

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

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

Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2023

Ansprechpersonen Martina Dost, Lina Jürgens

Datum der Abgabe 28. März 2024

Datum aktualisierte Abgabe 25. April 2024, 16. Mai 2024

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten 1.1.-31.12.2023

Sozialdaten bei den
Krankenkassen 1.1.2021-31.12.2022

Patientenbefragung 1.1.-31.12.2023

Kurzfassung

Hintergrund

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

Auftrag

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

Methodisches Vorgehen

Grundsätzlich können alle Ergebnisse der routinemäßig in der externen Qualitätssicherung genutzten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen standortbezogen veröffentlicht werden, um Qualitätstransparenz zu schaffen und um die damit verbundenen Ziele zu realisieren, sofern diese den Eignungskriterien des IQTIG entsprechen.

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

Ergebnisse und Empfehlungen

Für das Berichtsjahr 2023¹ werden die Ergebnisse von 199 Qualitätsindikatoren und 91 Kennzahlen (insgesamt 290 Ergebnisse) zu standortbezogenen Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Die Ergebnisse von 156 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden nicht zur Veröffentlichung empfohlen, da sich diese entweder noch in der Entwicklungsphase befinden (n = 81; 18,2 %), die Eignungskriterien nicht vollumfänglich erfüllen (n = 60; 13,5 %), oder noch keine Daten für das Berichtsjahr 2023 vorliegen (n = 13; 2,9 %). 2 Qualitätsindikatoren können aufgrund einer Sondersituation (n = 2; 0,4 %) nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen werden.

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

Fazit

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Gesamtzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit 446 (Berichtsjahr 2022: 444) leicht erhöht, insbesondere aufgrund der Auswertung weiterer Follow-up-Indikatoren.

Nach wie vor befindet sich eine hohe Anzahl neu entwickelter Qualitätsindikatoren der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren in der Entwicklungsphase, aufgrund dessen deren Ergebnisse noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden können. Dem gegenüber steht, dass die Qualitätsindikatoren der bestehenden Verfahren im Rahmen des Eckpunktepapiers zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung gesondert hinsichtlich ihrer Eignung und des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses geprüft werden, sodass die Ergebnisse einiger Indikatoren nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung	8
1.1 Hintergrund	8
1.2 Auftrag	9
2 Methodisches Vorgehen	10
2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“	10
2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung	12
3 Ergebnisse und Empfehlungen	14
3.1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	14
3.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	14
3.3 Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren	16
4 Fazit und Ausblick	18
Literatur	19
Anhang A: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden, da es Hinweise gibt, dass die Eignungskriterien nicht vollständig erfüllt sind	21
Impressum.....	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung der nicht veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Berichtsjahres 2023 (n = 156)	16
Abbildung 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen und nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (Berichtsjahre 2016–2023)	17

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
BJ	Berichtsjahr
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
EKez	ergänzende Kennzahl
EXG	Expertengremium
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
Kez	Kennzahl
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
PPCI	Patientenbefragung des QS-Verfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</i>
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

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

§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V:

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über [...]

3. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, [...].

§ 136 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 bis 5 zu beteiligen; bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 und 3 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.

§ 136b Abs. 6 SGB V:

(6) In dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a sowie der Umsetzung der Regelungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie Informationen zu Nebendiagnosen, die mit wesentlichen Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, zu enthalten. Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. Der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

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

1.2 Auftrag

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

² Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 17. Februar. 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am: 21.03.2024).

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, in der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 20. Juli 2023, in Kraft getreten am 1. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 21.03.2024).

⁴ Nomenklatur gemäß § 3 Qb-R.

2 Methodisches Vorgehen

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

Das methodische Vorgehen sowie die Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung von Qualitätsindikator- und Kennzahlergebnissen zum Berichtsjahr 2023 werden im vorliegenden Bericht zusammenfassend dargestellt. Für eine weitergehende Darstellung des methodischen Vorgehens wird auf die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG verwiesen (IQTIG 2022).

2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“

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

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

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen

zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

- **für alle Qualitätsindikatoren mit festgelegtem Referenzbereich**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

- **für alle Kennzahlen**

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

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

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

- **für alle planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung

von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

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

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren *QS PCI* zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf.

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

2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung

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

- Hinweise auf Nichterfüllung von Eignungskriterien vorliegen,
- die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sich in der Entwicklung befinden,
- die Daten für das Berichtsjahr 2023 noch nicht verfügbar sind oder
- besondere Gründe vorliegen, die keiner Kategorie zuordenbar sind.

Anhang A enthält die Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse für das Berichtsjahr 2023 wegen Nichterfüllung von Eignungskriterien nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden, sowie eine prägnante Erläuterung zu den wichtigsten Hintergründen der Empfehlung. Es ist zu beachten,

dass sich die QS-Verfahren im Rahmen des Eckpunktebeschlusses zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung derzeit in einer umfassenden mehrjährigen Überprüfung befinden (G-BA 2022). Der jeweils zugehörige Abschlussbericht enthält Erläuterungen zur Bewertung der Eignungskriterien der einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Dieser ist für die Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*, *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)* und *Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)* bereits veröffentlicht (G-BA 2023). Für die Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* und *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* wird der Abschlussbericht zum 14. Juni 2024 an den G-BA übermittelt werden. Der Abschlussbericht für die Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*, *Cholezystektomie (QS CHE)*, *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)*, *Transplantationsmedizin (QS TX)* und *Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)* wird dem G-BA am 14. März 2025 übermittelt werden. Die Empfehlungen und Erläuterungen im Anhang A des vorliegenden Berichts geben jeweils den aktuellen Stand der Bewertung der Qualitätsindikatoren in den Verfahren wider.

Weiterhin werden die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren, die sich noch in der Entwicklung befinden, nicht zur Veröffentlichung empfohlen. Dies kann z. B. neu entwickelte Qualitätsindikatoren betreffen, wenn Informationen aus dem Stellungnahmeverfahren in die Entscheidung zur Veröffentlichungsfähigkeit der Ergebnisse einbezogen werden sollen.

Wenn Daten für das Berichtsjahr nicht verfügbar sind, können die Ergebnisse der betreffenden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nicht für die Veröffentlichung empfohlen werden. Dies ist der Fall, wenn noch keine Daten zum vollständigen Follow-up-Zeitraum vorliegen.

3 Ergebnisse und Empfehlungen

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

Für das Berichtsjahr 2023 gibt es insgesamt 308 Qualitätsindikatoren und 138 Kennzahlen in den 15 QS-Verfahren der DeQS-RL. Unter Einbezug der Expertengremien auf Bundesebene wurden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen des Berichtsjahres 2023 beraten und Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung ausgesprochen. Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse von 199 Qualitätsindikatoren und 91 Kennzahlen (insgesamt 290 Ergebnisse) für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen (Anhang B).

Gemäß § 19 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor, so dass die Ergebnisse standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

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

Die Ergebnisse von 156 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden für das Berichtsjahr 2023 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen. Diese sind nachfolgend aufgeführt ebenso wie die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in den betroffenen Modulen:

- **Hinweise auf Nichterfüllung von Eignungskriterien (n = 60; 13,5 %)**
 - in Anhang A dargestellt
- **Entwicklungsprozess noch nicht abgeschlossen ist (n = 81; 18,2 %)**
 - Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP) (n = 1)
 - Karotis-Revaskularisation (KAROTIS) (n = 3)
 - Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR) (n = 2)
 - Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH) (n = 2)
 - Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC) (n = 4)
 - Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB) (n = 11)
 - Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR) (n = 6)
 - Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH) (n = 6)
 - Knieendoprothesenversorgung (KEP) (n = 1)
 - Dialyse (NET-DIAL) (n = 24)
 - Nierentransplantation (NET-NTX) (n = 1)
 - Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX) (n = 1)
 - Herztransplantationen (TX-HTX) (n = 1)

- Leberlebendspenden (TX-LLS) (n = 1)
- Lebertransplantationen (TX-LTX) (n = 1)
- Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX) (n = 1)
- Nierenlebendspenden (TX-NLS) (n = 1)
- Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren – Verfahren in Erprobung (WI-HI-A) (n = 1)
- Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren – Verfahren in Erprobung (WI-HI-S) (n = 1)
- Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen – Verfahren in Erprobung (WI-NI-A) (n = 5)
- Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen – Verfahren in Erprobung (WI-NI-S) (n = 7)
- **Daten für das Berichtsjahr 2023 noch nicht verfügbar (n = 13; 2,9 %)**
 - Nierentransplantation (NET-NTX) (n = 3)
 - Dialyse (NET-DIAL) (n = 4)
 - Leberlebendspenden (TX-LLS) (n = 3)
 - Nierenlebendspenden (TX-NLS) (n = 3)
- **besondere Gründe, die keiner der Kategorien zuordenbar sind (n = 2; 0,4 %)**
 - Mammachirurgie (MC): QI „Nachresektionsrate“ (ID 60659) wird zum Berichtsjahr 2023 aufgrund eines Fehlers in der Spezifikation nicht ausgewertet
 - Geburtshilfe (PM-GEBH): QI „Müttersterblichkeit“ (ID 331) aufgrund der geringen Fallzahl und da es sich um ein seltenes, häufig schicksalhaftes Ereignis handelt

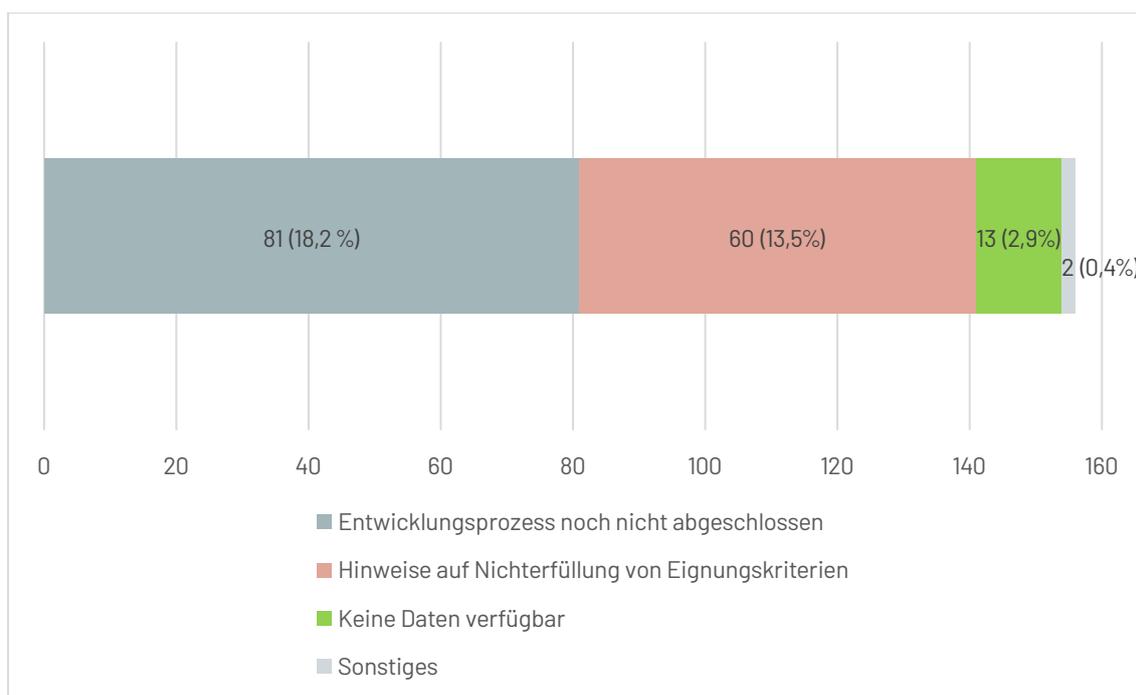


Abbildung 1: Zusammensetzung der nicht veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Berichtsjahres 2023 (n = 156) (die Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtzahl (n = 446) der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen)

3.3 Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren

Die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden, ist für das Berichtsjahr 2023 mit 290 (65,0 %) im Vergleich zum Berichtsjahr 2022 (294⁵; 66,2 %) annähernd gleich geblieben.

Betrachtet man die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse bisher veröffentlichungspflichtig waren, im Verlauf ist in den Berichtsjahren 2016 bis 2019 ein konstant hoher Anteil zu erkennen (BJ 2016: 92,1%; BJ 2019: 91,3 %). Durch erhebliche Änderungen und den Übergang der QS-Verfahren von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)⁶ in die DeQS-RL hat sich diese Entwicklung nicht fortgesetzt. Nach wie vor befinden sich neu entwickelte Qualitätsindikatoren der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren in der Entwicklungsphase, aufgrund dessen deren Ergebnisse noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden können. Dem gegenüber steht, dass die Qualitätsindikatoren der bestehenden Verfahren im Rahmen des Eckpunkteapiers zur Weiterentwicklung der datengestützten

⁵ Empfehlung im Bericht zum Berichtsjahr 2022; laut Beschluss des G-BA wurden die Ergebnisse von 50 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der QS-Verfahren *Transplantationsmedizin (QS TX)* und *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* nicht zur Veröffentlichung empfohlen (IQTIG 2023).

⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am: 26.03.2024). Die Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.

gesetzlichen Qualitätssicherung gesondert hinsichtlich ihrer Eignung geprüft werden, sodass die Ergebnisse einiger Indikatoren nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden. Abbildung 2 zeigt die Entwicklung seit dem Berichtsjahr 2016.

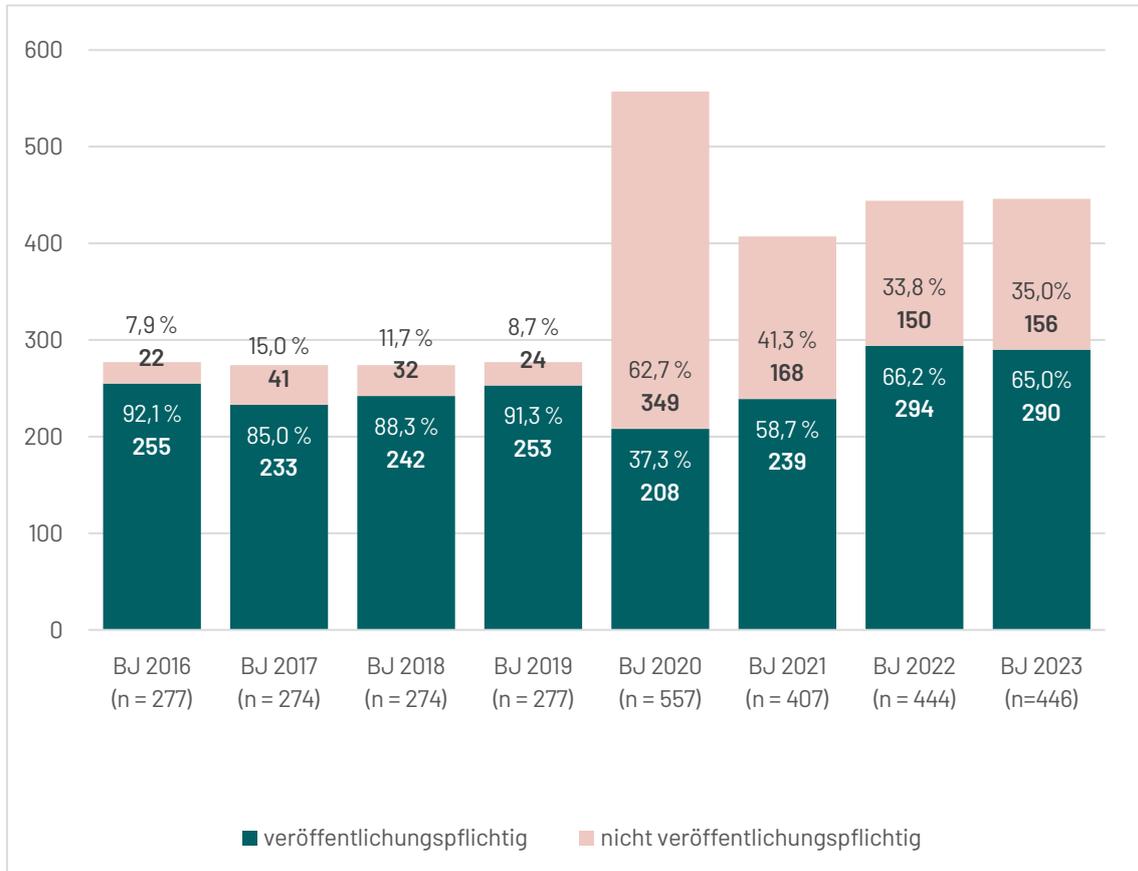


Abbildung 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen und nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (Berichtsjahre 2016–2023)

4 Fazit und Ausblick

Für das Berichtsjahr 2023 gibt es insgesamt 308 Qualitätsindikatoren und 138 Kennzahlen in den 15 QS-Verfahren der DeQS-RL. Ergebnisse von 199 Qualitätsindikatoren und 91 Kennzahlen (insgesamt 290 Ergebnisse) werden für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen. Demgegenüber werden die Ergebnisse von 156 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Berichtsjahres 2023 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen, weil z. B. der Entwicklungsprozess noch nicht abgeschlossen ist, die Eignungskriterien nicht erfüllt sind oder die Daten für das Berichtsjahr 2023 noch nicht verfügbar sind.

Nach wie vor befindet sich eine hohe Anzahl neu entwickelter Qualitätsindikatoren der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren in der Entwicklungsphase, aufgrund dessen deren Ergebnisse noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden können. Dem gegenüber steht, dass die Qualitätsindikatoren der bestehenden Verfahren im Rahmen des Eckpunktepapiers zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung gesondert hinsichtlich ihrer Eignung und des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses geprüft werden, sodass die Ergebnisse einiger Indikatoren nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden.

Eine Steigerung des Anteils der zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren- und Kennzahlergebnisse in den kommenden Berichtsjahren ist möglich, da derzeit für 81 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Entwicklungsprozess in den nächsten Berichtsjahren abgeschlossen werden könnte. Allerdings befinden sich derzeit weitere QS-Verfahren in der Überprüfung, sodass sich hier die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse zur Veröffentlichung geeignet sind, reduzieren könnte. Die genaue Entwicklung bleibt abzuwarten.

Hinweis: Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung sind die endgültigen Rechenregeln 2023 vom G-BA noch nicht beschlossen worden. In Abhängigkeit der endgültigen Rechenregeln 2023 bedarf es eventuell umfassender Anpassungen des vorliegenden Berichts. Basis des Berichts sind die endgültigen Rechenregeln 2023 mit *Stand vom 25. April 2024*.

Literatur

- BT-Drs. 151/14 vom 11.04.2014. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). URL: <https://dserver.bundestag.de/brd/2014/0151-14.pdf> (abgerufen am: 26.03.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG zur Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen. [Stand:] 27.11.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2408/2015-11-27_IQTIG-Beauftragung_Beteiligung-Qesue.pdf (abgerufen am: 26.03.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. [Stand:] 21.04.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5386/2022-04-21_DeQS-RL_Eckpunkte_Weiterentwicklung.pdf (abgerufen am: 14.03.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren. [Stand:] 19.01.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 24.04.2024).
- Geraedts, M; Auras, S; Hermeling, P; de Cruppé, W (2009): Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134(Suppl. 6): S232-S233. DOI: 10.1055/s-0029-1241920.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Krankenhausbezogene öffentliche Berichterstattung von Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung. Empfehlungen des IQTIG zum Erfassungsjahr 2016. Stand: 20.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://www.iqtig.org/downloads/sqb/2016/IQTIG_Krankenhausbezogene-%C3%B6ffentliche-Berichterstattung-von-Qualit%C3%A4tsindikatoren_EJ-2016_Bericht_2017-04-20.pdf (abgerufen am: 26.03.2024).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen. Stand: 22.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf (abgerufen am: 26.03.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022):

Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 26.03.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2022 – Addendum. Stand: 02.11.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Bericht-oeffentliche-Berichterstattung_Addendum_2023-11-02.pdf (abgerufen am: 23.04.2024).

Schwenk, U; Schmidt-Kaehler, S (2016): Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. *Spotlight Gesundheit* 2016(1). URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue_Publikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf (abgerufen am: 26.03.2024).

Totten, AM; Wagner, J; Tiwari, A; O’Haire, C; Griffin, J; Walker, M (2012): Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I.). [Stand:] July 2012. (Evidence Report No. 208, 5.). Rockville, US-MD: AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality]. AHRQ Publication No. 12-E011-EF. URL: <https://archive.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/public-reporting-qis.pdf> (abgerufen am: 26.03.2024).

Anhang A: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden, da es Hinweise gibt, dass die Eignungskriterien nicht vollständig erfüllt sind

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)	2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	QI	Es gibt Hinweise, dass das Eignungskriterium Validität nicht vollständig erfüllt ist. Eine relevante Einschränkung der Validität besteht durch den fälschlichen Einbezug von Patientinnen und Patienten, welche mit einer nosokomialen Pneumonie aus einem anderen Krankenhaus „zuverlegt“ werden, obwohl für diese Patientengruppe die Qualitätsanforderungen des Indikators nicht in dem selben Ausmaß gelten. Aus diesem Grund wird im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß des Eckpunktepapiers des G-BA zum Erfassungsjahr 2026 die Überarbeitung dieses Qualitätsindikators empfohlen.
	232003_2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	
	2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QI	
	232004_2013	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	
	2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QI	
	232005_2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
				Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß des Eckpunktepapiers des G-BA zum Erfassungsjahr 2026 die Überarbeitung dieses Qualitätsindikators empfohlen.
	2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	TKez	Es gibt Hinweise, dass das Eignungskriterium Validität nicht vollständig erfüllt ist. Eine relevante Einschränkung der Validität besteht darin, dass die bisherige Rechenregel fälschlicherweise Patientinnen und Patienten in die Indikatorberechnung einschließt, obwohl die Qualitätsanforderung der Kennzahl für diese Gruppe nicht gilt. Aus diesem Grund wird im Rahmen der Verfahrensüberprüfung gemäß des Eckpunktepapiers des G-BA zum Erfassungsjahr 2026 die Überarbeitung dieses Qualitätsindikators empfohlen.
	232006_2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	
Cholezystektomie (CHE)	58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
	58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QI	
	58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QI	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (HSMDEF-DEFI-AGGW)	52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QI	Zwei Eignungskriterien (Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, Datenqualität) sind nicht vollständig erfüllt. Der Indikator wurde deshalb zum EJ 2025 zur Abschaffung empfohlen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)	50055	Leitlinienkonforme Indikation	QI	Zwei Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, Datenqualität) sind nicht vollständig erfüllt. Die Indikator wird deshalb überarbeitet; diese Überarbeitung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.
	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	
	52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt. Der Indikator wurde deshalb zum EJ 2025 zur Abschaffung empfohlen.
	131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	Es gibt Hinweise, dass zwei Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal und Angemessenheit der Risikoadjustierung) nicht vollständig erfüllt sind. Diese wurden bislang nicht vollständig geprüft, da die Kennzahl derzeit ausschließlich dazu verwendet wird, das Stellanahmeverfahren zu bestimmten Qualitätsindikatoren zu unterstützen.
	132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	FUQI	Zwei Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit, Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Ein relevanter Anteil der mit diesem Indikator gemessenen Ereignisse ist nicht durch den Leistungserbringer zu verantworten, sondern eher auf herstellerbedingte Produktfehler zurückzuführen. Der Indikator wurde deshalb zum EJ 2025 zur Abschaffung empfohlen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSMDEF-HSM-AGGW)	52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QI	Zwei Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal und Datenqualität) sind nicht vollständig erfüllt. Der Indikator wurde deshalb zum EJ 2025 zur Abschaffung empfohlen.
Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)	101803	Leitlinienkonforme Indikation	QI	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt. Die Indikatoren werden deshalb überarbeitet. Diese Überarbeitung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.
	54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	
	52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt. Der Indikator wurde deshalb zum EJ 2025 zur Abschaffung empfohlen.
	101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	Es gibt Hinweise, dass zwei Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal und Angemessenheit der Risikoadjustierung) nicht vollständig erfüllt sind. Diese wurden bislang nicht vollständig geprüft, da diese Kennzahl derzeit ausschließlich dazu verwendet wird, das Stellungnahmeverfahren zu bestimmten Qualitätsindikatoren zu unterstützen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	FUQI	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Ein relevanter Anteil der mit diesem Indikator gemessenen Ereignisse ist nicht durch den Leistungserbringer zu verantworten, sondern eher auf herstellerbedingte Produktfehler zurückzuführen. Der Indikator wurde deshalb zum EJ 2025 zur Abschaffung empfohlen.
	2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	FUQI	Zwei Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit, Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Ein relevanter Anteil der mit diesem Indikator gemessenen Ereignisse ist nicht durch den Leistungserbringer zu verantworten, sondern eher auf herstellerbedingte Produktfehler zurückzuführen. Der Indikator wurde deshalb zum EJ 2025 zur Abschaffung empfohlen.
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappen-eingriffe (KCHK-AK-CHIR)	382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	Es gibt Hinweise, dass Redundanz bezüglich der in dieser Kennzahl und denen in dem QI „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff“ enthaltenden ICD-Kodes besteht. Die Kennzahl wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.
Isolierte Koronar-chirurgie (KCHK-KC)	352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	Es gibt Hinweise, dass Redundanz bezüglich der in dieser Kennzahl und denen in dem QI „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff“ enthaltenden ICD-Kodes besteht. Die Kennzahl wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB)	362001	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	Im Rahmen der Verfahrenspflege durch das EXG wurde bei diesem QI ein ungünstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis sowie eine geringe Validität festgestellt, sodass die Streichung dieses Indikators bereits zum Erfassungsjahr 2024 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen wurde.
	362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	Es gibt Hinweise darauf, dass Redundanz bezüglich der in dieser Kennzahl und denen in dem QI „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff“ enthaltenden ICD-Kodes besteht. Die Kennzahl wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)	402000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	Im Rahmen der Verfahrenspflege durch das EXG wurde bei diesem QI ein ungünstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis sowie eine geringe Validität festgestellt, sodass die Streichung dieses Indikators bereits zum Erfassungsjahr 2024 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen wurde.
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)	392000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QI	Im Rahmen der Verfahrenspflege durch das EXG wurde bei diesem QI ein ungünstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis sowie eine geringe Validität festgestellt, sodass die Streichung dieses Indikators bereits zum Erfassungsjahr 2024 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen wurde.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	Drei Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, Validität, Datenqualität) sind nicht vollständig erfüllt. Die Validität der Messung wird für diese Indikatoren als gering beurteilt, da eine angemessene Indikationsstellung mit den derzeitigen Indikationskriterien nicht ausreichend abgebildet ist. Die Datenqualität wird als gering eingeschätzt, da präoperative Röntgenbefunde häufig fehlerhaft dokumentiert werden. Die Indikatoren wurden deshalb zum EJ 2025 zur Abschaffung empfohlen
	54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	QI	
	54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Zwei Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Die Validität wurde als niedrig eingeschätzt, da nicht sichergestellt werden kann, dass alle Aspekte, die eine Erfüllung der Qualitätsanforderung (angemessene Indikation) bedeuten, auch als diese im Indikator gewertet werden. Außerdem kann nicht gewährleistet werden, dass Sachverhalte fälschlich als Erfüllung der Qualitätsanforderung gewertet werden. Der Indikator wurden deshalb zum EJ 2025 zur Abschaffung empfohlen.

Auswertungs- modul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	Zwei Eignungskriterien (Validität, Objektivität) sind nicht vollständig erfüllt. Grund dafür sind nicht eindeutige Bezeichnungen der Datenfelder zur postoperativen Beweglichkeit sowie unterschiedliche Messmethoden zur Bestimmung der Beweglichkeit. Zudem wurde für diese Kennzahl die Validität als gering eingestuft, da das für eine selbstständige Versorgung zu erreichende Ausmaß an Kniegelenkflexion zwischen den Patientinnen und Patienten zwischen 80° und 90° variiert. Das Qualitätsmerkmal wird zudem über die TKez „Treppensteigen bei Entlassung“ abgebildet. Die Kennzahl wurde deshalb zum EJ 2025 zur Abschaffung empfohlen.
	50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Zwei Eignungskriterien (Angemessenheit der Risikoadjustierung, Datenqualität) sind nicht vollständig erfüllt. In der letzten Datenvalidierung konnte gezeigt werden, dass lediglich ca. 50 % der Komplikationen in der externen Qualitätssicherung dokumentiert wurden. Die Qualitätsindikatoren wurden für das Erfassungsjahr 2025 zur Aussetzung empfohlen. Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist nicht vollständig erfüllt.
	54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	
	54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	
	54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
	54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Zwei Eignungskriterien (Validität, Datenqualität) sind nicht vollständig erfüllt. Die Validität wird als gering beurteilt, da der Nachbeobachtungszeitraum als zu gering eingeschätzt wird. Der Qualitätsindikator wurde für das Erfassungsjahr 2025 zur Aussetzung empfohlen.
	54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	FUQI	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist nicht vollständig erfüllt.
Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)	54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	Es gibt Hinweise, dass das Eignungskriterium Validität nicht vollständig erfüllt ist, da die in der deutschen Leitlinie ausgewiesenen Indikationskriterien (z. B. die erschöpfte konservative Vorbehandlung, der Leidensdruck und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten) nicht erfasst werden. Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.
	54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	
	54004	Sturzprophylaxe	QI	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)	54050	Sturzprophylaxe	QI	Es gibt Hinweise, dass vier Eignungskriterien (Validität, Reliabilität, Objektivität, Datenqualität) nicht vollständig erfüllt sind. Die geringe Objektivität und Reliabilität ergibt sich aus der Feststellung, dass die Datenfelder sehr unspezifische und damit interpretationsoffene Prozesse zur Sturzprophylaxe abfragen. Bestätigt wird dies durch eine geringe Datenqualität im Rahmen der Datenvalidierung. Die geringe Validität des Indikators ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht alle interessierenden Fälle im Indikator abgebildet werden (Beschränkung der Grundgesamtheit auf Patientinnen und Patienten über 65 Jahre; Ausschluss von Patientinnen

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
				und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind). Der Qualitätsindikator wird zum EJ2026 zur Abschaffung empfohlen.
Mammachirurgie (MC)	52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	Es gibt Hinweise, dass zwei Eignungskriterien (Validität, Beeinflussbarkeit) nicht vollständig erfüllt sind. Die geringe Beeinflussbarkeit ergibt sich aus der Einschätzung, dass bei einem relevanten Anteil von Patientinnen und Patienten die HER2-Bestimmung bereits ambulant durchgeführt wird und dadurch nicht durch den stationären Leistungserbringer beeinflusst werden kann. Die geringe Validität ergibt sich aus der Einschätzung, dass zufallsbedingte Schwankungen im Indikatorergebnis angenommen werden, die auch durch Ausschluss von Leistungserbringern mit wenigen Fällen nicht ausgeschlossen werden können. Die Qualitätsindikatoren werden deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.
	212300_52267	HER2-Positivitätsrate	EKez	
	52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	
	212301_52278	HER2-Positivitätsrate	EKez	
Nierentransplantation (NET-NTX)	572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	TKez	Es gibt Hinweise, dass Eignungskriterien nicht vollständig erfüllt sind. In den EJ 2022 und EJ 2021 konnte kein Stellungnahmeverfahren zu diesem Qualitätsindikator durchgeführt werden, da die Ergebnisse von Leistungserbringern durch den perzentilbasierten Referenzbereich rechnerisch auffällig wurden, obwohl sie im Vergleich mit der internationalen Literatur praktisch an bzw. auf der Grenze des erwartbaren Ergebnisses lagen. Dieser Qualitätsindikator wurde im Rahmen der prospektiven Rechenregeln für das EJ 2024 bereits auf eine Transparenzkennzahl umgestellt.
	572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	TKez	

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)	56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	QI	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Für eine nicht unerhebliche Anzahl der in den Nenner des Qualitätsindikators eingeschlossenen Patientinnen und Patienten ist die Indikation zur isolierten Koronarangiographie trotz fehlendem objektiven, nicht invasiven Ischämienachweis gegeben. Vor diesem Hintergrund liegt für diesen Qualitätsindikator nur eine geringe Validität vor. Der Indikator wurde daher zur Überarbeitung empfohlen.
	56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	QI	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Da das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines pathologischen Befundes nach einer diagnostischen Koronarangiographie keinen Rückschluss auf die Qualität der Indikationsstellung zulässt, ist der Qualitätsindikator nicht geeignet, die Indikation zur isolierten Koronarangiographie zu überprüfen. Die Abschaffung zum EJ 2025 wurde empfohlen.
	56009	Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien	QI	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt. Die Abschaffung zum EJ 2025 wurde empfohlen.
	56010	Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI	QI	
	56011	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI	QI	
	56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	QI	
	56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	QI	
	56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	QI	Das Eignungskriterium Beeinflussbarkeit ist nicht vollständig erfüllt. Da das Ereignis „Tod“ innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben werden kann,

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
				kann das Qualitätsergebnis durch die Leistungserbringer nur bedingt beeinflusst werden. Die Umwandlung in eine Transparenzkennzahl zum EJ 2025 wurde empfohlen.
Neonatologie (PM-NEO)	51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	TKez	Es gibt Hinweise, dass Eignungskriterien nicht vollständig erfüllt sind. Aufgrund unscharfer Diagnosekriterien, technischer Ungenauigkeiten bei den in den Krankenhäusern verwendeten Ultraschallgeräten, einer verbesserungswürdigen Ausbildungsqualität hinsichtlich der Bedienung der Ultraschallgeräte und einer ggf. z. T. fehlenden erneuten Durchführung der Schädelsonographie (zwischen 21 und 28 Tagen nach Geburt) sind eine eingeschränkte Diagnose, eine Unterdokumentation einer PVL in der Qualitätssicherung und damit einhergehend eine Schiefelage in der Qualitätsbewertung der Krankenhäuser potenziell zu erwarten.
	50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	TKez	

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org