von 83 6,02 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 (25,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 86 (1,16 %)	0 / 83 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 59: QI 392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,38 % 0 = 27 N = 7.139	0,43 % 0 = 32 N = 7.391	0,44 % 0 = 37 N = 8.389
rechnerische Auffälligkeiten	7 von 221 3,17 %	10 von 235 4,26 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 7 (42,86 %)	0 / 10 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 221 (1,36 %)	0 / 235 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 60: QI 362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	13,08 % 0 = 286 N = 2.186	13,44 % 0 = 290 N = 2.157	13,84 % 0 = 271 N = 1.958
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	3 von 82 3,66 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	0 / 3 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	0 / 82 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 61: QI 402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	11,01 % 0 = 552 N = 5.014	10,45 % 0 = 543 N = 5.196	9,86 % 0 = 547 N = 5.549
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 86 11,63 %	4 von 83 4,82 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 10 (50,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 86 (5,81 %)	1 / 83 (1,20 %)	n. a.

Tabelle 62: QI 392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	10,53 % 0 = 752 N = 7.141	8,89 % 0 = 657 N = 7.394	9,27 % 0 = 778 N = 8.391
rechnerische Auffälligkeiten	16 von 221 7,24 %	17 von 235 7,23 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 16 (43,75 %)	5 / 17 (29,41 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 221 (3,17 %)	5 / 235 (2,13 %)	n. a.

Tabelle 63: TKez 352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,94 % O = 1.203 N = 24.373	4,94 % O = 1.202 N = 24.336	4,86 % O = 1.226 N = 25.207
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 64: TKez 362008: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,49 % O = 256 N = 5.705	5,02 % O = 286 N = 5.694	5,56 % O = 318 N = 5.722
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 65: TKez 382002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,21 % O = 132 N = 5.972	2,14 % O = 136 N = 6.354	2,23 % O = 166 N = 7.434
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Mit Blick auf die Bundesergebnisse aller im Verfahren QS KCHK eingesetzten Qualitätsindikatoren der Gruppe „Schwerwiegende Komplikationen“ zeigt sich grundsätzlich weiterhin eine gute Versorgungsqualität.

Wie in den Jahren zuvor ist im Bereich der isolierten Aortenklappeneingriffe die bundesdurchschnittliche Rate der intraprozeduralen Komplikationen und der Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts weiterhin auf einem niedrigen Niveau (vgl. Reardon et al. 2017).

Für die Indikatoren zu den Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts zeigte sich im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024, dass häufige Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten Probleme mit den Verschlusssystemen an der peripheren Punktionsstelle sind, die teilweise auch zu qualitativen Auffälligkeiten führen. Bei den intraprozeduralen Komplikationen ergab sich hingegen, dass die einzelnen Fälle, die zu rechnerischen Auffälligkeiten führten, sehr unterschiedlich gelagert waren und keine einheitliche Ursache zu identifizieren war.

Auch sind weiterhin die höheren Raten der meisten schwerwiegenden Komplikationen im Auswertungsmodul der kombinierten Eingriffe (*KCHK-KC-KOMB*) im Vergleich zu den Ergebnissen innerhalb der isolierten Eingriffe auffällig. Damit wird erneut deutlich, dass es sich beim Modul *KCHK-KC-KOMB* um ein sehr heterogenes, verschiedene komplexe Eingriffe kombinierendes Modul handelt, in dem folglich das Auftreten von mehr Komplikationen plausibel sein kann und es zudem auch, aufgrund eben dieser Komplexität, zu Schwierigkeiten bei der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter kommen kann, die das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Vor allem die leistungserbringerbezogene Komplexitätsunterschiede dieses Auswertungsmoduls, die eine sinngleiche Bewertung der Ergebnisse und damit auch den Vergleich der Leistungserbringerergebnisse untereinander schwierig gestalten, sind ursächlich dafür, dass bei allen Qualitätsindikatoren, die im Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* mit einem Referenzbereich versehen waren, diese Referenzbereiche ausgesetzt wurden und somit vorerst auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet wird.

Für die Indikatoren „Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen“ wurden ebenso zum Auswertungsjahr 2025 die Referenzbereiche ausgesetzt. Hier zeigte sich bei niedrigen Bundesraten der letzten Jahre im Stellungnahmeverfahren kein Verbesserungspotenzial. Daher wurde für diese Indikatoren die Streichung zum Erfassungsjahr 2026 beschlossen. Auf das Stellungnahmeverfahren wird bereits jetzt verzichtet.

Zu schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts und innerhalb von 90 Tagen zählen intraprozedurale, postprozedurale und zugangsassoziierte Komplikationen. Am häufigsten kamen in absteigender Reihenfolge Blutungen, komplikationsbedingte notfallmäßige Re-Eingriffe und Perikardtampnaden vor. Da sehr viele unterschiedliche Komplikationen in diese Indikatoren einfließen, lässt sich keine übergreifende Ursache aus den Stellungnahmen ableiten. Außerdem wurden auch für diese Indikatoren die Referenzbereiche ausgesetzt. Hier zeigten sich im zurückliegenden Stellungnahmeverfahren Schwierigkeiten in Bezug auf die Datenerhebung, die auf Kodierungsprobleme beim Leistungserbringer zurückzuführen waren und die Validität beeinträchtigten.

Auch die Indikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ weisen für alle Versorgungsbereiche keine erhöhten Raten im Bundesdurchschnitt auf, sondern liegen in den letzten Jahren konstant auf niedrigem Niveau und entsprechen den Schlaganfallraten in internationalen Publikationen

(Koo et al. 2025). Es handelt sich um risikoadjustierte Qualitätsindikatoren, sodass bei der Berechnung der Leistungserbringerergebnisse dem unterschiedlichen Patientenkollektiv Rechnung getragen wird.

Perspektivisch ist vorgesehen, die Qualitätsindikatoren „Intraprozedurale Komplikationen“, „Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts“, „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts“ in den auf Sozialdaten basierenden Qualitätsindikator „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ zu integrieren und die entsprechenden Qualitätsmerkmale mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen abzubilden. Eine Erhebung ausschließlich auf Basis von Sozialdaten ist dabei nicht möglich, da auch zum Beispiel nicht alle potenziellen Risikofaktoren, die in ein mögliches Risikoadjustierungsmodell eingeschlossen werden sollten, aus den Sozialdaten erhoben werden können.

Qualitätsindikatoren zur Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Die Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres wird in den Auswertungsmodulen erfasst, die Mitralklappeneingriffe betreffen (KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH). Die entsprechenden Qualitätsindikatoren adressieren eine erneute stationäre Aufnahme aufgrund einer Herzinsuffizienz nach einem kardialen Eingriff innerhalb eines Jahres, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eingriff steht. Dies stellt ein relevantes Ereignis dar, welches häufig mit einem verschlechterten Zustand der Patientinnen und Patienten einhergeht, möglicherweise auf postprozedurale Komplikationen und eine erhöhte Mortalität hindeuten kann (Fischer et al. 2014, Myles et al. 2014) und daher mit der Versorgungsqualität in Verbindung gebracht werden kann (Fischer et al. 2014). Mit diesen Indikatoren sollen krankheitsspezifische bzw. notfallmäßige Wiederaufnahmen betrachtet werden, die mit der ursprünglichen durchgeführten Maßnahme in Zusammenhang stehen (Fischer et al. 2014).

Tabelle 66: QI 362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	8,69 % 0 = 190 N = 2.186	8,72 % 0 = 188 N = 2.157	8,73 % 0 = 171 N = 1.958
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	12 von 82 14,63 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	0 / 12 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	0 / 82 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 67: QI 402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	5,78 % O = 290 N = 5.014	5,43 % O = 282 N = 5.196	5,41 % O = 300 N = 5.549
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 86 5,81 %	5 von 83 6,02 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 5 (80,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 86 (4,65 %)	0 / 83 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 68: QI 392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	25,84 % O = 1.845 N = 7.141	25,11 % O = 1.857 N = 7.394	24,10 % O = 2.022 N = 8.391
rechnerische Auffälligkeiten	28 von 221 12,67 %	29 von 235 12,34 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 28 (46,43 %)	0 / 29 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	13 / 221 (5,88 %)	0 / 235 (0,00 %)	n. a.

Diese Qualitätsindikatoren werden mit dem Erfassungsjahr 2026 in Transparenzkennzahlen umgewandelt. Da aber bereits jetzt auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet werden soll, wurden die Referenzbereiche dieser Indikatoren zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt. Die Umwandlung zu Transparenzkennzahlen ergibt sich aus der Verfahrensüberprüfung, in der für diese Indikatoren aufgrund einer geringen Spezifität der ein- und ausgeschlossenen Patientengruppen eine geringe Validität festgestellt wurde. Nichtsdestotrotz steht eine erneute stationäre Aufnahme nach einem kardialen Eingriff in einem engen Zusammenhang mit der Versorgungsqualität und kann möglicherweise auf postprozedurale Komplikationen und eine erhöhte Mortalität hindeuten. Dementsprechend ist das Qualitätsmerkmal von besonderer Relevanz und sollte somit nicht aus dem Fokus der Qualitätssicherung genommen werden. Da das Stellungnahmeverfahren jedoch weiterhin, insbesondere durch den unspezifischen Patientenausschluss, aber auch durch den langen Follow-up-Zeitraum nach dem Indexeingriff, beeinträchtigt wäre, erfolgt zum Erfassungsjahr 2026 die Umwandlung der Indikatoren in Transparenzkennzahlen, sodass es weiterhin möglich bleibt, Veränderungen und Trends hinsichtlich dieses Qualitätsmerkmals und somit auch der Versorgungsqualität insgesamt im Blick zu behalten.

Das Bundesergebnis bewegt sich in allen drei Versorgungsbereichen auf ähnlichem Niveau der letzten Auswertungsjahre.

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Ein wichtiges Qualitätsziel eines herzchirurgischen Eingriffs an den Koronararterien und/oder mindestens einer Herzklappe ist die möglichst seltene Durchführung von Reinterventionen bzw. Reoperationen. In der Gruppe „Reintervention bzw. Reoperation“ werden jeweils zwei sozialdatenbasierte Indikatoren in allen sechs Auswertungsmodulen mit zwei verschiedenen Follow-up-Zeiträumen differenziert eingesetzt:

- Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
- Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

Ein erneuter koronarchirurgischer Eingriff stellt ein Ereignis dar, das auf einen frühen Bypassverschluss zurückzuführen sein könnte (Aldea et al. 2009) und mit einem postoperativen Myokardinfarkt und erhöhter Sterblichkeit (van Eck et al. 2002) verbunden sein kann. In den Auswertungsmodulen *KCHK-KC* und *KCHK-KC-KOMB* werden mit diesen Indikatoren zum einen Patientinnen und Patienten erfasst, die entweder einen erneuten koronarchirurgischen Eingriff oder eine PCI innerhalb von 30 Tagen bzw. einem Jahr nach einem herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien oder einem kombinierten herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien und an mindestens einer Herzklappe erhalten haben.

Erneute Eingriffe oder Operationen an einer offen-chirurgisch implantierten Aortenklappenprothese innerhalb von 30 Tagen sind zur Beurteilung der Ergebnisqualität des primären Eingriffs geeignet (Tamburino 2012). Ursächlich für eine frühe Reintervention oder Reoperation können prothetische Dysfunktionen, Klappenthrombosen, paravalvuläre Leckagen, Endokarditiden und Klappenmigrationen sein (Otto et al. 2021). In den Auswertungsmodulen *KCHK-AK-CHIR* und *KCHK-AK-KATH* werden Patientinnen und Patienten erfasst, die einen erneuten Aortenklappeneingriff oder eine Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen bzw. einem Jahr nach einem Aortenklappeneingriff oder einem kombinierten herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien und der Aortenklappe erhalten haben.

Ursächlich für einen erneuten Mitralklappeneingriff können technische oder klappenbezogene Komplikationen wie eine Infektion, ein Fortschreiten der Mitralklappeninsuffizienz bzw. -stenose oder eine Thrombose sein (Shuhaiber und Anderson 2007). Innerhalb der Auswertungsmodule *KCHK-MK-CHIR* und *KCHK-MK-KATH* erfassen die Indikatoren Patientinnen und Patienten, die einen erneuten Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen bzw. einem Jahr nach einem Mitralklappeneingriff oder einem kombinierten herzchirurgischen Eingriff an den Koronararterien und an der Mitralklappe erhalten haben.

Tabelle 69: QI 382003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	- 0 = - N = -	0,54 % 0 = 39 N = 7.181
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	3 von 83 3,61 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	0 / 3 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	0 / 83 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 70: QI 372003: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	- 0 = - N = -	0,19 % 0 = 50 N = 26.484
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	4 von 84 4,76 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	0 / 4 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	0 / 84 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 71: QI 352400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	- 0 = - N = -	2,26 % 0 = 570 N = 25.226
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 72: QI 362400: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	- 0 = - N = -	1,97 % 0 = 113 N = 5.727
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 73: QI 402008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	- 0 = - N = -	0,87 % 0 = 51 N = 5.848
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 86 6,98 %	5 von 82 6,10 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 6 (33,33 %)	2 / 5 (40,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 86 (2,33 %)	2 / 82 (2,44 %)	n. a.

Tabelle 74: QI 392008: Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	- 0 = - N = -	3,34 % 0 = 328 N = 9.821
rechnerische Auffälligkeiten	14 von 221 6,33 %	15 von 254 5,91 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 14 (21,43 %)	4 / 15 (26,67 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 221 (1,36 %)	4 / 254 (1,57 %)	n. a.

Tabelle 75: QI 382004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	1,79 % O = 133 N = 7.442
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 76: QI 372004: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	0,55 % O = 142 N = 25.759
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 77: QI 352401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	5,43 % O = 1.325 N = 24.385
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 78: QI 362401: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	- 0 = - N = -	4,38 % 0 = 250 N = 5.702
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 79: QI 402009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	- 0 = - N = -	2,49 % 0 = 138 N = 5.549
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 86 5,81 %	4 von 83 4,82 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 5 (80,00 %)	3 / 4 (75,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 86 (4,65 %)	3 / 83 (3,61 %)	n. a.

Tabelle 80: QI 392009: Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- 0 = - N = -	- 0 = - N = -	6,07 % 0 = 509 N = 8.391
rechnerische Auffälligkeiten	28 von 221 12,67 %	23 von 235 9,79 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	17 / 28 (60,71 %)	5 / 23 (21,74 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	17 / 221 (7,69 %)	5 / 235 (2,13 %)	n. a.

Die Qualitätsindikatoren „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ und „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ werden, nach Zusammenlegung aller Indikatoren zu Re-Eingriffen, im Auswertungsjahr 2025 erstmals ausgewertet, sodass die Eignungskriterien noch nicht hinreichend geprüft sind. Aus diesem Grund wurde für diese Indikatoren der Referenzbereich ausgesetzt. Ein Stellungnahmeverfahren soll erst zu den Ergebnissen des nächsten Auswertungsjahres geführt

werden. Bundesergebnisse können dementsprechend nur für das Auswertungsjahr 2025 berichtet werden.

Sofern sich in den obigen Tabellen Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren (AJ 2023 und 2024) befinden, beziehen sich diese auf die Qualitätsindikatoren vor Zusammenlegung („Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen“, „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ oder „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen“). Daher können zu diesen Indikatoren, die in die neuen Qualitätsindikatoren eingegangen sind, Aussagen zum Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2024 getroffen werden. So wird aus dem Stellungnahmeverfahren zu diesen Indikatoren deutlich, dass vor allem die Re-Eingriffe innerhalb eines Jahres von den Leistungserbringern schwierig nachzuvollziehen sind. Oft wurden diese Eingriffe nicht vom dem Leistungserbringer durchgeführt, der den Primäreingriff durchgeführt hat. So ist die Nachvollziehbarkeit und die Kausalität eingeschränkt. Zudem kam es für diese Re-Eingriffe dazu, dass die Software einiger Krankenhäuser die erste Prozedur, die beispielsweise die präoperative Anlage eines zentralen Venenkatheters sein konnte, als Primäreingriff gewertet hat und damit den am folgenden Tag erfolgten Mitralklappeneingriff, den eigentliche Primäreingriff, als Re-Eingriff gewertet hat. Diese Kliniken wurden in diesem Indikator rechnerisch auffällig. Die plausible Darlegung der Fälle im Stellungnahmeverfahren führt in diesen Fällen dann allerdings zu einer Bewertung als qualitativ unauffällig.

Gruppe: Sterblichkeit

Ein zentrales Qualitätsziel des herzchirurgischen QS-Verfahrens ist eine niedrige Anzahl an Todesfällen im Zusammenhang mit dem Eingriff. In der Gruppe „Sterblichkeit“ werden jeweils die 4 folgenden einzelnen Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen in allen sechs Auswertungsmodulen differenziert eingesetzt:

- Sterblichkeit im Krankenhaus
- Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
- Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
- Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ werden Patientinnen und Patienten erfasst, die während des stationären Aufenthalts im Krankenhaus verstorben sind.

Aufgrund der Komplexität umfasst die Gruppe „Sterblichkeit“ die nicht risikoadjustierte Transparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation“. Diese erfasst den Anteil der während des stationären Aufenthalts verstorbenen Patientinnen und Patienten, deren Operation elektiv oder dringlich durchgeführt wurde und eben kein Notfalleingriff oder Ultima-Ratio-Eingriff war.

Zusätzlich werden auch die Indikatoren „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ und „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ in der Gruppe „Sterblichkeit“ einzeln ausgewiesen. Erfasst werden Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen bzw. eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind.

Die Zusammensetzung der Patientengruppen kann sich im Hinblick auf ihre persönlichen Risiken zwischen einzelnen Krankenhäusern stark unterscheiden. Um faire Vergleiche zwischen den Leistungserbringern zu ermöglichen, werden Risikoadjustierungsmodelle (auf Basis einer logistischen Regression) verwendet. Die Aussagen zur Ergebnisqualität eines Krankenhauses werden also in Abhängigkeit des Risikoprofils der dort behandelten Patientinnen und Patienten (Patientenkollektiv) dargestellt.

Tabelle 81: QI 382006: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,87 O/E = 185 / 211,58 2,89 % O/N = 185 / 6.406	0,98 O/E = 227 / 231,79 3,04 % O/N = 227 / 7.479	0,94 O/E = 204 / 216,52 2,81 % O/N = 204 / 7.271
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,76 %	3 von 83 3,61 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 84 (0,00 %)	1 / 83 (1,20 %)	n. a.

Tabelle 82: QI 372006: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 O/E = 502 / 469,09 2,11 % O/N = 502 / 23.825	1,00 O/E = 487 / 485,66 1,88 % O/N = 487 / 25.873	1,06 O/E = 518 / 490,79 1,93 % O/N = 518 / 26.771
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 85 5,88 %	4 von 84 4,76 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 4 (75,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 85 (3,53 %)	3 / 84 (3,57 %)	n. a.

Tabelle 83: QI 352007: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,03 O/E = 737 / 716,00 3,00 % O/N = 737 / 24.558	1,05 O/E = 721 / 687,78 2,84 % O/N = 721 / 25.389	1,06 O/E = 707 / 667,53 2,81 % O/N = 707 / 25.117
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,76 %	4 von 86 4,65 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 4 (100,00 %)	2 / 4 (50,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 84 (4,76 %)	2 / 86 (2,33 %)	n. a.

Tabelle 84: QI 362019: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 435 / 412,21 7,54 % O/N = 435 / 5.767	1,01 O/E = 386 / 383,94 6,69 % O/N = 386 / 5.767	1,07 O/E = 412 / 384,07 7,12 % O/N = 412 / 5.785
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,76 %	3 von 83 3,61 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 (50,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 84 (2,38 %)	3 / 83 (3,61 %)	n. a.

Tabelle 85: QI 402011: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 O/E = 214 / 199,67 4,10 % O/N = 214 / 5.221	0,99 O/E = 223 / 225,78 4,00 % O/N = 223 / 5.581	1,05 O/E = 247 / 236,35 4,16 % O/N = 247 / 5.935
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,76 %	7 von 82 8,54 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 7 (14,29 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 84 (1,19 %)	1 / 82 (1,22 %)	n. a.

Tabelle 86: QI 392011: Sterblichkeit im Krankenhaus, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,12 O/E = 214 / 190,42 2,88 % O/N = 214 / 7.434	1,03 O/E = 219 / 213,46 2,60 % O/N = 219 / 8.425	0,95 O/E = 215 / 226,98 2,16 % O/N = 215 / 9.940
rechnerische Auffälligkeiten	15 von 236 6,36 %	22 von 254 8,66 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 15 (46,67 %)	10 / 22 (45,45 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 236 (2,97 %)	10 / 254 (3,94 %)	n. a.

Tabelle 87: TKez 382005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,12 % O = 130 N = 6.129	2,21 % O = 159 N = 7.208	2,04 % O = 143 N = 7.008
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 88: TKez 372005: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,88 % O = 444 N = 23.605	1,72 % O = 443 N = 25.688	1,79 % O = 477 N = 26.593
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 89: TKez 352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,77 % O = 362 N = 20.437	1,61 % O = 348 N = 21.600	1,67 % O = 358 N = 21.454
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 90: TKez 362018: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	6,10 % O = 327 N = 5.365	5,48 % O = 296 N = 5.400	5,84 % O = 316 N = 5.414
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 91: TKez 402010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	3,12 % O = 156 N = 4.997	2,92 % O = 155 N = 5.312	3,04 % O = 173 N = 5.685
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 92: TKez 392010: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,62 % O = 193 N = 7.360	2,38 % O = 199 N = 8.354	1,88 % O = 185 N = 9.847
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 93: QI 382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 O/E = 224 / 227,22 3,57 % O/N = 224 / 6.281	0,98 O/E = 247 / 251,29 3,34 % O/N = 247 / 7.399	0,95 O/E = 224 / 235,54 3,12 % O/N = 224 / 7.181
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 84 4,55 %	4 von 83 4,82 %	3 von 83 3,61 % (Refbereich: ≤ 2,09; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 4 (50,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 88 (2,27 %)	1 / 83 (1,20 %)	n. a.

Tabelle 94: QI 372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,03 O/E = 589 / 572,73 2,92 % O/N = 589 / 20.161	1,01 O/E = 704 / 697,25 2,74 % O/N = 704 / 25.730	1,05 O/E = 742 / 703,90 2,80 % O/N = 742 / 26.484
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 88 5,68 %	6 von 84 7,14 %	4 von 85 4,71 % (Refbereich: ≤ 2,48; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 6 (50,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	3 / 88 (3,41 %)	3 / 84 (3,57 %)	n. a.

Tabelle 95: QI 352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 O/E = 824 / 766,55 3,40 % O/N = 824 / 24.268	1,05 O/E = 779 / 741,35 3,10 % O/N = 779 / 25.102	1,03 O/E = 734 / 714,04 2,97 % O/N = 734 / 24.745
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 87 4,60 %	4 von 86 4,65 %	3 von 86 3,49 % (Refbereich: ≤ 2,46; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 4 (75,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	3 / 87 (3,45 %)	3 / 86 (3,49 %)	n. a.

Tabelle 96: QI 362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,04 O/E = 433 / 415,26 7,62 % O/N = 433 / 5.679	1,01 O/E = 394 / 389,04 6,94 % O/N = 394 / 5.681	1,11 O/E = 436 / 392,57 7,65 % O/N = 436 / 5.697
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 86 6,98 %	3 von 83 3,61 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 6 (50,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 86 (3,49 %)	2 / 83 (2,41 %)	n. a.

Tabelle 97: QI 402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 O/E = 240 / 225,34 4,64 % O/N = 240 / 5.170	1,00 O/E = 254 / 254,64 4,61 % O/N = 254 / 5.506	1,03 O/E = 271 / 264,32 4,63 % O/N = 271 / 5.848
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 86 5,81 %	6 von 82 7,32 %	6 von 83 7,23 % (Refbereich: ≤ 2,29; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 5 (0,00 %)	2 / 6 (33,33 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 86 (0,00 %)	2 / 82 (2,44 %)	n. a.

Tabelle 98: QI 392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 284 / 267,73 3,87 % O/N = 284 / 7.344	1,01 O/E = 307 / 302,63 3,66 % O/N = 307 / 8.378	1,02 O/E = 327 / 321,79 3,33 % O/N = 327 / 9.821
rechnerische Auffälligkeiten	20 von 221 9,05 %	22 von 254 8,66 %	23 von 277 8,30 % (Refbereich: ≤ 3,14; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 20 (55,00 %)	7 / 22 (31,82 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 221 (4,98 %)	7 / 254 (2,76 %)	n. a.

Tabelle 99: QI 382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,11 O/E = 461 / 416,59 7,71 % O/N = 461 / 5.980	1,02 O/E = 449 / 440,21 7,06 % O/N = 449 / 6.358	1,05 O/E = 511 / 488,29 6,87 % O/N = 511 / 7.442
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 88 5,68 %	5 von 83 6,02 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 5 (80,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 88 (4,55 %)	0 / 83 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 100: QI 372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,01 O/E = 2.801 / 2.766,46 14,29 % O/N = 2.801 / 19.600	1,01 O/E = 3.252 / 3.233,77 13,71 % O/N = 3.252 / 23.718	1,01 O/E = 3.419 / 3.399,00 13,27 % O/N = 3.419 / 25.759
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 88 5,68 %	5 von 84 5,95 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 5 (100,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 88 (5,68 %)	0 / 84 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 101: QI 352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,05 O/E = 1.826 / 1.732,13 7,49 % O/N = 1.826 / 24.393	1,03 O/E = 1.765 / 1.712,04 7,25 % O/N = 1.765 / 24.357	1,01 O/E = 1.679 / 1.667,54 6,66 % O/N = 1.679 / 25.226
rechnerische Auffälligkeiten	3 von 87 3,45 %	4 von 83 4,82 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 3 (100,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 87 (3,45 %)	0 / 83 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 102: QI 362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-KC-KOMB

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,05 O/E = 916 / 873,63 16,04 % O/N = 916 / 5.710	1,02 O/E = 852 / 838,78 14,95 % O/N = 852 / 5.699	0,99 O/E = 790 / 796,53 13,79 % O/N = 790 / 5.727
rechnerische Auffälligkeiten	5 von 86 5,81 %	4 von 83 4,82 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 5 (60,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	3 / 86 (3,49 %)	0 / 83 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 103: QI 402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,11 O/E = 471 / 423,45 9,39 % O/N = 471 / 5.014	1,06 O/E = 445 / 420,89 8,56 % O/N = 445 / 5.196	0,96 O/E = 453 / 470,17 8,16 % O/N = 453 / 5.549
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 86 4,65 %	4 von 83 4,82 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	3 / 86 (3,49 %)	0 / 83 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 104: QI 392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 1.466 / 1.382,79 20,53 % O/N = 1.466 / 7.141	1,01 O/E = 1.462 / 1.450,98 19,77 % O/N = 1.462 / 7.394	0,96 O/E = 1.564 / 1.637,50 18,64 % O/N = 1.564 / 8.391
rechnerische Auffälligkeiten	27 von 221 12,22 %	32 von 235 13,62 %	(Refbereich: Nicht definiert)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	18 / 27 (66,67 %)	0 / 32 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	18 / 221 (8,14 %)	0 / 235 (0,00 %)	n. a.

Die Bundesraten aller Sterblichkeitsindikatoren und -transparenzkennzahlen liegen seit Jahren auf stabilem Niveau und weisen mit Blick auf die Entwicklung der rohen Rate über die Auswertungsjahr 2023 bis 2025 eher eine Verbesserungstendenz auf. Zudem sind die Mortalitäten mit der internationalen Literatur vergleichbar (Beckmann et al. 2019, Mohr et al. 2014, Vassileva et al. 2013).

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2025 deuten in allen Auswertungsmodulen des Verfahrens QS KCKH auf eine gute Dokumentationsqualität hin.

Der höchste Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Auswertungsjahr 2025 konnte im Auswertungsmodul KCHK-AK-CHIR beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852107) identifiziert werden (AJ 2025: 13,54 %). Im Vorjahr betraf dies noch das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 852113) im Auswertungsmodul KCHK-MK-CHIR (AJ 2024: 14,29 %).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich die Kliniken sehr intensiv mit der angenommenen Unterdokumentation auseinandergesetzt haben. Die Unterdokumentationen wurden im Stellungsverfahren zum Auswertungsjahr 2024 in den allermeisten Fällen eingeräumt, und die Kliniken haben Maßnahmen initiiert, um Dokumentationsprobleme zukünftig zu vermeiden.

Tabelle 105: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,04 % 13.000/12.995 (≥ 100,00 %)

Tabelle 106: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) - KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	13 von 96	13,54	4

Tabelle 107: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,34 % 26.842/26.750 (≥ 100,00 %)

Tabelle 108: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) - KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	8 von 98	8,16	3

Tabelle 109: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,36 % 30.951/30.841 (≥ 100,00 %)

Tabelle 110: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) - KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	7 von 98	7,14	2

Tabelle 111: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,04 % 10.508/10.504 (≥ 100,00 %)

Tabelle 112: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) - KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	5 von 96	5,21	0

Tabelle 113: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,01 % 10.109/10.108 (≥ 100,00 %)

Tabelle 114: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) - KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	19 von 290	6,55	6

Tabelle 115: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,26 % 83.625/83.406 (≥ 100,00 %)
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,26 % 83.625/83.406 (≤ 110,00 %)
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,05 % 39/83.406 (≤ 5,00 %)

Tabelle 116: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	13 von 312	4,17	4
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	2 von 312	0,64	0
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	0 von 312	0,00	0

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 117: AK 852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-AK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,69 % O = 12.407 N = 12.322	101,01 % O = 13.145 N = 13.014	100,04 % O = 13.000 N = 12.995
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 94 10,64 %	9 von 90 10,00 %	13 von 96 13,54 % (Refbereich: ≥ 100,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 10 (30,00 %)	3 / 9 (33,33 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 94 (3,19 %)	3 / 90 (3,33 %)	n. a.

Tabelle 118: AK 852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-AK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,64 % O = 23.680 N = 23.765	101,11 % O = 25.965 N = 25.681	100,34 % O = 26.842 N = 26.750
rechnerische Auffälligkeiten	65 von 100 65,00 %	8 von 96 8,33 %	8 von 98 8,16 % (Refbereich: ≥ 100,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 65 (0,00 %)	7 / 8 (87,50 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 100 (0,00 %)	7 / 96 (7,29 %)	n. a.

Tabelle 119: AK 852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-KC

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	101,22 % O = 30.361 N = 29.994	101,34 % O = 31.208 N = 30.794	100,36 % O = 30.951 N = 30.841
rechnerische Auffälligkeiten	4 von 97 4,12 %	10 von 94 10,64 %	7 von 98 7,14 % (Refbereich: ≥ 100,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 4 (75,00 %)	9 / 10 (90,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 97 (3,09 %)	9 / 94 (9,57 %)	n. a.

Tabelle 120: AK 852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-MK-CHIR

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,43 % O = 10.180 N = 10.136	101,29 % O = 10.117 N = 9.988	100,04 % O = 10.508 N = 10.504
rechnerische Auffälligkeiten	15 von 93 16,13 %	13 von 91 14,29 %	5 von 96 5,21 % (Refbereich: ≥ 100,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 15 (80,00 %)	9 / 13 (69,23 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	12 / 93 (12,90 %)	9 / 91 (9,89 %)	n. a.

Tabelle 121: AK 852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-MK-KATH

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	99,45 % O = 7.596 N = 7.638	100,55 % O = 8.592 N = 8.545	100,01 % O = 10.109 N = 10.108
rechnerische Auffälligkeiten	14 von 247 5,67 %	12 von 264 4,55 %	19 von 290 6,55 % (Refbereich: ≥ 100,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	14 / 14 (100,00 %)	12 / 12 (100,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	14 / 247 (5,67 %)	12 / 264 (4,55 %)	n. a.

Tabelle 122: AK 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation, KCHK-D

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,75 % O = 76.161 N = 75.592	101,12 % O = 81.306 N = 80.403	100,26 % O = 83.625 N = 83.406
rechnerische Auffälligkeiten	13 von 271 4,80 %	13 von 281 4,63 %	13 von 312 4,17 % (Refbereich: ≥ 100,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 13 (100,00 %)	12 / 13 (92,31 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 271 (4,80 %)	12 / 281 (4,27 %)	n. a.

Tabelle 123: AK 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation, KCHK-D

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,75 % O = 76.161 N = 75.592	101,12 % O = 81.306 N = 80.403	100,26 % O = 83.625 N = 83.406
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 271 0,37 %	0 von 281 0,00 %	2 von 312 0,64 % (Refbereich: ≤ 110,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 0 (-)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 271 (0,37 %)	0 / 281 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 124: AK 850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS), KCHK-D

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,05 % O = 36 N = 75.592	0,06 % O = 45 N = 80.403	0,05 % O = 39 N = 83.406
rechnerische Auffälligkeiten	2 von 271 0,74 %	2 von 281 0,71 %	0 von 312 0,00 % (Refbereich: ≤ 5,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 2 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 271 (0,00 %)	2 / 281 (0,71 %)	n. a.

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (IDs 852107, 852109, 852111, 852113, 852115 und 850253)

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 100,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner).

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100%-Vollzähligkeit vorlag. Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Unterdokumentation vorgelegen haben.

Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren QS-KCHK eine Dokumentationsrate von 100,25 %. In den einzelnen Auswertungsmodulen lag die Dokumentationsrate zwischen 100,01 % (KCHK-MK-KATH) und 100,36 % (KCHK-KC). Auf Leistungserbringerebene hatten 13 von 312 Leistungserbringern (4,17 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Die die meisten Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind im Auswertungsjahr 2025 mit 19 Leistungserbringern im Auswertungsmodul KCHK-MK-KATH zu verzeichnen.

Wie bereits eingangs erwähnt, zeigt sich eine intensive Auseinandersetzung der Leistungserbringer mit den angenommenen Auffälligkeiten. So wurde bspw. die Unterdokumentationen im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 in den allermeisten Fällen eingeräumt und Maßnahmen initiiert, um Dokumentationsprobleme zukünftig zu vermeiden. In einigen Fällen lag die Unterdokumentation an Softwarefehlern. In anderen Fällen wurden beispielsweise die Bögen von Patientinnen und Patienten, die im Vorjahr aufgenommen und im Folgejahr entlassen wurden, falsch zugeordnet. Des Weiteren kam es zu Fallzusammenführungen oder zur Korrektur, die nach Abgabe der Sollstatistik durchgeführt wurden. Selten wurden auch Fälle einfach nicht fristgerecht dokumentiert oder weitergegeben.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850254)

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,00\%$ bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul HCH eine Dokumentationsrate von 100,25 %. Auf Leistungserbringerebene hatten 2 von 312 Leistungserbringern (0,64 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850281)

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 5,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,05 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS angelegt

wurde. Auf Leistungserbringerebene hatte im Auswertungsjahr 2025 kein Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

Im Modul KCHK werden in den Erfassungsjahren 2023 und 2024 jeweils 15 Prüfkriterien zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.¹ Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, welche keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die verbleibenden 7 Prüfkriterien gelten als auswertungsrelevant, da bei Vorliegen einer Auffälligkeit die Möglichkeit besteht, dass die Ergebnisse beeinflusst sind.

In Tabelle 125 sind die im Auswertungsjahr 2025 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 125 Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS KCHK

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen		Vollzähligkeit der Daten	
			EJ 2023	EJ 2024	EJ 2023	EJ 2024
30	Fehlende Datenlieferung	Es wird geprüft, ob in dem in der DeQS-RL vorgegebenen Lieferzeitraum eine Sozialdatenlieferung oder eine Nullmeldung übermittelt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, weder Sozialdaten oder noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,97 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 99,38 %.
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versichertendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 94	1 von 94	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären Fälle nach § 301 SGB V liegt bei 99,45 %.	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären Fälle nach § 301 SGB V liegt bei 99,46 %.

¹ Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe G-BA (2024).

Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegt nur ein Teildatensatz vor. Durch die fehlende aktuelle Lieferung wurden die Auffälligkeiten in PK30 „Fehlende Datenlieferung“ erzeugt. Hierdurch ist eine Beeinträchtigung von 29 der 42 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren möglich. Hierbei handelt es sich um die Qualitätsindikatoren „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“, „Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres“ und „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ für das Erfassungsjahr 2023 sowie „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“, „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ und „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ für das Erfassungsjahr 2024.

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

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 126: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	604	-	498	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	516	100,00	498	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	25	4,84	22	4,42
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	25	100,00	22	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	25	100,00	22	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	8	36,36
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	25	100,00	14	63,64
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	25	100,00	14	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	17	68,00	12	54,55
Bewertung als qualitativ auffällig	7	28,00	2	9,09
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	1	4,00	0	0,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 127: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	691	-	588	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	603	100,00	588	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	33	5,47	32	5,44
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	33	100,00	32	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	33	100,00	32	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	9	28,12
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	33	100,00	23	71,88
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	33	100,00	23	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	15	45,45	14	43,75
Bewertung als qualitativ auffällig	18	54,55	9	28,12
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	0	0,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 128: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen
gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	773	-	682	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	513	100,00	682	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	19	3,70	29	4,25
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	19	100,00	29	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	19	100,00	29	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	16	55,17
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	19	100,00	13	44,83
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	19	100,00	13	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	5,26	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	5,26	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	1	7,69
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	3	15,79	2	6,90
Bewertung als qualitativ auffällig	16	84,21	9	31,03
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	1	3,45
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 129: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC-KOMB

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.613	-	1.323	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	510	100,00	825	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	25	4,90	67	8,12
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	25	100,00	67	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	25	100,00	67	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	55	82,09
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	25	100,00	12	17,91
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	25	100,00	12	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	10	40,00	4	5,97
Bewertung als qualitativ auffällig	15	60,00	7	10,45
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0,00	1	1,49
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 130: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.192	-	907	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.108	100,00	907	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	64	5,78	86	9,48
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	64	100,00	86	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	64	100,00	86	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	50	58,14
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	64	100,00	36	41,86
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	64	100,00	36	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	1,56	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	1,56	3	8,33
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	31	48,44	18	20,93
Bewertung als qualitativ auffällig	26	40,62	15	17,44
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	6	9,38	0	0,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 131: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	3.180	-	2.698	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.944	100,00	2.698	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	224	7,61	259	9,60
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	224	100,00	259	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	224	100,00	259	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	126	48,65
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	224	100,00	133	51,35
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	224	100,00	133	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,45	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	0,89	1	0,75
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	101	45,09	79	30,50
Bewertung als qualitativ auffällig	101	45,09	40	15,44
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	20	8,93	13	5,02
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im gesamten Verfahren QS KCHK waren von 6.696 Indikatorenergebnissen 495 rechnerisch auffällig. Von denen wurden 231 Indikatorenergebnisse im Stellungnahmeverfahren adressiert, verteilt auf 121 Leistungserbringer. Bei 264 Indikatorenergebnissen wurde kein Stellungnahmeverfahrens eingeleitet. Dies begründete sich dadurch, dass wie beschrieben infolge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung bei einigen Qualitätsindikatoren bereits auf ein Stellungnahmeverfahren verzichtet werden soll.

Bei 5 Leistungserbringerergebnissen standen zum Stichtag 15. März 2025 noch kollegiale Gespräche und Begehungen aus, sodass sie noch nicht final bewertet werden konnten.

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 2024 bisher 3 kollegiale Gespräche und eine Begehung, um den Bewertungsprozess zu unterstützen. Eine weitere Begehung ist zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch ausstehend. Diese erweiterten Stellungnahmeverfahren umfassten Leistungserbringer mit vermehrten rechnerischen Auffälligkeiten mit Schwerpunkt auf den Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit. Dies waren die Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ in den Auswertungsmodulen KCHK-KC, KCHK-MK-KATH und KCHK-MK-CHIR und „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ im Auswertungsmodul KCHK-MK-CHIR. Diese blieben zum genannten Stichtag noch ohne finale Bewertung.

Gründe für die 82 qualitativ auffälligen Bewertungen im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 waren u. a. Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Mit allen Leistungserbringern wurden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart, die zusätzlich zu den von den Leistungserbringern bereits selbst eingeleiteten Maßnahmen erfolgten.

Tabelle 132: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
10	3	2	2	0	0

Tabelle 133: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
17	4	2	4	1	1

Tabelle 134: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
14	6	1	7	1	0

Tabelle 135: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC-KOMB

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
34	10	4	4	0	1

Tabelle 136: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
32	7	9	7	2	1

Tabelle 137: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
79	38	29	16	7	3

Leistungserbringer mit mehrfachen qualitativen Auffälligkeiten stehen im besonderen Fokus und werden intensiv evaluiert und mit dem Expertengremium auf Bundesebenebesprochen. Hieraus resultiert in der Regel ein erweitertes Stellungsverfahren im Rahmen von kollegialen Gesprächen oder Begehungen zur Klärung der Ursachen.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 138: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	96	100,00	93	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	10	10,42	9	9,68
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	10	100,00	9	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	100,00	9	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	10	100,00	9	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	7	70,00	6	66,67
Bewertung als qualitativ auffällig	3	30,00	3	33,33
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 139: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	101	100,00	98	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	65	64,36	8	8,16
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	65	100,00	8	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	65	100,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	8	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	8	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	1	12,50
Bewertung als qualitativ auffällig	0	0,00	7	87,50
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 140: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	98	100,00	97	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	4	4,08	10	10,31
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	4	100,00	10	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	4	100,00	10	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	100,00	10	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	1	25,00	1	10,00
Bewertung als qualitativ auffällig	3	75,00	9	90,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 141: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	95	100,00	94	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	15	15,79	13	13,83
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	15	100,00	13	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	15	100,00	13	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	15	100,00	13	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	3	20,00	4	30,77
Bewertung als qualitativ auffällig	12	80,00	9	69,23
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 142: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	249	100,00	265	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	14	5,62	12	4,53
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	14	100,00	12	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	14	100,00	12	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	14	100,00	12	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0,00	0	0,00
Bewertung als qualitativ auffällig	14	100,00	12	100,00
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 143: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-D

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	817	100,00	847	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	16	1,96	15	1,77
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	16	100,00	15	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	16	100,00	15	100,00
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	16	100,00	15	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	2	12,50	1	6,67
Bewertung als qualitativ auffällig	14	87,50	14	93,33
Sonstiges	0	0,00	0	0,00
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Aus insgesamt 1.492 Ergebnissen, verteilt auf 6 Auffälligkeitskriterien, resultierten 67 rechnerisch auffällige Ergebnisse, die sich auf 42 Leistungserbringer beziehen. Das Stellungnahmeverfahren dazu führte zu 54 qualitativ auffälligen Bewertungen. Gründe hierfür waren z. B. Fehldokumentationen, nicht fristgerechter Export der QS-Daten oder technische Probleme mit den Softwaresystemen.

Tabelle 144: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
9	0	0	3	0	0

Tabelle 145: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
8	0	0	7	0	0

Tabelle 146: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-KC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
10	0	0	9	0	0

Tabelle 147: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
13	0	0	9	0	0

Tabelle 148: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-MK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
12	0	0	12	0	0

Tabelle 149: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – KCHK-D

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
15	0	0	14	0	0

Es gab keine Leistungserbringer, bei denen mehrfache qualitative Auffälligkeiten festgestellt wurden.

4 Evaluation

Im Verfahren QS KCHK werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL stetig für die Verfahrenspflege genutzt. Für die im Stellungnahmeverfahren betrachteten Qualitätsindikatoren zeigt sich sowohl anhand der Ergebnisse des Auswertungsjahres 2024 als auch anhand der Bundesergebnisse des diesjährigen Auswertungsjahres 2025 im Verfahren QS KCHK weiterhin eine überwiegend gute Versorgungsqualität. Beim Vergleich der Ergebnisse der vorangegangenen Auswertungsjahre wurde festgestellt, dass sich die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren nicht wesentlich unterscheiden.

Der Aufbau des QS-Verfahrens ist das Ergebnis einer historischen Entwicklung, die einen heterogenen Aufbau der Qualitätsindikatoren und der jeweiligen Auswertungsmodule zur Folge hat. Der Umfang des Verfahren QS KCHK und dessen Komplexität geht mit erhöhtem Aufwand für alle beteiligten Akteure einher. Um diesen Aufwand zu reduzieren und das Verfahren weiter zu fokussieren, wurde im Rahmen der Verfahrenspflege der letzten Jahre und der Weiterentwicklung des Verfahrens im engen Austausch mit dem Expertengremium auf Bundesebene das Indikatorenset bereits deutlich verschlankt. Qualitätsindikatoren wie „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ und „Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“, die nicht mehr den Eignungskriterien genügen, wurden aus dem Indikatorenset gestrichen und sind in diesem Jahr nicht mehr in der Auswertung enthalten. Erstmals werden in diesem Jahr die Indikatoren „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ und „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ ausgewertet. Diese resultieren aus der Zusammenlegung der auf Sozialdaten basierenden Qualitätsindikatoren zu den Reinterventionen bzw. Reoperationen innerhalb von 30 Tagen und der jeweilig adressierten Qualitätsmerkmale bzw. der Qualitätsindikatoren zu den Reinterventionen bzw. Reoperationen innerhalb eines Jahres.

Die bisherige Weiterentwicklung und Fokussierung des Indikatorensets ist das Ergebnis einer steten und konsequenten Prüfung und Bewertung des Verfahrens. Ziel soll es dabei weiterhin sein, die Übersichtlichkeit zur Qualitätsbewertung dieses Versorgungsbereichs zu erhöhen und den Aufwand der beteiligten Akteure, insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens, zu reduzieren.

Das QS-Verfahren dient der Beurteilung von stationär erbrachten Indexeingriffen sowie der damit assoziierten Folgeereignisse (Follow-up). Es adressiert das Auftreten möglicher Komplikationen, erneute Eingriffe und Todesfälle und bildet die Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität „Patientensicherheit“ und „Wirksamkeit“ ab. Es soll die qualitätsrelevanten Aspekte darstellen und bewerten und dabei gemäß DeQS-RL insbesondere diesen Zielsetzungen folgen:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe

Allerdings wird momentan als Folge der oben beschriebenen regelhaften Verfahrenspflege und der damit einhergehenden Reduktion des Indikatorensets das Richtlinienziel der Verbesserung der Indikationsstellung nach Streichung der Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ (IDs 362001, 392000 und 402000) nicht mehr adressiert. Zudem erfolgte ebenfalls in der Vergangenheit die Streichung der einzigen Prozessindikatoren des Verfahrens („Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“, IDs 352000 und 362002), weil kein weiteres Potenzial zur Verbesserung bestand, sodass sich diese Indikatoren im Auswertungsjahr 2025 erstmalig nicht in der Auswertung befinden.

Hinsichtlich des Richtlinienziels zur Verbesserung der Indikationsstellung wird perspektivisch die erneute Entwicklung und Einführung eines Indikators zur Prüfung der Indikationsstellung geprüft, womit das Richtlinienziel und damit die Qualitätsdimension „Angemessenheit“ wieder direkt adressiert werden würde.

Aus der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung resultierte eine Vielzahl von Empfehlungen, die u. a. die Streichung von Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen sowie zugehörigen Datenfeldern beinhaltet. Unabhängig davon ergeben sich auch im Rahmen der regelhaften Verfahrenspflege Anpassungsbedarfe bei den Indiktoren und den entsprechenden Rechenregeln, die zusammen mit dem Expertengremium auf Bundesebene kontinuierlich konsentiert werden. So sind bspw. Anpassungen am Ein- und Ausschlussfilter der Qualitätsindikatoren zu den schwerwiegenden Komplikationen innerhalb von 90 Tagen erforderlich.

Zudem sind weiterhin die Heterogenität und Komplexität des Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* und die damit einhergehende Problematik, dass eine sinnvolle Bewertung der Ergebnisse und damit auch der Vergleich der Leistungserbringer untereinander schwierig ist, ein Schwerpunkt der Diskussionen und des Austauschs mit den Expertinnen und Experten. Aus diesen Diskussionen ergab sich zunächst zum Auswertungsjahr 2025 die Aussetzung der Referenzbereiche in diesem Modul. Über den perspektivischen Verbleib des Moduls soll im weiteren Evaluationsprozess des laufenden und kommenden Verfahrensjahres entschieden werden.

5 Ausblick

Die weitere Schärfung und Fokussierung des Indikatorensets soll auch zukünftig Ziel der Weiterentwicklung des Verfahrens QS KCHK sein, um wie beschrieben die Übersichtlichkeit zur Qualitätsbewertung dieses Versorgungsbereichs zu erhöhen und den Aufwand der beteiligten Akteure zu reduzieren.

So ist für 2025 die Zusammenlegung der auf QS-Dokumentation basierenden und sich auf den stationären Aufenthalt beziehenden Qualitätsindikatoren „Intraprozedurale Komplikationen“, „Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts“, „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts“ mit dem auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basierenden Qualitätsindikator „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ vorgesehen. Die entsprechenden Qualitätsmerkmale werden dabei mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet. Diese Zusammenlegung führt zu einer Reduktion des Indikatorensets um weitere 3 Indikatoren und damit zu einer Verminderung des Dokumentationsaufwands bei den Leistungserbringern, ohne dass auf die Abbildung wichtiger Qualitätsinformationen verzichtet wird. Eine entsprechende Empfehlung an den G-BA soll mit der Abgabe zu den prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027 erfolgen. Zur Fokussierung und Schärfung des Verfahrens ist auch vorgesehen, die Streichung des sehr komplexen und vor allem sehr heterogenen Auswertungsmoduls KCHK-KC-KOMB aufgrund der beschriebenen Schwierigkeiten zu diskutieren.

Perspektivisch wird weiterhin die erneute Entwicklung und Einführung eines Indikators zur Prüfung der Indikationsstellung geprüft, womit das Richtlinienziel „Verbesserung der Indikationsstellung“ und damit die Qualitätsdimension „Angemessenheit“ wieder adressiert werden würden.

Auch wird weiterhin die Risikoadjustierung aller vorhandenen Qualitätsindikatoren geprüft, so dass perspektivisch, spätestens aber zum Erfassungsjahr 2027, alle verbleibenden Indikatoren risikoadjustiert sein werden. Darüber hinaus wird für das gesamte Indikatorenset die Möglichkeit einer Risikoadjustierung über Sozialdaten bei den Krankenkassen geprüft.

Ein weiteres Thema, dessen Dringlichkeit sich u. a. aus zahlreichen Diskussionen im Expertengremium auf Bundesebene, dem fachlichen Austausch auf Kongressen oder aus der Fachliteratur erschließt, ist die perspektivische Qualitätssicherung der Eingriffe an den Trikuspidalklappen. Diesbezüglich soll in den nächsten Jahren die Entwicklung möglicher Qualitätsindikatoren entsprechend denen, die momentan in den Auswertungsmodulen zu den Aortenklappen bzw. den Mitralklappen Anwendung finden, beraten werden und eventuell eine Umsetzung erfahren. All diese Bemühungen sind Teil der Weiterentwicklung des Verfahrens im Regelbetrieb und erfolgen in gemeinsamer Beratung und in enger Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene.

Literatur

- Aldea, GS; Mokadam, NA; Melford, R, Jr; Stewart, D; Maynard, C; Reisman, M; et al. (2009): Changing Volumes, Risk Profiles, and Outcomes of Coronary Artery Bypass Grafting and Percutaneous Coronary Interventions. *The Annals of Thoracic Surgery* 87(6): 1828-1838. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2009.03.067.
- Beckmann, A; Meyer, R; Lewandowski, J; Markewitz, A; Harringer, W (2019): German Heart Surgery Report 2018: The Annual Updated Registry of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon* 67(5): 331-344. DOI: 10.1055/s-0039-1693022.
- Fischer, C; Lingsma, HF; Marang-van de Mheen, PJ; Kringos, DS; Klazinga, NS; Steyerberg, EW (2014): Is The Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence. *PLoS One* 9(11): e112282. DOI: 10.1371/journal.pone.0112282.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung ab 2024 für die Verfahren QS CHE, QS TX und QS KCHK gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6448/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-CHE-TX-KCHK-ab-2024.pdf (abgerufen am: 18.06.2024).
- Koo, AB; Zhou, L; Hameed, I; Rivier, CA; Clocchiatti-Tuozzo, S; Kamel, H; et al. (2025): Acute Ischemic Stroke Risk Following Cardiac Interventions in the United States From 2016 to 2021. *Neurology* 105(1): e213766. DOI: 10.1212/wnl.00000000000213766.
- Mohr, FW; Holzhey, D; Mollmann, H; Beckmann, A; Veit, C; Figulla, HR; et al. (2014): The German Aortic Valve Registry: 1-year results from 13680 patients with aortic valve disease. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 46(5): 808-816. DOI: 10.1093/ejcts/ezu290.
- Myles, PS (2014): Meaningful Outcome Measures in Cardiac Surgery. *The Journal of Extracorporeal Technology* 46(1): 23-27. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557506/pdf/ject-46-23.pdf> (abgerufen am: 27.02.2025).
- Otto, CM; Nishimura, RA; Bonow, RO; Carabello, BA; P., EJ; Gentile, F; et al. (2021): 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology* 77(4): e25-e197. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.11.018.
- Reardon, MJ; Van Mieghem, NM; Popma, JJ; Kleiman, NS; Søndergaard, L; Mumtaz, M; et al. (2017): Surgical or Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *The New England Journal of Medicine* 376(14): 1321-1331. DOI: 10.1056/NEJMoa1700456.

- Shuhaiber, J; Anderson, RJ (2007): Meta-analysis of clinical outcomes following surgical mitral valve repair or replacement. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 31(2): 267-275.
DOI: 10.1016/j.ejcts.2006.11.014.
- Tamburino, C; Barbanti, M; Capodanno, D; Mignosa, C; Gentile, M; Aruta, P; et al. (2012): Comparison of Complications and Outcomes to One Year of Transcatheter Aortic Valve Implantation Versus Surgical Aortic Valve Replacement in Patients With Severe Aortic Stenosis. *The American Journal of Cardiology* 109(10): 1487-1493.
DOI: 10.1016/j.amjcard.2012.01.364.
- van Eck, FM; Noyez, L; Verheugt, FWA; Brouwer, RMHJ (2002): Analysis of Mortality Within the First Six Months After Coronary Reoperation. *The Annals of Thoracic Surgery* 74(6): 2106-2112.
DOI: 10.1016/s0003-4975(02)03986-3.
- Vassileva, CM; Mishkel, G; McNeely, C; Boley, T; Markwell, S; Scaife, S; et al. (2013): Long-Term Survival of Patients Undergoing Mitral Valve Repair and Replacement. A Longitudinal Analysis of Medicare Fee-for-Service Beneficiaries. *Circulation* 127(18): 1870-1876.
DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.002200.