

QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen*

Bundesqualitätsbericht 2024

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen*. Bundesqualitätsbericht 2024

Ansprechpersonen Dr. Sebastian von Podewils, Prof. Dr. Jürgen M. Weiss

Datum der Abgabe 15. August 2024

Datum aktualisierte Abgabe 11. Oktober 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Hintergrund	9
2 Einordnung der Ergebnisse.....	19
2.1 Datengrundlage	19
2.2 Risikoadjustierung	24
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	25
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	46
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	52
3.1 Hintergrund.....	52
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren	54
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	98
4 Evaluation.....	123
5 Fazit und Ausblick	125
Literatur	128

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-KC.....	11
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-KC-KOMB	12
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH	13
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR	14
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-MK-KATH	15
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-MK-CHIR.....	16
Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (EJ 2023) – QS-Verfahren KCHK.....	18
Tabelle 8: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – QS KCHK	19
Tabelle 9: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2022) – QS KCHK	20
Tabelle 10: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren.....	20
Tabelle 11: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren	21
Tabelle 12: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren	21
Tabelle 13: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren	22
Tabelle 14: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren	22
Tabelle 15: Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das EJ 2023.....	23
Tabelle 16: Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das EJ 2022.....	23
Tabelle 17: Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das EJ 2021	23
Tabelle 18: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – KCHK-KC	27
Tabelle 19: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) – KCHK-KC	29
Tabelle 20: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-KC-KOMB.....	30
Tabelle 21: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) – KCHK-KC-KOMB.....	33
Tabelle 22: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH	34
Tabelle 23: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH	35
Tabelle 24: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR	36

Tabelle 25: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) - KCHK-AK-CHIR	37
Tabelle 26: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - KCHK-MK-KATH.....	38
Tabelle 27: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) - KCHK-MK-KATH.....	40
Tabelle 28: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - KCHK-MK-CHIR.....	41
Tabelle 29: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) - KCHK-MK-CHIR.....	43
Tabelle 30: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres mit und ohne schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	45
Tabelle 31: Zeitpunkt des Auftretens schwerwiegender Komplikationen innerhalb des Beobachtungszeitraums von 90 Tagen	46
Tabelle 32: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023).....	47
Tabelle 33: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023)	48
Tabelle 34: Ergebnisse der Prüfung aller Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen	49
Tabelle 35: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC.....	56
Tabelle 36: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) - KCHK-KC	57
Tabelle 37: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) - KCHK-KC.....	59
Tabelle 38: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) - KCHK-KC.....	60
Tabelle 39: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC-KOMB	61
Tabelle 40: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) - KCHK-KC-KOMB	63
Tabelle 41: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) - KCHK-KC-KOMB	65
Tabelle 42: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) - KCHK-KC-KOMB	66
Tabelle 43: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH.....	67
Tabelle 44: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) - KCHK-AK-KATH	69

Tabelle 45: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-
AK-KATH..... 71

Tabelle 46: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023)
– KCHK-AK-KATH..... 72

Tabelle 47: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und
Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR..... 73

Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des
Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-AK-CHIR 75

Tabelle 49: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-
AK-CHIR.....77

Tabelle 50: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ
2023) – KCHK-AK-CHIR..... 78

Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und
Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH 79

Tabelle 52: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des
Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-MK-KATH 81

Tabelle 53: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-
MK-KATH 85

Tabelle 54: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023)
– KCHK-MK-KATH 87

Tabelle 55: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und
Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR..... 88

Tabelle 56: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des
Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-MK-CHIR 90

Tabelle 57: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-
MK-CHIR 94

Tabelle 58: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023)
– KCHK-MK-CHIR..... 97

Tabelle 59: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und
Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC..... 99

Tabelle 60: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des
Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-KC 100

Tabelle 61: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) –
KCHK-KC 101

Tabelle 62: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ
2023) – KCHK-KC 101

Tabelle 63: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und
Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH..... 102

Tabelle 64: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des
Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-AK-KATH 104

Tabelle 65: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-AK-KATH	105
Tabelle 66: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-AK-KATH	105
Tabelle 67: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR.....	106
Tabelle 68: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-AK-CHIR	108
Tabelle 69: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-AK-CHIR	109
Tabelle 70: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-AK-CHIR.....	109
Tabelle 71: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH	110
Tabelle 72: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-MK-KATH	112
Tabelle 73: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-MK-KATH	113
Tabelle 74: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-MK-KATH	113
Tabelle 75: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR.....	114
Tabelle 76: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-MK-CHIR	116
Tabelle 77: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-MK-CHIR	117
Tabelle 78: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-MK-CHIR.....	117
Tabelle 79: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-D.....	118
Tabelle 80: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-D	120
Tabelle 81: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-D	121
Tabelle 82: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-D.....	122

Abkürzungsverzeichnis

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

1 Hintergrund

Die externe, gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung wird im QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)* bei den häufig durchgeführten Eingriffen an der Aortenklappe, der Mitralklappe oder den Herzkranzgefäßen (Koronararterien) bei erwachsenen Patientinnen und Patienten ausgelöst, die gesetzlich versichert sind. Die Eingriffe können dabei isoliert oder seltener in Kombination erfolgen und bilden einen Großteil der herzchirurgischen Routine im deutschen Klinikalltag ab. Sie eignen sich daher gut, die Qualität der betrachteten Leistungserbringung vergleichend abzubilden. Zum einen wird die Qualität während des Krankenhausaufenthalts analysiert, z. B. mittels des Prozessindikators zur „Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“, der Ergebnisindikatoren zum Auftreten möglicher Komplikationen (Gefäßkomplikationen, intraprozedurale Komplikationen und sonstige schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen (bei einem Mitralklappeneingriff)) oder des Ergebnisindikators zur Sterblichkeit im Krankenhaus. Zum anderen wird auch die Qualität im Zeitraum nach dem Eingriff betrachtet. Vor allem werden auch hier das Auftreten möglicher Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff (z. B. zugangsassozierte Gefäßkomplikationen, therapiebedürftige zugangsassozierte Infektionen, mechanische Komplikationen), erneute Eingriffe innerhalb von 30 Tagen bzw. innerhalb eines Jahres und Todesfälle innerhalb von 30 Tagen bzw. innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff erfasst.

Das Verfahren *QS KCHK* dient der Beurteilung der stationär erbrachten Indexeingriffe in den zugehörigen Leistungsbereichen sowie der damit assoziierten Folgeereignisse (Follow-up). Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte darstellen und bewerten und verfolgt dabei gemäß § 1 Abs. 3 Satz 3 Teil 2 Verfahren 6 (*QS KCHK*) DeQS-RL mehrere Zielsetzungen:

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

Qualitätsindikatoren

Insgesamt umfasst das Verfahren im Auswertungsjahr (AJ) 2024 62 Qualitätsindikatoren, von denen 17 Indikatoren ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren und die verbleibenden 45 Indikatoren zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten der Krankenkassen für die Berechnung heranziehen. Qualitätsindikatoren, die nur auf der QS-Dokumentation basieren, bzw. Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen können jeweils

in dem Kalenderjahr berichtet werden, das auf das Erfassungsjahr (EJ) folgt.¹ Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum länger als 30 Tage können hingegen nur zeitlich verzögert, d. h. 2 Jahre nach Erfassungsjahr berichtet werden, da die Sozialdaten bei den Krankenkassen mit deutlichem Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden.²

Zusätzlich umfasst das Verfahren die ratenbasierten Transparenzkennzahlen zur Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation (in jedem Auswertungsmodul) und zur tiefen Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen (in den Auswertungsmodulen *Isolierte Koronarchirurgie*, *Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie* und *Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe*).

Folgende Auswertungsmodul sind im Verfahren QS KCHK etabliert:

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

Qualitätsindikatoren: Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)

Im Auswertungsmodul *KCHK-KC* (Tabelle 1) werden Patientinnen und Patienten betrachtet, die ausschließlich an den Herzkranzgefäßen, meist aufgrund einer koronaren Herzkrankheit, operiert wurden. Es umfasst insgesamt 8 Qualitätsindikatoren, wovon 2 auf der QS-Dokumentation und 6 zusätzlich auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, sowie 2 Transparenzkennzahlen.

¹ Das trifft nicht auf die Qualitätsindikatoren zur perkutanen Koronarintervention (*percutaneous coronary intervention*, PCI) innerhalb von 30 Tagen zu. Da die Daten zu diesen Qualitätsindikatoren nicht nur aus der stationären Versorgung, sondern auch aus der ambulanten Versorgung stammen können, werden diese 2 Jahre nach Erfassungsjahr berichtet. Das bedeutet im vorliegenden Bericht finden sich die Indikatorenergebnisse zum Erfassungsjahr 2022.

² Das trifft nicht auf die Qualitätsindikatoren zur PCI innerhalb eines Jahres zu. Da die Daten zu diesen Qualitätsindikatoren nicht nur aus der stationären Versorgung, sondern auch aus der ambulanten Versorgung stammen können, werden diese 3 Jahre nach Erfassungsjahr berichtet. Das bedeutet im vorliegenden Bericht finden sich die Indikatorenergebnisse zum Erfassungsjahr 2021.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-KC

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
352000	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QS-Dokumentation	2023
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
352003	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
352004	PCI innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
352005	PCI innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021
Gruppe: Sterblichkeit			
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2023
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2023
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

* Transparenzkennzahl

Qualitätsindikatoren: Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB)

Im Auswertungsmodul KCHK-KC-KOMB (Tabelle 2) werden Patientinnen und Patienten betrachtet, die offen-chirurgisch an den Herzkranzgefäßen und gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe operiert wurden. Es umfasst insgesamt 16 Qualitätsindikatoren, wovon 4 auf der QS-Dokumentation und 12 zusätzlich auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, sowie 2 Transparenzkennzahlen.

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-KC-KOMB

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
362001	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QS-Dokumentation	2023
362002	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QS-Dokumentation	2023
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2023
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
362011	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
362012	PCI innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
362013	PCI innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2021
362014	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
362016	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
362017	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
Gruppe: Sterblichkeit			
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2023
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2023
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

* Transparenzkennzahl

Qualitätsindikatoren: Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)

Im Auswertungsmodul KCHK-AK-KATH (Tabelle 3) werden Patientinnen und Patienten betrachtet, die ausschließlich einen kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhielten. Es umfasst insgesamt 7 Qualitätsindikatoren, wovon 3 auf der QS-Dokumentation und 4 zusätzlich auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, sowie eine Transparenzkennzahl.

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-AK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
372000	Intraprozedurale Komplikationen	QS-Dokumentation	2023
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2023
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
372003	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit			
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2023
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2023
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

* Transparenzkennzahl

Qualitätsindikatoren: Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)

Im Auswertungsmodul *KCHK-AK-CHIR* (Tabelle 4) werden Patientinnen und Patienten betrachtet, die ausschließlich einen offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhielten. Es umfasst insgesamt 6 Qualitätsindikatoren, wovon 2 auf der QS-Dokumentation und 4 zusätzlich auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, sowie 2 Transparenzkennzahlen.

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-AK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
382000	Intraprozedurale Komplikationen	QS-Dokumentation	2023
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
382003	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
Gruppe: Sterblichkeit			
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2023
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

* Transparenzkennzahl

Qualitätsindikatoren: Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)

Im Auswertungsmodul KCHK-MK-KATH (Tabelle 5) werden Patientinnen und Patienten betrachtet, die ausschließlich einen kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhielten. Es umfasst insgesamt 11 Qualitätsindikatoren, wovon 3 auf der QS-Dokumentation und 8 zusätzlich auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, sowie eine Transparenzkennzahl.

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - KCHK-MK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
392000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QS-Dokumentation	2023
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2023
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
392008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
392009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
Gruppe: Sterblichkeit			
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2023
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2023
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

* Transparenzkennzahl

Qualitätsindikatoren: Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)

In dem Auswertungsmodul *KCHK-MK-CHIR* (Tabelle 6) werden Patientinnen und Patienten betrachtet, die ausschließlich einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhielten. Es umfasst insgesamt 11 Qualitätsindikatoren, wovon 3 auf der QS-Dokumentation und 8 zusätzlich auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, sowie eine Transparenzkennzahl.

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – KCHK-MK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
402000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	QS-Dokumentation	2023
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen			
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QS-Dokumentation	2023
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation			
402008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten	2023
402009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022
Gruppe: Sterblichkeit			
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	QS-Dokumentation	2023
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QS-Dokumentation	2023
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2023
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen	2022

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS KCHK gibt es keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, aber 8 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit (Tabelle 7).

Tabelle 7: Auffälligkeitskriterien (EJ 2023) – QS-Verfahren KCHK

ID	Auffälligkeitskriterium	Auswertungsmodul	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-KC	QS-Dokumentation und Sollstatistik
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-AK-KATH	QS-Dokumentation und Sollstatistik
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-AK-CHIR	QS-Dokumentation und Sollstatistik
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-MK-KATH	QS-Dokumentation und Sollstatistik
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-MK-CHIR	QS-Dokumentation und Sollstatistik
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	KCHK-D	QS-Dokumentation und Sollstatistik
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-D	QS-Dokumentation und Sollstatistik
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	KCHK-D	QS-Dokumentation und Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das Verfahren QS KCHK erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-ab-rechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 282 entlassenden Standorten 81.306 QS-Datensätze inklusive 45 Minimaldatensätzen übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze unterscheidet sich von der erwarteten Anzahl an Datensätzen so wie sich auch die Anzahl an Leistungserbringern, die Daten geliefert haben, von der erwarteten Anzahl an Leistungserbringern unterscheidet (Tabelle 8).

Es gab 2 Leistungserbringer auf Standortebeine (entlassende Standorte), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik.

Tabelle 8 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 dar. Insgesamt und in jedem der Zählleistungsbereiche wurden mehr Datensätze geliefert, als gemäß Sollstatistik erwartet wurden. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien sowie der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren (30 Tage Follow-up) zum Erfassungsjahr 2023. Die Grundlage zur Auswertung der übrigen sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren, die sich auf Indexeingriffe des Jahres 2022 bzw. 2021 beziehen, sind die gelieferten Datensätze zum Erfassungsjahr 2022 bzw. 2021.

Tabelle 8: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2023) – QS KCHK

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	81.306	80.403	101,12
	Basisdatensatz	81.261		
	MDS	45		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebeine (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	265		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebeine (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	282	281	100,36
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Tabelle 9: Datengrundlage (AJ 2024, EJ 2022) – QS KCHK

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	76.161 76.125 36	72.702	104,76
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	243		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	267	268	99,63
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	229	232	98,71

Übersicht über die eingegangenen Zählleistungsbereiche

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im Verfahren QS KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens, bspw. zu den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen. Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Website des IQTIG zum Verfahren QS KCHK zu finden.³

Tabelle 10: Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	31.208 31.202 6	30.794	101,34
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	94	103,19
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

³ <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/>

Tabelle 11: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	25.965 25.955 10	25.681	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	97	96	101,04
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	79	78	101,28

Tabelle 12: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	13.145 13.142 3	13.014	101,01
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	85		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	93	90	103,33
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	76	74	102,70

Tabelle 13: Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.592 8.567 25	8.545	100,55
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	256		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	265	264	100,38
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	248	247	100,40

Tabelle 14: Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	10.117 10.109 8	9.988	101,29
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	84		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	92	91	101,10
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	77	77	100,00

Sozialdaten bei den Krankenkassen zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2023

Mit Bezug auf die bereits beschriebenen QS-Datensätze als führende Datensätze und unter Berücksichtigung des Pseudonyms der elektronischen Gesundheitskarte (patientenidentifizierende Daten, PID) konnte eine Verknüpfungsrate der Sozialdaten von 99,08 % erzielt werden (Tabelle 15).

Tabelle 15: Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das EJ 2023

Erfassungsjahr 2023	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	81.261	99,08 N = 80.511

Sozialdaten bei den Krankenkassen zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2022

Im Verfahren QS KCHK wurden zum Erfassungsjahr 2022 von 243 Leistungserbringern 76.161 QS-Datensätze als Auswertungsgrundlage übermittelt (76.125 Basisbögen und 36 Minimaldatensätze). Zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2022 konnte eine Verknüpfungsrate der Sozialdaten von 94,29 % erzielt werden (Tabelle 16).

Tabelle 16: Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das EJ 2022

Erfassungsjahr 2022	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	76.125	94,29 N = 71.781

Sozialdaten bei den Krankenkassen zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2021

Im Verfahren QS KCHK wurden zum Erfassungsjahr 2021 von 219 Leistungserbringern 74.738 QS-Datensätze als Auswertungsgrundlage übermittelt (74.713 Basisbögen und 25 Minimaldatensätze). Zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2021 konnte eine Verknüpfungsrate der Sozialdaten von 94,71 % erzielt werden (Tabelle 17).

Tabelle 17: Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das EJ 2021

Erfassungsjahr 2021	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrate mit Sozialdaten in %
Bund (gesamt)	74.713	94,71 N = 70.757

2.2 Risikoadjustierung

Eine Risikoadjustierung mittels Regressionsmodellierung wurde im Verfahren QS KCHK zum Auswertungsjahr 2024 für sämtliche Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit sowie für die Indikatoren zum Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen vorgenommen. Dazu werden multiple logistische Regressionsmodelle verwendet, für die je nach Auswertungsmodul und Qualitätsindikator verschiedene Risikofaktoren in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination und mit unterschiedlichem Einfluss in den Regressionskoeffizienten berücksichtigt werden (vgl. IQTIG 2022: Abschnitt 20.2.3). Zur Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit wurden die folgenden Faktoren verwendet:

- Alter
- Geschlecht
- Body-Mass-Index
- Diabetes mellitus
- Kardiologische bzw. herzchirurgische Ereignisse (Herzinsuffizienz, Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen, Hypertonie, linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF), Kardiogener Schock, Befund der koronaren Bildgebung, Myokardinfarkt, Reanimation, Reoperationen)
- Arterielle Gefäßerkrankung
- Floride Endokarditis oder septischer Eingriff
- Intravenöse Inotrope
- Mechanische Kreislaufunterstützung
- Lungenerkrankungen
- Neurologische Erkrankungen
- Nierenerkrankungen/-therapie
- Notfall
- Eingriffsziel Mitralklappe (bei Kombinationseingriffen)

Für die erstmalig entwickelten Risikoadjustierungsmodelle zu den Qualitätsindikatoren zum Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen wurden folgende Faktoren mit relevantem Einfluss identifiziert:

- Alter
- Geschlecht
- Body-Mass-Index
- Diabetes mellitus
- Kardiologische bzw. herzchirurgische Ereignisse (Herzinsuffizienz, linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF), Kardiogener Schock, Befund der koronaren Bildgebung, Myokardinfarkt, Reanimation)
- Arterielle Gefäßerkrankung
- Floride Endokarditis oder septischer Eingriff

- Intravenöse Inotrope
- Mechanische Kreislaufunterstützung
- Neurologische Erkrankungen
- Nierenerkrankungen/-therapie
- Notfall
- Eingriffsziel Mitralklappe (bei Kombinationseingriffen)

Sowohl für die Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit als auch für die Qualitätsindikatoren zum Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen wurden in den einzelnen Modellen nur die Risikofaktoren berücksichtigt, für die im jeweiligen Risikoadjustierungsmodell auch ein relevanter Effekt für den betrachteten Zeitraum vorlag.

Eine explizite Darstellung aller verwendeten Risikoadjustierungsmodelle findet sich in den endgültigen Rechenregeln⁴ zum Auswertungsjahr 2024.

2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

In diesem Bericht werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren, die auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, zum Erfassungsjahr 2023 und die Ergebnisse der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2021, zum Erfassungsjahr 2022 und zum Erfassungsjahr 2023 dargestellt und bewertet.

Das Indikatorenset des Verfahrens QS KCHK hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 von 106 Qualitätsindikatoren und 11 Transparenzkennzahlen auf 62 Qualitätsindikatoren und 9 Transparenzkennzahlen im Auswertungsjahr 2024 reduziert. Diese umfangreiche Reduktion ergibt sich zum einen aus der Streichung (beschlossen mit den endgültigen Rechenregeln 2023) der Qualitätsindikatoren „Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation“ (KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-AK-KATH, KCHK-AK-CHIR, KCHK-MK-KATH, KCHK-MK-CHIR), „Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts“ (KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-KATH, KCHK-MK-CHIR), „Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff“ (KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-KATH, KCHK-MK-CHIR) und zum anderen aus der Streichung der gesamten Auswertungsmodule *Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe* (KCHK-HK-CHIR) und *Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe* (KCHK-HK-KATH). Erläuterungen zur Grundlage der Streichungen finden sich im Bundesqualitätsbericht des letzten Jahres (IQTIG 2023).

Aufgrund von erforderlichen Änderungen der Spezifikation im Rahmen der Umstellungen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) kann für die Qualitätsindikatoren „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ (KCHK-KC-KOMB, KCHK-AK-KATH, KCHK-AK-CHIR) für das Erfassungsjahr 2022 wie auch bereits in den Erfassungsjahren

⁴ Die endgültigen Rechenregeln für ein Auswertungsjahr sind nach G-BA-Beschluss durch das Plenum auf der Website des IQTIG zu finden.

2020 und 2021 kein Algorithmus (Formel) angewendet werden, sodass in diesem Jahr deren Auswertung ein weiteres Mal entfällt.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ (alle Auswertungsmodule) für das Erfassungsjahr 2023 sind aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Werten der Vorjahresauswertung vergleichbar.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit für das Auswertungsjahr 2024 sind aufgrund der Anpassung des Risikoadjustierungsmodells ebenfalls nur eingeschränkt mit den Werten der Vorjahresauswertung vergleichbar.

Für alle auf Sozialdaten basierenden Qualitätsindikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen (mit Ausnahme der Qualitätsindikatoren „PCI innerhalb von 30 Tagen“) erfolgte die Umstellung des Auswertungsjahres auf das dem Erfassungsjahr folgende Jahr. Somit bezieht sich die Vergleichbarkeit der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2023 einmalig auf die Ergebnisse des Vorjahres und somit auf das Erfassungsjahr 2021.

Die dargestellten Ergebnisse der Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ können u. a. aufgrund ihrer Komplexität nur bedingt bewertet werden. Die Streichung dieser Indikatoren wurde mit den prospektiven Rechenregeln des Erfassungsjahres 2024 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen und liegt darin begründet, dass neben häufigen Dokumentationsfehlern und einer insgesamt hohen Komplexität auch Probleme in der Datenerhebung bestehen, wodurch sich die Indikatorenergebnisse auch nicht als Grundlage für ein Stellungnahmeverfahren eignen. Das Stellungnahmeverfahren 2024 wurde demgemäß für diese Qualitätsindikatoren ausgesetzt.

Eine Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens 2024 erfolgte auch für die Qualitätsindikatoren „Endokarditis während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen“ (KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH), „Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres“ (KCHK-KC-KOMB, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH) sowie „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ (KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH). Dies sind Qualitätsindikatoren, deren Qualitätsmerkmale gemäß den angewandten Kriterien der Verfahrensüberprüfung (Beschluss des G-BA über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung vom 21. April 2022, G-BA 2022) nicht mehr zur Qualitätssicherung geeignet und die deswegen zur Streichung empfohlen sind (Abgabe des Abschlussberichts des IQTIG an den G-BA erfolgte am 14. Juni 2024). Von der Notwendigkeit zur Einreichung einer Stellungnahme bei rechnerischer Auffälligkeit sieht das IQTIG für diese Qualitätsindikatoren daher ab.

Auch für rechnerisch auffällige Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen“ (KCHK-KC), „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen“ (KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH), „PCI innerhalb von 30 Tagen“ (KCHK-KC) und „PCI innerhalb eines Jahres“ (KCHK-KC) ist im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens 2024 die Übermittlung einer

Stellungnahme nicht erforderlich. Bei diesen Qualitätsindikatoren wurde zum ersten Mal ein Referenzbereich eingeführt. Zudem werden diese Indikatoren in dieser Form nicht wieder erfasst, da sie zum Auswertungsjahr 2025 neu modelliert und zusammengefasst im neuen Qualitätsindikator „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen bzw. innerhalb eines Jahres“ abgebildet werden.

Des Weiteren wird auch für die beiden Qualitätsindikatoren „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes“ und „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ im Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* von der Erfordernis zur Einreichung einer Stellungnahme bei rechnerischer Auffälligkeit abgesehen. Diese beiden Qualitätsindikatoren haben in diesem Auswertungsjahr zum ersten Mal einen Referenzbereich, wodurch es zu einer rechnerischen Auffälligkeit bei Leistungserbringern kommen kann. Bei *KCHK-KC-KOMB* handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem verschiedene komplexe Eingriffe miteinander kombiniert werden. Die Vergleichbarkeit dieser Eingriffe ist dadurch stark eingeschränkt. So können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Daher ist ein Stellungnahmeverfahren in diesen oben genannten Qualitätsindikatoren erst dann sinnvoll, wenn genügend Erfahrungen aus den Auswertungsmodulen, die die isolierten Eingriffe erfassen, vorliegen.

In den nachfolgenden Tabellen werden die Ergebnisse sämtlicher Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für eine schnelle Übersicht zusammengefasst. Die Darstellung der Tabellen sowie die Bewertung der Ergebnisse erfolgt hierbei nach Auswertungsmodul.

Tabelle 18: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) - KCHK-KC

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
352000	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	95,62 % O = 23.394 N = 24.466	95,29 % O = 24.112 N = 25.304 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,03 O/E = 546 / 531,00 N = 22.898	1,04 O/E = 561 / 538,65 N = 23.726 (≤ 1,75; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	4,94 % O = 1.203 N = 24.374	4,94 % O = 1.202 N = 24.336	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
352003	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	0,91 % O = 221 N = 24.270	0,86 % O = 215 N = 25.102 (≤ 2,39 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
352004	PCI innerhalb von 30 Tagen	1,71 % O = 418 N = 24.394	1,54 % O = 376 N = 24.357 (≤ 4,77 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
352005	PCI innerhalb eines Jahres	5,07 % O = 1.196 N = 23.593	4,81 % O = 1.173 N = 24.400 (≤ 9,10 %; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit				
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	1,77 % O = 362 N = 20.437	1,61 % O = 348 N = 21.600	vergleichbar
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,05 O/E = 737 / 704,40 N = 24.558	1,06 O/E = 721 / 678,73 N = 25.389 (≤ 2,01; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,05 O/E = 825 / 787,86 N = 24.270	1,02 O/E = 779 / 766,33 N = 25.102 (≤ 1,97; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,05 O/E = 1.825 / 1.730,11 N = 24.394	1,03 O/E = 1.765 / 1.712,70 N = 24.357 (≤ 1,87; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 19: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) - KCHK-KC

ID	Indikator	Erfas- sungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
352000	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	2022	0 von 84	0,00	-
		2023	2 von 86	2,33	0
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	3 von 86	3,49	-
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation					
352003	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	2022	-	-	-
		2023	4 von 86	4,65	-
352004	PCI innerhalb von 30 Tagen	2021	-	-	-
		2022	4 von 83	4,82	-
352005	PCI innerhalb eines Jahres	2020	-	-	-
		2021	4 von 86	4,65	-
Gruppe: Sterblichkeit					
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	4 von 84	4,76	1
		2023	4 von 86	4,65	0
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	4 von 86	4,65	-

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	2021	3 von 87	3,45	-
		2022	4 von 83	4,82	1

Tabelle 20: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - KCHK-KC-KOMB

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
362001	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	70,63 % O = 1.544 N = 2.186	81,18 % O = 1.605 N = 1.977 (≥ 80,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
362002	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	81,44 % O = 4.668 N = 5.732	80,51 % O = 4.621 N = 5.740 (≥ 60,95 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	20,54 % O = 449 N = 2.186	20,94 % O = 414 N = 1.977 (≤ 37,52 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	1,01 O/E = 247 / 244,16 N = 5.290	1,02 O/E = 243 / 237,86 N = 5.341 (≤ 1,97; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,95 % O = 19 N = 2.000	0,75 % O = 15 N = 1.998 (≤ 6,23 %; 95. Perzentil)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	13,08 % O = 286 N = 2.186	13,44 % O = 290 N = 2.157 (≤ 27,93 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	4,49 % O = 256 N = 5.705	5,02 % O = 286 N = 5.694	vergleichbar
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herz- insuffizienz innerhalb eines Jahres	8,69 % O = 190 N = 2.186	8,72 % O = 188 N = 2.157 (≤ 18,07 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
362011	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	0,74 % O = 42 N = 5.679	0,58 % O = 33 N = 5.681 (Nicht definiert)	vergleichbar
362012	PCI innerhalb von 30 Tagen	1,12 % O = 64 N = 5.710	1,28 % O = 73 N = 5.699 (Nicht definiert)	vergleichbar
362013	PCI innerhalb eines Jahres	2,36 % O = 107 N = 4.543	2,92 % O = 167 N = 5.720 (Nicht definiert)	nicht vergleichbar
362014	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	0,57 % O = 23 N = 4.047	0,47 % O = 19 N = 4.028 (Nicht definiert)	vergleichbar
362016	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	1,02 % O = 22 N = 2.153	0,98 % O = 19 N = 1.945 (Nicht definiert)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
362017	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	2,15 % O = 47 N = 2.186	1,99 % O = 43 N = 2.157 (Nicht definiert)	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit				
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	6,10 % O = 327 N = 5.365	5,48 % O = 296 N = 5.400	eingeschränkt vergleichbar
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,02 O/E = 435 / 424,95 N = 5.767	0,98 O/E = 386 / 392,97 N = 5.767 (≤ 2,02; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,02 O/E = 433 / 424,39 N = 5.679	1,00 O/E = 394 / 394,87 N = 5.681 (≤ 2,01; 95. Perzentil)	vergleichbar
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 916 / 906,64 N = 5.710	0,97 O/E = 852 / 874,64 N = 5.699 (≤ 1,71; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 21: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) - KCHK-KC-KOMB

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
362001	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	2022	-	-	-
		2023	28 von 82	34,15	-
362002	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	2022	3 von 84	3,57	1
		2023	3 von 83	3,61	0
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	2022	-	-	-
		2023	6 von 82	7,32	-
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	3 von 83	3,61	-
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	2021	-	-	-
		2022	2 von 82	2,44	-
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	2021	-	-	-
		2022	3 von 82	3,66	-
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	2021	-	-	-
		2022	12 von 82	14,63	-
Gruppe: Sterblichkeit					
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	4 von 84	4,76	-
		2023	3 von 83	3,61	1
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	3 von 83	3,61	-
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	2021	5 von 86	5,81	-
		2022	4 von 83	4,82	0

Tabelle 22: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - KCHK-AK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
372000	Intraprozedurale Komplikationen	1,60 % O = 381 N = 23.825	1,51 % O = 391 N = 25.873 (≤ 3,59 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	0,99 % O = 237 N = 23.825	1,06 % O = 273 N = 25.873 (≤ 3,68 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	0,99 O/E = 560 / 564,86 N = 18.722	1,05 O/E = 747 / 711,14 N = 24.009 (≤ 1,68; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
372003	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	0,29 % O = 58 N = 20.161	0,16 % O = 41 N = 25.730 (≤ 0,72 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit				
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	1,88 % O = 444 N = 23.605	1,72 % O = 443 N = 25.688	vergleichbar
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,00 O/E = 502 / 500,23 N = 23.825	0,94 O/E = 487 / 516,47 N = 25.873 (≤ 2,53; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 589 / 590,63 N = 20.161	0,98 O/E = 704 / 718,66 N = 25.730 (≤ 2,31; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 2.801 / 2.775,52 N = 19.601	1,00 O/E = 3.252 / 3.251,85 N = 23.718 (≤ 1,40; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 23: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) - KCHK-
AK-KATH

ID	Indikator	Erfas- sungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
372000	Intraprozedurale Komplikationen	2022	5 von 85	5,88	1
		2023	5 von 84	5,95	1
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	2022	4 von 85	4,71	1
		2023	4 von 84	4,76	0
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	4 von 84	4,76	-
372003	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	2022	-	-	-
		2023	4 von 84	4,76	-
Gruppe: Sterblichkeit					
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	5 von 85	5,88	-
		2023	4 von 84	4,76	2
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	6 von 84	7,14	-
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	2021	5 von 88	5,68	-
		2022	5 von 84	5,95	1

Tabelle 24: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - KCHK-AK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
382000	Intraprozedurale Komplikationen	0,70 % O = 45 N = 6.406	0,75 % O = 56 N = 7.479 (≤ 3,65 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	0,99 O/E = 163 / 164,00 N = 5.870	1,08 O/E = 196 / 182,12 N = 6.951 (≤ 2,58; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen*	2,21 % O = 132 N = 5.972	2,14 % O = 136 N = 6.354	vergleichbar
382003	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	0,68 % O = 43 N = 6.281	0,59 % O = 44 N = 7.399 (≤ 2,60 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit				
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	2,12 % O = 130 N = 6.129	2,21 % O = 159 N = 7.208	vergleichbar
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,03 O/E = 185 / 179,93 N = 6.406	1,13 O/E = 227 / 200,71 N = 7.479 (≤ 2,95; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,02 O/E = 224 / 219,75 N = 6.281	1,01 O/E = 247 / 244,67 N = 7.399 (≤ 2,51; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 461 / 455,44 N = 5.980	0,93 O/E = 449 / 484,03 N = 6.358 (≤ 1,73; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 25: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) - KCHK-AK-CHIR

ID	Indikator	Erfas- sungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
382000	Intraprozedurale Komplikationen	2022	4 von 84	4,76	-
		2023	4 von 83	4,82	2
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	3 von 83	3,61	-
382003	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	2022	-	-	-
		2023	3 von 83	3,61	-
Gruppe: Sterblichkeit					
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	4 von 84	4,76	-
		2023	3 von 83	3,61	1
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	4 von 83	4,82	-
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	2021	5 von 88	5,68	-
		2022	5 von 83	6,02	1

Tabelle 26: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - KCHK-MK-KATH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
392000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	83,63 % O = 6.217 N = 7.434	84,69 % O = 7.135 N = 8.425 (≥ 80,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	4,12 % O = 306 N = 7.434	3,57 % O = 301 N = 8.425 (≤ 9,93 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	0,92 O/E = 84 / 90,90 N = 6.773	0,93 O/E = 96 / 102,93 N = 7.727 (≤ 3,78; 95. Perzentil)	nicht vergleich- bar
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,38 % O = 27 N = 7.139	0,43 % O = 32 N = 7.391 (≤ 3,44 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	10,53 % O = 752 N = 7.141	8,89 % O = 657 N = 7.394 (≤ 21,08 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	25,84 % O = 1.845 N = 7.141	25,11 % O = 1.857 N = 7.394 (≤ 39,00 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
392008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	2,45 % O = 180 N = 7.345	2,54 % O = 213 N = 8.378 (≤ 16,82 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
392009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	6,81 % O = 486 N = 7.141	5,98 % O = 442 N = 7.394 (≤ 14,60 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit				
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	2,62 % O = 193 N = 7.360	2,38 % O = 199 N = 8.354	eingeschränkt vergleichbar
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,01 O/E = 214 / 211,42 N = 7.434	0,93 O/E = 219 / 234,25 N = 8.425 (≤ 2,92; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,00 O/E = 284 / 284,09 N = 7.345	0,97 O/E = 307 / 317,75 N = 8.378 (≤ 3,09; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,01 O/E = 1.466 / 1.448,39 N = 7.141	0,96 O/E = 1.462 / 1.524,31 N = 7.394 (≤ 1,55; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 27: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) - KCHK-MK-KATH

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
392000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	2022	-	-	-
		2023	55 von 254	21,65	-
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	2022	26 von 236	11,02	4
		2023	24 von 254	9,45	5
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	10 von 253	3,95	-
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	2021	7 von 221	3,17	-
		2022	10 von 235	4,26	1
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	2021	16 von 221	7,24	4
		2022	17 von 235	7,23	3
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	2021	28 von 221	12,67	2
		2022	29 von 235	12,34	3
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation					
392008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	2023	15 von 254	5,91	-
392009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	2021	28 von 221	12,67	3
		2022	23 von 235	9,79	7
Gruppe: Sterblichkeit					
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	15 von 236	6,36	2
		2023	22 von 254	8,66	0
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	22 von 254	8,66	-
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	2021	27 von 221	12,22	-
		2022	32 von 235	13,62	6

Tabelle 28: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - KCHK-MK-CHIR

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
402000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	79,10 % O = 4.130 N = 5.221	77,94 % O = 4.350 N = 5.581 (≥ 80,00 %)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen				
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	12,20 % O = 637 N = 5.221	11,77 % O = 657 N = 5.581 (≤ 24,23 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	0,90 O/E = 146 / 161,33 N = 4.761	1,10 O/E = 189 / 171,74 N = 5.031 (≤ 2,56; 95. Perzentil)	nicht vergleich- bar
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	0,81 % O = 36 N = 4.470	0,65 % O = 30 N = 4.605 (≤ 4,86 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	11,01 % O = 552 N = 5.014	10,45 % O = 543 N = 5.196 (≤ 29,77 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	5,78 % O = 290 N = 5.014	5,43 % O = 282 N = 5.196 (≤ 13,04 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation				
402008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	0,97 % O = 50 N = 5.170	1,02 % O = 56 N = 5.506 (≤ 3,79 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
402009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	2,19 % O = 110 N = 5.014	2,73 % O = 142 N = 5.196 (≤ 9,08 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit				
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation*	3,12 % O = 156 N = 4.997	2,92 % O = 155 N = 5.312	eingeschränkt vergleichbar
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	1,03 O/E = 214 / 207,65 N = 5.221	0,93 O/E = 223 / 238,81 N = 5.581 (≤ 2,23; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	1,03 O/E = 240 / 233,06 N = 5.170	0,96 O/E = 254 / 265,40 N = 5.506 (≤ 2,12; 95. Perzentil)	vergleichbar
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	1,04 O/E = 471 / 453,50 N = 5.014	1,00 O/E = 445 / 443,79 N = 5.196 (≤ 1,92; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 29: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) - KCHK-MK-CHIR

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
402000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	2022	-	-	-
		2023	36 von 82	43,90	-
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen					
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	2022	5 von 84	5,95	-
		2023	5 von 82	6,10	1
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2023	5 von 82	6,10	-
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	2021	4 von 86	4,65	1
		2022	5 von 83	6,02	0
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	2021	10 von 86	11,63	3
		2022	4 von 83	4,82	2
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	2021	5 von 86	5,81	1
		2022	5 von 83	6,02	1
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation					
402008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	2023	5 von 82	6,10	-
402009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	2021	5 von 86	5,81	-
		2022	4 von 83	4,82	1
Gruppe: Sterblichkeit					
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	4 von 84	4,76	1
		2023	7 von 82	8,54	2
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	2023	6 von 82	7,32	-
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	2021	4 von 86	4,65	-
		2022	4 von 83	4,82	0

Insgesamt erscheint das Indikatorenset nach der bisher erfolgten und perspektivischen Verschlinkung sehr gut justiert und fokussiert. Durch die ersten Erfahrungen, die im zurückliegenden Stellungnahmeverfahren mit den auf Sozialdaten basierenden Indikatoren gemacht wurden, zeigten sich aber auch die ersten Schwierigkeiten. So wurden bspw. Ungenauigkeiten in der Berechnung von Indikatorenergebnissen erst durch die Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sichtbar. Diese konnten gemeinsam mit dem Expertengremium besprochen und entsprechende Lösungen konzipiert werden.

Besonders deutlich wurden Schwierigkeiten bei den Qualitätsindikatoren **„Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“** (IDs 352009, 362021, 372008, 382008, 392013 und 402013). Häufig kann das Versterben innerhalb dieses langen Beobachtungszeitfensters dem Indexeingriff nicht eindeutig zugeschrieben werden bzw. kann es auf unterschiedliche (nicht prozedurbedingte) Ursachen zurückgeführt werden oder es können auch medizinische Behandlungen anderer Leistungserbringer in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Tod der Patientin oder des Patienten stehen. Das IQTIG und der indexeingriffbringende Leistungserbringer verfügen zudem über keine weiteren Informationen über die Todesursache und -umstände, sondern kennen lediglich das Sterbedatum aus den Sozialdaten. Aus diesen Gründen lässt sich nicht in ausreichend vielen Fällen überprüfen oder nachvollziehen, ob das Ereignis „Tod“ maßgeblich durch die Qualität der Indexleistung beeinflusst wurde. Diese Problematik wurde seitens des Expertengremiums bereits im Vorfeld des ersten Stellungnahmeverfahrens antizipiert und vollumfänglich diskutiert.

Wie in den Jahren zuvor liegt das Bundesergebnis des einzigen Prozessindikators des Verfahrens QS KCHK – **„Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“** (ID 362002) – mit 95,29 % weiterhin auf einem sehr hohen Niveau. Da es bei diesem Qualitätsindikator bereits mehrere Jahre in Folge nur zu sehr wenigen rechnerischen Auffälligkeiten kam und kein Verbesserungspotenzial mehr gesehen wurde (Tabelle 19), hat der G-BA dessen Streichung zum Erfassungsjahr 2024 beschlossen.

Hervorzuheben ist im Bereich der isolierten Aortenklappeneingriffe die bereits in den Vorjahren niedrige bundesdurchschnittliche Rate der Qualitätsindikatoren **„Intraprozedurale Komplikationen“**. (EJ 2023: 1,51 % ID 372000 bei KCHK-AK-KATH und 0,75 % ID 382000 bei KCHK-AK-CHIR). Ebenfalls liegt das Ergebnis des Qualitätsindikators **„Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts“** mit 1,06 % (ID 372001 bei KCHK-AK-KATH) weiterhin eingriffsartbedingt auf einem niedrigen Niveau (vgl. Reardon et al. 2017).

Auffällig ist die höhere Rate der **schwerwiegenden Komplikationen innerhalb von 90 Tagen** nach einem Mitralklappeneingriff im Auswertungsmodul der kombinierten Eingriffe (ID 362007) im Vergleich zu den Ergebnissen der äquivalenten Qualitätsindikatoren bei den isolierten Mitralklappeneingriffen (IDs 392005 und 402005). Hier wird deutlich, dass es sich bei dem Modul KCHK-KC-KOMB um ein sehr heterogenes, verschiedene komplexe Eingriffe kombinierendes Modul handelt, in dem folglich das Auftreten von mehr Komplikationen plausibel sein kann, es aber auch aufgrund ebendieser Komplexität zu Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung

bzw. der Dokumentation relevanter Parameter kommen kann, die das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Darüber hinaus wurde für diesen Indikator zum Erfassungsjahr 2025 empfohlen, die Komplikation eines neu aufgetretenen Vorhofflimmerns/ -flatterns aus der Liste der schwerwiegenden Komplikationen zu streichen. Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren zeigten, dass es sich bei einem sehr großen Teil der Komplikationen, die in diesem Indikator erfasst werden, um neu aufgetretenes Vorhofflimmern handelt, wobei es sich durch Schwierigkeiten in der Dokumentation auch um bereits bekanntes Vorhofflimmern handeln kann. Leistungserbringerergebnisse, die sich auf schwerwiegendere Komplikationen zurückführen ließen, werden so nicht auffällig, denn das Vorhofflimmern kann andere relevante und teils schwerwiegendere Komplikationen überdecken. Zudem ist ein Rückschluss auf einen eingriffsbedingten Behandlungsfehler mit großer Unsicherheit behaftet.

Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Komplikationen innerhalb von 90 Tagen haben eine höhere Sterblichkeit als die ohne schwerwiegenden Komplikationen (Tabelle 30). Nach den oben beschriebenen heterogenen und komplexen Eingriffen im Auswertungsmodul KCHK-KC-KOMB verstarben 80 der 290 (27,7 %) Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Komplikationen im Beobachtungszeitraum von 365 Tagen, wohingegen 354 der 1.868 (19,0 %) Patientinnen und Patienten ohne schwerwiegende Komplikationen verstarben. Ähnlich auffällig ist der Unterschied zwischen verstorbenen Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Komplikationen bei Eingriffen in den Auswertungsmodulen KCHK-MK-CHIR (14,4 %) und KCHK-MK-KATH (28,8 %) im Vergleich zu verstorbenen Patientinnen und Patienten ohne schwerwiegende Komplikationen bei diesen Eingriffen (KCHK-MK-CHIR: 7,9 %; KCHK-MK-KATH: 18,9 %). Hier könnte die eingriffsspezifische Patientengruppe (Alter, Komorbiditäten etc.) eventuell einen Einfluss haben.

Tabelle 30: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres mit und ohne schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Auswertungsmodul	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres ohne „Schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres mit „Schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“
KC-KOMB (nur mit Mitralklappeneingriffen)	434 / 2157 20,1 %	354 / 1868 19,0 %	80 / 290 27,7 %
MK-CHIR	445 / 5196 8,6 %	367 / 4653 7,9 %	78 / 543 14,4 %
MK-KATH	1462 / 7394 19,8 %	1273 / 6737 18,9 %	189 / 657 28,8 %

Eine Besonderheit der Qualitätsindikatoren „Schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ (IDs 362007, 392005 und 402005) ist der Beobachtungszeitraum von 90 Tagen, der bei keinem anderen Indikator im Verfahren QS KCHK vorkommt. Es zeigte sich mit Blick auf den Zeitpunkt des Auftretens der Komplikationen innerhalb des Beobachtungszeitraums von 90 Tagen, dass viele der Komplikationen erst im späteren Verlauf auftreten (Tabelle 31). Demzufolge ist der Beobachtungszeitraum, der über die sonst gewählten 30 Tage hinausgeht, für diesen Indikator sinnvoll.

Tabelle 31: Zeitpunkt des Auftretens schwerwiegender Komplikationen innerhalb des Beobachtungszeitraums von 90 Tagen

Auswertungsmodul	innerhalb von 90 Tagen	innerhalb von 30 Tagen*	zwischen 31 und 90 Tagen*
KCHK-KC-KOMB	290 / 2.157 13,4 %	158 / 2.157 7,3 %	180 / 2.157 8,3 %
KCHK-MK-CHIR	543 / 5.196 10,5 %	354 / 5.196 6,8 %	249 / 5.196 4,8 %
KCHK-MK-KATH	657 / 7.394 8,9 %	343 / 7.394 4,6 %	367 / 7.394 5,0 %

* Die Aufteilung nach „innerhalb von 30 Tagen“ und „zwischen 31 und 90 Tagen“ addiert sich nicht zum Gesamtergebnis des Indikators („innerhalb von 90 Tagen“), da pro Patientin/Patient gleichzeitig Komplikationen sowohl innerhalb von 30 Tagen als auch zwischen 31 und 90 Tagen auftreten können.

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Verfahren QS KCHK werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 8 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Es weisen von insgesamt 283 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 15 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Im Erfassungsjahr 2022 wurden ebenfalls keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 8 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit erhoben.

Das Verfahren QS KCHK umfasst sowohl Auffälligkeitskriterien, die sich ausschließlich auf die einzelnen Auswertungsmodule (KCHK-KC, KCHK-AK-CHIR, KCHK-AK-KATH, KCHK-MK-CHIR, KCHK-MK-KATH) beziehen, als auch Auffälligkeitskriterien, die sich auf das gesamte Erfassungsmodul Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (HCH) beziehen.

In Tabelle 32 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 32: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auswertungsmodul	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-KC	101,34 % 31.208/30.794 (≥ 100,00 %)
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-AK-KATH	101,11 % 25.965/25.681 (≥ 100,00 %)
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-AK-CHIR	101,01 % 13.145/13.014 (≥ 100,00 %)
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-MK-KATH	100,55 % 8.592/8.545 (≥ 100,00 %)
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-MK-CHIR	101,29 % 10.117/9.988 (≥ 100,00 %)
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	KCHK-D	101,12 % 81.306/80.403 (≥ 100,00 %)
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	KCHK-D	101,12 % 81.306/80.403 (≤ 110,00 %)
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	KCHK-D	0,06 % 45/80.403 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 33 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden.

Tabelle 33: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
852111 (KCHK-KC)	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	10 von 94	10,64	0
852109 (KCHK-AK-KATH)	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	8 von 96	8,33	0
852107 (KCHK-AK-CHIR)	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	9 von 90	10,00	0
852115 (KCHK-MK-KATH)	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	12 von 264	4,55	0
852113 (KCHK-MK-CHIR)	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	13 von 91	14,29	0
850253 (KCHK-D)	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	13 von 281	4,63	4
850254 (KCHK-D)	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	0 von 281	0,00	0
850281 (KCHK-D)	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	2 von 281	0,71	0

Statistische Basisprüfung (Prüfkriterien)

Sozialdaten bei den Krankenkassen werden für das Verfahren QS KCHK über das Modul KCHK spezifiziert und an das IQTIG übermittelt. Das Modul KCHK teilt sich in die Auswertungsmodule KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-AK-KATH, KCHK-AK-CHIR, KCHK-MK-KATH und KCHK-MK-CHIR. Berücksichtigung finden diese Daten bei der Berechnung von 48 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, welche den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2024 entnommen werden können (IQTIG 2024a).

Im Modul KCHK werden in den Erfassungsjahren 2022 und 2023 jeweils 14 Prüfkriterien zur Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität ausgewiesen.⁵

In Tabelle 34 sind die Ergebnisse der Prüfung für alle Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen dargestellt. Eine Auffälligkeit wird immer dann angezeigt, wenn für mindestens eine Krankenkasse ein Prüfbedarf festgestellt wurde.

Tabelle 34: Ergebnisse der Prüfung aller Prüfkriterien nach Erfassungsjahr und Sozialdatenmodulen

PK-ID	Prüfkriterium	Auffälligkeiten im AJ 2024 im Modul vorhanden	
		KCHK (EJ 2022)	KCHK (EJ 2023)
30	Fehlende Datenlieferung	nein	nein
22	Nichteinhaltung des Lieferzeitfensters	nein	nein
31	Ungültige Sozialdatenspezifikation	nein	nein
32	Unterschiedliche Pseudonymisierung der Versichertenkennung in Sozial- und QS-Daten	nein	nein
6	Versicherte ohne Indexfall	ja	ja
29	Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen	ja	ja
1	Fehlende Kassengröße	nein	nein
4	Fehler in den Quartalsstammdaten	ja	ja
21	Verfahrensfremde Abrechnungsparagrafen	nein	nein
12	Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte	ja	ja
5	Unplausible Anzahl an Datensätzen mit Sterbeinformation	nein	nein
28	Unplausible Anzahl an Patientenfilterfällen	nein	nein
24	Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen	ja	ja

⁵ Zur detaillierten Beschreibung der Prüfkriterien siehe G-BA (2024).

Nicht dargestellt wurde das Prüfkriterium 34 „Abweichung von der Vorjahresaufstellung“, da die notwendige Datengrundlage erst zeitversetzt im November des jeweils übernächsten Jahres vollständig vorliegt. Daher wird über dieses Prüfkriterium erstmals im Auswertungsjahr 2025 für das Erfassungsjahr 2022 berichtet.

Im Folgenden werden die jeweiligen Prüfkriterien mit einer Auffälligkeit näher beschrieben.

Prüfkriterium 6: Versicherte ohne Indexfall

Das Prüfkriterium „Versicherte ohne Indexfall“ prüft, ob für jeden gelieferten Versichertendatensatz mindestens ein Abrechnungsfall vorliegt, der die Kriterien des Patientenfilters erfüllt. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Versichertenatensatz übermittelt haben, der die Kriterien des Patientenfilters nicht erfüllt.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul KCHK bei 2 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 13 der 76.065 übermittelten Versichertendatensätze.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul KCHK bei einer von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft 2 der 80.491 übermittelten Versichertendatensätze.

Prüfkriterium 29: Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen

Das Prüfkriterium „Abrechnungsfälle, die nicht dem Leistungs- und Medikationsfilter entsprechen“ prüft, ob der Leistungs- und Medikationsfilter in den gelieferten Daten korrekt umgesetzt wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Abrechnungsfall übermittelt haben, der weder den Patientenfilter noch den Leistungs- und Medikationsfilter erfüllt.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul KCHK für 8 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft

- 4 von 252.083 stationären Fällen nach § 301 SGB V,
- einen von 6.941 ambulanten Krankenhausfällen nach § § 115b, 116b SGB V,
- 2 von 935.810 kollektivvertraglichen Fällen nach § 295 SGB V und
- 266 von 68.766 selektivvertraglichen Fällen nach § § 140a, 73b und 73c SGB V.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul KCHK für 12 von insgesamt 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Dies betrifft

- 7 von 226.575 stationären Fällen nach § 301 SGB V,
- 3 von 6.234 ambulanten Krankenhausfällen nach § § 115b, 116b SGB V,
- 4 von 411.157 kollektivvertraglichen Fällen nach § 295 SGB V und
- 70 von 37.289 selektivvertraglichen Fällen nach § § 140a, 73b und 73c SGB V.

Prüfkriterium 4: Fehler in den Quartalsstammdaten

Das Prüfkriterium „Fehler in den Quartalsstammdaten“ prüft, ob für jeden gelieferten Versicherungendatensatz für alle Quartale innerhalb des spezifizierten Zeitraums Quartalsstammdaten zum Versicherungsstatus geliefert wurden. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens für ein Quartal keine Datensätze geliefert haben.

Dieses Prüfkriterium hat derzeit keinen Bezug zu den Qualitätsindikatoren.

In den Erfassungsjahren 2022 und 2023 liegt im Modul KCHK jeweils bei einer von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor.

Prüfkriterium 12: Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte

Das Prüfkriterium „Nicht spezifizierte Abrechnungsinhalte“ prüft, ob Abrechnungsinhalte geliefert wurden, die nicht spezifiziert wurden. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, mindestens einen Abrechnungsinhalt übermittelt haben, der über die Spezifikation nicht angefordert wird.

Dieses Prüfkriterium hat derzeit keinen Bezug zu den Qualitätsindikatoren, da in der Datenaufbereitung für die Indikatorberechnung solche Abrechnungsinhalte ausgeschlossen werden.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul KCHK bei 5 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Es wurden insgesamt 2.177.984 Abrechnungsinhalte geliefert, die nicht spezifiziert waren.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul KCHK bei 2 von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Es wurden insgesamt 1.146.799 Abrechnungsinhalte geliefert, die nicht spezifiziert waren.

Prüfkriterium 24: Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen

Das Prüfkriterium „Unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen“ prüft, ob in Relation zur Anzahl der übermittelten Versicherungendatensätze mit Indexfall eine unplausible Anzahl an Leistungs- und Medikationsfilterfällen geliefert wurde. Das bedeutet, dass Krankenkassen, bei denen eine Auffälligkeit vorliegt, die krankenkassenspezifische Relation von der Verteilung aller Krankenkassen über den in der Methodik der Prüfkriterien beschriebenen Toleranzbereich abweicht.

Dieses Prüfkriterium hat einen Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, mit Ausnahme der Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen und zur Sterblichkeit innerhalb eines Jahres.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt im Modul KCHK bei stationären Fällen nach § 301 SGB V bei einer von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Zu den 251.490 gelieferten Fällen nach § 301 SGB V werden mindestens 1.397 mehr erwartet.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt im Modul KCHK bei stationären Fällen nach § 301 SGB V bei einer von 95 Krankenkassen eine Auffälligkeit vor. Zu den 225.912 gelieferten Fällen nach § 301 SGB V werden mindestens 1.089 mehr erwartet.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2023 dar, die sich auf die Erfassungsjahre 2022, 2021 und 2020 beziehen. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

Insgesamt kam es bei den bewerteten Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien des Auswertungsjahres 2023 zu 514 rechnerischen Abweichungen vom jeweiligen Referenzbereich, die – im Sinne eines Aufgreifkriteriums für potenzielle Qualitätsdefizite – zum Stellungnahmeverfahren mit 177 Krankenhausstandorten führten.

Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich

In den Auswertungsmodulen *KCHK-HK-KATH* und *KCHK-HK-CHIR* wurde zu keinem Qualitätsindikator ein Referenzbereich festgelegt und folglich auch kein Stellungnahmeverfahren geführt.

In der Grundgesamtheit der ersten Auswertungsjahre der Auswertungsmodule *KCHK-HK-KATH* und *KCHK-HK-CHIR* zeigte sich, wie bereits beschrieben, dass der Vergleich einzelner Standorte (und damit die Grundlage für das zugehörige Stellungnahmeverfahren) auf Bundesebene aufgrund verhältnismäßig geringer Fallzahlen eingeschränkt ist. Aus diesem Grund wurden diese beiden Module zum Erfassungsjahr 2023 zur Streichung empfohlen, und es wurde nach den Erfassungsjahren 2020 und 2021 auch zum Erfassungsjahr 2022 kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Im Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* wurden zu folgenden Qualitätsindikatoren keine Referenzbereiche festgelegt, sodass auch zu diesen kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde:

- Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe (ID 362001)
- Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff (ID 362009)
- Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts (ID 362003)

- Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes (ID 362004)
- Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen (ID 362007)
- Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (ID 362005)
- Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen (ID 362006)
- Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres (ID 362010)
- Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen (ID 362011)
- PCI innerhalb von 30 Tagen (ID 362012)
- PCI innerhalb eines Jahres (ID 362013)
- Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen (ID 362014)
- Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen (ID 362016)
- Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres (ID 3620179)

Für die gelisteten Qualitätsindikatoren aus dem Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* soll das Stellungnahmeverfahren erst dann eingeleitet werden, wenn Erfahrungswerte mit vergleichbaren Qualitätsindikatoren aus den anderen Auswertungsmodulen vorliegen und die Referenzbereiche optimiert werden konnten. Auch für den Qualitätsindikator „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ (IDs 402000 und 392000) aus den Auswertungsmodulen *KCHK-MK-CHIR* und *KCHK-MK-KATH* wurde kein Referenzbereich festgelegt und kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Standorte mit Stellungnahmeverfahren

Zu den verbleibenden rechnerisch auffälligen Ergebnissen der Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien wurden die Leistungserbringer über das Stellungnahme-Portal aufgefordert, eine Stellungnahme einzureichen. Dieser Aufforderung kamen 4 Standorte nicht nach. Dies betraf 5 Qualitätsindikatoren und ein Auffälligkeitskriterium, sodass hierfür die Bewertung „A72 - Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ vergeben wurde.

Für die notwendige Einhaltung des Datenschutzes wurden die Krankenhausstandorte in der Aufforderung zur Stellungnahme wie auch in den Vorjahren dazu angehalten, auf die Anonymisierung sämtlicher personenbezogener Daten der Patientinnen und Patienten sowie der Zuweiser und Kooperationspartner zu achten. Waren in Stellungnahmen dennoch personenbezogene Angaben enthalten, wurden die entsprechenden Stellungnahmen zurückgewiesen und gelöscht, da diese Daten dem IQTIG nicht vorliegen dürfen. Um dennoch eine medizinisch-fachliche Einschätzung der rechnerischen Auffälligkeit vornehmen zu können und im Sinne der Qualitätsförderung eine entsprechende Rückmeldung zu geben, gab das IQTIG den Leistungserbringern einmalig die Möglichkeit, die ursprüngliche Stellungnahme oder Präzisierung erneut, unter Beachtung des Datenschutzes, einzureichen. Die korrigierten Dokumente wurden dann mit der Bundesfachkommission beraten. Es fanden sich in 46 Stellungnahmen zu Qualitätsindikatoren und in 11 Stellungnahmen zu Auffälligkeitskriterien weiterhin Anonymisierungsverstöße.

Waren nach der Korrekturschleife weiterhin Anonymisierungsfehler zu finden oder wurden keine neuen Dokumente eingereicht, konnte die Stellungnahme nicht weiter berücksichtigt werden, so dass keine Beratung mit der Bundesfachkommission erfolgen konnte und daraus resultierend auch keine fachliche Bewertung durch das IQTIG vorgenommen werden konnte. Entsprechend wurde auch hier die Bewertung „A72 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ vergeben.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Am 30. August 2023 fand die Sitzung des Übergangsgremiums der Bundesfachkommission zu Koronarchirurgie und Aortenklappen und am 13. Oktober 2023 die Sitzung des Übergangsgremiums der Bundesfachkommission zu den Mitralklappen statt. Im Anschluss an die Sitzungen erhielten alle Leistungserbringer, mit Ausnahme der Leistungserbringer, für die kollegiale Gespräche oder Begehungen vorgesehen waren, eine Bewertung ihrer Ergebnisse als qualitativ auffällig bzw. unauffällig.

Im Anschluss an das Auswertungsjahr 2023 wurden 3 Begehungen und 2 kollegiale Gespräche im Verfahren QS KCHK geplant und im dritten Quartal 2023 sowie in ersten Halbjahr 2024 durchgeführt. Den Auffälligkeiten zugrunde liegend waren prozedural im Patientenpfad auftretende Schwierigkeiten in der Versorgung.

Einer der zu begehenden Standorte war in 11 Qualitätsindikatoren (IDs 352001, 352008, 362002, 362005, 362020, 362021, 362022, 382001, 382009, 392013 und 402014,) verteilt auf 5 Auswertungsmodule (KCHK-KC, KCHK-KC-KOMB, KCHK-AK-CHIR, KCHK-MK-KATH, KCHK-MK-CHIR) rechnerisch auffällig. Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis im Qualitätsindikator 352001 erhielt vorerst die Bewertung S92, da das Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen werden konnte. 6 Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig (IDs 352008, 362002, 362022, 362021, 392912 und 401214) und 4 Ergebnisse (IDs 362005, 362020, 382009 und 382001) als qualitativ unauffällig bewertet. Das zuvor mit S92 bewertete Indikatorergebnis wurde nach der Begehung als qualitativ auffällig bewertet. Eine Zielvereinbarung wird zeitnah ausgearbeitet. Die fristgerechte Umsetzung der in der Zielvereinbarung festgelegten Maßnahmen wird in den folgenden Kalenderjahren geprüft.

Ein weiterer zu begehender Standort war in 7 Qualitätsindikatoren (IDs 352008, 382001, 392012, 392013, 402005, 402012, 4012013) verteilt auf 4 Auswertungsmodule (KCHK-KC, KCHK-AK-CHIR, KCHK-MK-KATH, KCHK-MK-CHIR) rechnerisch auffällig. Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis im Qualitätsindikator 402005 erhielt die Bewertung S92 (Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden). 3 Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig (IDs 382001, 392012 und 402013), 3 Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig (IDs 352008, 392012 und 402012) bewertet. Das zuvor mit S92 bewertete Indikatorergebnis wurde nach der Begehung als qualitativ unauffällig bewertet. Es wurde der Klinik eine schriftliche Empfehlung zu qualitätsverbessernden Maßnahmen übermittelt.

Ein weiterer zu begehender Standort war in 7 Qualitätsindikatoren (IDs 352008, 362019, 362020, 362021, 382006, 402011 und 402012) verteilt auf 4 Auswertungsmodule (*KCHK-KC*, *KCHK-KC-KOMB*, *KCHK-AK-CHIR*, *KCHK-MK-CHIR*) rechnerisch auffällig. Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis im Qualitätsindikator 402012 erhielt die Bewertung S92. 4 Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig (IDs 352008, 362020, 362021 und 402011), 2 Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Das zuvor mit S92 bewertete Indikatorergebnis wurde nach der Begehung als qualitativ auffällig bewertet. Es wurden der Klinik im Rahmen einer Zielvereinbarung qualitätsverbessernde Maßnahmen übermittelt.

Ein kollegiales Gespräch wurde mit zwei Standorten geführt. Der erste Standort war in 6 Qualitätsindikatoren (IDs 392014, 392005, 392007, 392008, 392009 und 392011) in einem Auswertungsmodul (*KCHK-MK-KATH*) rechnerisch auffällig. Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis im Qualitätsindikator 392005 erhielt die Bewertung S92. 5 Ergebnisse (IDs 392014, 392007, 392008, 392009 und 392011) wurden als qualitativ auffällig bewertet. Das zuvor mit S92 bewertete Indikatorergebnis wurde nach dem Gespräch als qualitativ auffällig bewertet. Eine Zielvereinbarung wurde ausgearbeitet. Die fristgerechte Umsetzung der in der Zielvereinbarung festgelegten Maßnahmen wird in den folgenden Kalenderjahren geprüft.

Ein weiteres kollegiales Gespräch wurde mit einem Standort geführt, der in 6 Qualitätsindikatoren (IDs 392002, 392005, 392006, 392007, 392009 und 392011) in einem Auswertungsmodul (*KCHK-MK-KATH*) rechnerisch auffällig war. Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis im Qualitätsindikator 392009 erhielt die Bewertung S92. 3 Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig (IDs 392006, 392002, 392005, 392007 und 392011) und 2 Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet. Das zuvor mit S92 bewertete Indikatorergebnis wurde nach dem Gespräch als qualitativ auffällig bewertet. Eine Zielvereinbarung wurde ausgearbeitet. Die fristgerechte Umsetzung der in der Zielvereinbarung festgelegten Maßnahmen wird in den folgenden Kalenderjahren geprüft.

Auswertungsmodul Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)

Im Auswertungsmodul *KCHK-KC* sind in 5 von 6 Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgetreten. Im Qualitätsindikator „Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“ (ID 352000) wies kein Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse auf (Tabelle 36).

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, in den Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 352007; n = 4 von 4) und „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ (ID 352009; n = 3 von 3) festgestellt (Tabelle 36).

Tabelle 35: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	777	-	773	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	691	100	513	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	28	4,05	19	3,70
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	28	100	19	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	28	100	19	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	19	67,86	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	9	32,14	19	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	100	19	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	1	5,26
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	1	5,26
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	11,11	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	2	7,14	3	15,79
Bewertung als qualitativ auffällig	6	21,43	16	84,21
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	2	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich
n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 36: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-KC

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
352000	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	0 / 84 (0,00 %)	0	0 / 0 (-)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 84 (0,00 %)
352010	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	4 / 84 (4,76 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 84 (1,19 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 84 (3,57 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	4 / 87 (4,60 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 87 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 87 (1,15 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 87 (3,45 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 87 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 87 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	4 / 84 (4,76 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)	4 / 84 (4,76 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	4 / 87 (4,60 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 87 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 87 (1,15 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 87 (3,45 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 87 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 87 (0,00 %)
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	3 / 87 (3,45 %)	0	0 / 3 (0,00 %)	0 / 87 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 87 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	3 / 87 (3,45 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 87 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 87 (0,00 %)

Tabelle 37: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-KC

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
352000	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	0	0	0	0	0	0
352010	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	4	1	0	3	0	0
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	4	0	0	3	0	0
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	4	1	1	4	0	0
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	4	0	0	3	0	0
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	3	0	0	3	0	0

Tabelle 38: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-KC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
13	3	0	10	3	0

Auswertungsmodul **Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB)**

Im Auswertungsmodul *KCHK-KC-KOMB* sind in allen Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgetreten. Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorenergebnisse wurden in den Qualitätsindikatoren „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ (ID 362005; n = 2 von 4), „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (ID 362019; n = 2 von 4) und „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ (362020; n = 3 von 6) festgestellt (Tabelle 40).

Tabelle 39: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul *KCHK-KC-KOMB*

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.605	-	1.613	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	258	100	510	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	14	5,43	25	4,90
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	14	100	25	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	14	100	25	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	14	100	25	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	14	100	25	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	7,14	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	7,14	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	7,14	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	7	50	10	40
Bewertung als qualitativ auffällig	6	42,86	15	60

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	1	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich
n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 40: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-KC-KOMB

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
362002	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	3 / 84 (3,57 %)	0	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 84 (1,19 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 84 (2,38 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
362022	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	3 / 84 (3,57 %)	0	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	3 / 84 (3,57 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	4 / 86 (4,65 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 86 (2,33 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 86 (2,33 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	4 / 84 (4,76 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 84 (2,38 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 84 (2,38 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	6 / 86 (6,98 %)	0	0 / 6 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	3 / 6 (50,00 %)	3 / 86 (3,49 %)	3 / 6 (50,00 %)	3 / 86 (3,49 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	5 / 86 (5,81 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	2 / 5 (40,00 %)	2 / 86 (2,33 %)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 86 (3,49 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)

Tabelle 41: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-KC-KOMB

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
362002	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	3	1	1	2	0	0
362022	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	3	1	0	3	1	0
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	4	0	0	2	0	0
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	4	0	0	2	0	0
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	6	0	0	3	0	0
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	5	0	0	3	0	0

Tabelle 42: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-KC-KOMB

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
9	4	2	6	3	1

Auswertungsmodul Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)

Im Auswertungsmodul KCHK-AK-KATH sind in allen Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgetreten. Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorenergebnisse wurden im Qualitätsindikator „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ (ID 372002; n = 3 von 4) festgestellt (Tabelle 44).

Tabelle 43: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	692	-	691	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	607	100	603	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	32	5,27	33	5,47
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	32	100	33	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	32	100	33	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	14	43,75	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	18	56,25	33	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	18	100	33	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	10	31,25	15	45,45
Bewertung als qualitativ auffällig	8	25	18	54,55
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0	0	0

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sonstiges	0	0	0	0
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 44: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-AK-KATH

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
372000	Intraprozedurale Komplikationen	5 / 85 (5,88 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 85 (4,71 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 85 (1,18 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	4 / 85 (4,71 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)	4 / 85 (4,71 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)
372009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	5 / 84 (5,95 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	2 / 5 (40,00 %)	2 / 84 (2,38 %)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 84 (3,57 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	4 / 88 (4,55 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 88 (1,14 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 88 (3,41 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	5 / 85 (5,88 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)	2 / 5 (40,00 %)	2 / 85 (2,35 %)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 85 (3,53 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 85 (0,00 %)
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	5 / 88 (5,68 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	2 / 5 (40,00 %)	2 / 88 (2,27 %)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 88 (3,41 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	5 / 88 (5,68 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	5 / 5 (100,00 %)	5 / 88 (5,68 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)

Tabelle 45: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-AK-KATH

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
372000	Intraprozedurale Komplikationen	5	1	0	1	0	0
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	4	1	0	0	0	0
372009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	5	1	1	3	0	0
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	4	1	0	3	0	0
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	5	0	0	3	0	0
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	5	1	0	3	0	0
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	5	0	0	5	0	0

Tabelle 46: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-AK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
11	5	4	7	4	1

Auswertungsmodul Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)

Im Auswertungsmodul KCHK-AK-CHIR sind in allen Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgetreten.

Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorenergebnisse wurden im Qualitätsindikator „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ (ID 382008; n = 4 von 5) festgestellt (Tabelle 48).

Tabelle 47: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	683	-	604	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	515	100	516	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	20	3,88	25	4,84
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	20	100	25	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	20	100	25	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	50	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	50	25	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	10	100	25	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	7	35	17	68
Bewertung als qualitativ auffällig	3	15	7	28
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	0	0	1	4

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sonstiges	0	0	0	0
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-AK-CHIR

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
382000	Intraprozedurale Komplikationen	4 / 84 (4,76 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 84 (3,57 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 84 (1,19 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
382009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	3 / 84 (3,57 %)	0	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	3 / 84 (3,57 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	5 / 88 (5,68 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 88 (4,55 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 88 (1,14 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	4 / 84 (4,76 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)	4 / 84 (4,76 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	4 / 88 (4,55 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 88 (2,27 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 88 (2,27 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	5 / 88 (5,68 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 88 (1,14 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 88 (4,55 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 88 (0,00 %)

Tabelle 49: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-AK-CHIR

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
382000	Intraprozedurale Komplikationen	4	0	0	0	0	0
382009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	3	1	0	0	0	0
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	5	0	0	1	0	0
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	4	0	0	0	0	0
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	4	0	0	2	0	0
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	5	0	0	4	0	0

Tabelle 50: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-AK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
12	5	1	5	1	0

Auswertungsmodul Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)

Im Auswertungsmodul KCHK-MK-KATH sind in allen Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgetreten. Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Qualitätsindikator „Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“ (ID 392013; n = 18 von 27) festgestellt (Tabelle 52)

Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	2.784	-	3.180	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.422	100	2.944	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	261	10,78	224	7,61
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	261	100	224	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	261	100	224	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	187	71,65	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	74	28,35	224	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	74	100	224	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	1	0,45
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0	2	0,89
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	40	15,33	101	45,09
Bewertung als qualitativ auffällig	23	8,81	101	45,09
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	11	4,21	20	8,93

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sonstiges	0	0	0	0
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 52: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-MK-KATH

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
392001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	9 / 235 (3,83 %)	0	0 / 9 (0,00 %)	0 / 235 (0,00 %)	8 / 9 (88,89 %)	8 / 235 (3,40 %)	1 / 9 (11,11 %)	1 / 235 (0,43 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 235 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 235 (0,00 %)
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	26 / 236 (11,02 %)	0	0 / 26 (0,00 %)	0 / 236 (0,00 %)	16 / 26 (61,54 %)	16 / 236 (6,78 %)	9 / 26 (34,62 %)	9 / 236 (3,81 %)	1 / 26 (3,85 %)	1 / 236 (0,42 %)	0 / 26 (0,00 %)	0 / 236 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
392014	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	9 / 234 (3,85 %)	0	0 / 9 (0,00 %)	0 / 234 (0,00 %)	7 / 9 (77,78 %)	7 / 234 (2,99 %)	2 / 9 (22,22 %)	2 / 234 (0,85 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 234 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 234 (0,00 %)
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	8 / 220 (3,64 %)	0	0 / 8 (0,00 %)	0 / 220 (0,00 %)	5 / 8 (62,50 %)	5 / 220 (2,27 %)	3 / 8 (37,50 %)	3 / 220 (1,36 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 220 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 220 (0,00 %)
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	7 / 221 (3,17 %)	0	0 / 7 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)	3 / 7 (42,86 %)	3 / 221 (1,36 %)	3 / 7 (42,86 %)	3 / 221 (1,36 %)	1 / 7 (14,29 %)	1 / 221 (0,45 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	16 / 221 (7,24 %)	0	1 / 16 (6,25 %)	1 / 221 (0,45 %)	7 / 16 (43,75 %)	7 / 221 (3,17 %)	7 / 16 (43,75 %)	7 / 221 (3,17 %)	1 / 16 (6,25 %)	1 / 221 (0,45 %)	0 / 16 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)
392006	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappen-eingriff	17 / 236 (7,20 %)	0	0 / 17 (0,00 %)	0 / 236 (0,00 %)	6 / 17 (35,29 %)	6 / 236 (2,54 %)	7 / 17 (41,18 %)	7 / 236 (2,97 %)	4 / 17 (23,53 %)	4 / 236 (1,69 %)	0 / 17 (0,00 %)	0 / 236 (0,00 %)
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	28 / 221 (12,67 %)	0	0 / 28 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)	15 / 28 (53,57 %)	15 / 221 (6,79 %)	13 / 28 (46,43 %)	13 / 221 (5,88 %)	0 / 28 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)	0 / 28 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
392008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	14 / 221 (6,33 %)	0	0 / 14 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)	2 / 14 (14,29 %)	2 / 221 (0,90 %)	3 / 14 (21,43 %)	3 / 221 (1,36 %)	9 / 14 (64,29 %)	9 / 221 (4,07 %)	0 / 14 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)
392009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	28 / 221 (12,67 %)	0	1 / 28 (3,57 %)	1 / 221 (0,45 %)	6 / 28 (21,43 %)	6 / 221 (2,71 %)	17 / 28 (60,71 %)	17 / 221 (7,69 %)	4 / 28 (14,29 %)	4 / 221 (1,81 %)	0 / 28 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	15 / 236 (6,36 %)	0	0 / 15 (0,00 %)	0 / 236 (0,00 %)	8 / 15 (53,33 %)	8 / 236 (3,39 %)	7 / 15 (46,67 %)	7 / 236 (2,97 %)	0 / 15 (0,00 %)	0 / 236 (0,00 %)	0 / 15 (0,00 %)	0 / 236 (0,00 %)
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	20 / 221 (9,05 %)	0	0 / 20 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)	9 / 20 (45,00 %)	9 / 221 (4,07 %)	11 / 20 (55,00 %)	11 / 221 (4,98 %)	0 / 20 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)	0 / 20 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	27 / 221 (12,22 %)	0	0 / 27 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)	9 / 27 (33,33 %)	9 / 221 (4,07 %)	18 / 27 (66,67 %)	18 / 221 (8,14 %)	0 / 27 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)	0 / 27 (0,00 %)	0 / 221 (0,00 %)

Tabelle 53: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-MK-KATH

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
392001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	9	1	0	1	0	0
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	26	4	0	9	1	0
392014	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	9	1	0	2	0	0
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	8	2	0	3	0	0
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	7	0	0	3	0	0

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	16	4	0	7	0	0
392006	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff	17	2	0	7	1	0
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	28	2	0	13	0	0
392008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	14	3	0	3	0	0
392009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	28	3	0	17	0	0
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	15	2	0	7	0	0

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	20	0	0	11	0	0
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	27	0	0	18	0	0

Tabelle 54: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-MK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
55	36	26	36	14	11

Auswertungsmodul *Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)*

Im Auswertungsmodul *KCHK-MK-CHIR* sind in allen Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgetreten.

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, in den Qualitätsindikatoren „Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres“ (ID 402007; n = 4 von 5) und „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 402009; n = 4 von 5) festgestellt (Tabelle 56).

Tabelle 55: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul *KCHK-MK-CHIR*

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	1.241	-	1.192	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	1.059	100	1.108	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	118	11,14	64	5,78
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	118	100	64	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	118	100	64	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	97	82,2	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	21	17,80	64	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	21	100	64	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	1	1,56
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0	1	1,56
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	12	10,17	31	48,44
Bewertung als qualitativ auffällig	5	4,24	26	40,62

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	4	3,39	6	9,38
Sonstiges	0	0	0	0
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich
n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 56: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-MK-CHIR

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
402001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	3 / 84 (3,57 %)	0	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 84 (2,38 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 84 (1,19 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	5 / 84 (5,95 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 84 (1,19 %)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 84 (3,57 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 84 (1,19 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
402014	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	5 / 84 (5,95 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 84 (4,76 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 84 (1,19 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	4 / 86 (4,65 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)	4 / 86 (4,65 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	4 / 86 (4,65 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 86 (2,33 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 86 (1,16 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 86 (1,16 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	10 / 86 (11,63 %)	0	0 / 10 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	5 / 10 (50,00 %)	5 / 86 (5,81 %)	5 / 10 (50,00 %)	5 / 86 (5,81 %)	0 / 10 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 10 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)
402006	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklap-peneingriff	4 / 84 (4,76 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 84 (1,19 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 84 (1,19 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 84 (2,38 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	5 / 86 (5,81 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 86 (1,16 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 86 (4,65 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
402008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	6 / 86 (6,98 %)	0	0 / 6 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	2 / 6 (33,33 %)	2 / 86 (2,33 %)	2 / 6 (33,33 %)	2 / 86 (2,33 %)	2 / 6 (33,33 %)	2 / 86 (2,33 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)
402009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	5 / 86 (5,81 %)	0	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 86 (1,16 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 86 (4,65 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	4 / 84 (4,76 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 84 (3,57 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 84 (1,19 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	5 / 86 (5,81 %)	0	1 / 5 (20,00 %)	1 / 86 (1,16 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 86 (4,65 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	4 / 86 (4,65 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 86 (1,16 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 86 (3,49 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 86 (0,00 %)

Tabelle 57: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-MK-CHIR

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
402001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	3	0	0	1	0	0

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	5	0	0	3	0	0
402014	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	5	1	0	1	0	0
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	4	0	0	0	0	0
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	4	1	0	1	0	0
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	10	3	0	5	0	0
402006	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff	4	0	0	1	0	0

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	5	1	0	4	0	0
402008	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen	6	0	0	2	0	0
402009	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres	5	0	0	4	0	0
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	4	1	1	1	1	0
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	5	0	0	0	0	0
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	4	0	0	3	0	0

Tabelle 58: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-MK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
23	12	5	16	5	0

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Datenvalidierung gemäß § 16 Teil 1 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Bei 46 der 124 (37,10 %) rechnerisch auffälligen Ergebnisse von Auffälligkeitskriterien erfolgte die Bewertung im Sinne eines Defizitnachweises (positiv, qualitativ auffällig) und bei 13 der 124 (10,48 %) Ergebnisse von Auffälligkeitskriterien eine Bewertung im Sinne eines Verdachtsdementis (negativ, qualitativ unauffällig). Des Weiteren erhielten 65 Ergebnisse von Auffälligkeitskriterien die Einstufung „N99“ (Bewertung nicht vorgesehen, Sonstiges (im Kommentar erläutert)) ohne qualitative Bewertung. Die „N99“-Bewertung lag darin begründet, dass die Überprüfung eines Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation (AK 852109 im Auswertungsmodul KCHK-AK-KATH) ergab, dass aufgrund einer Umstellung der OPS-Kodes zwischen den Erfassungsjahren 2021 und 2022 die Anzahl der gelieferten Datensätze in einigen Fällen nicht korrekt ausgewiesen wurde. Leistungserbringer, die in diesem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig waren, mussten daher keine Stellungnahme abgeben.

Werden ausschließlich die Auffälligkeitskriterien betrachtet, für die eine Stellungnahme eingereicht wurde (ohne die „N99“-Bewertungen), zeigt sich ein Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen von 77,97 % (46 Auffälligkeitskriterien mit qualitativ auffälligen Ergebnissen von insgesamt 59 Auffälligkeitskriterien mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Dieser Wert ist vergleichbar mit dem Vorjahreswert von 83,72 % (72 Auffälligkeitskriterien mit qualitativ auffälligen Ergebnissen von insgesamt 86 Auffälligkeitskriterien mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen).

Auswertungsmodul Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul KCHK-KC keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie ein Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit geprüft, zu dem 97 Auffälligkeitskriteriumsergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 59 wiedergegeben, wurden 4 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt.

Zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen.

Es wurden 3 von 4 rechnerisch auffälligen Ergebnissen als qualitativ auffällig bewertet.

Bei keinem Leistungserbringer wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert.

Tabelle 59: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-KC

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

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 60: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	4 / 98 (4,08 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 98 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 98 (1,02 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 98 (3,06 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 98 (0,00 %)

In Tabelle 61 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Es wurden keine Leistungserbringer mit wiederholten rechnerisch oder qualitativ auffälligen Ergebnissen ermittelt.

Tabelle 61: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-KC

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälliges Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälliges Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälliges Ergebnis	davon LE mit bereits AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälliges Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit							
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	4	0	0	3	0	0

In Tabelle 62 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten kommen nicht vor.

Tabelle 62: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-KC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qualitativer Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qualitativen Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qualitativen Auffälligkeiten
4	0	0	3	0	0

Auswertungsmodul Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul KCHK-AK-KATH keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie ein Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit geprüft, zu dem 101 Auffälligkeitskriteriumsergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 63 wiedergegeben, wurden 65 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt.

Zu keinem der rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen.

Es wurde kein Ergebnis als qualitativ auffällig bewertet. Dies lag daran, dass dieses Auffälligkeitskriterium im Stellungnahmeverfahren ausgesetzt wurde (siehe oben unter Abschnitt 3.3). Bei keinem Leistungserbringer wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert.

Tabelle 63: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-KATH

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	101	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	65	64,36
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	65	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	65	100
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	0	0
Bewertung als qualitativ auffällig	0	0

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

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 64: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	65 / 101 (64,36 %)	65	0 / 65 (0,00 %)	0 / 101 (0,00 %)	0 / 65 (0,00 %)	0 / 101 (0,00 %)	0 / 65 (0,00 %)	0 / 101 (0,00 %)	0 / 65 (0,00 %)	0 / 101 (0,00 %)

In Tabelle 65 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind.

In dem Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr, nicht aber zum Vorvorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr, nicht aber im Vorvorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen.

Tabelle 65: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-AK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit							
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	65	7	0	0	7	0

In Tabelle 66 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten kommen nicht vor.

Tabelle 66: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-AK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qualitativen Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qualitativen Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qualitativen Auffälligkeiten
65	0	0	0	0	0

Auswertungsmodul Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul KCHK-AK-CHIR keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie ein Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit geprüft, zu dem 96 Auffälligkeitskriteriumsergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 67 wiedergegeben, wurden 10 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt.

Zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen.

Es wurden 3 von 10 rechnerisch auffälligen Ergebnissen als qualitativ auffällig bewertet.

Bei keinem Leistungserbringer wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert.

Tabelle 67: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-AK-CHIR

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	96	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	10	10,42
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	10	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	10	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	7	70
Bewertung als qualitativ auffällig	3	30
Sonstiges	0	0

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

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 68: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	10 / 96 (10,42 %)	0	0 / 10 (0,00 %)	0 / 96 (0,00 %)	7 / 10 (70,00 %)	7 / 96 (7,29 %)	3 / 10 (30,00 %)	3 / 96 (3,12 %)	0 / 10 (0,00 %)	0 / 96 (0,00 %)

In Tabelle 69 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind.

In dem Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr, nicht aber zum Vorvorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr, nicht aber im Vorvorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen.

Tabelle 69: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-AK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälliges Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälliges Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälliges Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälliges Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit							
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	10	2	0	3	2	0

In Tabelle 70 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten kommen nicht vor.

Tabelle 70: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-AK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
10	0	0	3	0	0

Auswertungsmodul Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul KCHK-MK-KATH keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie ein Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit geprüft, zu dem 249 Auffälligkeitskriteriumsergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 71 wiedergegeben, wurden 14 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt.

Zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen.

Es wurden 14 von 14 rechnerisch auffälligen Ergebnissen als qualitativ auffällig bewertet.

Bei keinem Leistungserbringer wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert.

Tabelle 71: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-KATH

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

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

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 72: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	14 / 249 (5,62 %)	0	0 / 14 (0,00 %)	0 / 249 (0,00 %)	0 / 14 (0,00 %)	0 / 249 (0,00 %)	14 / 14 (100,00 %)	14 / 249 (5,62 %)	0 / 14 (0,00 %)	0 / 249 (0,00 %)

In Tabelle 73 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind.

In dem Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr, nicht aber zum Vorvorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr, nicht aber im Vorvorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen.

Tabelle 73: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-MK-KATH

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit							
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	14	2	0	14	2	0

In Tabelle 74 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten kommen nicht vor.

Tabelle 74: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-MK-KATH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
14	0	0	14	0	0

Auswertungsmodul *Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)*

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul *KCHK-MK-CHIR* keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie ein Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit geprüft, zu dem 95 Auffälligkeitskriteriumsergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 75 wiedergegeben, wurden 15 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt.

Zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen.

Es wurden 12 von 15 rechnerisch auffälligen Ergebnissen als qualitativ auffällig bewertet.

Bei keinem Leistungserbringer wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert.

Tabelle 75: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-MK-CHIR

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	95	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	15	15,79
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	15	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	15	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	15	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	3	20
Bewertung als qualitativ auffällig	12	80
Sonstiges	0	0

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

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 76: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	15 / 95 (15,79 %)	0	0 / 15 (0,00 %)	0 / 95 (0,00 %)	3 / 15 (20,00 %)	3 / 95 (3,16 %)	12 / 15 (80,00 %)	12 / 95 (12,63 %)	0 / 15 (0,00 %)	0 / 95 (0,00 %)

In Tabelle 77 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind.

In dem Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr, nicht aber zum Vorvorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr, nicht aber im Vorvorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen.

Tabelle 77: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-MK-CHIR

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit							
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	15	6	0	12	5	0

In Tabelle 78 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten kommen nicht vor.

Tabelle 78: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-MK-CHIR

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
15	0	0	12	0	0

Auswertungsmodul Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (KCHK-D)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul KCHK-D keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 817 Auffälligkeitskriterienergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 79 wiedergegeben, wurden 16 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt.

Zu allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen.

Es wurden 14 von 16 rechnerisch auffälligen Ergebnissen als qualitativ auffällig bewertet.

Bei keinem Leistungserbringer wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert.

Tabelle 79: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul KCHK-D

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	817	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	16	1,96
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	16	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	0	0
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	16	100
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	16	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	2	12,50
Bewertung als qualitativ auffällig	14	87,50
Sonstiges	0	0

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

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Tabelle 80: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit											
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	13 / 273 (4,76 %)	0	0 / 13 (0,00 %)	0 / 273 (0,00 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 273 (0,00 %)	13 / 13 (100,00 %)	13 / 273 (4,76 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 273 (0,00 %)
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	1 / 273 (0,37 %)	0	0 / 1 (0,00 %)	0 / 273 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 273 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 273 (0,37 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 273 (0,00 %)
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	2 / 271 (0,74 %)	0	0 / 2 (0,00 %)	0 / 271 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	2 / 271 (0,74 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 271 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 271 (0,00 %)

In Tabelle 81 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind.

In dem Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit gab es keinen Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr.

Tabelle 81: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – KCHK-D

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälliges Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälliges Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälliges Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälliges Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit							
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	13	0	1	13	0	0
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	1	0	0	1	0	0
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	2	0	0	0	0	0

In Tabelle 82 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten kommen nicht vor.

Tabelle 82: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – KCHK-D

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
16	0	0	14	0	0

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Satz 3 Teil 1 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens, wobei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldungen weiterer Verfahrensbeteiligter eingeholt werden.

Im Verfahren QS KCHK werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL stetig für die Verfahrenspflege genutzt.

Das QS-Verfahren dient der Beurteilung von stationär erbrachten Indexeingriffen sowie der damit assoziierten Folgeereignisse (Follow-up). Es adressiert das Auftreten möglicher Komplikationen, erneute Eingriffe und Todesfälle und bildet die Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität „Patientensicherheit“ und „Wirksamkeit“ ab (IQTIG 2024b). Es soll die qualitätsrelevanten Aspekte darstellen und bewerten und dabei gemäß § 1 Abs. 3 Satz 3 Teil 2 Verfahren 6 (QS KCHK) DeQS-RL insbesondere diesen Zielsetzungen folgen:

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

Allerdings wird momentan als Folge der regelhaften Verfahrenspflege und der damit einhergehenden Reduktion des Indikatorensets das Richtlinienziel der Verbesserung der Indikationsstellung nach Streichung der Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ (IDs 362001, 392000 und 402000) nicht mehr adressiert. Die Streichung dieser Indikatoren war darin begründet, dass neben häufigen Dokumentationsfehlern auch Probleme in der Datenerhebung bestanden. Zudem kam es aufgrund der langfristigen Zeiträume der externen Qualitätssicherung zu Abweichungen von der aktuell gültigen Leitlinie. Gepaart mit dem hohen Dokumentationsaufwand, der hohen Komplexität und der schwierigen zugrunde liegenden Rechenregel dieser Indikatoren ergaben sich in der Anwendung tiefgreifende Schwierigkeiten, sodass sich die Indikatorenergebnisse nicht als Grundlage für ein Stellungnahmeverfahren eigneten. Das IQTIG hatte die Eignung und Struktur der Indikatoren umfänglich mit den Mitgliedern des Übergangsgremiums zum Expertengremium auf Bundesebene diskutiert und kam zu dem Ergebnis, dass neben dem ungünstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnis der Indikatoren diese auch nicht valide genug seien, um weitergeführt zu werden. Mit den prospektiven Rechenregeln des Erfassungsjahres 2024 wurde die Streichung durch den G-BA beschlossen.

Zudem erfolgte die Streichung der einzigen Prozessindikatoren des Verfahrens („Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“, IDs 352000 und 362002), weil kein weiteres Potenzial zur Verbesserung bestand. Die Bundesergebnisse dieser Indikatoren erreichten bereits mehrere Jahre in Folge sehr gute Ergebnisse. Da das Verbesserungspotenzial der Ergebnisse dieses Indikators infolge der wiederholt guten Ergebnisse eher als gering eingeschätzt wird, wurde vom IQTIG in Übereinstimmung mit dem Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Konsens empfohlen, dass diese Indikatoren zum Erfassungsjahr 2024 gestrichen werden sollen. Diese Streichung wurde mit den prospektiven Rechenregeln des Erfassungsjahres 2024 durch den G-BA beschlossen.

Nichtsdestotrotz wird perspektivisch die erneute Entwicklung und Einführung sowohl eines Indikators zur Prüfung der Indikationsstellung als auch eines Indikators zur Prozessqualität geprüft, womit das Richtlinienziel „Verbesserung der Indikationsstellung“ und damit die Qualitätsdimension „Angemessenheit“ sowie das Richtlinienziel „Verbesserung der Durchführung der Eingriffe“ wieder direkt adressiert würden. Allerdings geben durchaus auch die Ergebnisse der Ergebnisindikatoren im Verfahren Auskunft über die Qualität der Durchführung, sodass das Richtlinienziel „Verbesserung der Durchführung der Eingriffe“ auch bereits ohne Prozessindikatoren indirekt verfolgt wird.

Die Beauftragung des G-BA zur Verfahrensüberprüfung und Erarbeitung von Empfehlungen zur Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern und Qualitätsindikatoren (Beschluss vom 19. Januar 2023; G-BA 2023) ergab für das Verfahren QS KCHK die Streichung weiterer Indikatoren. Entsprechende Empfehlungen wurden dem G-BA in Form eines Abschlussberichts am 14. Juni 2024 übergeben. Die diesbezügliche Beratung bleibt vorerst abzuwarten. Das Indikatorenset würde aber auch nach diesen Streichungen weiterhin das Auftreten möglicher Komplikationen, erneuter Eingriffe und Todesfälle adressieren und auch weiterhin die Qualitätsdimensionen „Patientensicherheit“ und „Wirksamkeit“ abbilden.

5 Fazit und Ausblick

Das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2023 war mit insgesamt 51 mit einem Referenzbereich belegten Qualitätsindikatoren und 8 Auffälligkeitskriterien etwas umfangreicher als im Jahr zuvor (das Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2022 umfasste 40 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen). Für die im Stellungnahmeverfahren betrachteten Qualitätsindikatoren zeigt sich anhand der Ergebnisse des Auswertungsjahres 2023 im Verfahren QS KCHK weiterhin eine überwiegend gute Versorgungsqualität. Beim Vergleich der Auswertungsjahre 2023 und 2022 unterscheiden sich die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren nicht wesentlich. Für Qualitätsindikatoren, die noch nicht im Stellungnahmeverfahren betrachtet wurden, wird eine Einschätzung erst in den kommenden Auswertungsjahren über einen Jahresvergleich möglich sein.

Die Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ (IDs 362001, 392000 und 402000) und „Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“ (IDs 352000 und 362002) wurden zum Erfassungsjahr 2024 zur Streichung empfohlen und demgemäß in diesem Jahr letztmalig berichtet. Da aufgrund der unter Abschnitt 2.3 beschriebenen Probleme (Komplexität, Dokumentationsproblematik, Aktualität der Leitlinie) für den Indikator „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ derzeit nicht verifiziert werden kann, ob rechnerische Auffälligkeiten tatsächlich qualitative Auffälligkeiten begründen, erfolgte für diesen Indikator der Beschluss zur Streichung mit den prospektiven Rechenregeln des Erfassungsjahres 2024. Die Bundesergebnisse des Indikators „Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“ erreichten bereits seit mehreren Jahren sehr gute Ergebnisse, sodass kein Verbesserungspotenzial mehr gesehen wurde. Dementsprechend wurde auch für diesen Indikator die Streichung mit den prospektiven Rechenregeln des Erfassungsjahres 2024 beschlossen.

Insgesamt ist der Aufbau des Verfahrens QS KCHK das Ergebnis einer historischen Entwicklung, wodurch sich der heterogene Aufbau der Qualitätsindikatoren und der jeweiligen Auswertungsmodule erklärt. Der Umfang des QS-Verfahrens und dessen Komplexität geht mit erhöhtem Aufwand für alle beteiligten Akteurinnen und Akteure einher. Perspektivisch ist in Rücksprache mit dem Expertengremium auf Bundesebene vorgesehen, die Anzahl der Qualitätsindikatoren im Rahmen der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens weiter zu reduzieren. Dies kann sowohl durch eine Reduktion der Anzahl von Auswertungsmodulen als auch durch eine Umstrukturierung bzw. Fokussierung innerhalb der jeweiligen Auswertungsmodule erfolgen. Ziel soll es sein, die Effizienz der Qualitätsbewertung dieses Versorgungsbereichs zu erhöhen und den Aufwand der beteiligten Akteurinnen und Akteure, insbesondere im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens, zu reduzieren. Als Ergebnis dieser Weiterentwicklung wurden zum Erfassungsjahr 2024 z. B. die auf Sozialdaten basierenden Qualitätsindikatoren zu den Reinterventionen bzw. Reoperationen innerhalb von 30

Tagen und die jeweilig adressierten Qualitätsmerkmale im Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets zum neuen Qualitätsindikator „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ zusammengefasst. Analog dazu werden auch die Qualitätsindikatoren zu den Reinterventionen bzw. Reoperationen innerhalb eines Jahres im neuen Qualitätsindikator „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ zusammengefasst. Inhaltlich werden die Indikatoren sich weiterhin auf die jeweiligen spezifischen Modulhalte beziehen. Durch diese Zusammenfassung erfährt das Indikatorenset eine Reduktion um 6 Qualitätsindikatoren.

Des Weiteren ist vorgesehen, die auf QS-Dokumentation basierenden und sich auf den stationären Aufenthalt beziehenden Qualitätsindikatoren „Intraprozedurale Komplikationen“ (IDs 372000 und 382000), „Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts“ (ID 372001), „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes“ (IDs 362004, 392002 und 402002) mit dem auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basierenden Qualitätsindikator „Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“ (IDs 362007, 392005 und 402005) zusammenzufassen und die entsprechenden Qualitätsmerkmale mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen abzubilden. Diese Zusammenlegung führt zu einer Reduktion des Indikatorensets um weitere 3 Indikatoren und damit zu einer Verminderung des Dokumentationsaufwands bei den Leistungserbringern, ohne dass auf die Abbildung wichtiger Qualitätsinformationen verzichtet werden muss. Eine entsprechende Empfehlung an den G-BA kann ggf. bereits mit der Abgabe zu den endgültigen Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2026 bzw. zum Erfassungsjahr 2027 erfolgen.

Perspektivisch wird zudem die erneute Entwicklung und Einführung sowohl eines Qualitätsindikators zur Prüfung der Indikationsstellung als auch eines Indikators zur Prozessqualität geprüft, womit das Richtlinienziel „Verbesserung der Indikationsstellung“ und damit die Qualitätsdimension „Angemessenheit“ sowie das Richtlinienziel „Verbesserung der Durchführung der Eingriffe“ wieder adressiert würden.

Zudem wird zum Zeitpunkt der Berichtserstellung die Risikoadjustierung aller in Zukunft weiterhin vorhandenen Qualitätsindikatoren geprüft, sodass perspektivisch, spätestens aber zum Erfassungsjahr 2027, alle verbleibenden Indikatoren risikoadjustiert sein werden. Darüber hinaus wird für das gesamte Indikatorenset die Möglichkeit einer Risikoadjustierung über Sozialdaten bei den Krankenkassen geprüft.

All diese Bemühungen sind Teil der Weiterentwicklung des Verfahrens im Regelbetrieb und erfolgen in gemeinsamer Beratung und in enger Abstimmung mit dem Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 (G-BA 2023) beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* und *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren

oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Bericht wurde am 14. Juni 2024 dem G-BA übergeben. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung der Empfehlungen vorgesehen.

Unabhängig davon erfolgen zusammen mit dem Expertengremium auf Bundesebene im Rahmen der Verfahrenspflege kontinuierlich konsentierete, notwendige Anpassungen des Dokumentationsbogens und der Rechenregeln, um den ständigen Weiterentwicklungen innerhalb dieses QS-Verfahrens Rechnung zu tragen.

Literatur

- 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: 16.05.2023).
- 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: 30.01.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Prüfkriterien für die Sozialdatenvalidierung ab 2024 für die Verfahren QS CHE, QS TX und QS KCHK gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6448/2024-01-31_DeQS-RL_Pruefkriterien-Sozialdatenvalidierung-QS-CHE-TX-KCHK-ab-2024.pdf (abgerufen am: 18.06.2024).
- 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: 16.05.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Bundesqualitätsbericht 2023. [Stand:] 08.11.2023. [Berlin]: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2023_2023-11-08.pdf (abgerufen am: 01.07.2024).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Isolierte Koronarchirurgie. Auswertungsjahr 2024. Berichtszeitraum Q1/2021 – Q1/2024. Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL (Endgültige Rechenregeln). [Stand:] 31.05.2024. [Berlin]: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2024/kchk-kc/DeQS-RL_KCHK-KC_AJ2024_QIDB-RR-E_V02_2024-05-31.pdf (abgerufen am: 12.08.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b):

Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.1. [Stand:] 08.04.2024. Berlin: IQTIG.

URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.1_2024-04-08.pdf (abgerufen am: 11.07.2024).

Reardon, MJ; Van Mieghem, NM; Popma, JJ; Kleiman, NS; Søndergaard, L; Mumtaz, M; et al.

(2017): Surgical or Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients.

The New England Journal of Medicine 376(14): 1321-1331. DOI: 10.1056/NEJMoa1700456.