IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5
Abbildungsverzeichnis 7
Abkürzungsverzeichnis 8
Vorbemerkung 10
1 Hintergrund 11
2 Einordnung der Ergebnisse 16
2.1 Datengrundlage 16
2.1.1 Überblick 16
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 16
2.1.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen 21
2.1.4 Patientenbefragung 21
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 23
2.2.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Überblick 23
2.2.2 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 26
2.2.3 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Detailergebnisse 29
2.2.4 Im Fokus: Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung (IDs 56000 und 56101) 41
2.2.5 Patientenbefragung: Überblick 43
2.2.6 Hintergründe zu den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung 44
2.2.7 Patientenbefragung: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 48
2.2.8 Patientenbefragung: Detailergebnisse 54
2.2.9 Im Fokus: Qualitätsindikator „Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur“ (ID 56110) 63
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 64
2.3.1 Überblick 64
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 65
2.3.3 Detailergebnisse 69
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 78
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 78

3.1.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten 78
3.1.2 Patientenbefragung 81
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 81
4 Evaluation 84
4.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten 84
4.2 Patientenbefragung: Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung 86
4.2.1 Methodisches Vorgehen 86
4.2.2 Analyse der Prozesse der Datenerhebung und Datenflüsse 87
4.2.3 Prüfung der Validität und der Auswertungen der Qualitätsindikatoren 90
4.2.4 Stellungnahmeverfahren 91
4.2.5 Aufwand-Nutzen-Betrachtung 93
4.2.6 Empfehlungen 93
5 Ausblick 95
5.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten 95
5.2 Patientenbefragung 96
Literatur 97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – PCI 13
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – PCI 15
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – PCI 17
Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – PCI 18
Tabelle 5: Übersicht über die Anzahl der Fälle und der Prozedurarten nach Art der Leistungserbringung (AJ 2026, EJ 2025) 20
Tabelle 6: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten bei den Krankenkassen (AJ 2026) – PCI 21
Tabelle 7: Soll-Ist-Abgleich Patientenbefragung (AJ 2026) - PCI 22
Tabelle 8: Rücklaufquote der Patientenbefragung (AJ 2026) – PCI 23
Tabelle 9: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – PCI (QS-Dokumentation und Sozialdaten) 26
Tabelle 10: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – PCI (QS-Dokumentation) 28
Tabelle 11: QI 56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) 29
Tabelle 12: QI 56003: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt 30
Tabelle 13: QI 56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen 31
Tabelle 14: QI 56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt 33
Tabelle 15: QI 56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 34
Tabelle 16: QI 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 35
Tabelle 17: QI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 35
Tabelle 18: QI 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 38
Tabelle 19: TKez 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag) 38
Tabelle 20: Ergebnisse zur Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI" (Indexeingriffe aus dem EJ 2023) 40
Tabelle 21: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – PCI (Patientenbefragung) 48
Tabelle 22: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (AJ 2026) – PCI (Patientenbefragung) 51
Tabelle 23: QI 56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI 54
Tabelle 24: QI 56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie 54
Tabelle 25: QI 56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur 55
Tabelle 26: QI 56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung 55

Tabelle 27: QI 56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals 56
Tabelle 28: QI 56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte 56
Tabelle 29: QI 56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur 57
Tabelle 30: QI 56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur 57
Tabelle 31: QI 56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten 58
Tabelle 32: QI 56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur 58
Tabelle 33: QI 56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur 58
Tabelle 34: QI 56111: Patienteninformation nach der Prozedur 59
Tabelle 35: QI 56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI 59
Tabelle 36: QI 56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI 60
Tabelle 37: QI 56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI 61
Tabelle 38: QI 56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung 61
Tabelle 39: QI 56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle 62
Tabelle 40: QI 56117: Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur 62
Tabelle 41: QI 56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI 63
Tabelle 42: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – PCI 65
Tabelle 43: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – PCI 66
Tabelle 44: AK 852302: „Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt" 69
Tabelle 45: AK 852103: Angabe EF „unbekannt" 70
Tabelle 46: AK 852104: Angabe „sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie 71
Tabelle 47: AK 852105: Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt" 71
Tabelle 48: AK 852106: Angabe Kreatininwert „unbekannt" 72
Tabelle 49: AK 852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 73
Tabelle 50: AK 852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 74
Tabelle 51: AK 852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 74
Tabelle 52: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS PCI 76
Tabelle 53: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI 78
Tabelle 54: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI 81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiel einer grafischen Darstellung von Indikatorergebnissen der Patientenbefragung für einen Leistungserbringer 45

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AAPOR	American Association for Public Opinion Research
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BQB	Bundesqualitätsbericht
BSNR	Betriebsstättennummer
CABG	Koronararterien-Bypass (*coronary artery bypass grafting*)
DAS	Datenannahmestelle(n)
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DF	Datenfeld
DFP	Dosis-Flächen-Produkt
DRG	diagnosebezogene Fallgruppen (*Diagnosis Related Groups*)
E	erwartete Anzahl an Ereignissen (*expected*)
EF	Ejektionsfraktion
eGFR	geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (*estimated glomerular filtration rate*)
EJ	Erfassungsjahr
FAST	Fragebogenannahmestelle
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
i. S.	im Serum
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
IV	integrierte Versorgung
KH	Krankenhaus, Krankenhäuser
KHK	Koronare Herzkrankheit
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MACCE	schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen (*major adverse cardiac and cerebrovascular events*)

Abkürzung	Bedeutung
MDS	Minimaldatensatz
N	Grundgesamtheit
NSTEMI	Nicht-ST-Hebungsinfarkt (*Non-ST-segment elevation myocardial infarction*)
NYHA	New York Heart Association
O	Anzahl der beobachteten Zählerereignisse (*observed*)
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	perkutane Koronarintervention (*percutaneous coronary intervention*)
PK	Prüfkriterium
PK-ID	Identifikationsnummer des Prüfkriteriums
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS KEP	Qualitätssicherungsverfahren *Knieendoprothesenversorgung*
QS NET	Qualitätssicherungsverfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen*
QS PCI	Qualitätssicherungsverfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
SIRS	systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (*systemic inflammatory response syndrome*)
SMOR	Standardized Mortality Odds Ratio
STEMI	ST-Hebungs-Myokardinfarkt (*ST-segment elevation myocardial infarction*)
STNV	Stellungnahmeverfahren
SV	selektivvertragliche Leistungserbringer
TIA	transitorische ischämische Attacke
TIMI	TIMI-Klassifikation (*thrombolysis in myocardial infarction*)
TKez	Transparenzkennzahl
VÄ	Vertragsärztinnen bzw. -ärzte (bzw. vertragsärztlich erbrachte Leistungen)
VPB	Versendestelle Patientenbefragung

Vorbemerkung

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

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

1 Hintergrund

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

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) das Verfahren *QS PCI* als erstes

sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt, d. h., es werden sowohl ambulant als auch stationär erbrachte Eingriffe qualitätsgesichert. Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

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

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

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

information, Patientenbeteiligung, Veränderung der erlebten Symptome sowie körperliches Wohlbefinden und Schmerzen aus Patientensicht angesprochen werden.[1]

Für die Berechnung der Indikatoren, die Komplikations- und Mortalitätsdaten einschließen, werden neben der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer auch die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 SGB V ausgewertet, wodurch der weitere Krankheitsverlauf bei einer Patientin oder einem Patienten über einen längeren Zeitraum nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. nach Abschluss der ambulanten Behandlung nachvollzogen werden kann. Dabei muss berücksichtigt werden, dass Sozialdaten erst mit einem gewissen Zeitverzug ausgewertet und berichtet werden können. Der Zeitraum des Nachverfolgens, der im Verfahren *QS PCI* bei 7 und 30 Tagen liegt, muss zunächst abgeschlossen sein. Ebenso müssen die Abrechnungsdaten vom Leistungserbringer an die Krankenkasse der jeweiligen Patientin oder des Patienten übermittelt worden sein. Erst danach können die Daten an das IQTIG übermittelt werden, wo sie fall- bzw. patientenbezogen mit den von den Leistungserbringern erhobenen Dokumentationsdaten verknüpft werden. Der zeitliche Verzug, der sich im Rahmen der Datenverarbeitung ergibt, führt dazu, dass im Auswertungsjahr 2026 alle sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Jahr 2024 berichtet werden.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – PCI

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)	QS-Dokumentation	2025
56003	„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	QS-Dokumentation	2025
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: MACCE			
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024

[1] Eine ausführliche Darstellung zur Konstruktion und Auswertungsmethodik für die befragungsbasierten Qualitätsindikatoren ist im entsprechenden Methodendokument des IQTIG (2024b) zu finden.

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI			
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)*	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2024
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	Patientenbefragung	2025
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	Patientenbefragung	2025
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	Patientenbefragung	2025
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	Patientenbefragung	2025
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	Patientenbefragung	2025
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	Patientenbefragung	2025
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	Patientenbefragung	2025
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	Patientenbefragung	2025
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	Patientenbefragung	2025
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	Patientenbefragung	2025
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	Patientenbefragung	2025
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	Patientenbefragung	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	Patientenbefragung	2025
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	Patientenbefragung	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren *QS PCI* wurden im Auswertungsjahr 2026 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (IDs 852103–852106 und 852302) sowie 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (IDs 852201, 852208 und 852209) eingesetzt. Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit überprüfen insbesondere, ob bestimmte patientenbezogene Angaben, von denen erwartet wird, dass sie regelhaft vorliegen bzw. erhoben werden können (z. B. „Hat der Patient einen aortokoronaren Bypass?"), möglichst selten mit dem Status „unbekannt" dokumentiert werden. Damit leisten diese Auffälligkeitskriterien einen Beitrag zur Verbesserung der Datenqualität und valideren Indikatorberechnung. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen insbesondere, ob von den Leistungserbringern weniger oder mehr Daten an die Bundesauswertungsstelle übermittelt worden sind als erwartet. Sowohl eine Unter- als auch eine Überdokumentation kann zu Ergebnisverzerrungen führen. Vor diesem Hintergrund tragen die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zur Förderung einer validen und vollzähligen Datengrundlage bei.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – PCI

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852302	„Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt"	QS-Dokumentation
852103	Angabe EF „unbekannt"	QS-Dokumentation
852104	Angabe „sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie	QS-Dokumentation
852105	Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt"	QS-Dokumentation
852106	Angabe Kreatininwert „unbekannt"	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

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

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

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

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Für das Verfahren *QS PCI* erfolgt die Auswertung für Krankenhäuser auf Ebene des behandelnden Standortes (= Auswertungsstandort) und für kollektiv- sowie selektivvertragliche Leistungserbringer auf Ebene der Betriebsstättennummer (BSNR-Einheit).

Während die Anzahl der übermittelten Datensätze auf Bundesebene zugenommen hat, zeigt sich sektorenbezogen ein heterogenes Bild. Demnach ist die Anzahl übermittelter QS-Datensätze von kollektivvertraglichen Leistungserbringern um ca. 2.000 Datensätze zurückgegangen (- 2,91 %) und für Krankenhäuser um ca. 16.000 Datensätze gestiegen (+ 2,36 %). Damit hat die Zunahme von Datensätzen der Krankenhäuser in einem ähnlichen Umfang wie im Vorjahr (+ 2,72 %) stattgefunden. Für kollektivvertragliche Leistungserbringer hingegen konnte der Zuwachs aus dem Vorjahr (+ 2,68 %) nicht bestätigt werden, wenngleich zu berücksichtigen ist, dass die Vollzähligkeit der Daten für den kollektivvertraglichen Bereich von 94,10 % (AJ 2025) auf 90,29 % (AJ 2026) gesunken ist. Auch liegt die Anzahl übermittelter Datensätze für den kollektivvertraglichen Bereich leicht unterhalb des Vorvorjahresniveaus (AJ 2026: 68.893 Datensätze; AJ 2025: 70.959 Daten-

sätze; AJ 2024: 69.109 Datensätze). Prozedurbezogen zeigt sich – wie auch im letzten Auswertungsjahr – insbesondere eine Zunahme ambulanter Prozeduren. Während im Vorjahr noch 85.067 Prozeduren als ambulante Krankenhausleistungen an das IQTIG übermittelt wurden, ist für das Auswertungsjahr 2026 ein Zuwachs von 13.580 Prozeduren bzw. + 15,96 % zu verzeichnen. Dabei haben sich die Fallzahlen für ambulante Krankenhausleistungen über alle drei Prozedurarten (isolierte Koronarangiografien, isolierte PCI, einzeitige Koronarangiografien und PCI) erhöht. Für die einzeitigen Koronarangiografien und PCI fiel der relative Zuwachs mit 33,32 % am stärksten aus.

Mit Blick auf die Vollzähligkeit der Daten ergibt sich mit 99,66 % eine leichte Unterdokumentation. Diese resultiert maßgeblich aus dem kollektivvertraglichen Bereich, für den 7.412 Datensätze nicht geliefert wurden, die gemäß Sollstatistik erwartet worden wären. Auffällig zeigt sich für den kollektivvertraglichen Bereich außerdem, dass die Vollzähligkeit bereits im Vorjahr rückläufig war (AJ 2024: 97,82 %; AJ 2025: 94,10 %) und nun nochmals auf 90,29 % gesunken ist. Zugleich ist jedoch festzuhalten, dass der Anteil fehlender KV-Daten bezogen auf den Bundesdatenpool nur 0,95 % beträgt. Für den selektivvertraglichen Bereich ist anzumerken, dass 4 Leistungserbringer keine Sollstatistik geliefert haben, obwohl sie QS-Dokumentationsdaten übermittelt haben. Vor diesem Hintergrund beträgt die Vollzähligkeit auf LE-Ebene 115,38 %.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) – PCI

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	68.893 68.892 1	76.305	90,29
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	705.072 704.631 441	700.404	100,67
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	3.662 3.662 0	3.604	101,61
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	777.627 777.185 442	780.313	99,66
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	248	264	93,94
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	886		

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	957	970	98,66
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	765	778	98,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	30	26	115,38
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.135		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.206	1.235	97,65
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	1.014	1.043	97,22

Tabelle 4: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2024) – PCI

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	70.959 70.959 0	75.408	94,10
Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	688.842 688.414 428	675.071	102,04
Bund (selektivvertragliche Leistungen)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	3.594 3.594 0	3.759	95,61
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	763.395 762.967 428	754.238	101,21
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (kollektivvertragliche Leistungen)	259	282	91,84
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	907		

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	980	980	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (stationäre/ambulante Leistungen von Krankenhäusern)	781	781	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (selektivvertragliche Leistungen)	30	30	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.167		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.240	1.264	98,10
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	1.041	1.065	97,75

Tabelle 5: Übersicht über die Anzahl der Fälle und der Prozedurarten nach Art der Leistungserbringung (AJ 2026, EJ 2025)

Art der Leistungserbringung			Fälle (Basisbögen)	Prozeduren (Prozedurbögen)	Isolierte Koronarangiografien	Isolierte PCI	Einzeitige PCI	Koronarangiografien (gesamt)	PCI (gesamt)
ambulant	VÄ	Fälle/Prozeduren	62.467	62.777	50.371	714	11.692	62.063	12.406
		Anzahl LE	247	247	247	63	164		-
	KH	Fälle/Prozeduren	98.308	98.647	90.810	448	7.389	98.199	7.837
		Anzahl LE	602	602	597	153	429		-
	SV-LE	Fälle/Prozeduren	3.662	3.682	2.606	137	939	3.545	1.076
		Anzahl LE	30	30	30	7	20		-
stationär	VÄ	Fälle/Prozeduren	6.425	6.493	2.937	74	3.482	6.419	3.556
		Anzahl LE	28	28	25	10	27		-
	KH	Fälle/Prozeduren	606.323	636.683	350.059	23.176	263.448	613.507	286.624
		Anzahl LE	878	878	865	594	781		-
Gesamt (Bund)		Fälle/Prozeduren	777.185	808.282	496.783	24.549	286.950	783.733	311.499
		Anzahl LE	1.135	1.135	1.122	665	957		-

2.1.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Verknüpfungsrate auf Bundesebene entspricht für das Auswertungsjahr 2026, wie oben bereits erwähnt, annähernd der Verknüpfungsrate des Vorjahres (96,82 %). Da QS-Dokumentationsdaten von Krankenhäusern einen Anteil von etwa 90 % am Bundesdatenpool ausmachen, wird die bundesweite Verknüpfungsrate maßgeblich von der krankenhausbezogenen Verknüpfungsrate bestimmt. Hier zeigt sich, dass die Verknüpfungsrate gegenüber dem Vorjahr (AJ 2025: 97,56 %) zwar leicht zurückgegangen ist, jedoch noch oberhalb der Verknüpfungsrate des Vorvorjahres (AJ 2024: 95,90 %) liegt. Für kollektiv- und selektivvertragliche Leistungen sind die Verknüpfungsraten weiterhin auf einem niedrigeren Niveau, insbesondere für die selektivvertraglichen Leistungen sind sie weiterhin am niedrigsten. Zurückzuführen ist die geringe Verknüpfungsrate für selektivvertragliche Leistungen insbesondere auf ein Bundesland, das einen Anteil von etwa 40 % an allen selektivvertraglichen Leistung ausmacht, aber nur eine Verknüpfungsrate von ca. 16 % aufweist. Ursächlich hierfür ist insbesondere, dass in den selektivvertraglichen Sozialdaten mitunter Merkmale zur Fallidentifikation (OPS, GOP) fehlen. Da Selektivverträge nur ca. 3.600 von insgesamt 763.395 Prozeduren an der Grundgesamtheit ausmachen (0,47 %), wird das Bundesergebnis nur sehr marginal von der geringen Verknüpfungsquote bei selektivvertraglichen Leistungserbringern beeinflusst. Die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse der Leistungserbringer sind ebenso als gering einzuschätzen.

Tabelle 6: Verknüpfungsrate mit Sozialdaten bei den Krankenkassen (AJ 2026) – PCI

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

2.1.4 Patientenbefragung

Fristgerecht übermittelte Datensätze (Soll-Ist-Abgleich)

Für die Patientenbefragung sind Leistungserbringer gemäß DeQS-RL dazu verpflichtet, die Adressdaten sowie die medizinischen und behandlungsspezifischen Daten, die für die Auswahl

des korrekten Fragebogens erforderlich sind, monatlich über die jeweiligen Datenannahmestellen (DAS) an die Versendestelle Patientenbefragung (VPB) zu übermitteln. Dabei werden die Daten der Patientinnen und Patienten, die im Vormonat entlassen wurden bzw. eine perkutane Koronarintervention und/oder eine Koronarangiografie (Indexeingriff) hatten, bis zum 12. Tag des Folgemonats über die DAS an die VPB übermittelt. Daten, die nicht fristgemäß nach Ablauf der sich anschließenden Korrekturfrist von 7 Tagen geliefert werden, werden nicht mehr für den Versand der Fragebögen und für die Berechnung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Anhand der Leistungszahlen aus dem Vorjahr entscheidet die VPB, ob für einen Leistungserbringer eine Vollerhebung durchgeführt oder eine Stichprobe gezogen wird. Anschließend werden die Fragebögen versendet.

Das Modul für die Patientenbefragung geht nicht in die Sollstatistik für das Verfahren *QS PCI* ein; jedoch erfolgt retrospektiv, bezogen auf das vergangene Erfassungsjahr, ein Abgleich mit der Sollstatistik der fallbezogenen QS-Dokumentation (Tabelle 7). Für diesen Abgleich wird die Anzahl der fristgerecht an die VPB übermittelten Datensätze für die Patientenbefragung (Ist) der Anzahl der erwarteten Daten der fallbezogenen Dokumentation (Soll) gegenübergestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der spezifischen Bestimmungen für die Patientenbefragung eine exakte Übereinstimmung nicht erzielt werden kann. Updates und Stornos, die nach Ablauf der monatlichen Korrekturfrist eingehen, können für die Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden. Zudem gelten strenge Löschfristen, sodass eine spätere Zuordnung zu den Befragungsdaten nicht möglich ist. Für das aktuelle Jahr ist der Abgleich zwischen Soll und Ist eingeschränkt möglich. Die Gründe hierfür sind technische Probleme im Datenfluss sowie bei der korrekten Aufsummierung fristgerecht gelieferter Datensätze. Dadurch ist die Quote zwischen Soll und Ist nur eingeschränkt interpretierbar. Das IQTIG beobachtet im Zuge der wissenschaftlichen Begleitung kritisch die Datenqualität der von der VPB übermittelten Informationen und steht mit dieser im regelmäßigen Austausch, um Fehlerquellen zu identifizieren (u. a. korrekte Zuordnungen der Datensätze nach Exportmodulen) und gemeinsam an Lösungen zu arbeiten. Im Jahr 2025 haben 1.125 von 1.235 Leistungserbringern, die Prozeduren abgerechnet haben, mindestens einmal Daten für die Patientenbefragung geliefert. Folglich haben 120 Leistungserbringer keine Daten für die Patientenbefragung geliefert.

Tabelle 7: Soll-Ist-Abgleich Patientenbefragung (AJ 2026) - PCI

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

Rücklaufquote der Patientenbefragung

Die Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen (Netto) im Verhältnis zu den versendeten (Brutto) wird in der Rücklaufquote dargestellt. Die fristgerecht zurückgesendeten Fragebögen sind die Auswertungsgrundlage für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. Die Rücklaufquote wird gemäß AAPOR-Standard RR6 (AAPOR 2023) berechnet. Aufgrund der oben genannten Pro-

bleme in der Aufsummierung der fristgerecht übermittelten Datensätze ergeben sich möglicherweise Diskrepanzen im Abgleich der beiden Datengrundlagen untereinander (z. B. auf Einzelfall-Ebene im Verhältnis zwischen versendeten Fragebögen und fristgerecht übermittelten Datensätzen).

Die Rücklaufquote von 48,21 % ist gegenüber dem Vorjahr zwar geringfügig rückläufig, aber insgesamt auf hohem Niveau. Dies lässt auf eine anhaltend hohe Akzeptanz der Befragung seitens der Patientinnen und Patienten schließen (Tabelle 8).

Tabelle 8: Rücklaufquote der Patientenbefragung (AJ 2026) – PCI

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

Ein Vergleich der zurückgesendeten Fragebögen mit der Grundgesamtheit der fallbezogenen QS-Dokumentation zeigt eine weitgehende Entsprechung in den Kennwerten Art und Dringlichkeit der Prozedur sowie Geschlecht und Alter der Patientinnen und Patienten.

Der Anteil an isolierten Koronarangiografien in den Daten der Patientenbefragung liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 63,81 %; in der fallbezogenen Dokumentation bei 61,46 %. Der Anteil an PCI (isoliert, einzeitig) liegt in der Patientenbefragung bei 36,18 %; in der fallbezogenen Dokumentation bei 38,54 %. Der Anteil isolierter Koronarangiografien und isolierter oder einzeitiger PCI unterscheidet sich zwischen der Patientenbefragung und der fallbezogenen Dokumentation um jeweils ca. 2 Prozentpunkte. Bezüglich der Dringlichkeit der Prozedur bei der Patientenbefragung liegt der Anteil elektiver Prozeduren bei 68,13 %, während 31,86 % auf dringende/notfallmäßige Prozeduren entfallen. In der fallbezogenen QS-Dokumentation gibt es 66,97 % elektive und 33,03 % dringende/notfallmäßige Prozeduren. Das Geschlechterverhältnis in den Daten der Patientenbefragung liegt bei 61,23 % Männern zu 36,83 % Frauen; in der fallbezogenen Dokumentation gibt es 63,42 % Männer gegenüber 36,55 % Frauen. Die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, unterscheidet sich nur geringfügig von der Altersverteilung der fallbezogenen QS-Dokumentation. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Stichprobe der Patientenbefragung die Population des Gesamtverfahrens hinsichtlich der genannten Merkmale gut repräsentiert.

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Überblick

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

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

Der Qualitätsindikator 56003 überprüft die Prozessqualität im Rahmen der Notfallbehandlung von Herzinfarkten (ST-Hebungsinfarkten bzw. STEMI), indem die Zeit zwischen der Krankenhausaufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit akutem Herzinfarkt und der Notfall-PCI (bzw. dem Öffnen des Ballons) gemessen wird. Als Zielwert gilt eine Zeit von weniger als 60 Minuten („Door-to-balloon"-Zeit). Über die letzten Jahre hat sich das Bundesergebnis kontinuierlich verbessert. Auch im Auswertungsjahr 2026 setzt sich dieser Trend fort. So ist das Bundesergebnis von 81,10 % auf 82,45 % gestiegen. Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings auch, dass knapp jede 5. Patientin bzw. jeder 5. Patient (4.645 von 26.466 Patientinnen und Patienten) mit einem Herzinfarkt nicht innerhalb eines Zeitfensters von 60 Minuten die entsprechende Notfallversorgung erhalten hat. Jedoch können auch fallspezifische Besonderheiten zu einer Überschreitung der festgelegten „Door-to-balloon"-Zeit (< 60 Minuten) geführt haben. Inwieweit dies zutrifft, wird für die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geprüft. Dabei ist hervorzuheben, dass der Indikator im Stellungnahmeverfahren zum letzten Auswertungsjahr mit 65,22 % (30 von 46 Leistungserbringern) den höchsten Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten) innerhalb des Verfahrens *QS PCI* aufweist. Gemessen an der Gesamtzahl aller in den Indikator eingeschlossenen Leistungserbringer wurde für 4,42 % der Leistungserbringer ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Damit leistet dieser Indikator einen wichtigen Beitrag zur Förderung einer besseren Herzinfarktversorgung in den deutschen Krankenhäusern, indem Maßnahmen vereinbart werden (z. B. Implementierung von Behandlungspfaden, Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien, Durchführung von Audits), die zur Erreichung des Qualitätsziels („Möglichst niedrige ‚Door-to-balloon'-Zeit") beitragen.

Für die 3 Qualitätsindikatoren, die das Auftreten schwerer Komplikationen und Ereignisse (*major adverse cardiac and cerebrovascular events*; MACCE) wie Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall/Mini-Schlaganfall, erneute PCI am selben Gefäß oder aortokoronare Bypass-Operation (*coronary artery bypass grafting*; CABG) überprüfen, zeigen sich leicht verbesserte beobachtete Raten (ID 56018: 1,49 %; ID 56020: 2,75 %; ID 56022: 10,45 %). Dennoch ergibt sich – wie auch in den Vorjahren – weiterhin das Problem, dass Hinweise auf eine möglicherweise eingeschränkte Risikoadjustierung vorliegen. Diese stützen sich auf die in der Bundesauswertung dargestellten Vergleiche zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser – stationär, Krankenhäuser – ambulant, Belegärztinnen und -ärzte, Vertragsärztinnen und -ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) und zeigen für einige risikoadjustierte Qualitätsindikatoren deutliche, teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass – trotz Risikoadjustierung – einige Unterschiede in den Patientenkollektiven bislang noch

unberücksichtigt bleiben. Auch wenn bereits einige Anpassungen an den Risikomodellen vorgenommen wurden, ist es bislang noch nicht gelungen, die Modelle so zu gestalten, dass alle Bedenken zur Plausibilität der Ergebnisunterschiede ausgeräumt sind. Vor diesem Hintergrund wird weiter intensiv nach relevanten Einflussfaktoren und Lösungsmöglichkeiten gesucht. Da die vorliegenden Limitationen darauf schließen lassen, dass die Risikoadjustierung derzeit nicht angemessen ist, wurde der Referenzbereich für alle risikoadjustierten Ergebnisindikatoren (IDs 56012, 56018, 56020, 56022 und 56024) zum Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt. Somit finden in diesem Jahr für diese Indikatoren auch keine Stellungnahmeverfahren statt.

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

2.2.2 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 9: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – PCI (QS-Dokumentation und Sozialdaten)

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)	71,97 % O = 232.655 N = 323.283	73,46 % O = 238.682 N = 324.932 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
56003	„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	81,10 % O = 23.370 N = 28.816	82,45 % O = 21.821 N = 26.466 (≥ 75,00 %)	vergleichbar
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	- O/E = – / - - O/N = – / -	1,09[1] O/E = 5.825 / 5.354,13 0,76 % O/N = 5.825 / 766.858 (nicht definiert)	nicht vergleichbar
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	95,34 % O = 112.653 N = 118.157	95,68 % O = 111.061 N = 116.074 (≥ 94,80 %; 5. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: MACCE				
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	1,03[1] O/E = 6.625 / 6.404,12 1,52 % O/N = 6.625 / 435.262	1,04[1] O/E = 6.609 / 6.371,63 1,49 % O/N = 6.609 / 443.183 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	1,01[1] O/E = 7.241 / 7.192,51 2,82 % O/N = 7.241 / 256.434	0,99[1] O/E = 7.235 / 7.275,26 2,75 % O/N = 7.235 / 262.770 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	1,03[1] O/E = 4.978 / 4.848,25 11,38 % O/N = 4.978 / 43.728	0,96[1] O/E = 4.506 / 4.670,76 10,45 % O/N = 4.506 / 43.140 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI				
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	1,02[1] O/E = 4.183 / 4.117,67 1,77 % O/N = 4.183 / 236.918	1,00[1] O/E = 4.057 / 4.052,29 1,68 % O/N = 4.057 / 241.189 (nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)*	1,00 O/E = 13.155 / 13.118,56 5,65 % O/N = 13.155 / 232.722	1,06 O/E = 13.530 / 12.824,06 5,71 % O/N = 13.530 / 237.117	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

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

Tabelle 10: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – PCI (QS-Dokumentation)

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56003	„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	2024	46 / 679	6,77	9
		2025	27 / 661	4,08	4
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	2024	36 / 710	5,07	3
		2025	40 / 801	4,99	5

© IQTIG 2026

2.2.3 QS-Dokumentation und Sozialdaten: Detailergebnisse

Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) (ID 56000)

Tabelle 11: QI 56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	69,34 % O = 215.857 N = 311.309	71,97 % O = 232.655 N = 323.283	**73,46 %** **O** = **238.682** **N** = **324.932**
rechnerische Auffälligkeiten	52 / 1.031 5,04 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	14 / 52 26,92 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	14 / 1.031 1,36 %	**n. a.**	n. a.

Der Qualitätsindikator überprüft, ob für elektive, isolierte Koronarangiografien mit der führenden Indikation „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK" oder „Verdacht auf Progression der bekannten KHK" eine angemessene Indikationsstellung, die durch den Nachweis objektiver, nicht-invasiver Ischämiezeichen gegeben ist, vorlag.

In Zusammenhang mit der Interpretation der Ergebnisse für diesen Indikator muss darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) der Bedarf für eine Überarbeitung festgestellt wurde. Die Überprüfung hat ergeben, dass in diesen Indikator derzeit Fälle eingeschlossen werden, für die auch ohne objektiven Ischämienachweis die Durchführung einer isolierten Koronarangiografie indiziert ist. Dies betrifft insbesondere Patientinnen und Patienten, die trotz maximaler medikamentöser Therapie weiterhin eine Beschwerdesymptomatik (insbesondere Brustschmerz und Atemnot) aufweisen. Unter Berücksichtigung dieses Sachverhalts wäre mit großer Wahrscheinlichkeit ein besseres Bundesergebnis zu erwarten. Das IQTIG hat daher mit den prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026 Anpassungen an der Spezifikation und den Rechenregeln vorgenommen, um die Validität des Indikators zu verbessern. Die Vorschläge setzen insbesondere am Ausschluss der o. g. Patientinnen und Patienten und einer einfacheren und zielgenaueren Erhebung der Indikation zur Koronarangiografie an und basieren auf den Ergebnissen einer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 durchgeführten Sonderanalyse. Dies ist auch der Grund, weshalb im Auswertungsjahr 2024 – trotz eingeschränkter Validität des Indikators – ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde.

Mit Blick auf die vorgenannten Rahmenbedingungen wird auf eine weitergehende Analyse und Betrachtung der Ergebnisse für diesen Indikator im diesjährigen Bundesqualitätsbericht verzichtet.

„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt (ID 56003)

Tabelle 12: QI 56003: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	79,66 % O = 22.960 N = 28.821	81,10 % O = 23.370 N = 28.816	82,45 % O = 21.821 N = 26.466
rechnerische Auffälligkeiten	35 / 693 5,05 %	46 / 679 6,77 %	**27 / 661** **4,08 %** **(Refbereich: ≥ 75,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	25 / 35 71,43 %	**30 / 46** **65,22 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	25 / 693 3,61 %	**30 / 679** **4,42 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator betrachtet die Zeit, die zwischen der Krankenhausaufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit ST-Hebungsinfarkt (akuter Herzinfarkt) und der Notfall-PCI (bzw. dem Öffnen des Ballons) liegt. Dieser Indikator kann als Gradmesser für die Prozessqualität der akuten Notfallbehandlung in einem Krankenhaus betrachtet werden. Die schnelle Durchführung einer PCI senkt für diese Patientengruppe signifikant sowohl die Morbidität als auch die Mortalität und kann somit als Ausdruck einer guten Versorgungsqualität gesehen werden. Ausgeschlossen aus der Indikatorberechnung werden Patientinnen und Patienten, für die die Door- u./o. Balloon-Zeit nicht vorliegt, für die vor der Prozedur eine Fibrinolyse (d. h. eine medikamentöse Thrombolysetherapie) erfolgte oder bei denen ein kardiogener Schock vorlag.

Das Bundesergebnis dieses Indikators hat sich im Auswertungsjahr 2026 gegenüber den Vorjahren weiter leicht verbessert. Demnach konnten durchschnittlich mindestens 4 von 5 Patientinnen und Patienten rechtzeitig (d. h. innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme) einer Rekanalisation zugeführt werden. Jedoch können auch fallspezifische Besonderheiten zu einer Überschreitung der festgelegten „Door-to-balloon"-Zeit (< 60 Minuten) geführt haben. Inwieweit dies zutrifft, wird für die rechnerisch auffälligen Leistungserbringer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens geprüft. Der Median lag im Auswertungsjahr 2026 bundesweit bei 42 Minuten und hat sich damit gegenüber den letzten drei Jahren (AJ 2025 bis AJ 2023) um eine Minute reduziert.

Anzumerken ist, dass für den Indikator im Auswertungsjahr 2025 erstmals ein fester Referenzbereich (≥ 75,00 %) festgelegt wurde. Während im Vorjahr (AJ 2025) noch 6,77 % der in den Indikator eingeschlossenen Leistungserbringer (N = 679) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufwiesen, waren es im aktuellen Auswertungsjahr nur noch 4,08 % (N = 661). Da dieser Anteil somit deutlich zurückgegangen ist und unterhalb des 5. Perzentils liegt, wäre zukünftig zu prüfen, inwieweit der Referenzbereich noch angemessen ist. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass der Indikator im Auswertungsjahr 2025 mit 65,22 % (30 von 46 Leistungserbringern) den höchsten Anteil

qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten) über alle Indikatoren innerhalb des Verfahrens *QS PCI* aufweist.

Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen (ID 56012)

Tabelle 13: QI 56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	- O/E = – / - - O/N = – / -	- O/E = – / - - O/N = – / -	**1,09**[1] **O/E** = **5.825 / 5.354,13** **0,76 %** **O/N** = **5.825 / 766.858**
rechnerische Auffälligkeiten	59 / 1.195 4,94 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 59 18,64 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 1.195 0,92 %	**n. a.**	n. a.

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

Der Qualitätsindikator überprüft, ob therapiebedürftige, nicht zerebrale Blutungen und andere punktionsnahe Komplikationen innerhalb der ersten 7 Tage nach einer isolierten Koronarangiografie, isolierten PCI oder einzeitigen Koronarangiografie und PCI aufgetreten sind. Das Qualitätsziel dieses Indikators ist ein möglichst geringer Anteil an therapiebedürftigen Blutungen und punktionsnahen Komplikationen. Als Komplikation werden Thrombininjektionen nach Blutung, chirurgische/interventionelle Eingriffe nach Blutung oder ein Aneurysma spurium bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages gewertet.

Bereits seit dem Auswertungsjahr 2022 wurden in Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene Transfusionen aus dem Zähler des Qualitätsindikators ausgeschlossen, da eine eindeutige Zuordnung der kodierten Transfusion zur Prozedur, z. B. aufgrund möglicher weiterer Operationen, nicht sicher gegeben ist. Im Auswertungsjahr 2026 werden zusätzlich wieder Transfusionen in den Zähler des Indikators eingeschlossen. Die Wiederaufnahme der Transfusionen basiert auf dem zum Erfassungsjahr 2024 neu eingeführten Datenfeld „postprozedurale Transfusion im Zusammenhang mit der durchgeführten PCI oder Koronarangiographie". Über das Datenfeld kann nunmehr treffsicher erhoben werden, ob die Transfusion in einem kausalen Zusammenhang zur Indexleistung (isolierte Koronarangiografie, isolierte PCI oder einzeitige Koronarangiografie und PCI) stand. Jedoch bezieht sich die Erhebung ausschließlich auf den QS-Dokumentationsbogen, und Transfusionen, die nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach Abschluss des Behandlungsfalls (betrifft vertragsärztlich erbrachte Leistungen) verabreicht werden, werden

nicht eingeschlossen. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass der Großteil prozedurassoziierter Blutungen unmittelbar nach der Indexleistung auftritt bzw. der Transfusionsbedarf unmittelbar danach besteht.

Eine weitere Veränderung gegenüber dem Vorjahr besteht darin, dass das Zählereignis „postprozedurales Aneurysma spurium" nicht nur auf Basis von Sozialdaten, sondern zusätzlich auch auf Basis der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erhoben wird. Hierzu wurde zum Erfassungsjahr 2024 das Datenfeld „postprozedurales Aneurysma spurium" eingeführt. Ziel ist es, einer möglichen Unterdokumentation des Aneurysma spuriums in den Sozialdaten entgegenzuwirken.

Aufgrund der beiden vorgenannten Änderungen sind die Ergebnisse des aktuellen Auswertungsjahres nicht mit den Ergebnissen der Vorjahre vergleichbar. Daher werden in Tabelle 13 auch keine Bundesergebnisse für die Auswertungsjahre 2024 und 2025 ausgegeben. Da es patientenseitige Einflussfaktoren gibt, die einen Einfluss auf das Leistungserbringerergebnis haben, wurde im Auswertungsjahr 2024 (vgl. IQTIG 2023) eine Risikoadjustierung eingeführt. Diese wurde im aktuellen Auswertungsjahr unter Berücksichtigung der Risikofaktoren des Vorjahres neu berechnet. Den stärksten Einfluss auf das Indikatorergebnis zeigt – analog zum Vorjahr – der Risikofaktor „eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht" (Odds-Ratio: 2,841; Regressionskoeffizient: 1,04), der durch die erhöhte Blutungsneigung bei Patientinnen und Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz erklärt werden kann.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen der Risikoadjustierung zu beachten. Da die vorliegenden Limitationen darauf schließen lassen, dass die Risikoadjustierung derzeit nicht angemessen ist, wurde der Referenzbereich für diesen Indikator sowohl in den endgültigen Rechenregeln des Vorjahres (AJ 2025) als auch in den endgültigen Rechenregeln des aktuellen Auswertungsjahres (AJ 2026) ausgesetzt. Somit fanden im Auswertungsjahr 2025 bzw. finden im Auswertungsjahr 2026 keine Stellungnahmeverfahren für diesen Indikator statt.

Aus dem Bundesergebnis für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024 lässt sich ableiten, dass sich die rohe Rate gegenüber den letzten beiden Auswertungsjahren (AJ 2025: 0,51 %; AJ 2024: 0,48 %) auf 0,76 % (5.825 von 766.858) erhöht hat. Allerdings lässt sich dieser Anstieg damit erklären, dass der Zähler des Indikators zum Auswertungsjahr 2026 um die Ereignisse „Aneurysma spurium (QS-Dokumentation)" und „Transfusion (QS-Dokumentation)" erweitert wurde. Unter Abzug dieser Ereignisse wäre die rohe Rate des Auswertungsjahrs 2026 im Bereich der Vorjahresergebnisse (AJ 2024 und AJ 2025) einzuordnen. Von den derzeit in den Zähler eingeschlossenen Ereignissen (Komplikationen) machen therapiebedürftige Blutungen (durch Thrombininjektionen, Transfusion oder chirurgische/interventionelle Eingriffe nach Blutungen) mit ca. 83 % den größten Anteil aus; etwa 17 % der Komplikationen sind auf ein Aneurysma spurium zurückzuführen.

Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt (ID 56014)

Tabelle 14: QI 56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	95,24 % O = 113.461 N = 119.133	95,34 % O = 112.653 N = 118.157	**95,68 %** **O** = **111.061** **N** = **116.074**
rechnerische Auffälligkeiten	35 / 728 4,81 %	36 / 710 5,07 %	**40 / 801** **4,99 %** **(Refbereich:** **≥ 94,80 %; 5. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 35 5,71 %	**2 / 36** **5,56 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 728 0,27 %	**2 / 710** **0,28 %**	n. a.

Der Qualitätsindikator misst die Ergebnisqualität der PCI, indem überprüft wird, ob das zuvor verengte Gefäß durch die Ballondilatation erweitert werden konnte und der nach dem Eingriff gemessene Blutfluss in diesem Gefäß zufriedenstellend ausfällt.

Im Abschlussbericht des IQTIG zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) wurde empfohlen, die Subgruppen „Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)" und „subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)", für die ebenso das Erreichen des TIMI-3-Flusses als Prozedurerfolg gewertet wird, aus dem zur Abschaffung empfohlenen Indikator 56016 in den Nenner des Indikators 56014 zu überführen. Da die Abschaffungsempfehlung im Auswertungsjahr 2026 erstmals wirksam wird, wurde der Nenner des Indikators 56014 im Auswertungsjahr 2026 um die vorgenannten Subgruppen erweitert.

Mit Blick auf das Bundesergebnis ist festzustellen, dass es sich gegenüber den Vorjahren weiter leicht verbessert hat. Auch der Referenzbereich von ≥ 94,80 % (5. Perzentil) lässt darauf schließen, dass bundesweit bereits ein sehr hohes Qualitätsniveau für diesen Indikator besteht und die Mehrheit der Leistungserbringer das Qualitätsziel (Erreichen des TIMI-III-Flusses) im Zuge der Infarktbehandlung durch PCI erreicht.

Nur etwa jede 20. rechnerische Auffälligkeit (5,56 %) führte im Auswertungsjahr 2025 zu einer qualitativen Auffälligkeit. Zugleich ist festzuhalten, dass einem Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten (12 von 36) Dokumentationsfehler zugrunde lagen. Vor diesem Hintergrund sowie mit Blick auf die hohen und jahresübergreifend stabilen Bundesergebnisse drängt sich die Frage auf, inwieweit der Indikator noch über ausreichendes Verbesserungspotenzial verfügt und für die kardiologische Qualitätssicherung noch einen Nutzen stiftet. Hierzu wird das IQTIG die Eignung des Qualitätsindikators im Rahmen der Verfahrenspflege überprüfen.

Gruppe: MACCE (IDs 56018, 56020 und 56022)

Die Gruppe umfasst 3 risikoadjustierte Qualitätsindikatoren (IDs 56018, 56020 und 56022), die das Auftreten schwerer kardialer und zerebrovaskulärer Ereignisse (MACCE) bis zum 7. Tag nach einer isolierten Koronarangiografie (ID 56018), einer PCI (ID 56020) oder einer PCI bei Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt (ID 56022) überprüfen. Da für alle 3 Indikatoren Hinweise darüber vorliegen, dass die Risikoadjustierung derzeit nicht angemessen ist, wurde der Referenzbereich in den endgültigen Rechenregeln sowohl des Vorjahres (AJ 2025) als auch des aktuellen Auswertungsjahres (AJ 2026) ausgesetzt. Somit fanden bzw. finden in beiden Jahren keine Stellungnahmeverfahren für diese Indikatoren statt. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen der Risikoadjustierung sowie die im Abschnitt „Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)" beschriebenen Limitationen hinsichtlich der Vollzähligkeit der Sozialdaten zu berücksichtigen.

Tabelle 15: QI 56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,05[1] O/E = 6.611 / 6.304,85 1,60 % O/N = 6.611 / 413.571	1,03[1] O/E = 6.625 / 6.404,12 1,52 % O/N = 6.625 / 435.262	**1,04[1]** **O/E** = **6.609 / 6.371,63** **1,49 %** **O/N** = **6.609 / 443.183**
rechnerische Auffälligkeiten	58 / 1.173 4,94 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 58 1,72 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 1.173 0,09 %	**n. a.**	n. a.

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

Für den Indikator „MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie" (ID 56018) werden in der Grundgesamtheit alle Patientinnen und Patienten (auf Prozedurebene) betrachtet, die sich einer isolierten Koronarangiografie unterzogen haben und weder 7 Tage vor noch nach der Prozedur eine PCI erhielten. Im Zähler dieses Indikators werden Prozeduren von Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tags intraprozedural eine transitorische ischämische Attacke (TIA) bzw. einen Schlaganfall, einen koronaren Verschluss oder postprozedural einen neu aufgetretenen Herzinfarkt, eine TIA bzw. einen Schlaganfall aufwiesen oder verstorben sind. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2026 (d. h. für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024) bei 1,49 % und zeigt damit gegenüber den letzten 5 Auswertungsjahren den niedrigsten Stand. Im Vergleich über alle in

den Zähler eingeschlossenen Ereignisse tritt das Ereignis „Tod" mit 64,18 % am häufigsten auf, gefolgt von den Ereignissen „Myokardinfarkt" (19,09 %) und „Schlaganfall/TIA" (16,73 %). Anzumerken ist, dass etwa 90 % der Myokardinfarkte aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, weshalb davon auszugehen ist, dass diese Ereignisse überwiegend nach der Entlassung aus dem behandelnden Krankenhaus bzw. nach dem Tag der ambulanten Indexbehandlung aufgetreten sind.

Für den Qualitätsindikator 56018 werden insgesamt 47 Risikofaktoren in das Risikomodell eingeschlossen, von denen die folgenden die stärksten Effekte (absteigend sortiert) zeigen:

„Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)" (Regressionskoeffizient: 1,89; Odds-Ratio: 6,631); „Dringlichkeit: notfallmäßig" (Regressionskoeffizient: 1,39; Odds-Ratio: 4,018); „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation" (Regressionskoeffizient: 1,22; Odds-Ratio: 3,373) und „Indikation = 6: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI" (Regressionskoeffizient: 1,12; Odds-Ratio: 3,072).

Tabelle 16: QI 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,07[1] O/E = 7.506 / 7.009,84 3,07 % O/N = 7.506 / 244.165	1,01[1] O/E = 7.241 / 7.192,51 2,82 % O/N = 7.241 / 256.434	**0,99[1]** **O/E = 7.235 / 7.275,26** **2,75 %** **O/N = 7.235 / 262.770**
rechnerische Auffälligkeiten	49 / 971 5,05 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 49 4,08 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 971 0,21 %	**n. a.**	n. a.

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

Tabelle 17: QI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,02[1] O/E = 4.922 / 4.803,37 11,40 % O/N = 4.922 / 43.161	1,03[1] O/E = 4.978 / 4.848,25 11,38 % O/N = 4.978 / 43.728	**0,96[1]** **O/E = 4.506 / 4.670,76** **10,45 %** **O/N = 4.506 / 43.140**
rechnerische Auffälligkeiten	38 / 746 5,09 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 38 5,26 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 746 0,27 %	**n. a.**	n. a.

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

Die Qualitätsindikatoren 56020 und 56022 sind im Zähler identisch definiert und betrachten jeweils Patientinnen und Patienten mit PCI (isoliert oder einzeitig) ohne oder mit ST-Hebungsinfarkt. Als intra- oder postprozedurale Komplikationen werden ein neu aufgetretener Herzinfarkt/Re-Infarkt, ein Schlaganfall / eine TIA, eine erneute PCI am selben Gefäß oder eine CABG, die nach der PCI erfolgte, gewertet. Im Vergleich zum letzten Auswertungsjahr ergibt sich für die Berechnung des Zählers beider Indikatoren (IDs 56020 und 56022) eine relevante Änderung, wonach eine Re-PCI nur noch dann als Komplikation (Zählerereignis) gewertet wird, wenn zusätzlich zu der bislang bestehenden Bedingung (Re-PCI am selben Gefäß innerhalb von 7 Tagen) im QS-Dokumentationsbogen im Datenfeld „Indikation zur PCI" der Schlüssel „7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI" dokumentiert wurde. Die Änderung wurde in Abstimmung mit dem Expertengremium auf Bundesebene als relevant erachtet, da nicht jede PCI am selben Gefäß innerhalb von 7 Tagen zwangsläufig eine Re-PCI bzw. Komplikation darstellen muss. Zum Beispiel kann es sich auch um eine Stage-PCI handeln, die in mehreren Sitzungen durchgeführt wird. Die Änderung trägt dazu bei, dass beide Indikatoren treffsicherer werden, da über die QS-Dokumentation nun bestätigt wird, dass es sich tatsächlich um eine Re-PCI mit Komplikationsbezug und nicht um eine weitere geplante PCI am selben Gefäß (die nicht zählerrelevant ist) handelt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten mit einem akuten STEMI, obwohl sie belegärztlich stationär versorgt wurden, in einzelnen Fällen irrtümlich dem ambulanten vertragsärztlichen Sektor zugeschrieben werden. Aufgrund dieser Einschränkung kann sich in einzelnen Fällen im Rahmen der Auswertung eine vertragsärztlich ambulant erbrachte STEMI-Versorgung darstellen. Im Rahmen der Ursachenanalyse wurde festgestellt, dass innerhalb der QS-Dokumentationssoftware eines QS-Softwareanbieters für das Datenfeld „Art der Leistungserbringung" vermutlich eine Vorbelegung (statt des Schlüssels „2 = stationär erbrachte Leistung" wird der Schlüssel „1 = ambulant erbrachte Leistung" dokumentiert) stattfindet, die dazu führt, dass eine Zuordnung des QS-Datensatzes zum Status „Belegarzt" nicht möglich ist. Der betreffende Anbieter hat angekündigt, seine QS-Dokumentationssoftware entsprechend anzupassen, sodass in den Folgejahren mit einem Rückgang der ambulant vertragsärztlich dokumentierten STEMI-Fälle zu rechnen ist. Dass es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem Rückgang kommt, darauf deuten die aktuellen Ergebnisse des Indikators 56003 hin, der sich bereits auf Daten aus dem Erfassungsjahr 2025 bezieht. Hier ist es zu einem sehr deutlichen Rückgang ambulant vertragsärztlich erbrachter Leistungen zugunsten eines Anstiegs stationärer

belegärztlicher Leistungen gekommen. Da es sich im Auswertungsjahr 2025 bei den vorliegenden Indikatoren um Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024 handelt und der Softwarefehler erst Mitte des Erfassungsjahrs 2024 festgestellt wurde, lässt sich eine verbindliche Aussage über die Behebung des Fehlers erst auf Basis der Daten des Erfassungsjahrs 2025 im kommenden Auswertungsjahr (AJ 2027) treffen.

Die rohe Rate liegt für den Indikator 56020 bei 2,75 % und zeigt damit gegenüber den Vorjahren (auch neu berechnet auf Basis der aktuellen Rechenregel) einen Rückgang und die jahresübergreifend geringste MACCE-Rate seit Auswertung des Indikators. Gleiches trifft auch auf den Indikator 56022 zu, für den sich eine rohe Rate von 10,45 % ergibt. Der sehr deutliche Unterschied zwischen den rohen Raten beider Indikatoren ist darauf zurückzuführen, dass im Indikator 56020 ausschließlich elektive Herzkathetereingriffe und im Indikator 56022 ausschließlich Herzkathetereingriffe bei Patientinnen und Patienten mit akutem Myokardinfarkt (ST-Hebungsinfarkt bzw. STEMI) betrachtet werden. Der recht deutliche Rückgang der bundesweiten MACCE-Rate gegenüber dem Vorjahr (nicht neu berechnet auf Basis der aktuellen Rechenregel) ist darauf zurückzuführen, dass die oben beschriebene Rechenregeländerung zu einem deutlichen Rückgang des Ereignisses „Re-PCI“ (ID 56020: 2.608 Re-PCI vs. 142 Re-PCI; ID 56022: 1.133 Re-PCI vs. 57 Re-PCI) geführt hat.

Für den Qualitätsindikator 56020 werden insgesamt 54 Risikofaktoren in das Risikomodell eingeschlossen, von denen folgende Risikofaktoren die stärksten Effekte (absteigend sortiert) zeigen:

„Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur“ (Regressionskoeffizient: 1,78; Odds-Ratio: 5,938); „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)“ (Regressionskoeffizient: 1,58; Odds-Ratio: 4,848); „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation“ (Regressionskoeffizient: 1,36; Odds-Ratio: 3,924) und Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert) (Regressionskoeffizient: 0,79; Odds-Ratio: 2,212)

Für den Qualitätsindikator 56022 werden insgesamt 42 Risikofaktoren in das Risikomodell eingeschlossen, von denen folgende Risikofaktoren die stärksten Effekte (absteigend sortiert) zeigen:

„Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)“ (Regressionskoeffizient: 1,51; Odds-Ratio: 4,537); „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation“ (Regressionskoeffizient: 1,16; Odds-Ratio: 4,537); „PCI am letzten verbliebenen Gefäß“ (Regressionskoeffizient: 0,69; Odds-Ratio: 2,000); PCI am Hauptstamm (Regressionskoeffizient: 0,61; Odds-Ratio: 1,838) und „eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht“ (Regressionskoeffizient: 0,65; Odds-Ratio: 1,914)

Gruppe: Sterblichkeit bei PCI (IDs 56024 und 56026)

Tabelle 18: QI 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,04[1] O/E = 4.261 / 4.083,14 1,87 % O/N = 4.261 / 228.113	1,02[1] O/E = 4.183 / 4.117,67 1,77 % O/N = 4.183 / 236.918	**1,00[1]** **O/E = 4.057 / 4.052,29** **1,68 %** **O/N = 4.057 / 241.189**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	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.

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

Tabelle 19: TKez 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06 O/E = 13.527 / 12.720,09 6,04 % O/N = 13.527 / 223.837	1,00 O/E = 13.155 / 13.118,56 5,65 % O/N = 13.155 / 232.722	**1,06** **O/E** = **13.530 / 12.824,06** **5,71 %** **O/N** = **13.530 / 237.117**
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.

Die Gruppe umfasst den Qualitätsindikator „30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)“ (ID 56024) und die Transparenzkennzahl „1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)“ (ID 56026). Für beide wird das Ereignis „Tod“ aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben. Im Auswertungsjahr 2026 erfolgt die Berichterstattung für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024. Beide Kennzahlen ermitteln, wie viele der Patientinnen und

Patienten nach einer PCI innerhalb von 30 Tagen (ID 56024) bzw. innerhalb eines Jahres (ID 56026) verstorben sind. Damit Patientinnen und Patienten, die bereits innerhalb von 7 Tagen nach der Prozedur von den Qualitätsindikatoren der Gruppe MACCE (ID 56018, 56020 oder 56022) erfasst wurden, nicht doppelt gezählt werden, gehen sie nicht in die Grundgesamtheit der Gruppe „Sterblichkeit bei PCI" ein. Innerhalb dieser Gruppe werden zudem Patientinnen und Patienten, die bereits im Indikator 56024 erfasst wurden, nicht mehr in die Grundgesamtheit der Transparenzkennzahl 56026 eingeschlossen. Die „echte" 1-Jahres-Sterblichkeit (1. bis 365. postprozeduraler Tag) wird in Form einer Kennzahl zum Indikator 56026 zusätzlich ausgegeben, sodass eine Vergleichbarkeit auch im internationalen Kontext möglich ist.

Im Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) hat das IQTIG bei dieser Indikatorengruppe die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als nicht gegeben eingeschätzt, da das Ereignis „Tod" innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters (8. bis 30. Tag bzw. 31. bis 365. Tag nach PCI) dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben bzw. auf unterschiedliche (nicht prozedurbedingte) Ursachen zurückgeführt werden kann. Vor diesem Hintergrund hatte das IQTIG empfohlen, beide Qualitätsindikatoren abzuschaffen. Da jedoch die Indikatorenergebnisse eine wertvolle Information darstellen und für das interne Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zweckdienlich sein können, wurde empfohlen, die Indikatoren als Kennzahlen weiterzuführen. Dabei wurde der Indikator 56026 (1-Jahressterblichkeit) bereits – losgelöst von der Eckpunktebeauftragung des GBA – mit den prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2024 (GBA 2023) in eine Transparenzkennzahl überführt, sodass er ab diesem Auswertungsjahr nicht mehr als Qualitätsindikator ausgewertet wird. Dagegen wird der Indikator 56024 (30-Tage-Sterblichkeit) erst ab dem kommenden Auswertungsjahr (AJ 2027) (GBA 2024) als Transparenzkennzahl ausgewertet und im aktuellen Auswertungsjahr ersatzweise ohne Referenzbereich ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund ist auch das Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2025 entfallen und wird dies auch im Auswertungsjahr 2026. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die im Abschnitt 2.3.3 beschriebenen Limitationen hinsichtlich der Vollzähligkeit der Sozialdaten zu berücksichtigen.

Da es patientenseitige Einflussfaktoren gibt, die das Leistungserbringerergebnis beeinflussen können, werden sowohl der Indikator 56024 als auch die Transparenzkennzahl 56026 risikoadjustiert. Gleichwohl liegen für beide Kennzahlen Hinweise darüber vor, dass die Risikoadjustierung derzeit nicht angemessen ist. Folglich sind bei der Interpretation der Ergebnisse die in Abschnitt 2.2.1 beschriebenen Limitationen zur Risikoadjustierung zu beachten.

Für den Indikator 56024 werden im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 47 Risikofaktoren in das Risikomodell eingeschlossen, von denen folgende Risikofaktoren die stärksten Effekte (absteigend sortiert) zeigen:

„Entlassdiagnose: Sepsis/SIRS" (Regressionskoeffizient: 1,35; Odds-Ratio: 3,854), „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, instabil)" (Regressionskoeffizient: 1,24; Odds-Ratio: 3,467), „Indikation = 7: Komplikation nach Prozedur" (Regressionskoeffizient:1,22; Odds-Ratio: 3,382), „Indikation = 5: subakutes Koronarsyndrom mit STEMI" (Regressionskoeffizient: 1,04; Odds-Ratio: 2,820), „Akutes Koronarsyndrom mit Reanimation" (Regressionskoeffizient: 1,00; Odds-Ratio: 2,708) und

„Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV (Schock, stabilisiert)“ (Regressionskoeffizient: 0,97; Odds-Ratio: 2,650)

Für die Transparenzkennzahl 56026 werden im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 49 Risikofaktoren in das Risikomodell eingeschlossen, von denen folgende Risikofaktoren die stärksten Effekte (absteigend sortiert) zeigen:

„eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht“ (Regressionskoeffizient: 1,32; Odds-Ratio: 3,760), „Herzinsuffizienz (nach NYHA) IV“ (Regressionskoeffizient: 0,84; Odds-Ratio: 2,316), „eGFR unbekannt oder unplausibel: Niereninsuffizienz ohne Dialysepflicht“ (Regressionskoeffizient: 0,72; Odds-Ratio: 2,052) und „Entlassdiagnose: Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes“ (Regressionskoeffizient: 0,65; Odds-Ratio: 1,906)

Die nachfolgende Tabelle 20: stellt die Ergebnisse für die Gruppe „Sterblichkeit bei PCI“ für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2024 dar. Mit Blick auf die rohen Raten zeigen beide Kennzahlen eine ähnliche Rate wie in den Vorjahren. Während die 30-Tage-Sterblichkeit (8. bis 30. postprozeduraler Tag) nach erfolgter PCI in den Vorjahren noch 1,87 % (AJ 2024) bzw. 1,77 % (AJ 2025) betrug, ist sie im aktuellen Auswertungsjahr auf 1,68 % weiter leicht gesunken und hat den niedrigsten Stand seit Auswertung des Indikators 56024 erreicht. Dagegen ist die rohe Rate für die 1-Jahres-Sterblichkeit (31. bis 365. postprozeduraler Tag) im Vergleich zum Vorjahr von 5,65 % auf 5,71 % zwar geringfügig gestiegen, dennoch liegt sie noch unterhalb der rohen Raten der Auswertungsjahre 2024 (6,04 %) und 2023 (6,10 %). Eine recht deutliche Verbesserung gegenüber den Vorjahren zeigt sich für die „echte“ 30-Tagesterblichkeitsrate (1. bis 30. Tag postprozeduraler Tag). Sie ist im Vergleich zu den Vorjahren von 5,18 % (AJ 2024) bzw. 4,91 % (AJ 2025) im aktuellen Auswertungsjahr auf 4,64 % (11.544 von 248.698 Patientinnen und Patienten) zurückgegangen. Ein ebenso rückläufiger Trend ergibt sich für die „echte“ 1-Jahressterblichkeitsrate (1. bis 365. postprozeduraler Tag). Sie ist von 10,91 % (AJ 2024) bzw. 10,28 % (AJ 2025) im aktuellen Auswertungsjahr auf 10,08 % (25.074 von 248.698 Patientinnen und Patienten) gesunken.

Tabelle 20: Ergebnisse zur Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI“ (Indexeingriffe aus dem EJ 2023)

Beschreibung	**Anzahl Bund (gesamt)**	**Ergebnis Bund (gesamt)**
30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (ID 56024) (8. bis 30. postprozeduraler Tag)		
O/N (*observed*, beobachtet)	4.057/241.189	1,68 %
E/N (*expected*, erwartet)	4.052,29/241.189	1,68 %
O/E	**-**	**1,00***
30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	11.544/248.698	4,64 %
Davon Anteil der Fälle mit:		
Indikation zur PCI		
ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	1.104/4.057	27,21 %

Beschreibung	Anzahl Bund (gesamt)	Ergebnis Bund (gesamt)
Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	1.714/4.057	42,25 %
akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	243/4.057	5,99 %
Dringlichkeit der Prozedur		
elektiver PCI	1.125/4.057	27,73 %
dringender PCI	1.179/4.057	29,06 %
notfallmäßiger PCI	1.753/4.057	43,21 %
1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (ID 56026) (31. bis 365. postprozeduraler Tag)		
O/N (*observed*, beobachtet)	13.530/237.117	5,71 %
E/N (*expected*, erwartet)	12.824,06/237.117	5,41 %
O/E	**-**	**1,06***
1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	25.074/248.698	10,08 %
Davon Anteil der Fälle mit:		
Indikation zur PCI		
ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	1.436/13.530	10,61 %
Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	4.664/13.530	34,47 %
akutem Koronarsyndrom ohne STEMI oder NSTEMI	1.067/13.530	7,89 %
Dringlichkeit der Prozedur		
elektiver PCI	6.848/13.530	50,61 %
dringender PCI	4.207/13.530	31,09 %
notfallmäßiger PCI	2.475/13.530	18,29 %

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

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

Sowohl bei der Patientenbefragung („Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie“; ID 56101) als auch bei der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer („Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)“; ID 56000) wird über jeweils einen Qualitätsindikator die Güte der Indikationsstellung zur elektiven Koronarangiografie erfasst. Anhand beider Indikatoren zeigt sich, dass die Qualität der Indikationsstellung verbesserungswürdig ist, auch wenn die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen. Vor diesem Hintergrund werden die Indikatoren im Folgenden zunächst mit Blick auf

das jeweils zugrunde liegende Qualitätsziel und die Definition der Grundgesamtheit und der Berechnungsweise betrachtet. Anschließend wird eine Einordnung der Ergebnisse vorgenommen.

Qualitätsziel

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

Hintergrund

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

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

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

Bewertung der Ergebnisse

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

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

2.2.5 Patientenbefragung: Überblick

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

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

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

Ergebnisqualität wird von den meisten Patientinnen und Patienten positiv zurückgemeldet, dass es keine Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle (ID 56116) gab.

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

2.2.6 Hintergründe zu den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung weichen in der Konstruktion und Auswertungsmethodik von den Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren ab. Eine ausführliche Erläuterung und Darstellung ist im entsprechenden Methodendokument (IQTIG 2024a) zu finden.

Die Indikatorergebnisse stellen jeweils einen Index aus aggregierten Daten der Patientenbefragung dar. Jeder Index setzt sich aus Antworten auf die Fragen (Items) des Fragebogens zusammen; diese Fragen wurden im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung auf Grundlage der sogenannten Qualitätsmerkmale entworfen und validiert. Bei den Qualitätsmerkmalen handelt es sich um eine Auswertungsebene, die diejenigen Themen, die als qualitätsrelevant erachtet werden, sinnvoll zusammenfasst und beschreibt. Ein Merkmal wird durch ein oder mehrere Items im Fragebogen abgedeckt. Ein Indikatorergebnis der Patientenbefragung fasst je ein oder mehrere Merkmale thematisch zusammen. Zum Beispiel besteht das Merkmal „Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen" im Qualitätsindikator 56111 („Patienteninformation nach der Prozedur") aus zwei Fragebogen-Items: „Wurden Sie darüber informiert, wie Sie sich in den ersten Tagen nach der Prozedur verhalten sollen?" und „Wurden Sie darüber informiert, wie lange Sie diese Hinweise zu den Verhaltensmaßnahmen einhalten sollen?"

Das Ergebnis eines Indikators wird anhand der Antworten von denjenigen Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers geschätzt, die in der jeweiligen Stichprobe enthalten sind und einen Fragebogen zurückgesendet haben. Die Ergebnisse sind nicht durch Einzelmeinungen oder besondere Einzelfälle zu erklären, sondern geben die Wahrnehmung dieser Patientinnen und Patienten wieder. Die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen erfolgt somit auf Basis der in der Befragung erhobenen Angaben der Patientinnen und Patienten zur erhaltenen Versorgung. Damit repräsentieren die Indikatorergebnisse die gemittelte Einschätzung dieser Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers. Im Unterschied zu den Indikatoren, die auf der Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, können die Ergebnisse nicht im Nachgang anhand von einzelnen Dokumentationen und Datensätzen, z. B. mit Patientenakten, fallspezifisch abgeglichen werden. Dies ist aufgrund der anonymen Befragung nicht möglich.

Interpretation der Ergebnisse der Patientenbefragung

Ein Indikatorergebnis der Patientenbefragung besteht aus einem Punktschätzer und einem Vertrauensbereich. Ein nicht-risikoadjustierter Indikatorwert wird entsprechend der Auswertungsmethodik (IQTIG 2024b) als Punktschätzer auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten dargestellt, wobei höhere Werte für ein besseres Ergebnis stehen. Der Referenzbereich gibt den Vergleichswert für die Auffälligkeitseinstufung vor. Bei der Betrachtung von Auffälligkeiten wird nicht der Punktschätzer berücksichtigt, sondern die obere Grenze des Vertrauensbereichs um den Punktschätzer. Ein Ergebnis wird dann als auffällig gewertet, wenn die obere Grenze des Vertrauensbereichs unterhalb des Referenzbereichs liegt.

Je größer die Zahl an tatsächlich ausgewerteten Fragebögen ist, desto kleiner ist die statistische Unsicherheit bei der Bestimmung des Indikatorwertes, was sich durch einen kleineren Vertrauensbereich ausdrückt. Umgekehrt erlauben die mit abnehmender Fallzahl breiter werdenden Vertrauensbereiche eine größere Abweichung des Indikatorwertes vom Referenzbereich, bevor das Ergebnis eines Leistungserbringers als rechnerisch auffällig klassifiziert wird. Ein Indikatorergebnis wird für einen Leistungserbringer nur berechnet, wenn für diesen mindestens 4 gültige Fragebögen vorliegen.

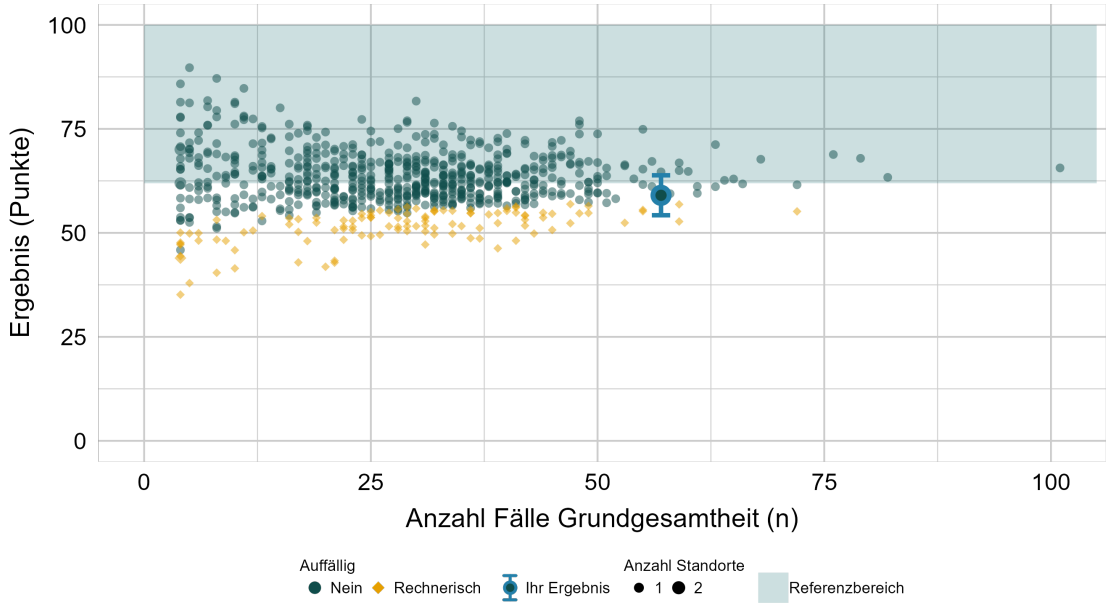


Abbildung 1: Beispiel einer grafischen Darstellung von Indikatorergebnissen der Patientenbefragung für einen Leistungserbringer

Manche Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung nutzen einen mittelwertbasierten Referenzwert. Dieser stellt eine Variante eines verteilungsbasierten Referenzwertes dar und ist durch den nach Fallzahl gewichteten Durchschnitt der Leistungserbringerergebnisse definiert. Andere Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (IDs 56106, 56107, 56108, 56111, 56112, 56113 und 56114) besitzen einen festen Referenzbereich. Für das Auswertungsjahr 2026 beträgt ihr Referenzwert den auf den nächsten Zehnerschritt aufgerundeten Mittelwert des Auswertungsjahres 2025, mit Ausnahme der Indikatoren 56108 und 56114: Für ersteren lag der Mittelwert im Vorjahr nur knapp

über 80 Punkten, weshalb der Referenzwert für das aktuelle Auswertungsjahr als 80 Punkte definiert ist; für letzteren lag der Mittelwert im Vorjahr bereits über 90 Punkten, weshalb der Referenzwert für das aktuelle Auswertungsjahr als 95 Punkte definiert ist. Der Qualitätsindikator 56102 wird im Auswertungsjahr 2026 letztmalig ausgewertet; ein Referenzbereich ist nicht hinterlegt.

Um nachzuvollziehen, wie ein Indikatorergebnis zustande kommt, ist es hilfreich, in die Einzelauswertungen der einzelnen Merkmale und Fragen und zugehörige Antwortverteilungen (sog. Items) zu gehen. Die Merkmalsergebnisse geben Hinweise, welche Themen gut und welche weniger gut bei den Leistungserbringern im Vergleich zum bundesweiten Ergebnis umgesetzt werden. In der Verteilung der Antworten auf die einzelnen Fragen kann dieses Ergebnis noch detaillierter betrachtet werden.

Hinweise zur Interpretation der risikoadjustierten Indikatorergebnisse der Patientenbefragung

4 Indikatoren der Patientenbefragung werden risikoadjustiert (IDs 56100, 56101, 56117 und 56118). Für diese Indikatoren wird als Ergebnis eine SMOR (Standardized Mortality Odds Ratio) berechnet, die das beobachtete Indikatorergebnis mit einem für das Patientenkollektiv erwartbaren Indikatorergebnis in Beziehung setzt. Die Interpretation der Ergebnisse weicht von den nicht-risikoadjustierten Indikatoren ab. SMOR-Ergebnisse besitzen als Verhältnisangabe keine Einheit und können Werte > 0 annehmen. Da in der Patientenbefragung der beobachtete Indikator die Häufigkeit von erwünschten Ereignissen misst, gilt: Je höher der SMOR-Wert ausfällt, desto besser ist das Ergebnis. Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung sind SMOR-Werte > 1 positiv zu bewerten. Ab diesem Wert ist das beobachtete Indikatorergebnis besser, als anhand des befragten Patientenkollektivs des Leistungserbringers erwartet werden konnte. Im Gegensatz dazu erfassen die O/E-Indikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation und Sozialdaten unerwünschte Ereignisse, sodass dort Werte > 1 negativ zu bewerten sind.

Da die Indikatoren der Patientenbefragung erwünschte Ereignisse betrachten, werden für diese Ereignisse in der Regel hohe Prävalenzen beobachtet. Daher eignet sich für die Risikoadjustierung der Indikatoren der Patientenbefragung die SMOR besser als eine O/E-Kennzahl, wie sie bei der Risikoadjustierung von Indikatoren der fallbezogenen Dokumentation und Sozialdaten angewendet wird. SMOR-Indikatoren ermöglichen eine bessere Differenzierung bei Ereignissen mit hohen Prävalenzen bzw. hohen Eintrittswahrscheinlichkeiten.

Hinweise zur Darstellung der Ergebnisse der Patientenbefragung in der Bundesauswertung

Die Ergebnisse der Patientenbefragung in der Bundesauswertung enthalten folgende wesentliche Elemente: die Tabellen „Detailergebnisse“ und „Ergebnisse der Merkmale“, grafische Darstellungen der Ergebnisse im zeitlichen Verlauf und nach Vergleichsgruppen, eine Grafik, die die Ergebnisse nach der Grundgesamtheit je Leistungserbringer (Streudiagramm) differenziert, sowie eine Tabelle der Ergebnisse über alle Leistungserbringer, die neben minimalen und maximalen Punktwerten auch die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen wiedergibt. Außerdem dienen Balkendiagramme und zugehörige Tabellen der Dokumentation der Häufigkeitsauszählungen auf Ebene der zugehörigen Items.

In den grafischen Darstellungen der Indikatorergebnisse ist aus Gründen der Lesbarkeit zu beachten, dass nur der Punktschätzer abgebildet wird, nicht jedoch der Vertrauensbereich (anders als in Abbildung 1). Jeder Punkt stellt ein Leistungserbringerergebnis dar. Bei der Interpretation der Auffälligkeiten sind die Farben der abgebildeten Punktschätzer zu berücksichtigen (Abbildung 1). Bei den grün gekennzeichneten Punkten schneidet der (nicht dargestellte) Vertrauensbereich den Referenzbereich und das Ergebnis ist nicht auffällig. Bei den gelb gekennzeichneten Punkten liegt der (nicht dargestellte) Vertrauensbereich komplett unterhalb des Referenzbereichs und stellt damit ein auffälliges Ergebnis dar. Im Beispiel in Abbildung 1 ist der Leistungserbringer nicht rechnerisch auffällig, obwohl der Punktschätzer außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ausschlaggebend für die Einstufung als rechnerisch auffällig ist in diesem Fall der Vertrauensbereich.

In der Tabelle der Detailergebnisse wird das Indikatorergebnis stratifiziert dargestellt. In der Spalte „Ergebnis n“ wird die Anzahl der gültigen Fragebögen, die diesem Indikatorergebnis zugrunde liegen, ausgewiesen. Die beiden Spalten „Ergebnis in Punkte“ und „95%-Vertrauensbereich in Punkte“ weisen den Punktschätzer und den zugehörigen Vertrauensbereich aus.

Die Tabelle mit den Ergebnissen der Merkmale bildet die nächsttiefere Auswertungsebene ab. Abzulesen ist das Ergebnis des Punktschätzers des jeweiligen Merkmals. Diese Tabelle dient der ersten Orientierung, welche Themen bei den Leistungserbringern gut und welche nicht so gut umgesetzt werden.

Schließlich ist auch eine Detailauswertung aller Items, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren eingehen, in der Bundesauswertung enthalten. Sie dient insbesondere bei Indikatoren, die aus mehr als einem Merkmal und mehr als einem Item bestehen, dazu, eine tiefergehende Analyse zur gezielten Verbesserung von Versorgungsstrukturen und -prozessen vornehmen zu können. Leistungserbringer können anhand der Antwortverteilungen der einzelnen Items erkennen, welches Ereignis / welches Thema von den Patientinnen und Patienten so beantwortet wurde, dass sich daraus Verbesserungspotenziale für die Versorgungsstrukturen und -prozesse in der Einrichtung ergeben.

© IQTIG 2026

2.2.7 Patientenbefragung: Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 21: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2026) – PCI (Patientenbefragung)

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	1,14[1] (rohes Bundesergebnis: 60,05 Punkte) n = 14.612	1,08[1] (rohes Bundesergebnis: 58,55 Punkte) n = 14.246 (≥ 1,08; Mittelwert)	vergleichbar
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	1,07[1] (rohes Bundesergebnis: 55,49 Punkte) n = 33.998	1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 54,43 Punkte) n = 32.509 (≥ 1,03; Mittelwert)	vergleichbar
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	88,21 Punkte n = 30.816	87,26 Punkte n = 29.814 (nicht definiert)	vergleichbar
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	89,18 Punkte n = 71.106	89,56 Punkte n = 68.622 (≥ 89,56 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	86,68 Punkte n = 71.106	86,70 Punkte n = 68.622 (≥ 86,70 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	85,11 Punkte n = 71.106	85,17 Punkte n = 68.622 (≥ 85,17 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	75,09 Punkte n = 48.610	74,83 Punkte n = 46.755 (≥ 80,00 Punkte)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	89,65 Punkte n = 40.832	89,72 Punkte n = 39.539 (≥ 90,00 Punkte)	vergleichbar
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	80,49 Punkte n = 48.610	80,59 Punkte n = 46.755 (≥ 80,00 Punkte)	vergleichbar
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	84,20 Punkte n = 48.610	84,02 Punkte n = 46.755 (≥ 84,02 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	91,25 Punkte n = 18.189	90,83 Punkte n = 17.366 (≥ 90,83 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	79,82 Punkte n = 71.106	79,57 Punkte n = 68.622 (≥ 80,00 Punkte)	vergleichbar
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	61,62 Punkte n = 21.614	60,98 Punkte n = 20.896 (≥ 70,00 Punkte)	vergleichbar
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	49,10 Punkte n = 11.015	55,66 Punkte n = 10.585 (≥ 50,00 Punkte)	vergleichbar
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	91,88 Punkte n = 7.947	91,82 Punkte n = 7.651 (≥ 95,00 Punkte)	vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	78,26 Punkte n = 71.106	78,04 Punkte n = 68.622 (≥ 78,04 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	93,53 Punkte n = 71.106	93,69 Punkte n = 68.622 (≥ 93,69 Punkte; Mittelwert)	vergleichbar
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 85,10 Punkte) n = 48.610	1,05[1] (rohes Bundesergebnis: 85,33 Punkte) n = 46.755 (≥ 1,05; Mittelwert)	vergleichbar
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 52,08 Punkte) n = 14.612	1,04[1] (rohes Bundesergebnis: 51,52 Punkte) n = 14.246 (≥ 1,04; Mittelwert)	vergleichbar

[1] Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mittels SMOR werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort SMOR-Werte > 1 als positiv zu werten sind.

© IQTIG 2026

Tabelle 22: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (AJ 2026) – PCI (Patientenbefragung)

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	2024	44 / 709	6,21	6
		2025	49 / 722	6,79	3
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	2024	48 / 847	5,67	9
		2025	51 / 845	6,04	8
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	2024	117 / 894	13,09	29
		2025	135 / 896	15,07	39
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	2024	214 / 894	23,94	118
		2025	199 / 896	22,21	103
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	2024	273 / 894	30,54	170
		2025	266 / 896	29,69	181
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	2024	224 / 858	26,11	104
		2025	508 / 857	59,28	182
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	2024	56 / 852	6,57	7
		2025	47 / 850	5,53	6
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	2024	123 / 858	14,34	42
		2025	102 / 857	11,90	37

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	2024	165 / 858	19,23	78
		2025	154 / 857	17,97	89
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	2024	71 / 806	8,81	12
		2025	79 / 805	9,81	16
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	2024	161 / 894	18,01	68
		2025	178 / 896	19,87	73
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	2024	126 / 749	16,82	35
		2025	454 / 753	60,29	92
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	2024	74 / 635	11,65	21
		2025	32 / 621	5,15	18
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	2024	7 / 659	1,06	1
		2025	15 / 668	2,25	1
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	2024	88 / 894	9,84	36
		2025	98 / 896	10,94	36
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	2024	15 / 894	1,68	2
		2025	27 / 896	3,01	3

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	2024	114 / 858	13,29	27
		2025	115 / 857	13,42	33
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	2024	33 / 709	4,65	3
		2025	43 / 722	5,96	0

2.2.8 Patientenbefragung: Detailergebnisse

Indikatoren zur Indikationsstellung aus Patientensicht (IDs 56100–56102)

Tabelle 23: QI 56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,20[1] (rohes Bundesergebnis: 61,38 Punkte) n = 13.945	1,14[1] (rohes Bundesergebnis: 60,05 Punkte) n = 14.612	**1,08[1] (rohes Bundesergebnis: 58,55 Punkte) n = 14.246**
rechnerische Auffälligkeiten	54 / 678 7,96 %	44 / 709 6,21 %	**49 / 722 6,79 % (Refbereich: ≥ 1,08; Mittelwert)**

[1] Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mittels SMOR werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort SMOR-Werte > 1 als positiv zu werten sind.

Tabelle 24: QI 56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,11[1] (rohes Bundesergebnis: 56,13 Punkte) n = 33.028	1,07[1] (rohes Bundesergebnis: 55,49 Punkte) n = 33.998	**1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 54,43 Punkte) n = 32.509**
rechnerische Auffälligkeiten	61 / 831 7,34 %	48 / 847 5,67 %	**51 / 845 6,04 % (Refbereich: ≥ 1,03; Mittelwert)**

[1] Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mittels SMOR werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort SMOR-Werte > 1 als positiv zu werten sind.

Insgesamt 3 Indikatoren adressieren die Indikationsstellung aus Patientensicht. Die beiden Indikatoren „Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI" (ID 56100, rohes Bundesergebnis: 58,55 Punkte) und „Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie" (ID 56101, rohes Bundesergebnis: 54,43 Punkte) verfolgen das Qualitätsziel, dass nur diejenigen Patientinnen und Patienten eine PCI bzw. eine Koronarangiografie erhalten, die auch spürbare Symptome wahrnehmen (z. B. Angina-pectoris-Beschwerden). Beide Qualitätsindikatoren werden risikoadjustiert. Trotz der niedrigen Zahl an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen gab jeweils mehr als ein Drittel der befragten Patientinnen und Patienten an, keine hinreichenden Symptome zu haben, sodass die Praxis der Indikationsstellung sowohl bei der elektiven Koronarangiografie als auch bei der elektiven PCI insgesamt kritisch zu hinterfragen ist (ID 56100: 36,68 %; ID 56101: 38,63 %).

Tabelle 25: QI 56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	88,03 Punkte n = 30.797	88,21 Punkte n = 30.816	**87,26 Punkte** **n** = **29.814**
rechnerische Auffälligkeiten	46 / 829 5,55 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**

Der Qualitätsindikator „Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur" (ID 56102) misst, ob Patientinnen und Patienten direkt im Anschluss an die Prozedur einen routinemäßigen Termin für eine weitere Koronarangiografie erhalten. Dies soll explizit vermieden werden. Die Grundgesamtheit ist dabei auf diejenigen Patientinnen und Patienten eingeschränkt, die einen Fragebogen zurückgesendet haben und verneinen, dass nach ihrer Prozedur eine Koronarangiografie und/oder eine PCI bereits geplant war oder durchgeführt wurde. Hierdurch soll vermieden werden, dass es zu Verwechslungen zwischen indizierten Koronarangiografien bzw. PCI und „routinemäßigen Kontrollkoronarangiografien" kommt, die per se nicht medizinisch notwendig sind. 86,71 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, verneinten, einen solchen Termin für eine Kontrollangiografie erhalten zu haben. Da der Referenzbereich dieses Indikators in diesem Auswertungsjahr – wie auch im vorherigen Auswertungsjahr 2025 gemäß Beschluss des GBA – ausgesetzt wurde, gibt es keine Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Der Grund für die Aussetzung ist, dass in den Beratungen des GBA die Eignung des Indikators zur validen Abbildung der Qualitätsanforderung als eingeschränkt eingeschätzt wurde.

Indikatoren zur Prozessqualität aus Patientensicht (IDs 56103–56115)

Tabelle 26: QI 56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	88,44 Punkte n = 68.221	89,18 Punkte n = 71.106	**89,56 Punkte** **n** = **68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	114 / 895 12,74 %	117 / 894 13,09 %	**135 / 896** **15,07 %** **(Refbereich: ≥ 89,56 Punkte; Mittelwert)**

Insgesamt 13 von 19 Indikatoren adressieren die Prozessqualität aus Patientensicht. Der Qualitätsindikator „Prozessbegleitende Koordination der Versorgung" (ID 56103) adressiert mittels zweier Merkmale einerseits, inwiefern Patientinnen und Patienten vom Pflegepersonal und vom ärztlichen Personal deckungsgleiche Informationen erhalten, anderseits wird erfragt, ob Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, Angehörige zu ärztlichen Gesprächen mitzubringen. Der Indikator wird für alle Gruppen des Verfahrens berechnet. Dabei fallen die Ergebnisse für die „Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten im Team" mit 89,51 Punkten

und das „Angebot, Angehörige einzubeziehen“ mit 89,36 Punkten nahezu gleich aus. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 zeigt sich hier ein nahezu gleichbleibender bundesweiter Mittelwert. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich dabei von 117 im Auswertungsjahr 2025 auf 135 im Auswertungsjahr 2026 leicht gesteigert.

Tabelle 27: QI 56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	87,76 Punkte n = 68.221	86,68 Punkte n = 71.106	**86,70 Punkte** **n = 68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	239 / 895 26,70 %	214 / 894 23,94 %	**199 / 896** **22,21 %** **(Refbereich: ≥ 86,70 Punkte; Mittelwert)**

Tabelle 28: QI 56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	84,66 Punkte n = 68.221	85,11 Punkte n = 71.106	**85,17 Punkte** **n = 68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	260 / 895 29,05 %	273 / 894 30,54 %	**266 / 896** **29,69 %** **(Refbereich: ≥ 85,17 Punkte; Mittelwert)**

Die beiden Indikatoren „Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals“ (ID 56104) und „Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte“ (ID 56105) adressieren den Umgang des Pflege- und Assistenzpersonals sowie der Ärztinnen und Ärzte mit Patientinnen und Patienten als qualitätsrelevantes Thema. Das Qualitätsziel besteht jeweils darin, den Patientinnen und Patienten höflich, respektvoll und zugewandt zu begegnen. Beide Qualitätsindikatoren haben eine hohe Auffälligkeitsrate. Dies liegt an einer Kombination aus hohen mittelwertbasierten Referenzwerten der Indikatoren (Tabelle 21 und Tabelle 22) und einer hohen Anzahl an zugrunde liegenden Items, aufgrund derer die statistische Unsicherheit einzelner Leistungserbringerergebnisse vergleichsweise klein ist. Bei der Kommunikation und Interaktion mit dem Pflege- und Assistenzpersonal liegt das größte Potenzial zur Verbesserung beim Eingehen auf Anliegen der Patientinnen und Patienten (80,88 Punkte). Beim ärztlichen Personal schneidet das Eingehen auf Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten während des Aufenthalts am schlechtesten ab (75,89 Punkte). Zudem gaben 22,04 % der 68.622 befragten Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, an, nie oder selten vom ärztlichen Personal ermutigt worden zu sein, Fragen zu stellen. Demgegenüber gaben 92,99 % der Patientinnen und Patienten an, dass die Informationen, die sie von den Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten haben, immer oder meistens verständlich waren.

Tabelle 29: QI 56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	74,59 Punkte n = 46.973	75,09 Punkte n = 48.610	**74,83 Punkte** **n** = **46.755**
rechnerische Auffälligkeiten	212 / 851 24,91 %	224 / 858 26,11 %	**508 / 857** **59,28 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 Punkte)**

Der Qualitätsindikator „Patienteninformation vor der elektiven Prozedur" (ID 56106) adressiert patientenrelevante Themen wie die Information über die Zielsetzung der Prozedur, mögliche Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz der Prozedur, den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen und den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs und der Sedierung sowie das Besprechen von Sorgen und Ängsten. Dem Qualitätsindikator liegen also insgesamt 8 Merkmale zugrunde. Vor dem Hintergrund des Bundesergebnisses besteht Potenzial zur Verbesserung. Besonders hohen Handlungsbedarf signalisiert das Ergebnis zur Information über Behandlungsalternativen zum Eingriff. 44,89 % der 46.755 befragten Patientinnen und Patienten, die eine elektive Prozedur hatten und einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, nicht über andere Behandlungsmöglichkeiten informiert worden zu sein. Darüber hinaus gaben 26,84 % der Patientinnen und Patienten an, nicht über die therapeutischen Konsequenzen einer PCI (bzw. Stenteinlage) informiert worden zu sein. Der sehr hohe Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten von 59,28 % geht auf den festen Referenzbereich von 80 Punkten zurück, dessen gefordertes Qualitätsniveau in der Gesamtheit der Leistungserbringer in vielen Fällen nicht erreicht wird. Im Auswertungsjahr 2025 lag der mittelwertbasierte Referenzbereich bei 75,09 Punkten.

Tabelle 30: QI 56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	89,65 Punkte n = 39.481	89,65 Punkte n = 40.832	**89,72 Punkte** **n** = **39.539**
rechnerische Auffälligkeiten	47 / 836 5,62 %	56 / 852 6,57 %	**47 / 850** **5,53 %** **(Refbereich: ≥ 90,00 Punkte)**

Der Qualitätsindikator „Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur" (ID 56107) schneidet hingegen gut ab. Patientinnen und Patienten wissen in der Regel, wie sie ihre Medikamente bis zur elektiven Prozedur einnehmen müssen (86,89 % antworteten mit „Ja"). Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 sind kaum Unterschiede im bundesweiten Ergebnis erkennbar, jedoch ist eine leichte Verringerung der Anzahl von Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu verzeichnen.

Tabelle 31: QI 56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	80,96 Punkte n = 46.973	80,49 Punkte n = 48.610	**80,59 Punkte** **n = 46.755**
rechnerische Auffälligkeiten	116 / 851 13,63 %	123 / 858 14,34 %	**102 / 857** **11,90 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 Punkte)**

Der Qualitätsindikator „Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten" (ID 56108) adressiert nur die Patientinnen und Patienten mit elektiver Prozedur. Diese sollen je nach ihren Bedürfnissen in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden. 79,06 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, immer oder meistens so einbezogen worden zu sein, wie sie wollten.

Tabelle 32: QI 56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	83,80 Punkte n = 46.973	84,20 Punkte n = 48.610	**84,02 Punkte** **n = 46.755**
rechnerische Auffälligkeiten	167 / 851 19,62 %	165 / 858 19,23 %	**154 / 857** **17,97 %** **(Refbereich: ≥ 84,02 Punkte; Mittelwert)**

Mit dem Qualitätsindikator „Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur" (ID 56109) wird die Wartezeit im Patientenhemd unmittelbar vor der Prozedur adressiert, die möglichst gering sein soll. Insgesamt gaben 10,41 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, an, länger als 2 Stunden in der OP-Kleidung gewartet zu haben.

Tabelle 33: QI 56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	91,44 Punkte n = 17.371	91,25 Punkte n = 18.189	**90,83 Punkte** **n = 17.366**
rechnerische Auffälligkeiten	63 / 770 8,18 %	71 / 806 8,81 %	**79 / 805** **9,81 %** **(Refbereich: ≥ 90,83 Punkte; Mittelwert)**

Der Qualitätsindikator „Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur" (ID 56110) adressiert die Zeit im Herzkatheterlabor und erfasst Fragen zum Kennenlernen der durchführenden Ärztin oder des durchführenden Arztes, Erklären des Ablaufs und Beruhigen der Patientin oder des Patienten. Patientinnen und Patienten, die ein Beruhigungsmittel erhalten haben, werden von der Berechnung des Indikators ausgeschlossen. Der Qualitätsindikator weist ein gutes

Bundesergebnis aus, das gegenüber dem Vorjahr konstant bzw. nur sehr leicht rückläufig ist. Besonders gut hat das Merkmal zur Beruhigung der Patientinnen und Patienten abgeschnitten: 90,10 % gaben an, dass das Pflege- und Assistenzpersonal während der Prozedur beruhigend auf sie eingegangen sei.

Tabelle 34: QI 56111: Patienteninformation nach der Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	78,71 Punkte n = 68.221	79,82 Punkte n = 71.106	**79,57 Punkte** **n** = **68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	177 / 895 19,78 %	161 / 894 18,01 %	**178 / 896** **19,87 %** **(Refbereich: ≥ 80,00 Punkte)**

Der Qualitätsindikator „Patienteninformation nach der Prozedur" (ID 56111) adressiert verschiedene Themen der Nachsorge. So soll mit Patientinnen und Patienten umfassend über Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnisse, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen sowie über Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung gesprochen werden. Darüber hinaus sollen Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, wie sie Komplikationen erkennen können und wie mit diesen umzugehen ist, wie die ärztliche Weiterbehandlung ablaufen soll, dass Herzerkrankungen durch den eigenen Lebensstil beeinflussbar sind (Sekundärprävention bei PCI) und wie zuvor abgesetzte Medikamente nach der elektiven Prozedur wieder einzunehmen sind. Dem Indikator liegen demnach 7 Merkmale zugrunde. Besonders schlecht fällt das Item zu passenden Empfehlungen zu Bewegung oder Sport aus. 44,44 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, solche Empfehlungen nicht erhalten zu haben. Zur Sekundärprävention gaben 22,60 % der Patientinnen und Patienten an, nicht darüber informiert worden zu sein, dass sie ihre Herzerkrankung durch den Lebensstil beeinflussen können. Sehr gute Ergebnisse konnten hingegen beim Besprechen der Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse erzielt werden: 87,71 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, dass diese Gespräche bei ihnen erfolgt seien. Ähnlich gut schneidet das Item zur Einnahme von zuvor abgesetzten Medikamenten ab: 87,07 % der Patientinnen und Patienten gaben an, hierüber informiert worden zu sein.

Tabelle 35: QI 56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	61,92 Punkte n = 21.017	61,62 Punkte n = 21.614	**60,98 Punkte** **n** = **20.896**
rechnerische Auffälligkeiten	115 / 739 15,56 %	126 / 749 16,82 %	**454 / 753** **60,29 %** **(Refbereich: ≥ 70,00 Punkte)**

Über den Qualitätsindikator „Information zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI" (ID 56112) wird gemessen, inwiefern Patientinnen und Patienten umfassend über die

notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei Unterbrechen der Medikation sowie Art und Dosierung). Dabei schneiden die Informationen zur Dauer der Medikamenteneinnahme (89,30 Punkte) und zur Art und Dosierung (88,62 Punkte) vergleichsweise gut ab. Bei den Informationen zu Neben- und Wechselwirkungen (33,57 Punkte) sowie zum Verhalten bei Unterbrechungen der Medikation (31,55 Punkte) fallen die Ergebnisse dagegen schlecht aus. So gaben 59,15 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, an, nicht über mögliche Neben- und Wechselwirkungen informiert worden zu sein. 59,35 % der Patientinnen und Patienten gaben an, keine Informationen darüber erhalten zu haben, was zu tun ist, wenn die Medikamenteneinnahme vergessen wurde. Nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene bildet dieses Ergebnis die Versorgungsrealität und eine entsprechende Lücke ab. Der sehr hohe Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten von 60,29 % geht auf den festen Referenzbereich von 70 Punkten zurück, dessen gefordertes Qualitätsniveau in der Gesamtheit der Leistungserbringer in vielen Fällen nicht erreicht wird. Im Auswertungsjahr 2025 lag der mittelwertbasierte Referenzbereich bei 61,62 Punkten.

Tabelle 36: QI 56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	49,39 Punkte n = 10.867	49,10 Punkte n = 11.015	**55,66 Punkte** **n** = **10.585**
rechnerische Auffälligkeiten	66 / 611 10,80 %	74 / 635 11,65 %	**32 / 621** **5,15 %** **(Refbereich: ≥ 50,00 Punkte)**

Der Indikator „Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI“ (ID 56113) ist der einzige in der Patientenbefragung, der nur die akuten / dringlichen PCI in der Grundgesamtheit adressiert. Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über die Möglichkeiten einer Rehabilitation informiert werden und Anlaufstellen mitgeteilt bekommen, falls sie sich (aufgrund ihrer Herzerkrankung) psychisch belastet fühlen. Der Indikator setzt sich aus 2 Merkmalen zusammen. Insbesondere bei der Information zum Umgang mit psychischer Belastung nach der Behandlung zeigt sich starker Verbesserungsbedarf. Lediglich 16,15 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, solche Informationen erhalten zu haben. 19,23 % der Patientinnen und Patienten gaben an, diese Information nicht erhalten zu haben, obwohl sie sie gebraucht haben. 55,40 % der Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie die Information nicht gebraucht haben. Allerdings ist über die Zeit im Vergleich zu den Vorjahren eine Verbesserung des Bundesergebnisses für dieses Merkmal zu erkennen, die sich auch im Indikator insgesamt abbildet. Etwas besser, aber ebenfalls insgesamt nicht gut, fiel das Ergebnis beim anderen Merkmal aus: 61,31 % der Patientinnen und Patienten gaben an, über Möglichkeiten zur Rehabilitation informiert worden zu sein. 32,22 % der Patientinnen und Patienten gaben an, eine entsprechende Information nicht erhalten zu haben. Das Expertengremium auf Bundesebene unterstreicht dieses Ergebnis für die Versorgungs-

praxis. Da beide Merkmale zwar Informationen nach der Prozedur erfassen, mit der Rehabilitation und psychischen Belastungen jedoch ansonsten unterschiedliche Themen angesprochen werden, ist zukünftig eine Aufteilung der Merkmale dieses Indikators in zwei je eigene Indikatoren vorgesehen.

Tabelle 37: QI 56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	92,19 Punkte n = 8.080	91,88 Punkte n = 7.947	**91,82 Punkte** **n = 7.651**
rechnerische Auffälligkeiten	7 / 633 1,11 %	7 / 659 1,06 %	**15 / 668** **2,25 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 Punkte)**

Der Indikator „Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI" (ID 56114) wird für alle Patientinnen und Patienten mit einer PCI berechnet, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben und angaben, wegen des Eingriffs Medikamente einzunehmen und vor einem Wochenende oder Feiertag entlassen worden zu sein. Diese Patientinnen und Patienten sollen mit einem Rezept oder einer Medikamentenmitgabe versorgt werden. Der Qualitätsindikator weist ein sehr gutes Ergebnis und unter allen Qualitätsindikatoren den geringsten Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten aus.

Tabelle 38: QI 56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	78,14 Punkte n = 68.221	78,26 Punkte n = 71.106	**78,04 Punkte** **n = 68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	88 / 895 9,83 %	88 / 894 9,84 %	**98 / 896** **10,94 %** **(Refbereich: ≥ 78,04 Punkte; Mittelwert)**

Im Indikator „Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung" (ID 56115) wird dargestellt, ob die Patientinnen und Patienten in der Zeit unmittelbar nach der Prozedur mehrfach gefragt wurden, ob sie Schmerzen haben und ob sie bei Bedarf ein Schmerzmittel erhalten haben. 20,61 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, gaben an, nicht wiederholt nach Schmerzen gefragt worden zu sein.

Indikatoren zur Ergebnisqualität aus Patientensicht (IDs 56116–56118)

Tabelle 39: QI 56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	93,12 Punkte n = 68.221	93,53 Punkte n = 71.106	**93,69 Punkte** **n = 68.622**
rechnerische Auffälligkeiten	43 / 895 4,80 %	15 / 894 1,68 %	**27 / 896** **3,01 %** **(Refbereich: ≥ 93,69 Punkte; Mittelwert)**

Insgesamt werden auf Basis der Daten aus der Patientenbefragung 3 Indikatoren zur Ergebnisqualität berechnet. Der Qualitätsindikator „Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle“ (ID 56116) weist unter allen Qualitätsindikatoren das beste Bundesergebnis aus. Insgesamt gaben lediglich 5,28 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, an, zum Zeitpunkt der Befragung (ca. 2–12 Wochen nach der Prozedur) Sensibilitätsstörungen gehabt zu haben.

Tabelle 40: QI 56117: Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,02[1] (rohes Bundesergebnis: 85,00 Punkte) n = 46.973	1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 85,10 Punkte) n = 48.610	**1,05[1] (rohes Bundesergebnis: 85,33 Punkte)** **n = 46.755**
rechnerische Auffälligkeiten	106 / 851 12,46 %	114 / 858 13,29 %	**115 / 857** **13,42 %** **(Refbereich: ≥ 1,05; Mittelwert)**

[1] Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mittels SMOR werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort SMOR-Werte > 1 als positiv zu werten sind.

Der Indikator „Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur“ (ID 56117, rohes Bundesergebnis: 85,33 Punkte) misst anhand von 3 Fragen, ob die Patientinnen und Patienten großflächige Hämatome hatten, die ihnen Schmerzen bereiteten und/oder bewegungseinschränkend waren, und ob sie deswegen eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen mussten. 21,17 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, berichteten, eine Woche nach der Prozedur immer noch schmerzhafte Blutergüsse gehabt zu haben.

Tabelle 41: QI 56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,06[1] (rohes Bundesergebnis: 53,53 Punkte) n = 13.945	1,03[1] (rohes Bundesergebnis: 52,08 Punkte) n = 14.612	**1,04[1] (rohes Bundesergebnis: 51,52 Punkte) n = 14.246**
rechnerische Auffälligkeiten	40 / 678 5,90 %	33 / 709 4,65 %	**43 / 722 5,96 % (Refbereich: ≥ 1,04; Mittelwert)**

[1] Bei risikoadjustierten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mittels SMOR werden erwünschte Ereignisse betrachtet, sodass dort SMOR-Werte > 1 als positiv zu werten sind.

Der Qualitätsindikator „Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI" (ID 56118, rohes Bundesergebnis: 51,52 Punkte) misst anhand eines Differenzmaßes, inwieweit sich die Symptome durch Angina-pectoris-Beschwerden bzw. herzbedingte Luftnot nach der elektiven PCI verbessert haben. Für insgesamt 42,50 % der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt haben, konnte mindestens eine leichte Verbesserung der Symptomschwere festgestellt werden. Bei 37,79 % ist die Symptomschwere unverändert, bei 4,83 % haben sich die Symptome verschlechtert.

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

Qualitätsziel

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

Hintergrund

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

Bewertung der Ergebnisse

Der Qualitätsindikator erzielt im Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 wie in den Vorjahren einen positiven Wert knapp oberhalb von 90 Punkten. Hier zeigt sich eine insgesamt gute Versorgungsqualität mit Spielraum für Verbesserungen. Vor allem die Frage, ob ihnen während der

Prozedur erklärt wurde, was passiert, z. B. was die Ärztin oder der Arzt gerade tut, wurde von 11,44 % der Patientinnen und Patienten mit „nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte" beantwortet. Hier besteht ein Handlungsspielraum für Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten während der Prozedur besser zu informieren.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Verfahren *QS PCI* wurden im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Die Bundesergebnisse für das Auswertungsjahr 2026 liegen für die meisten Auffälligkeitskriterien, mit Ausnahme des Auffälligkeitskriteriums „‚Door'-Zeitpunkt oder ‚Balloon'-Zeitpunkt ‚unbekannt' (ID 852302, vormals ausgewertet als ID 56004) (AJ 2026: 4,03 %; AJ 2025: 1,51 %; AJ 2024: 1,85 %; AJ 2023: 2,58 %), auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Dabei haben sich mit einer prozentualen Verbesserungsrate von ca. 25 % die Ergebnisse für das Auffälligkeitskriterium „Angabe EF ‚unbekannt' (ID 852103) am deutlichsten verbessert (AJ 2026: 2,74 %; AJ 2025: 3,65 %; AJ 2024: 5,30 %). Das verbesserte Ergebnis für dieses Auffälligkeitskriterium trägt damit dazu bei, dass die Angaben zur Ejektionsfraktion (Auswurfleistung des Herzens), die in die Risikoadjustierung einiger Indikatoren einfließen, vollständiger und in validerer Form vorliegen. Eine Sondersituation ergibt sich für das Auffälligkeitskriterium „Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt" (ID 852302), da es im Auswertungsjahr 2026 erstmals als Auffälligkeitskriterium, in den Vorjahren aber mit analogen Rechenregeln noch als Qualitätsindikator (ID 56004) ausgewertet wurde. Die Umwandlung in ein Auffälligkeitskriterium ist auf die Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung (IQTIG 2023) zurückzuführen, in der festgestellt wurde, dass mit dem Indikator vordergründig die Dokumentationsqualität überprüft wird und er daher als Auffälligkeitskriterium weitergeführt werden sollte. Die Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2026 zeigen für das Auffälligkeitskriterium (ID 852302) ein um 62,53 % verschlechtertes Ergebnis gegenüber dem Vorjahresergebnis (AJ 2026: 4,03 %; AJ 2025: 1,51 %). Über mögliche Gründe, weshalb es häufig zu fehlenden „Door"- und/oder „Balloon"-Zeitangaben gekommen ist, kann mit ausreichender Sicherheit erst nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens für das aktuelle Auswertungsjahr bilanziert werden. Eine mögliche Ursache könnte beispielsweise ein Anfang des Erfassungsjahrs 2025 aufgetretener Spezifikationsfehler gewesen sein, der jedoch per Spezifikationsupdate Ende Januar 2025 behoben wurde.

Wie bereits im Vorjahr weist mit 105 rechnerisch auffälligen Ergebnissen bzw. einem Anteil von 8,50 % an allen Leistungsbringern (n = 1.235) das „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation" (ID 852201) die meisten rechnerischen Auffälligkeiten von allen Auffälligkeitskriterien des Verfahrens *QS PCI* im Auswertungsjahr 2026 aus. Zugleich wurden im Rahmen des letzten Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2025 für dieses Auffälligkeitskriterium 66,37 % (75 von 113) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse qualitativ auffällig bewertet. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass den rechnerischen Auffälligkeiten in vielen Fällen auch tatsächliche Dokumentationsmängel zugrunde liegen. Im Sinne einer fairen und validen Indikatorauswertung

muss es das Ziel sein, die Ergebnisse für dieses Auffälligkeitskriterium auf Ebene einzelner Leistungserbringer zukünftig deutlich zu verbessern.

Mit Blick auf die Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2025 ist festzustellen, dass alle Auffälligkeitskriterien, insbesondere im Vergleich zu den Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS PCI*, einen hohen Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) aufweisen. Mit 85,71 % (42 von 49 Leistungserbringer) stellt sich für das Auffälligkeitskriterium „Angabe Zustand nach Bypass ‚unbekannt'" (ID 852105) der Anteil am höchsten dar. Damit wird deutlich, wie notwendig die Durchführung und Aufrechterhaltung einer Datenvalidierung für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer ist.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 42: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – PCI

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
852302	„Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt"	4,03 % 1.127/27.968 (≤ 21,65 %; 95. Perzentil)
852103	Angabe EF „unbekannt"	2,74 % 21.294/775.905 (≤ 9,01 %; 95. Perzentil)
852104	Angabe „sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie	1,28 % 10.040/783.733 (nicht definiert)
852105	Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt"	0,15 % 1.160/777.185 (≤ 0,60 %; 95. Perzentil)
852106	Angabe Kreatininwert „unbekannt"	0,42 % 3.037/717.880 (≤ 1,45 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	99,66 % 777.627/780.313 (≥ 95,00 %)
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	99,66 % 777.627/780.313 (≤ 110,00 %)
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,06 % 442/780.313 (≤ 5,00 %)

Tabelle 43: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – PCI

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
852302	„Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt"	56003: „Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt	2025	31 / 667	4,65	-
852103	Angabe EF „unbekannt"	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	2025	53 / 1.135	4,67	12

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
852105	Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	2025	46 / 1.135	4,05	14
852106	Angabe Kreatininwert „unbekannt“	56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen 56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	2025	46 / 1.114	4,13	10

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	105 / 1.235	8,50	36
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	29 / 1.235	2,35	10
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	3 / 1.235	0,24	0

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 44: AK 852302: „Door"-Zeitpunkt oder „Balloon"-Zeitpunkt „unbekannt"

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	n. a.	n. a.	**4,03 %** **O = 1.127** **N = 27.968**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**31 / 667** **4,65 %** **(Refbereich:** **≤ 21,65 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft auf Basis eines perzentilbasierten Referenzbereichs (95. Perzentil), ob für das Datenfeld „Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?" häufig der Schlüsselwert „0 = nein" dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit unbekanntem „Door"- u./o. „Balloon"-Zeitpunkt werden aus der Berechnung des Indikators zur Überprüfung der „Door-to-balloon"-Zeit (ID 56003) ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund sollten möglichst selten die Angaben zur „Door"- und „Balloon-Zeit" unbekannt sein. Für das Auffälligkeitskriterium, das zum Auswertungsjahr 2026 den Qualitätsindikator 56004 ablöste, gelten dieselben Ein- und Ausschlussbedingungen wie für den Qualitätsindikator 56003.

Bundesweit fehlten im Auswertungsjahr 2026 für 4,03 % der Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss derjenigen, für die vor der Prozedur eine Fibrinolyse (d. h. eine medikamentöse Thrombolysetherapie) erfolgte oder ein kardiogener Schock vorlag, die Angaben zur „Door"- u./o. „Balloon"-Zeit. Damit hat sich das Bundesergebnis gegenüber dem Vorjahr (ausgewertet als ID 56004) von 1,51 % auf 4,03 % verschlechtert. Über die genauen Ursachen, die zu der deutlichen Verschlechterung geführt haben, kann derzeit nur spekuliert werden. Eine verbindliche Aussage lässt sich erst auf Grundlage der Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2026 herstellen. Im Rahmen des letzten Stellungnahmeverfahrens für das Auswertungsjahr 2025, das noch für den Qualitätsindikator 56004 geführt wurde, ergab sich für ca. 60 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer eine qualitative Auffälligkeit (8 von 38 bzw. 21,05 %) oder ein Dokumentationsfehler (15 von 38 bzw. 39,47 %). Diese Ergebnisse verdeutlichen den Bedarf zur Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums.

Tabelle 45: AK 852103: Angabe EF „unbekannt“

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	5,30 % O = 39.359 N = 741.962	3,65 % O = 27.776 N = 761.825	**2,74 %** **O = 21.294** **N = 775.905**
rechnerische Auffälligkeiten	61 / 1.197 5,10 %	55 / 1.168 4,71 %	**53 / 1.135** **4,67 %** **(Refbereich: ≤ 9,01 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	51 / 61 83,61 %	**46 / 55** **83,64 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	51 / 1.197 4,26 %	**46 / 1.168** **3,94 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft auf Basis eines perzentilbasierten Referenzbereichs (95. Perzentil), ob für das Datenfeld „Ejektionsfraktion unter 40 %“ häufig der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ dokumentiert wurde. Die Ejektionsfraktion (EF) gibt den prozentualen Anteil des Blutes an, das bei jedem Herzschlag aus der linken Herzkammer ausgeworfen wird, und ist als Risikofaktor für die Risikoadjustierungsmodelle der MACCE-Qualitätsindikatoren (IDs 56018, 56020 und 56022) sowie des Sterblichkeitsindikators (ID 56024) und der Sterblichkeitskennzahl (ID 56026) vorgesehen. Eine fehlerhafte Dokumentation der EF führt zu einem falschen Risikoprofil der Leistungserbringer. Folglich ist eine valide und vollzählige Dokumentation der EF besonders relevant.

Bundesweit wurde für 2,74 % der Patientinnen und Patienten, unter Ausschluss derjenigen, die im Herzkatheterlabor verstorben sind, eine EF mit dem Status „unbekannt“ im Erfassungsjahr 2025 dokumentiert. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich das Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 deutlich, um ca. 25 % verbessert. Die Tatsache, dass im Rahmen des letzten Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2025 46 von 55 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen als qualitativ auffällig bewertet wurden, verdeutlicht, dass das Auffälligkeitskriterium dazu beitragen kann, die Dokumentationsqualität zu verbessern.

Tabelle 46: AK 852104: Angabe „sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,30 % O = 9.769 N = 751.971	1,26 % O = 9.719 N = 771.234	**1,28 %** **O = 10.040** **N = 783.733**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	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 AK)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft auf Basis eines perzentilbasierten Referenzbereichs (95. Perzentil), ob für das Datenfeld „führende Indikation für diese Koronarangiographie" häufig der Schlüsselwert „99 = sonstige" dokumentiert wurde. Fälle mit der Angabe „sonstige" werden aus der Berechnung des Qualitätsindikators zur Überprüfung der Indikationsstellung (ID 56000) ausgeschlossen. Eine Fehldokumentation der führenden Indikation für die Koronarangiografie würde daher zu einem ungerechtfertigten Fallausschluss aus der Indikatorberechnung führen.

Da der Qualitätsindikator 56000, auf den sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, aufgrund von Validitätsproblemen im Auswertungsjahr 2026 ohne Referenzbereich ausgewiesen wurde, wurde, analog zum Vorjahr, auch der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium im Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt. Aufgrund des vorgenannten Sachverhalts kann über das Stellungnahmeverfahren aus dem Auswertungsjahr 2025 nicht berichtet werden.

Tabelle 47: AK 852105: Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt"

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,25 % O = 1.851 N = 743.232	0,21 % O = 1.584 N = 763.026	**0,15 %** **O = 1.160** **N = 777.185**
rechnerische Auffälligkeiten	47 / 1.197 3,93 %	49 / 1.168 4,20 %	**46 / 1.135** **4,05 %** **(Refbereich: ≤ 0,60 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	36 / 47 76,60 %	**42 / 49** **85,71 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	36 / 1.197 3,01 %	**42 / 1.168** **3,60 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft auf Basis eines perzentilbasierten Referenzbereichs (95. Perzentil) für alle Fälle in diesem QS-Verfahren, ob für das Datenfeld „Zustand nach koronarer

Bypass-OP" häufig der Schlüsselwert „9 = unbekannt" dokumentiert wurde. Die Information über das Vorliegen einer bekannten koronaren Bypassoperation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle ein. Eine fehlerhafte Dokumentation führt zu einem falschen Risikoprofil der Leistungserbringer. Folglich ist eine valide und vollzählige Dokumentation des Datenfeldes „Zustand nach koronarer Bypass-OP" relevant.

Das Bundesergebnis hat sich gegenüber den Vorjahren verbessert. Obgleich das Ergebnis nur eine sehr geringe Rate an Datensätzen mit dem Status „unbekannt" aufzeigt, handelt es sich um eine elementare und klinisch bedeutsame Information, die von jedem Leistungserbringer dokumentiert werden müsste. Folglich wird trotz des sehr guten Bundesergebnisses zunächst die Weiterführung dieses Auffälligkeitskriteriums empfohlen. Zudem untermauern die Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren, in dem mehr als drei Viertel der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse qualitativ auffällig bewertet wurden, dass den rechnerischen Auffälligkeiten potenziell vermeidbare Dokumentationsfehler zugrunde liegen.

Tabelle 48: AK 852106: Angabe Kreatininwert „unbekannt"

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,50 % O = 3.405 N = 683.151	0,45 % O = 3.200 N = 703.626	**0,42 %** **O = 3.037** **N = 717.880**
rechnerische Auffälligkeiten	48 / 1.170 4,10 %	49 / 1.154 4,25 %	**46 / 1.114** **4,13 %** **(Refbereich: ≤ 1,45 %; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	37 / 48 77,08 %	**38 / 49** **77,55 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	37 / 1.170 3,16 %	**38 / 1.154** **3,29 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium überprüft auf Basis eines perzentilbasierten Referenzbereichs (95. Perzentil), ob für das Datenfeld „Kreatininwert i. S. unbekannt" (i. S. = im Serum) häufig der Schlüsselwert „1 = ja" dokumentiert wurde. Der Kreatininwert ist ein wichtiger Laborwert zur Beurteilung der Nierenfunktion und ist als Risikofaktor für die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren (IDs 56012, 56018, 56020, 56022 und 56024) und einer Transparenzkennzahl (ID 56026) vorgesehen. Eine unvollzählige Dokumentation des Kreatininwertes würde zu einem falschen Risikoprofil der Leistungserbringer führen. Folglich ist eine valide und vollzählige Dokumentation des Datenfeldes „Kreatininwert i. S." relevant.

Bundesweit wurde im Auswertungsjahr 2026 für 0,42 % aller Fälle, unter Ausschluss von Notfällen, das Datenfeld „Kreatininwert i. S. unbekannt" mit „1 = ja" dokumentiert. Damit setzt sich der positive Trend aus den Vorjahren (AJ 2025: 0,45 %; AJ 2024: 0,50 %; AJ 2023: 0,69 %) fort. Ungeachtet der Tatsache, dass bundesweit für nur 0,42 % (n = 3.037) der Fälle der Kreatininwert nicht bekannt war, sollte dies möglichst nur in wenigen Ausnahmefällen vorkommen. Die Ergebnisse aus dem

letzten Stellungnahmeverfahren zeigen, dass für fast 80 % der rechnerischen Auffälligkeiten auch eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Damit dürfte in den meisten Fällen von einer vermeidbaren Unterdokumentation des Kreatininwertes auszugehen sein.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 49: AK 852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,77 % O = 743.610 N = 730.643	101,22 % O = 763.454 N = 754.238	**99,66 %** **O = 777.627** **N = 780.313**
rechnerische Auffälligkeiten	116 / 1.303 8,90 %	113 / 1.266 8,93 %	**105 / 1.235** **8,50 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	71 / 116 61,21 %	**75 / 113** **66,37 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	71 / 1.303 5,45 %	**75 / 1.266** **5,92 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Leistungserbringer werden innerhalb dieses Auffälligkeitskriteriums rechnerisch auffällig, wenn sie mehr als 5 % ihrer dokumentationspflichtigen Daten, die gemäß Sollstatistik zu erwarten gewesen wären, nicht dokumentiert und an die Bundesauswertungsstelle übermittelt haben. Ausgeschlossen aus der Berechnung des Auffälligkeitskriteriums werden Leistungserbringer mit weniger als 5 Fällen in der Sollstatistik.

Im Ergebnis besteht für das Verfahren *QS PCI* auf Bundesebene eine leichte Unterdokumentation, die gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken ist. Die Rate an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr zwar leicht gesunken, liegt aber dennoch auf einem vergleichsweise hohen Niveau. So erreicht fast jeder 12. Leistungserbringer nicht den Referenzbereich von ≥ 95,00 %. Davon haben 29 Leistungserbringer keine Soll-Statistik an die Bundesauswertungsstelle übermittelt, sodass sich für diese Leistungserbringer eine Dokumentationsrate von 0 % ergibt. Im Vergleich zwischen den Sektoren bzw. Leistungserbringergruppen ergibt sich für die Gruppe der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit einer Dokumentationsrate von 90,29 % die niedrigste Dokumentationsrate. Mit Blick auf den weiterhin recht hohen Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sowie dem ebenso verhältnismäßig hohen Anteil qualitativer Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten) wäre für zukünftige Auswertungs- und Erfassungsjahre eine deutliche Verbesserung notwendig, um leistungserbringerübergreifend faire und verlässliche Aussagen über die Versorgungsqualität treffen zu können.

Tabelle 50: AK 852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	101,77 % O = 743.610 N = 730.643	101,22 % O = 763.454 N = 754.238	**99,66 %** **O = 777.627** **N = 780.313**
rechnerische Auffälligkeiten	94 / 1.303 7,21 %	59 / 1.266 4,66 %	**29 / 1.235** **2,35 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	36 / 94 38,30 %	**41 / 59** **69,49 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	36 / 1.303 2,76 %	**41 / 1.266** **3,24 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium 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 ≤ 110,00 % und mindestens 20 Fällen im Zähler. Die Dokumentationsrate von 99,66 % sagt zunächst nur aus, dass im Bundesdurchschnitt für das Verfahren *QS PCI* eine leichte Unterdokumentation vorliegt. Aussagekräftiger ist der Anteil an Leistungserbringern, die rechnerisch auffällig geworden sind. Hier hat sich im Vergleich zum Vorjahr nochmals eine deutliche Verbesserung von knapp 50 % eingestellt. Die Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren zeigen, dass für knapp 70 % % der rechnerischen Auffälligkeiten auch eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Damit können die Ursachen einer Überdokumentation häufig dem Leistungserbringer zugeschrieben werden.

Tabelle 51: AK 852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,05 % O = 378 N = 730.643	0,06 % O = 428 N = 754.238	**0,06 %** **O = 442** **N = 780.313**
rechnerische Auffälligkeiten	8 / 1.303 0,61 %	4 / 1.266 0,32 %	**3 / 1.235** **0,24 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 8 50,00 %	**2 / 4** **50,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 1.303 0,31 %	**2 / 1.266** **0,16 %**	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen dokumentiert und übermittelt wurden. Minimaldatensätze fließen nicht in die Indikatorberechnung ein und können ersatzweise, wenn sich ein durch

den QS-Filter ausgelöster Fall als nicht dokumentierbar erweist, angelegt werden. Der Anteil an Minimaldatensätzen sollte möglichst gering sein.

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei ≤ 5,00 % bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass – identisch zum Vorjahr – nur bei 0,06 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS angelegt wurde. Dies deutet darauf hin, dass der QS-Filter valide definiert ist und für nur wenige Fälle eine potenziell fälschliche Dokumentationspflicht auslöst. Anzumerken ist, dass fast alle MDS von Krankenhäusern (441 von 442 bzw. 99,77 %) dokumentiert wurden. Auf Leistungserbringerebene hat sich im Vergleich zu den Vorjahren die Rate rechnerischer Auffälligkeiten von weiter von 0,32 % auf 0,24 % verbessert. Die Ergebnisse aus dem letzten Stellungnahmeverfahren zeigen, dass für 2 der 4 Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen auch eine qualitative Auffälligkeit festgestellt wurde. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Ergebnisse für das Auffälligkeitskriterium 852209 auf keine größeren Validitätsprobleme hinweisen.

© IQTIG 2026

Statistische Basisprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Prüfkriterien)

Im Modul *PCI* werden im Erfassungsjahr 2024 jeweils 15 Prüfkriterien (PK) zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewertet.[2] Hiervon beziehen sich 8 Prüfkriterien auf formelle und strukturelle Anforderungen an die Daten, die 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 52 sind die im Auswertungsjahr 2026 auffälligen auswertungsrelevanten Prüfkriterien sowie ihre Auffälligkeitsbeschreibung dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 52: Auswertungsrelevante auffällige Prüfkriterien im Verfahren QS PCI

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen EJ 2024	Vollzähligkeit der Daten 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 noch eine Nullmeldung an das IQTIG geliefert haben.	3 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit des Gesamtdatensatzes liegt bei 100 %.
28	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit der stationären Fälle nach § 301 SGB V liegt bei 99,72 %.

[2] Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6446/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-PCI-WI-NET-ab-2024.pdf (abgerufen am 25.06.2026).

PK-ID	Prüfkriterium	Beschreibung	Auffällige Kassen EJ 2024	Vollzähligkeit der Daten EJ 2024
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 93	Die geschätzte Vollzähligkeit der vertragsärztlichen Fälle nach § 295 SGB V liegt bei 99,58 %.
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	Es wird geprüft, ob in Relation zur übermittelten Krankenkassengröße eine unplausible Anzahl an Sterbefällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass bei Krankenkassen, deren Relation von der Verteilung aller Krankenkassen abweicht, eine Auffälligkeit vorliegt.	1 von 93	Die geschätzte Vollzähligkeit liegt bei 98.05 %.

Durch die fehlende aktuelle Lieferung von 3 Krankenkassen wurden die Auffälligkeiten in PK30 *„Fehlende Datenlieferung“* erzeugt. Diese wirken sich jedoch nicht auf den für die Auswertung genutzten Datenstand aus. Von einer deutschlandweit agierenden Krankenkasse liegen keine Sterbeinformationen vor. Hierdurch wird die Sterblichkeit vermutlich um 2 % unterschätzt, weshalb eine Beeinträchtigung von 2 (IDs 56024, 56026) der 6 sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren möglich ist.

Insgesamt sind die Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse als gering einzuschätzen. Inwiefern die eingeschränkte Vollzähligkeit 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 geringen Abweichungen wird keine Veränderung der Referenzwerte erwartet.

© IQTIG 2026

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

3.1.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten

Tabelle 53: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	18.073	-	17.901	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	11.251	100,00	6.031	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	621	5,52	366	6,07
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	621	100,00	366	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	621	100,00	366	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)	121	19,48	21	5,74
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	500	80,52	345	94,26
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	500	100,00	345	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,20	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 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	215	34,62	116	31,69
Bewertung als qualitativ auffällig	136	21,90	132	36,07
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	124	19,97	81	22,13
Sonstiges	25	4,03	16	4,37
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	79	n. a.	57	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

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

Die Stellungnahmeverfahren wurden dabei ausschließlich schriftlich durchgeführt. Nur für wenige rechnerisch auffällige Ergebnisse (n = 21 bzw. 5,74 %) wurde auf die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens verzichtet. Im Vorjahr betrug der Anteil noch 19,48 %. Die recht hohe Zahl

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

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

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

[3] Da diese Maßnahmen erst im Kalenderjahr 2025 abgeschlossen wurden, finden sie an dieser Stelle Erwähnung, werden in Tabelle 53 aber nicht ausgewiesen.

Flächen-Produkt unbekannt“ (ID 56008) nicht mehr in der Auswertung enthalten ist, da die Gruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ (IDs 56005–56008) abgeschafft wurde und der Indikator „‚Door‘-Zeitpunkt oder ‚Balloon‘-Zeitpunkt unbekannt“ (ID 56004) in ein Auffälligkeitskriterium (ID 852302) überführt wurde.

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

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

3.1.2 Patientenbefragung

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

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 54: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PCI

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	7.539	100,00	7.333	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	374	4,96	329	4,49
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	374	100,00	329	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	82	21,93	26	7,90
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	292	78,07	303	92,10
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	292	100,00	303	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	1	0,33
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	0,68	3	0,99
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	19	5,08	23	6,99
Bewertung als qualitativ auffällig	235	62,83	244	74,16
Sonstiges	36	9,63	33	10,03
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	18	n. a.	30	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	2	n. a.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Verfahren *QS PCI* insgesamt 4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft. Gegenüber dem Vorjahr zeigt sich insbesondere ein deutlicher Rückgang rechnerisch auffälliger Ergebnisse ohne Stellungnahmeverfahren (AJ 2025: n = 26 vs. AJ 2024: n = 82). Ursächlich für den Unterschied sind vor allem die Auffälligkeitskriterien zur Über- (ID 852208) und zur Unterdokumentation (ID 852201). Beide haben gemeinsam im Auswertungsjahr 2024 einen Anteil von etwa 80 % (64 von 82) an allen Ergebnissen ohne Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens ausgemacht. Im Auswertungsjahr 2025 hat sich der Anteil (53,85 %) und die Anzahl (14 von 26) für beide Auffälligkeitskriterien deutlich reduziert.

Die Anzahl qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse liegt auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr; der Zuwachs beträgt 3,83 %.

Im Vergleich zu den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens für die Qualitätsindikatoren ergibt sich für die Auffälligkeitskriterien ein deutlich höherer Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen (vgl. QI: 36,07 % vs. AK: 74,16 %). Dies lässt vermuten,

dass sich Dokumentationsfehler sicherer nachweisen lassen als ein potenzieller Qualitätsmangel in der medizinischen Versorgung. Bei 30 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 empfohlen, die Maßnahmenstufe 2 zweimal. Damit hat sich die Anzahl von Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 gegenüber dem Vorjahr um 40 % erhöht. Der Großteil der Maßnahmen bezog sich auf die Kategorie „sonstige Maßnahmen" (22 von 30 bzw. 73,33 %).

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden – wie bereits im Vorjahr – für das „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation" (ID 852201) ermittelt (n = 113 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 1.266 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium: 8,93 %). Knapp 73 % (82 von 113) sind dabei dem vertragsärztlichen Sektor zuzuschreiben. Bemerkenswert hierbei ist, dass bezogen auf alle in das Verfahren *QS PCI* eingeschlossenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte knapp 19 % (53 von 284) in dem Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation qualitativ auffällig sind. Im Sektorenvergleich zeigt sich hier ein besonders starkes Gefälle. Demgegenüber weisen nur etwas mehr als 2 % der Krankenhäuser (22 von 982) eine qualitative Auffälligkeit im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation auf. Um einen verlässlichen Sektoren- und Leistungserbringervergleich zu ermöglichen, muss die Vollzähligkeit der Dokumentation im vertragsärztlichen Bereich dringend verbessert werden.

Der höchste Anteil qualitativ auffällig bewerteter Leistungserbringer entfällt auf das Auffälligkeitskriterium „Angabe Zustand nach Bypass ‚unbekannt'" (ID 852105, 42 von 49; 85,71 %). Hier hat das Stellungnahmeverfahren sehr deutlich bestätigt, dass für Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen eine ungenügende Dokumentation über das Vorhandensein eines Koronararterien-Bypasses vorliegt. Ebenfalls hohe Anteile an qualitativen Auffälligkeiten zeigten sich für die Auffälligkeitskriterien „Angabe EF ‚unbekannt'" (ID 852103, 46 von 55; 83,64 %) und „Angabe Kreatininwert ‚unbekannt'" (ID 852106, 38 von 49; 77,55 %). Dieselben drei Auffälligkeitskriterien wiesen bereits im Vorjahr die höchsten Raten an qualitativen Auffälligkeiten auf.

4 Evaluation

4.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten

Aus § 1 Abs. 3 Satz 3 Teil 2 Verfahren 1 (*QS PCI*) DeQS-RL ergeben sich für das Verfahren *QS PCI* folgende Verfahrensziele:

a) Verbesserung der Indikationsstellung
b) Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit
c) Verringerung der Komplikationsrate während und nach der Behandlung, hierbei insbesondere eine Verringerung von unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und der Sterblichkeit
d) Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation, Koordination und Kontinuität der Versorgung
e) Verbesserung der Patientenorientierung bezüglich Information und gemeinsamer Entscheidungsfindung
f) Erfassung und Verbesserung der den Eingriff begründenden Symptomatik und der mit dem Eingriff assoziierten Schmerzen und Beschwerden aus Patientensicht

Nach Umsetzung der Empfehlungen aus dem Abschlussbericht (IQTIG 2023) adressieren die verbleibenden Qualitätsindikatoren – gemeinsam mit der Patientenbefragung PCI – nach aktuellem Stand weiterhin alle genannten Ziele des QS-Verfahrens. Das aktuelle Indikatorenset enthält weiterhin Indikatoren, die die Verbesserung der Indikationsstellung (ID 56000), die leitliniengerechte Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit (IDs 56003 und 56014) sowie die Verringerung der Komplikationsraten während und nach der Behandlung (IDs 56012, 56018, 56020 und 56022) adressieren. Ebenso werden weiterhin die unter den Buchstaben d) bis f) genannten Verfahrensziele mit der Patientenbefragung für das Verfahren *QS PCI* verfolgt. Die im Rahmen des Abschlussberichtes avisierte Weiterentwicklung der Indikatoren zum Kontrastmittelverbrauch, die das Verfahrensziel „Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit" adressiert, ist abgeschlossen und vom IQTIG zur Einführung im Erfassungsjahr 2027 vorgeschlagen worden. Für den Qualitätsindikator 56000 wurden für das Erfassungsjahr 2026 umfangreiche Anpassungen vorgenommen, die die Validitätsprobleme für diesen Indikator beheben.

Im Auswertungsjahr 2026 adressieren ein Indikator die Qualität der Indikationsstellung, ein Indikator die Prozessqualität und weitere 6 Indikatoren sowie eine Transparenzkennzahl die Ergebnisqualität. Dabei ist festzuhalten, dass für nur 2 der 8 Qualitätsindikatoren (25 %) im Auswertungsjahr 2026 ein Referenzwert definiert war und somit nur für diese Indikatoren die Voraussetzungen zur Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens bzw. für eine Bewertung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse gegeben sind. Mit Blick auf die Aussetzung der Referenzbereiche muss konstatiert werden, dass im Auswertungsjahr 2025 nur für die Indikatoren, die die Prozess- und Ergebnisqualität bei der Versorgung des akuten Koronarsyndroms adressieren

(IDs 56003 und 56014), eine Qualitätsbewertung stattfindet. Damit werden die Qualität der Indikationsstellung sowie die Ergebnisqualität in Form einer Follow-up-Betrachtung im Auswertungsjahr 2026 keiner Qualitätsbewertung unterzogen. Die Problematik der unzureichenden Risikoadjustierung, die insbesondere die sozialdatenbasierten Follow-up-Indikatoren betrifft, konnte mit dem Auswertungsjahr 2026 noch nicht gelöst werden. Demnach zeigen sich für einige risikoadjustierte Qualitätsindikatoren im Subgruppenvergleich weiterhin nicht plausible Unterschiede, die womöglich darauf zurückzuführen sind, dass bestimmte (relevante) Risikofaktoren noch nicht in die Risikomodelle eingeschlossen sind. Vor diesem Hintergrund bedarf es weiterhin intensiver Überlegungen und Maßnahmen, die Probleme in Zukunft zu lösen.

Für das Auswertungsjahr 2025 haben 7 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt.

Die Rückmeldungen adressierten mehrere Themen, von denen eine LAG analog zum Vorjahr die großen Aufwände und die besondere Komplexität des Stellungnahmeverfahrens bei sozialdatenbasierten Indikatoren thematisierte. Da jedoch alle sozialdatenbasierten Indikatoren in den Auswertungsjahren 2025 und 2026 ohne Referenzbereich ausgewiesen wurden und somit kein Stellungnahmeverfahren stattfand, ist davon auszugehen, dass sich der Hinweis in erster Linie auf die Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren des Auswertungsjahres 2024 bezieht. Gleichwohl wird das IQTIG im Rahmen der Wiedereinführung festgelegter Referenzbereiche Möglichkeiten zur Optimierung des Stellungnahmeverfahrens prüfen. Dazu wurde die mandantenfähige Datenbank in den letzten Jahren in ihrer Funktionalität stetig ausgebaut.

Zwei LAG haben sich kritisch zur erfolgten Abschaffung der Indikatorengruppe „Dosis-Flächen-Produkt“ (IDs 56005–56007) geäußert. Eine der LAG stützt sich dabei auf ihre Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren, wonach bei mitunter sehr hohen DFP-Werten die Erläuterungen des Leistungserbringers nicht darauf schließen ließen, dass dieses Problem von Medizinphysikexpertinnen und -experten angesprochen oder behoben wurde. Zudem hätten auch keine Hinweise vorgelegen, dass diese hohen Werte an die ärztlichen Stellen oder die Bezirksregierung gelangt sind, so wie es nach §§ 108, 109 sowie Anlage 14 und 15 der Strahlenschutzverordnung vorgeschrieben sei. Im Sinne der Patienten- und Mitarbeitersicherheit sollten aus Sicht der LAG die Indikatoren daher beibehalten werden. In den vergangenen Jahren hätten sich bei diesen viele rechnerisch und v. a. auch qualitativ auffällige Ergebnisse ergeben. Der Großteil weiterführender Maßnahmen entfiel ebenfalls auf diese Indikatoren; z. B. kollegiale Gespräche/Zielvereinbarungen konnten häufig mit großem Erfolg abgeschlossen werden. Auch wurden Vorschläge zur Erweiterung der Risikoadjustierung für die Indikatorengruppe unterbreitet. Angemerkt wurde außerdem von einer LAG, dass bei einigen Leistungserbringern aufgrund der neuen Auswertungsmethodik Verständnisprobleme bei den Qualitätsindikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt vorgelegen hätten.

Weitere einzelne Rückmeldungen enthielten jeweils den Wunsch, klare und ressourcenschonende Regelungen im Umgang mit Verbringungsleistungen zu treffen (z. B. Führung des Stellungnahmeverfahrens mit dem erbringenden und nicht verbringenden Standort), die Anpassung von Datenfeldern zu prüfen (z. B. DF „zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht

invasiven Vordiagnostik"; DF „postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei einer Koronarangiographie oder PCI"), Zwischenberichte früher und regelmäßiger den Leistungserbringern bereitzustellen, den Einschluss von Privatpatientinnen und -patienten zu prüfen sowie spezifische spezifikationsbezogene Hinweise zu prüfen.

Die Rückmeldungen der LAG wurden gesichtet und hinsichtlich akuten Handlungsbedarfs geprüft. Potenzielle Anpassungen an der Spezifikation und den Rechenregeln, die sich aus den Rückmeldungen ergeben, erfolgen turnusgemäß im Herbst des Berichtsjahres im Zuge der Erstellung der prospektiven Rechenregeln und Spezifikationsempfehlungen. Darüber hinaus werden die Hinweise zu den DFP-Indikatoren mit in die Evaluation der Aussetzungsempfehlung, die im aktuellen Auswertungsjahr geplant ist, einfließen.

4.2 Patientenbefragung: Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung

Gemäß der DeQS-RL wird die Patientenbefragung PCI für viereinhalb Jahre vom 1. Juli 2022 bis 31. Dezember 2026 erprobt, um die dafür entwickelten Softwaretools, Datenflüsse, Rückmeldeberichte und Qualitätsindikatoren sowie deren Bewertung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu evaluieren und ggf. zu optimieren. Mit dieser Begleitung der Erprobung hat der GBA das IQTIG mit Beschluss vom 3. Mai 2023 beauftragt.

Die wissenschaftliche Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung ist gemäß Auftrag in vier Betrachtungszeiträume untergliedert, in denen – entsprechend dem Umsetzungsstand – verschiedene Aspekte in zunehmender Tiefe analysiert werden. Für die ersten drei Betrachtungszeiträume war zum 15. Januar des Folgejahres ein Bericht zu erstellen, der die Erkenntnisse der jeweiligen Betrachtungszeiträume enthält. Die Abgabe des den gesamten Betrachtungszeitraum abdeckenden Abschlussberichts erfolgt am 30. Juni 2027. Der dritte Bericht der wissenschaftlichen Begleitevaluation *QS PCI*, der den folgenden Darstellungen zugrunde liegt, bezieht sich auf die Analysen und Erkenntnisse aus dem dritten Betrachtungszeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Oktober 2025.[4] Dabei liegt der Fokus auf der Funktionalität und Praktikabilität der Abläufe der Patientenbefragung, der Datenqualität, der Durchführbarkeit und Durchführung von Stellungnahmeverfahren sowie dem Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

4.2.1 Methodisches Vorgehen

Gemäß dem Beauftragungsgegenstand sollen die am Verfahren beteiligten Stakeholder, nämlich LAG, DAS, Softwareanbieter, VPB, Leistungserbringer sowie Patientinnen und Patienten, in die wissenschaftliche Begleitung einbezogen werden. Dies erfolgt durch eine strukturierte, onlinebasierte Befragung der jeweiligen Gruppen und Institutionen. Ein Schwerpunkt innerhalb dieser Befragung waren im Auswertungsjahr 2025 Fragen zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens. Zudem wurden auch die Trägerorganisationen und Patientenvertreterinnen und -vertreter

[4] Zur Zeit der Berichtslegung war der finale Auswertungsdatenpool noch nicht verfügbar. Aus diesem Grund beziehen sich die genannten Zahlen auf den Snapshot-Datenpool; neuere Analysen können daher davon abweichen.

des GBA eingebunden, die zur Funktionalität und Verständlichkeit der Bundesauswertung befragt wurden.

Darüber hinaus wurden die Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten sowie der Verfahrenssupport für Leistungserbringer beim IQTIG durch eine qualitative Auswertung der Supportanfragen im Kontext der Patientenbefragung evaluiert.

Zudem werden die Datenflüsse der Patientenbefragung in Bezug auf Rücklaufquoten und Versandzeitpunkte der Befragungsunterlagen betrachtet. Weiterhin wird überprüft, ob die Ausgestaltung der Patientenbefragung (insbesondere die Dauer zwischen Indexeingriff und Rücklauf des Fragebogens) Effekte auf das Antwortverhalten hat und somit indirekt Rückschlüsse auf die Funktionalität der Patientenbefragung gezogen werden können.

Schließlich werden die Validität und die Auswertung der Qualitätsindikatoren in verschiedenen Facetten betrachtet. Dies umfasst erneut auch die vertiefte Betrachtung des Eignungskriteriums des Verbesserungspotenzials, für das das zweite Mal empirische Ergebnisse für die Patientenbefragung PCI berichtet werden.

4.2.2 Analyse der Prozesse der Datenerhebung und Datenflüsse

Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenflüsse

Für den Betrachtungszeitraum lieferten insgesamt 1.115 Leistungserbringer mindestens einmal Daten für die Patientenbefragung. Dies entspricht 95,46 % der Anzahl der Leistungserbringer für die fallbezogene QS-Dokumentation (n = 1.168).

Der Großteil (n = 153; 68,61 %) aller Leistungserbringer, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben (n = 223), übermittelt die Daten monatlich einmal gesammelt an die DAS. Dabei wählen 65,48 % (129 von 197) der Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser diese Antwortoption; bei den Vertragsärztinnen und -ärzten sind es 92,31 % (24 von 26). Von den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser geben 23,86 % (n = 47 von 197) an, mehrmals im Monat Daten zu übermitteln. Die DAS bestätigen dieses Bild weitgehend. 43,33 % (n = 13) der DAS, die an der Befragung teilgenommen haben (n = 30), geben an, dass sie einmal monatlich Daten erhalten; weitere 26,67 % (n = 8) teilen mit, dass die Leistungserbringer zu unterschiedlichen Zeitpunkten Daten liefern und keine Vorgehensweise überwiegt. Laut Selbstauskunft übermitteln die Leistungserbringer die Daten zu 89,24 % (199 von 223) (meistens) fristgerecht. 21 von 30 DAS geben an, die Daten (überwiegend) fristgerecht zu erhalten, nur 3 erhalten sie laut Selbstauskunft überwiegend nicht fristgerecht. Dabei hat die Verlängerung der Datenlieferfrist vom 7. auf den 12. eines Monats, die seit Beginn des Erfassungsjahres 2025 gilt, das Lieferverhalten den Berichten nach nicht einheitlich verändert. 13 DAS sahen keine Änderung, 9 beobachteten eine Auswirkung. Einige DAS betonten, dass die Frist für Leistungserbringer weiterhin zu kurz sei. Nach Angaben der VPB stieg die Pünktlichkeit mit Einführung der verlängerten Frist. Seit dem 1. Januar 2025 seien 10,24 % der Datensätze von den DAS bzw. Leistungserbringern nicht fristgerecht übermittelt worden. Aus den Dokumentationen zur Pünktlichkeit der Datenlieferungen der Leistungserbringer über die DAS an

die VPB ergibt sich, dass in den ersten drei Quartalen 2025 insgesamt 498.054 Datensätze übermittelt wurden, von denen 56.374 nicht fristgerecht waren (11,32 %).

Die Qualität der gelieferten Daten beurteilt die VPB insgesamt als sehr gut, was eine weitere Verbesserung zum Vorjahr bedeutet. Einschränkungen seien einzig durch sehr verspätete Datenlieferungen gegeben.

Nach der Stichprobenziehung erstellt die VPB die Versandunterlagen und übergibt sie an den Postdienstleister. Die VPB unterhält einen Nachunternehmer, der den Druck der Versandunterlagen übernimmt. Aufgrund der fortlaufenden Unpünktlichkeit beim Versand der Befragungsunterlagen, die auch durch eine vorherige Verlängerung der Versandfrist um zwei Tage nicht behoben werden konnte, gilt seit dem 1. Januar 2025 für das Erstanschreiben ein flexibler Versandzeitraum vom 21. bis zum 30. des Folgemonats nach Indexbehandlung. Im Betrachtungszeitraum (1. Januar 2024 bis 31. Oktober 2025) wurden 59,66 % der Erstanschreiben verspätet und 40,34 % fristgerecht versendet. Ein Vergleich zeigt, dass im Erfassungsjahr 2024 noch 95,03 % der Erstanschreiben unpünktlich waren, 2025 dagegen nur 12,80 %. Diese Verbesserung geht auf den verlängerten Versandzeitraum zurück. Jedoch weist die VPB auf unvollständige oder fehlerhafte Versandmeldungen des Druckdienstleisters hin, die die Qualität der zugrunde liegenden Daten beeinflussen. Im September 2025 erfolgte dann der Wechsel zu einem neuen Dienstleister. Da der neue Druckdienstleister erst wenige Wochen vor Ende des Betrachtungszeitraums seine Arbeit aufnahm, können die Auswirkungen auf die Versandpünktlichkeit noch nicht endgültig bewertet werden. Erste Rückmeldungen der VPB deuten jedoch auf eine Verbesserung hin.

Kernaufgabe der Fragebogenannahmestelle (FAST) ist es, die eingehenden Fragebögen (maschinell) einzulesen und zu verarbeiten und diese Daten sowie die Mapping- und die Vollzähligkeitstabelle an das IQTIG weiterzuleiten. Die FAST beurteilt die Qualität dieses Prozesses als sehr gut. Den Datenaustausch mit dem IQTIG beschreibt die FAST als reibungslos. Fallbezogene Fehlerkonstellationen und Meldungen der VPB zur Mappingtabelle erfordern vereinzelt manuelle Eingriffe; die FAST regt an, deren Ursachen zu klären. Die Kommunikation mit der VPB wird von der FAST als sehr gut eingeschätzt.

Perspektive der Patientinnen und Patienten

Im Betrachtungszeitraum (1. Januar 2024 bis 31. Oktober 2025) konnte für die Patientenbefragung *QS PCI* eine durchschnittliche Rücklaufquote von 52,90 % verzeichnet werden. Im Rahmen der Stakeholderbefragung wurden im Zeitraum vom 21. August bis 31. Oktober 2025 sowohl Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Patientenbefragung (Respondenten) als auch Nicht-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer (Non-Respondenten) zu ihren Erfahrungen befragt. Insgesamt haben 766 Respondenten und 320 Non-Respondenten der Patientenbefragung PCI an der Online-Befragung teilgenommen. Die Mehrheit der Respondenten (60,57 %; n = 464 von 766) gibt an, die Patientenbefragung als *überhaupt nicht belastend* empfunden zu haben, weitere 33,16 % (n = 254) antworteten mit *wenig belastend*. Die überwiegende Mehrheit der Respondenten (96,34 %; n = 738 von 766) bewertete es als *wichtig* oder *sehr wichtig*, dass Patientinnen und Patienten zu ihren Erfahrungen in der medizinischen Versorgung befragt werden. 68,28 % (n = 523 von 766) der befragten

Personen gaben an, dass die Themen des Fragebogens Patientenbefragung PCI sehr relevant für die Versorgung von Menschen mit Herzkatheteruntersuchung oder Stenteinlage bzw. Ballonerweiterung seien. Weitere 26,89 % (n = 206) bewerteten die Themen des Fragebogens als *einigermaßen relevant*. Bei den Non-Respondenten wurde mit 17,00 % (60 von 353 Antworten; n = 320) als häufigster Grund für die Nicht-Teilnahme angegeben, dass der Fragebogen als zu lang empfunden wurde. Laut 9,63 % der Antworten (34 von 353) erschien der Rückversand der Unterlagen zu aufwendig. In 9,35 % der Antworten (33 von 353) wurde angegeben, dass der Zweck der Befragung nicht klar wurde.

Darüber hinaus zeigen die Daten der Patientenbefragung einen geringen Anteil an Item-Non-Response und wenige *Weiß-nicht*-(*mehr*)-Antworten in den Fragebögen, was für eine hohe Akzeptanz, Verständlichkeit und Erinnerbarkeit und dementsprechend für ein valides Fragebogeninstrument spricht.

Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten

Mit der Einführung der Patientenbefragung wurde am IQTIG eine Kontaktstelle eingerichtet, an die sich Patientinnen und Patienten bei Anliegen zur Patientenbefragung per E-Mail oder telefonisch wenden können. Etwa 3 % der über die Patientenbefragung angeschriebenen Patientinnen und Patienten wandten sich im Betrachtungszeitraum an die Kontaktstelle. Zu den drei häufigsten Anliegen der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen gehörten die Mitteilung über eine Nichtteilnahme, der Hinweis auf den Erhalt eines Erinnerungsschreibens trotz Fragebogenversand sowie Rückfragen zu den Teilnahmebedingungen.

Hinweise zu Rückmeldeberichten, Bundesauswertung und Bundesqualitätsbericht

Die Trägerorganisationen und Patientenvertreterinnen und -vertreter des GBA wurden gebeten, Hinweise zur Darstellung der Ergebnisse in der Bundesauswertung zu geben. Dabei wurden übergreifend Vorschläge zu sprachlichen Korrekturen, ergänzenden Beschreibungen und Erläuterungen sowie zur Beschriftung von Tabellen und Grafiken gemacht. Mehrfach wurde eine verständlichere Darstellung angeregt. Die Einschätzungen hierzu fielen jedoch teils gegensätzlich aus. Häufig wurde der Wunsch geäußert, bestimmte Abbildungen größer oder besser lesbar zu gestalten und Inkonsistenzen in Bezeichnungen und Achsenbeschriftungen zu beseitigen. Zu den spezifischen Darstellungsformen, darunter Detailergebnisse, Merkmale, Zeitverläufe sowie grafische Vergleiche zwischen Leistungserbringergruppen, lagen differenzierte Rückmeldungen vor. Einige Organisationen schlugen zusätzliche Informationen vor, etwa Erläuterungen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren oder eine klarere Darstellung der Item- und Antwortstrukturen. Für Tabellen und Grafiken zu Verteilungen und risikoadjustierten Ergebnissen wurden teils erweiterte Angaben wie Zählerwerte oder Gewichtungen empfohlen. In der Gesamtschau wurde angemerkt, dass die Reihenfolge der Darstellungen überarbeitet werden könnte und ergänzende Texte zur Erklärung hilfreich wären. Wünsche zur Basisauswertung betrafen unter anderem die Darstellung weiterer Inhalte. Der Detailgrad der Bundesauswertung wurde überwiegend als angemessen bewertet, jedoch mit dem Hinweis, dass zusätzliche Erläuterungen die Nutzbarkeit weiter

verbessern würden. Einige dieser Anmerkungen wurden vom IQTIG bereits für die Berichtsprodukte im Auswertungsjahr 2026 vorgesehen, weitere Anpassungen werden geprüft.

Im Mai 2025 haben alle Leistungserbringer, die Daten für die Patientenbefragung übermittelt haben, zum zweiten Mal ihre Ergebnisse gemeinsam mit den Ergebnissen der fallbezogenen QS-Dokumentation und den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren im Rückmeldebericht für das Verfahren *QS PCI* erhalten. Drei Viertel (75,78 %; n = 169) der Leistungserbringer, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben (n = 223), geben an, sich diesen Rückmeldebericht angesehen zu haben. Im Vorjahr waren es 67 %. Die Ergebnisse der Patientenbefragung sind also im Vergleich zum letzten Jahr noch präsenter geworden. 49,70 % der Leistungserbringer, die ihren Rückmeldebericht angesehen haben (84 von 169), fanden ihn verständlich. Die Frage, ob sie erkennen konnten, wie ihre Einrichtung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt abgeschnitten hat, bejahten 86,98 % (n = 147 von 169) der Leistungserbringer. Allerdings gaben nur 29,59 % (n = 50 von 169) an, dass sie die Ergebnisse der Patientenbefragung (eher) mit dem Versorgungsalltag in ihrer Einrichtung in Verbindung bringen konnten, während 33,14 % (n = 56) eine neutrale Einschätzung (*teils/teils*) äußerten. 47,34 % (n = 80 von 169) aller Leistungserbringer gaben an, dass sie auf Grundlage der Ergebnisse in den Rückmeldeberichten zum aktuellen Zeitpunkt nicht in der Lage seien, konkrete Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Support für Leistungserbringer

Seit Mai 2024 stellt das IQTIG eine Arbeitshilfe zum Umgang mit den Ergebnissen der *Patientenbefragung* zur Verfügung, die als Hilfestellung bei der Interpretation und dem Umgang mit den Befragungsergebnissen dienen soll (IQTIG 2024c). 41,70 % (n = 93) der Leistungserbringer, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben (n = 223), gaben an, dieses Dokument zu kennen. Von den Leistungserbringern, die die Arbeitshilfe kennen, gaben 59,14 % (n = 55 von 93) an, dass sie ihnen im Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung hilft.

Seit Mai 2025 stellt das IQTIG zusätzlich eine Kurzfassung der Arbeitshilfe zum Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung zur Verfügung (IQTIG 2025). Die Entwicklung dieser Kurzfassung erfolgte aufgrund der Rückmeldung der Leistungserbringer, die ursprüngliche Arbeitshilfe sei zu umfangreich und zu komplex. Die Kurzfassung fasst daher die wesentlichen Inhalte zusammen und reduziert methodische Erläuterungen auf das für die praktische Anwendung notwendige Maß. 58,30 % (n = 130) der Teilnehmenden (n = 223) gaben an, dieses Dokument zu kennen, von diesen hielten es 72,31 % (n = 94 von 130) im Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung für hilfreich.

4.2.3 Prüfung der Validität und der Auswertungen der Qualitätsindikatoren

Zur Beurteilung der Datenqualität der Patientenbefragung wurden die Vollständigkeit der beantworteten Items pro Fragebogen (Item-Non-Response) sowie die Dateninhalte, die die Qualität der Antworten innerhalb der zurückgesendeten Fragebögen betreffen, herangezogen. Die Dateninhalte beschreiben beispielsweise den Anteil von gewählten Ausweichkategorien bzw. von nicht-

substanziellen Antworten[5] innerhalb eines Items, wie zum Beispiel der Anteil der *Weiß-nicht-mehr*-Antworten. Im Betrachtungszeitraum zeigen die Daten der Patientenbefragung einen geringen Anteil an Item-Non-Response und wenige *Weiß-nicht-mehr*-Antworten, was für eine hohe Akzeptanz, Verständlichkeit und Erinnerbarkeit und dementsprechend für ein valides Fragebogeninstrument spricht.

Anhand der Daten des Auswertungsjahres 2025 wurde für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung darüber hinaus das Verbesserungspotenzial berechnet (IQTIG 2024b, Anhang B). Die meisten Qualitätsindikatoren weisen ein (eher) hohes Verbesserungspotenzial auf. Einzig der Indikator 56114 hat im Bundesergebnis ein mittleres Verbesserungspotenzial.

4.2.4 Stellungnahmeverfahren

Bereits im Dezember 2024 legten die Geschäftsstellen der LAG dem IQTIG einen Sachstandsbericht vor, in dem die zentralen Herausforderungen des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 Teil 1 DeQS-RL (STNV) bei Patientenbefragungen zusammengefasst wurden. Dabei wurde insbesondere auf die eingeschränkte Machbarkeit des Stellungnahmeverfahrens aufgrund des hohen Mengengerüsts an auffälligen Indikatorergebnissen hingewiesen. Zudem wurde deutlich, dass die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) vorgesehenen Kategorien zur qualitativen Bewertung für die Ergebnisse der Patientenbefragung nicht geeignet sind.

Empfehlungen zur Überarbeitung des Stellungnahmeverfahrens bei Patientenbefragungen

Um die Umsetzbarkeit des Stellungnahmeverfahrens für die Ergebnisse der Patientenbefragung zu verbessern, hat das IQTIG die Hinweise der LAG aufgegriffen und gemeinsam mit deren Vertreterinnen und Vertretern Handlungsempfehlungen für das Auswertungsjahr 2025 erarbeitet. Diese beinhalteten eine Gruppierung thematisch verwandter Indikatoren, bei der ein Stellungnahmeverfahren ausgelöst wird, wenn ein Grenzwert auffälliger Indikatoren innerhalb einer Gruppe überschritten wird. Zusätzlich wurde über die Qb-R für die qualitative Bewertung der Ergebnisse die Verwendung der Kategorie N99 („Bewertung nicht vorgesehen“) empfohlen. Die Empfehlungen wurden am 8. April 2025 in Form einer Praxishilfe zusammengefasst und den LAG übermittelt. Zugleich darf durch die Reduzierung des Mengengerüsts nicht das Ziel der Markierung von Standards in der Versorgung aus den Augen verloren werden.

Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2025

Im Auswertungsjahr 2025 lagen für alle 19 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung rechnerisch auffällige Ergebnisse vor. Insgesamt wurden 1.953 Auffälligkeiten identifiziert. Bundesweit wiesen 70,36 % der Leistungserbringer (629 von 894) bei mindestens einem Qualitätsindikator rechnerisch auffällige Ergebnisse auf.

[5] Ausweichkategorien bzw. nicht-substanzielle Antworten beschreiben Antwortoptionen, die nicht für die Berechnung des Indikatorergebnisses herangezogen werden. Sie dienen der besseren Beantwortbarkeit des Fragebogens für die Patientinnen und Patienten. Um inhaltlich aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, die den Leistungserbringern als Grundlage für gezielte Verbesserungen dienen können, soll der Anteil an Antworten in Form von Ausweichkategorien möglichst gering sein.

Da das Stellungnahmeverfahren für das Auswertungsjahr 2025 zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht abgeschlossen war, lagen noch keine vollständigen Angaben zu den tatsächlich durchgeführten Stellungnahmeverfahren vor. Alle an der Befragung teilnehmenden LAG führten aufgrund rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse (zumindest teilweise) Stellungnahmeverfahren durch. Die Zahl der durchgeführten Stellungnahmeverfahren variierte dabei deutlich zwischen den Ländern. Einige LAG verwiesen darauf, dass sie die vom IQTIG vorgeschlagene Gruppierung der Qualitätsindikatoren genutzt haben, um das Mengengerüst zu reduzieren. 11 der 14 LAG wandten die Gruppierung im Auswertungsjahr 2025 an; die Mehrheit von ihnen berichtete, Schwerpunkte für Qualitätsverbesserungen damit zumindest teilweise besser identifizieren zu können. 3 von 14 LAG gaben an, die Gruppierung nicht angewendet zu haben, sondern für jedes rechnerisch auffällige Ergebnis ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt zu haben (n = 2) bzw. alle Leistungserbringer angefragt zu haben, die ≥ 4 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse hatten. Zugleich bewerteten die LAG den Aufwand für das Stellungnahmeverfahren als hoch. Das IQTIG stellt zur Reduktion der Aufwände zukünftig unter anderem maschinenlesbare Dokumente zur Gruppierung der Qualitätsindikatoren bereit, um die Identifikation von Leistungserbringern für ein Stellungnahmeverfahren zu vereinfachen. Die Mehrheit der LAG sah das Stellungnahmeverfahren in seiner aktuellen Form als nicht sehr oder nicht zielführend an, obwohl die Patientenbefragung grundsätzlich als geeignet dafür eingeschätzt wurde, Qualitätsmängel sichtbar zu machen. 13 der 14 LAG, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben, gaben an, dass sie die Patientenbefragung als *wichtig* (n = 11) oder *sehr wichtig* (n = 2) erachten (n = 1 k. A.).

In der Stakeholderbefragung berichteten 36,32 % (n = 81) der Leistungserbringer (n = 223), dass sie im Auswertungsjahr 2025 aufgrund rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse der Patientenbefragung zu einer Stellungnahme aufgefordert wurden.

Ursachenanalyse

Die Mehrheit der LAG nutzte im Auswertungsjahr 2025 die Betrachtung der Item-Ebene zur Ursachenanalyse für die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens. Nach Einschätzung aller LAG konnten die Leistungserbringer ihre auffälligen Ergebnisse zumindest teilweise auf zugrunde liegende Strukturen und Prozesse beziehen. Zugleich berichteten die LAG, dass seitens der Leistungserbringer fehlendes Verständnis der Methodik, begrenzte Ressourcen und Unterschiede zu hausinternen Befragungen die Ursachenanalyse erschweren. Entsprechend bewerteten nur 5 der 14 LAG den Beitrag der Patientenbefragung zur Förderung einer patientenzentrierten Versorgungsqualität als stark.

Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen

Die meisten LAG (13 von 14) berichteten, dass Leistungserbringer aus dem Stellungnahmeverfahren zumindest teilweise Verbesserungsmöglichkeiten ableiten konnten. Eine LAG sah hierfür keine Hinweise. Als Gründe für Schwierigkeiten wurden mangelnde Reflexion, die teils schwer verständlichen Rückmeldeberichte und eine kritische Haltung einzelner Leistungserbringer gegenüber der Patientenbefragung genannt. Einige LAG beobachteten jedoch eine zunehmende Akzeptanz des Verfahrens.

Einbindung der Fachkommissionen
Die LAG bewerteten den Aufwand für die Fachkommissionen im Stellungnahmeverfahren als hoch, vor allem aufgrund der großen Zahl an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Von einigen LAG wurde berichtet, dass die Fachkommissionen noch wenig Erfahrung mit der Patientenbefragung haben und einzelne Mitglieder das Verfahren kritisch sehen. Einige LAG regten an, statt eines Stellungnahmeverfahrens eher unterstützende Informations- und Beratungsangebote bereitzustellen. Zudem wurde empfohlen, neben der medizinischen Expertise auch Fachpersonen aus dem Qualitätsmanagement der Leistungserbringer einzubinden.

4.2.5 Aufwand-Nutzen-Betrachtung

Im Auswertungsjahr 2025 berichten die verschiedenen Stakeholder weiterhin über spürbare Aufwände im Zusammenhang mit der Patientenbefragung PCI. Zwei Drittel der Leistungserbringer schätzen den Mehraufwand als hoch oder sehr hoch ein. Zentral genannt werden der erhöhte Dokumentationsaufwand (abhängig von der Softwarelösung), der monatliche Versandrhythmus und begrenzte personelle Ressourcen. Die meisten Patientinnen und Patienten empfinden die Teilnahme dagegen als wenig belastend. Auch aufseiten der DAS und der VPB werden nur geringe Aufwände berichtet.

Das im Auswertungsjahr 2025 erstmals verpflichtende Stellungnahmeverfahren führte aufgrund des großen Mengengerüsts an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zu einem hohen Aufwand bei den LAG. Dies betrifft sowohl die fachliche Bearbeitung als auch die notwendigen organisatorischen Anpassungen. Zugleich stehen unterstützende Dokumente des IQTIG zur Verfügung, und durch die im Auswertungsjahr 2025 eingeführte Gruppierung der Qualitätsindikatoren konnten erste Schritte zur Reduktion des Mengengerüsts umgesetzt werden.

Beim Nutzen zeigt sich ein differenziertes Bild. Für nahezu alle Qualitätsindikatoren besteht weiterhin ein hohes bis eher hohes Verbesserungspotenzial. Die Bedeutung der Patientenperspektive wird von den Patientinnen und Patienten als sehr hoch eingeschätzt; das spiegelt sich auch in der erneut hohen Rücklaufquote und der guten Datenqualität wider. Die Leistungserbringer sehen den Nutzen dagegen deutlich zurückhaltender und können nur teilweise konkrete Verbesserungsmaßnahmen aus den Ergebnissen ableiten.

Insgesamt zeigt sich ein Verhältnis, bei dem die Patientenbefragung PCI mit relevanten Aufwänden verbunden ist, zugleich jedoch ein substanzieller Nutzen für die Bewertung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität erkennbar bleibt. Perspektivisch scheinen weitere Aufwandsreduktionen möglich, insbesondere bei der Umsetzung des Stellungnahmeverfahrens.

4.2.6 Empfehlungen

Aus den Erkenntnissen des aktuellen Beobachtungszeitraums der wissenschaftlichen Begleitung der Patientenbefragung PCI leitet das IQTIG folgende Empfehlungen ab:

Die Grundlagen zur Bewertung der Pünktlichkeit der Versandunterlagen sollten weiter präzisiert werden. Vor diesem Hintergrund hat das IQTIG einen Austausch mit der VPB zu den vom neuen Druckdienstleister hinterlegten Gutmeldungen angestoßen, die die Grundlage für die

dokumentierten Versanddaten darstellen. Zudem empfiehlt das IQTIG für das Spezifikationsjahr 2027, die Angaben aus den Datenfeldern zum Eingriffs- bzw. Entlassdatum über die Mapping-Tabelle für die langfristige Beobachtung der Pünktlichkeit der Versandunterlagen heranzuziehen.
Die Korrektheit der Datengrundlage in der VPB wird weiterhin beobachtet. Bei ausreichender Datenqualität wird künftig ein Auffälligkeitskriterium für die Lieferung von Daten für die Patientenbefragung empfohlen werden. Darüber hinaus hat das IQTIG inzwischen geprüft, inwiefern den LAG anhand der bereits vorliegenden Informationen eine Diskrepanz zwischen Soll und Ist für die Patientenbefragung nachvollziehbar gemacht werden kann, und entsprechende Anpassungen vorgenommen.
Empfohlen werden Anpassungen an den Fragebögen, insbesondere zur einheitlichen Erfassung der Soziodemografie als verfahrensübergreifende Angleichung bei Patientenbefragungen. Änderungen am QI-Set sind nicht vorgesehen.
Das IQTIG erarbeitet für das Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2026 eine Verbesserung der technischen Umsetzung der Gruppierung der Qualitätsindikatoren sowie die Darstellung in den Berichtsprodukten. Den LAG liegen nun die Zahlen für den Soll-Ist-Vergleich in den Datengrundlagelisten vor.

5 Ausblick

5.1 QS-Dokumentation und Sozialdaten

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

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

Für den Indikator 56000, der die Indikationsstellung zur elektiven Koronarangiografie adressiert, ließ sich zum Erfassungsjahr 2026 die Validität verbessern. Außerdem wurde ein neuer Indikator zur Überprüfung der Indikationsstellung für die elektive PCI eingeführt. Da es jedoch zu Beginn des Erfassungsjahres 2026 einen größeren Spezifikationsfehler in Zusammenhang mit der Einführung neuer Datenfelder zur Berechnung dieses neuen Indikationsindikators gegeben hat, ist davon auszugehen, dass im Auswertungsjahr 2027 noch keine aussagekräftigen und validen Ergebnisse über die Qualität der Indikationsstellung zur elektiven PCI vorliegen. Darüber hinaus gilt es weiter zu beobachten, inwieweit es mit Blick auf den GBA-Beschluss vom 18. Januar 2024, der zur Aufnahme der Computertomografie-Koronarangiografie (CCTA) in den ambulanten Leistungskatalog geführt hat, zu Veränderungen in den Fallzahlen diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen kommen wird.

Da sich aus den Stellungnahmeverfahren regelmäßig Hinweise auf Dokumentationsfehler ergeben und für das Verfahren *QS PCI* bislang keine fundierten Hinweise über die Dokumentationsqualität vorliegen, wäre die Durchführung einer Datenvalidierung in Form eines systematischen

Abgleichs zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation eine wichtige Maßnahme für die Zukunft. Hierzu wäre es erforderlich, dass zunächst der GBA eine entsprechende Regelung beschließt, die einen Datenabgleich möglich macht. Auch aus den Reihen des Expertengremiums auf Bundesebene wird die Durchführung einer Datenvalidierung ausdrücklich gefordert.

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

5.2 Patientenbefragung

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

Literatur

AAPOR [American Association for Public Opinion Research] (2023): *Standard Definitions.* Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 10th edition. Revised 2023. Alexandria: AAPOR. URL: https://aapor.org/wp-content/uploads/2023/05/Standards-Definitions-10th-edition.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

GBA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2024 zu Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI – postoperative Wundinfektionen), Verfahren 4 (QS NET) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 20.07.2023. Berlin: GBA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6113/2023-07-20_DeQS-RL_prospektive-Rechenregeln_PCI_WI_NET_EJ_2024.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

GBA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2025 zu Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI – postoperative Wundinfektionen), Verfahren 4 (QS NET) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 18.07.2024. Berlin: GBA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6744/2024-07-18_DeQS-RL_prospektive-Rechenregeln-QS-PCI-WI-NET-EJ-2025.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS PCI*, *QS HSMDEF* und *QS KEP*. Abschlussbericht. [Stand:] 19.07.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS_Verfahren-PCI-HSMDEF-KEP_2023-07-19-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 31.08.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Konstruktion und Auswertungsmethodik für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. [Stand:] 31.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung_2024-05-31.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 05.08.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024c): Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung *QS PCI* im Stellungnahmeverfahren. Arbeitshilfe für die Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer. Version 1.0. Stand: 02.05.2024.

Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Patientenbefragung-QS-PCI_STNV_Arbeitshilfe_2024.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren – Arbeitshilfe für Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer. Kurzfassung und FAQ für Leistungserbringer. Stand: 28.04.2025. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2025/IQTIG_Patientenbefragung-QS-PCI_STNV_Kurzfassung_2025-04-28.pdf (abgerufen am: 14.07.2026).