

**IQTIG**

Institut für  
Qualitätssicherung  
und Transparenz im  
Gesundheitswesen

# Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitäts- berichten der Krankenhäuser

**Anhang:  
Übersicht über die Empfehlungen des IQTIG zum  
Berichtsjahr 2025**

## Impressum

Titel	Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Anhang: Übersicht über die Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2025
Zuständigkeit	Abteilung Verfahrensmanagement
Abgabe	31. März 2026
Aktualisierung:	30. April 2026

### Auftraggeber

---

Auftraggeber                      Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

### Herausgeber

---

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

## Inhaltsverzeichnis

1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI).....	8
1.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	8
1.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	10
2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-A).....	13
2.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	13
2.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	13
3	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-S).....	15
3.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	15
3.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	15
4	Cholezystektomie (CHE).....	17
4.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	17
4.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	17
5	Dialyse (NET-DIAL).....	18
5.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	18
5.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	18
6	Nierentransplantation (NET-NTX) .....	24
6.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	24
6.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	26
7	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX) .....	27

7.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	27
7.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	28
8	Herztransplantationen (TX-HTX) .....	29
8.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	29
8.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	29
9	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU) .....	30
9.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	30
9.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	31
10	Leberlebendspenden (TX-LLS).....	32
10.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	32
10.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	33
11	Lebertransplantationen (TX-LTX).....	34
11.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	34
11.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	34
12	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX).....	35
12.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	35
12.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	35
13	Nierenlebendspenden (TX-NLS).....	36
13.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	36
13.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	37
14	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR) .....	38

14.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	38
14.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	38
15	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH).....	40
15.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	40
15.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	40
16	Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC).....	42
16.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	42
16.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	42
17	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB) .....	44
17.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	44
17.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	44
18	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR) .....	51
18.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	51
18.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	51
19	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH).....	53
19.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	53
19.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	53
20	Karotis-Revaskularisation (KAROTIS) .....	55
20.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	55
20.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	57
21	Ambulant erworbene Pneumonie (CAP) .....	59

21.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	59
21.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	59
22	Mammachirurgie (MC) .....	67
22.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	67
22.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	68
23	Gynäkologische Operationen (GYN-OP).....	70
23.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	70
23.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	71
24	Dekubitusprophylaxe (DEK) .....	72
24.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	72
24.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	72
25	Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL) .....	73
25.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	73
25.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	74
26	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV) .....	75
26.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	75
26.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	75
27	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL) .....	76
27.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	76
27.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	77
28	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation (HSMDEF-DEFI-REV) .....	78

28.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	78
28.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	78
29	Geburtshilfe (PM-GEBH).....	79
29.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	79
29.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	82
30	Neonatologie (PM-NEO) .....	83
30.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	83
30.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	86
31	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK).....	87
31.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	87
31.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	88
32	Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP).....	89
32.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	89
32.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden .....	90

# 1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)

## 1.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QI	ja	
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	QI	ja	
56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	QI	ja	
56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	QI	ja	
56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	QI	ja	
56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	QI	ja	
56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	QI	ja	
56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	QI	ja	
56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	QI	ja	
56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	QI	ja	
56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	QI	ja	
56111	Patienteninformation nach der Prozedur	QI	ja	
56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	QI	ja	
56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	QI	ja	
56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	QI	ja	
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	QI	ja	
56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	QI	ja	
56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	QI	ja	
56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	QI	ja	

## 1.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)	QI	nein	Das Eignungskriterium „Validität“ ist nicht vollständig erfüllt. Für eine nicht unerhebliche Anzahl der in den Nenner des Qualitätsindikators eingeschlossenen Patientinnen und Patienten ist die Indikation zur isolierten Koronarangiographie trotz fehlendem objektiven, nicht-invasiven Ischämienachweis gegeben. Vor diesem Hintergrund liegt für diesen Qualitätsindikator nur eine geringe Validität vor. Der Qualitätsindikator wurde zur Überarbeitung empfohlen
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QI	nein	Es gibt Hinweise darauf, dass das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ noch nicht vollständig erfüllt ist. Diese sind darauf zurückzuführen, dass sich im Vergleich zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser - stationär, Krankenhäuser - ambulant, Belegärztinnen/-ärzte, Vertragsärztinnen/-ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigen. Demnach ist davon auszugehen, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven unberücksichtigt bleiben.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QI	nein	Es gibt Hinweise darauf, dass das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ noch nicht vollständig erfüllt ist. Diese sind darauf zurückzuführen, dass sich im Vergleich zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser - stationär, Krankenhäuser - ambulant, Belegärztinnen/-ärzte, Vertragsärztinnen/-ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigen. Demnach ist davon auszugehen, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven unberücksichtigt bleiben.
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QI	nein	Es gibt Hinweise darauf, dass das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ noch nicht vollständig erfüllt ist. Diese sind darauf zurückzuführen, dass sich im Vergleich zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser - stationär, Krankenhäuser - ambulant, Belegärztinnen/-ärzte, Vertragsärztinnen/-ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigen. Demnach ist davon auszugehen, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven unberücksichtigt bleiben.
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QI	nein	Es gibt Hinweise darauf, dass das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ noch nicht vollständig erfüllt ist. Diese sind darauf zurückzuführen, dass sich im Vergleich zwischen den Leistungserbringergruppen (Krankenhäuser - stationär, Krankenhäuser - ambulant, Belegärztinnen/-ärzte, Vertragsärztinnen/-ärzte, selektivvertragliche Leistungserbringer) teilweise nicht plausible Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigen. Demnach ist davon auszugehen, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven unberücksichtigt bleiben.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. post-prozeduraler Tag)	QI	nein	Da das Ereignis „Tod“ innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben werden kann, kann das Qualitätsergebnis durch die Leistungserbringer nur bedingt beeinflusst werden. Vor diesem Hintergrund ist das Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit“ nicht vollständig erfüllt.
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. post-prozeduraler Tag)	TKez	nein	Da das Ereignis „Tod“ innerhalb des definierten Beobachtungszeitfensters dem Indexeingriff häufig nicht eindeutig zugeschrieben werden kann, kann das Qualitätsergebnis durch die Leistungserbringer nur bedingt beeinflusst werden. Vor diesem Hintergrund ist das Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit“ nicht vollständig erfüllt.
56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	QI	nein	Das Aussetzen der Veröffentlichungsfähigkeit des Indikators wird empfohlen, da in den Beratungen des G-BA die Eignung des Indikators zur validen Abbildung der Qualitätsanforderung als eingeschränkt eingeschätzt wurde.

## 2 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-A)

### 2.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

### 2.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.

### 3 Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung (WI-NI-S)

#### 3.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

#### 3.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multi-resistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.
2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI	nein	Der Entwicklungsprozess dieses QI wurde nicht abgeschlossen.
342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	TKez	nein	Der Entwicklungsprozess dieser Transparenzkennzahl wurde nicht abgeschlossen.

## 4 Cholezystektomie (CHE)

### 4.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	ja	
58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QI	ja	
58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QI	ja	

### 4.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

## 5 Dialyse (NET-DIAL)

### 5.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

### 5.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572001	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572048	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572005	Dialysefrequenz pro Woche	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572006	Dialysedauer pro Woche	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572007	Ernährungsstatus	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572008	Anämiemanagement	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572056	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QI	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572011	1-Jahres-Überleben	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572012	2-Jahres-Überleben	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572013	3-Jahres-Überleben	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.
572014	5-Jahres-Überleben	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
572061	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	nein	Im Rahmen der „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung“ empfiehlt das IQTIG eine umfassende Überarbeitung des Auswertungsmoduls NET-DIAL.

## 6 Nierentransplantation (NET-NTX)

### 6.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	QI	ja	
572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572021	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	nein	Der Indikator wird erstmalig ausgewertet. Da keine Hinweise darauf vorliegen, dass die Eignungskriterien nicht erfüllt werden, wird der Indikator zur Veröffentlichung empfohlen.
572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung	QI	ja	
572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QI	ja	
572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)	QI	ja	
572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	TKez	ja	
572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	ja	
572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	ja	
572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	nein	Der Indikator wird erstmalig ausgewertet. Da keine Hinweise darauf vorliegen, dass die Eignungskriterien nicht erfüllt werden, wird der Indikator zur Veröffentlichung empfohlen.
572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QI	ja	
572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	ja	
572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	ja	
572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	nein	Der Indikator wird erstmalig ausgewertet. Da keine Hinweise darauf vorliegen, dass die Eignungskriterien nicht erfüllt werden, wird der Indikator zur Veröffentlichung empfohlen.

## 6.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.
572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Aufgrund der bundesweit sehr guten Ergebnisse in Kombination mit einem perzentilbasierten Referenzbereich war es möglich, dass Ergebnisse zwar rechnerisch auffällig wurden, aber keine Anhaltspunkte für eine qualitative Prüfung vorlagen, da im Abgleich mit der internationalen Literatur die auf einer perzentilbasierten Auswertung beruhenden Einzelergebnisse praktisch an bzw. auf der Grenze des Erwartbaren lagen. Die Kennzahl soll daher weiterentwickelt werden.
572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Aufgrund der bundesweit sehr guten Ergebnisse in Kombination mit einem perzentilbasierten Referenzbereich war es möglich, dass Ergebnisse zwar rechnerisch auffällig wurden, aber keine Anhaltspunkte für eine qualitative Prüfung vorlagen, da im Abgleich mit der internationalen Literatur die auf einer perzentilbasierten Auswertung beruhenden Einzelergebnisse praktisch an bzw. auf der Grenze des Erwartbaren lagen. Die Kennzahl soll daher weiterentwickelt werden.

## 7 Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (NET-PNTX)

### 7.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QI	ja	
572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	ja	
572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	TKez	ja	
572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	TKez	ja	
572047	Entfernung des Pankreastransplantats	QI	ja	

## 7.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.

## 8 Herztransplantationen (TX-HTX)

### 8.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	

### 8.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.

## 9 Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (TX-MKU)

### 9.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QI	ja	
251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QI	ja	
52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QI	ja	
52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	TKez	ja	
52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	TKez	ja	
52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QI	ja	
52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	TKez	ja	
52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	TKez	ja	
52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QI	ja	
52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	TKez	ja	
52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	TKez	ja	

## **9.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden**

Keine

## 10 Leberlebendspenden (TX-LLS)

### 10.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	QI	ja	
2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	ja	
12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	ja	
12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	ja	
262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	ja	
2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QI	ja	
12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	ja	
12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	ja	
12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	QI	ja	
12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	ja	
12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	ja	

## 10.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

## 11 Lebertransplantationen (TX-LTX)

### 11.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
2097	Tod durch operative Komplikationen	QI	ja	
2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
2133	Postoperative Verweildauer	QI	ja	
272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	QI	ja	

### 11.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ ist nicht vollständig erfüllt.

## 12 Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX)

### 12.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	
12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	ja	

### 12.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.

## 13 Nierenlebendspenden (TX-NLS)

### 13.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende	QI	ja	
2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	ja	
12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	ja	
12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	ja	
292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	ja	
2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QI	ja	
12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	QI	ja	
12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)	QI	ja	
51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	QI	ja	
51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	ja	
51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	QI	ja	

### 13.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

## 14 Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)

### 14.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	ja	
382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	

### 14.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
382000	Intraprozedurale Komplikationen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem ist die Objektivität nicht vollständig gegeben ist. Es gibt keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs. Die Abgrenzung vom elektiven/dringlichen Eingriff ist nicht ausreichend gegeben. So kann der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit und Validität) sind nicht vollständig erfüllt, da unter anderem ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht herstellbar ist. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Umwandlung in eine Transparenzkennzahl empfohlen.

## 15 Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)

### 15.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	

### 15.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
372000	Intraprozedurale Komplikationen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem ist die Objektivität nicht vollständig gegeben ist. Es gibt keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs. Die Abgrenzung vom elektiven/dringlichen Eingriff ist nicht ausreichend gegeben. So kann der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit und Validität) sind nicht vollständig erfüllt, da unter anderem ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht herstellbar ist. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Umwandlung in eine Transparenzkennzahl empfohlen.

## 16 Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)

### 16.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	ja	
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	

### 16.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem ist die Objektivität nicht vollständig gegeben. Es gibt keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs. Die Abgrenzung vom elektiven/dringlichen Eingriff ist nicht ausreichend gegeben. So kann der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit und Validität) sind nicht vollständig erfüllt, da unter anderem ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht herstellbar ist. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Umwandlung in eine Transparenzkennzahl empfohlen.

## 17 Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB)

### 17.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

### 17.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.
362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.
362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.
362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung und das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.
362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen. Weiterhin ist die Objektivität nicht vollständig gegeben. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.
362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	<p>Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Bei KCHK-KC-KOMB handelt es sich um ein sehr heterogenes Modul, in dem Eingriffe verschiedener Komplexität kombiniert werden, sodass eine sinnvolle Bewertung der Indikatorergebnisse nicht gewährleistet werden kann. Es ist nicht gesichert, dass möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen sind. Zudem können Schwierigkeiten auf Ebene der Datenerhebung/Datenerfassung bzw. der Dokumentation relevanter Parameter das Qualitätsindikatorergebnis indirekt beeinflussen.</p>

## 18 Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)

### 18.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	

### 18.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt, da der Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Patientenfälle nicht ausreichend gewährleistet ist. Es konnte festgestellt werden, dass die Rehospitalisierung oftmals Folge einer Insuffizienz der Trikuspidalklappe war, obwohl der Indexeingriff zur Behandlung einer Insuffizienz der Mitralklappe stattfand. Zudem zeigte sich, dass im Rahmen der Rehospitalisierung eine Mitralklappeninsuffizienz benannt wird, die oftmals das akzeptable Primärergebnis des Indexeingriffs darstellt. Ebenso ist das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung nicht vollständig erfüllt.
402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem ist die Objektivität nicht vollständig gegeben. Es gibt keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs. Die Abgrenzung vom elektiven/dringlichen Eingriff ist nicht ausreichend gegeben. So kann der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit und Validität) sind nicht vollständig erfüllt, da unter anderem ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht herstellbar ist. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Umwandlung in eine Transparenzkennzahl empfohlen.

## 19 Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)

### 19.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	
392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	ja	

### 19.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt, da der Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Patientenfälle nicht ausreichend gewährleistet ist. Es konnte festgestellt werden, dass die Rehospitalisierung oftmals Folge einer Insuffizienz der Trikuspidalklappe war, obwohl der Indexeingriff zur Behandlung einer Insuffizienz der Mitralklappe stattfand. Zudem zeigte sich, dass im Rahmen der Rehospitalisierung eine Mitralklappeninsuffizienz benannt wird, die oftmals das akzeptable Primärergebnis des Indexeingriffs darstellt. Ebenso ist das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung nicht vollständig erfüllt.
392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.
392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt. Zudem ist die Objektivität nicht vollständig gegeben. Es gibt keine konkrete Definition eines Notfalleingriffs. Die Abgrenzung vom elektiven/dringlichen Eingriff ist nicht ausreichend gegeben. So kann der Einschluss aller relevanten und der Ausschluss aller irrelevanten Fälle nicht gewährleistet werden. Diese Transparenzkennzahl wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Streichung empfohlen.
392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit und Validität) sind nicht vollständig erfüllt, da unter anderem ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmerkmal und dem den Indexeingriff ausführenden Leistungserbringer über Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht herstellbar ist. Dieser Indikator wurde zum Erfassungsjahr 2026 zur Umwandlung in eine Transparenzkennzahl empfohlen.

## 20 Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

### 20.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	QI	nein	Ab dem AJ 2025 werden zusätzlich zum Stenosegrad weitere leitlinienbasierte Kriterien der Indikationsstellung erhoben und ausgewertet. Für den angepassten QI konnten im Rahmen der Verfahrensüberprüfung alle Eignungskriterien, mit Ausnahme des Eignungskriteriums im Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, als vorbehaltlich erfüllt eingeschätzt werden. Dieses Eignungskriterium wurde im Nachgang für die ab dem AJ 2025 neu eingeführten leitlinienbasierten Kriterien geprüft und als erfüllt eingeschätzt.
162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	QI	nein	Ab dem AJ 2025 werden zusätzlich zum Stenosegrad weitere leitlinienbasierte Kriterien der Indikationsstellung erhoben und ausgewertet. Für den angepassten QI konnten im Rahmen der Verfahrensüberprüfung alle Eignungskriterien, mit Ausnahme des Eignungskriteriums im Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, als vorbehaltlich erfüllt eingeschätzt werden. Dieses Eignungskriterium wurde im Nachgang für die ab dem AJ 2025 neu eingeführten leitlinienbasierten Kriterien geprüft und als erfüllt eingeschätzt.
52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	QI	ja	
11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	TKez	ja	
162301	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja	
605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja	
606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja	
51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	ja	
51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	QI	ja	
51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	TKez	ja	
162304	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	ja	
51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	ja	
51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	ja	
161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	QI	ja	

## 20.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch	TKez	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung wird derzeit als nicht vollständig erfüllt eingeschätzt. Es wird geprüft, ob und inwiefern eine angemessene Risikoadjustierung entwickelt werden kann. Der Entwicklungsprozess ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer und Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss) sind nicht vollständig erfüllt. In dieser Kennzahl werden Notfalleingriffe betrachtet, bei denen schwer zu differenzieren scheint, ob der Schlaganfall aufgrund des Eingriffs oder aufgrund patientenseitiger Faktoren aufgetreten ist. Daher werden sowohl die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als auch die Brauchbarkeit des Kennzahlergebnis für qualitätsfördernde Maßnahmen der externen QS als nicht vollständig erfüllt eingeschätzt.
162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt	TKez	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung wird derzeit als nicht vollständig erfüllt eingeschätzt. Es wird geprüft, ob und inwiefern eine angemessene Risikoadjustierung entwickelt werden kann. Der Entwicklungsprozess ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.
162402	Periprozedurales Neuromonitoring	TKez	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt. Der Indikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.

## 21 Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

### 21.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

### 21.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.
2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232000_2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232001_2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
232002_2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232003_2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232004_2013	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
232005_2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232006_2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232007_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232010_50778	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
232008_23 1900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QI	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Der Indikator wird zum EJ 2026 abgeschafft.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
232009_50 722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Datenqualität und Validität) sind nicht vollständig erfüllt. Um die identifizierten Einschränkungen zu beheben, wäre die Einführung neuer Datenfelder sowie ggf. die Überarbeitung bestehender Datenfelder notwendig, was mit einer Erhöhung des Dokumentationsaufwandes einhergehen würde. Inwieweit dadurch die Einschränkungen der Operationalisierung behoben und damit auch die Datenqualität verbessert werden kann, ist nicht abschätzbar. Die Kennzahl wird zum EJ 2026 abgeschafft.

## 22 Mammachirurgie (MC)

### 22.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QI	ja	
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	QI	ja	
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	QI	ja	
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QI	ja	
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QI	ja	
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	TKez	ja	
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QI	ja	
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QI	ja	
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	ja	
212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	ja	

## 22.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	nein	Die Eignungskriterien (Validität, Beeinflussbarkeit) sind nicht vollständig erfüllt. Die geringe Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer ergibt sich daraus, dass bei einem relevanten Anteil von Patientinnen und Patienten die HER2-Bestimmung bereits ambulant durchgeführt wird und dadurch nicht durch den stationären Leistungserbringer beeinflusst werden kann. Eine geringe Validität ergibt sich aus zufallsbedingten Schwankungen. Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 abgeschafft.
212300_52 267	HER2-Positivitätsrate	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Validität und Beeinflussbarkeit) sind nicht vollständig erfüllt.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	nein	Die Eignungskriterien (Validität, Beeinflussbarkeit) sind nicht vollständig erfüllt. Die geringe Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer ergibt sich daraus, dass bei einem relevanten Anteil von Patientinnen und Patienten die HER2-Bestimmung bereits ambulant durchgeführt wird und dadurch nicht durch den stationären Leistungserbringer beeinflusst werden kann. Eine geringe Validität ergibt sich aus zufallsbedingten Schwankungen. Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 abgeschafft.
212301_52278	HER2-Positivitätsrate	EKez	nein	Die Eignungskriterien (Validität und Beeinflussbarkeit) sind nicht vollständig erfüllt.
60659	Nachresektionsrate	QI	nein	Das Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung ist noch nicht vollständig erfüllt.

## 23 Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

### 23.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QI	ja	
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	QI	ja	
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QI	ja	
172000_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	ja	
172001_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	ja	
60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	ja	
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QI	ja	
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QI	ja	

### 23.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

## 24 Dekubitusprophylaxe (DEK)

### 24.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	QI	ja	
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	TKez	ja	
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3	TKez	ja	
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet	TKez	ja	
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	QI	ja	

### 24.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

## 25 Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

### 25.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	QI	ja	
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	ja	
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	ja	
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	ja	
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	ja	
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	ja	

## 25.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
101803	Leitlinienkonforme Indikation	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal und Angemessenheit der Risikoadjustierung) wurden bislang nicht vollständig geprüft, da die Kennzahl derzeit nur zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens verwendet wird. Dabei wird sie für das Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnisindikatoren benötigt, welche u. a. den Anteil an Pneumo- und Hämatothoraces bzw. Sondenbrüche ermitteln.

## 26 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV)

### 26.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	

### 26.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

## 27 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

### 27.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
50055	Leitlinienkonforme Indikation	QI	nein	Im Vorjahr waren die Eignungskriterien Zusammenhang mit einem patientenrelevanten Merkmal und Datenqualität für diesen Indikator nicht erfüllt. Zum Erfassungsjahr 2025 wurden die Rechenregeln an methodisch hochwertig bewertete Leitlinien angepasst sowie Anpassungen an der Spezifikation vorgenommen. Dies führt dazu, dass die Eignungskriterien wieder vollständig erfüllt sind.
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	ja	
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	ja	
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	ja	
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	ja	
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	ja	

## 27.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	nein	Die Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal und Datenqualität) sind nicht vollständig erfüllt.
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	ja	Aufgrund fehlerhafter Plausibilitätsregeln in der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2025 konnten für die QI-Berechnung relevante Datenfelder nicht in allen Fällen korrekt ausgefüllt werden, sodass die Validität des Indikators für das Erfassungsjahr eingeschränkt ist.
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal und Angemessenheit der Risikoadjustierung) wurden bislang nicht vollständig geprüft, da die Kennzahl derzeit nur zur Durchführung des Stellungnahmeverfahrens verwendet wird. Dabei wird sie für das Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnisindikatoren benötigt, welche u. a. den Anteil an Pneumo- und Hämatothoraces bzw. Sondenbrüche ermitteln.

## 28 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (HSMDEF-DEFI-REV)

### 28.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	ja	
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	ja	

### 28.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

Keine

## 29 Geburtshilfe (PM-GEBH)

### 29.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	TKez	ja	
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QI	ja	
52249	Kaiserschnittgeburt	QI	ja	
182000_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 1	EKez	ja	
182300_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 2a	EKez	ja	
182301_522 49	Robson-Klassifikation - Ebene 2b	EKez	ja	
182002_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 3	EKez	ja	
182302_522 49	Robson-Klassifikation - Ebene 4a	EKez	ja	
182303_522 49	Robson-Klassifikation - Ebene 4b	EKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
182004_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 5	EKez	ja	
182005_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 6	EKez	ja	
182006_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 7	EKez	ja	
182007_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 8	EKez	ja	
182008_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 9	EKez	ja	
182009_52 249	Robson-Klassifikation - Ebene 10	EKez	ja	
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QI	ja	
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	TKez	ja	
51397	Azidose bei reifen Einlingen	TKez	ja	
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	QI	ja	
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QI	ja	
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QI	ja	
51808_5180 3	Verstorbene Kinder	KKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51813_51803	Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	KKez	ja	
51818_51803	Kinder mit Base Excess unter -16	KKez	ja	
51823_51803	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	KKez	ja	
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	TKez	ja	
181801_181800	Dammrisse Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	KKez	ja	
181802_181800	Dammrisse Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	KKez	ja	
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	ja	
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	ja	
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	ja	

## 29.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	QI	nein	Dies ist ein QI mit geringer Fallzahl und es handelt sich um ein seltenes und häufig schicksalhaftes Ereignis.

## 30 Neonatologie (PM-NEO)

### 30.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)	TKez	ja	
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	ja	
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	TKez	ja	
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	ja	
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	TKez	ja	
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	TKez	ja	
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus	TKez	ja	
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	TKez	ja	
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	TKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)	TKez	ja	
222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	TKez	ja	
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP	TKez	ja	
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	TKez	ja	
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	TKez	ja	
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	TKez	ja	
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	TKez	ja	
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QI	ja	
51136_51901	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	KKez	ja	
51141_51901	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	KKez	ja	
51146_51901	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	KKez	ja	
51156_51901	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	KKez	ja	

<b>ID</b>	<b>Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl</b>	<b>Art des Wertes</b>	<b>Veröffentlichung im Vorjahr</b>	<b>Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)</b>
51161_51901	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	KKez	ja	
50060	Nosokomiale Infektion	QI	ja	
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QI	ja	
222000_50062	Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax	EKez	ja	
222001_50062	Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion	EKez	ja	
222002_50062	Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage	EKez	ja	
50063	Durchführung eines Hörtests	QI	ja	
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	QI	ja	
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	ja	

### 30.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
51077	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Objektivität der Messung und Reliabilität der Messung) sind nicht vollständig erfüllt.
50051	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL)	TKez	nein	Die Eignungskriterien (Objektivität der Messung und Reliabilität der Messung) sind nicht vollständig erfüllt.
52262	Zunahme des Kopfumfangs	QI	nein	Das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal ist nicht vollständig erfüllt.

## 31 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

### 31.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
54030	Präoperative Verweildauer	QI	ja	
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	ja	
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja	
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja	
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	TKez	ja	

### 31.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
54050	Sturzprophylaxe	QI	nein	Die geringe Objektivität und Reliabilität ergeben sich aus der Feststellung, dass die Datenfelder sehr unspezifische und damit interpretationsoffene Prozesse zur Sturzprophylaxe abfragen. Bestätigt wird dies durch eine geringe Datenqualität im Rahmen der Datenvalidierung. Die geringe Validität des Indikators ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht alle interessierenden Fälle im Indikator abgebildet werden (Beschränkung der Grundgesamtheit auf Patientinnen und Patienten über 65 Jahre; Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind). Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.

## 32 Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

### 32.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
54003	Präoperative Verweildauer	QI	ja	
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja	
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	ja	
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja	
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	ja	
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	ja	
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja	
191800_54120	Implantatassoziierte Komplikationen	KKez	ja	
191801_54120	Weichteilkomplikationen	KKez	ja	

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung (nur bei Änderung im Vergleich zum Vorjahr)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	ja	
192300	Kein Treppensteigen bei Entlassung	QI	nein	Ab dem AJ 2026 ist das bis dahin fehlende Eignungskriterium Angemessenheit der Risikoadjustierung erfüllt. Somit sind alle Eignungskriterien erfüllt und der QI ist veröffentlichungsfähig.
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	ja	
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	TKez	ja	
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	FUQI	ja	

### 32.2 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Ergebnisse nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt, da die in der deutschen Leitlinie ausgewiesenen Indikationskriterien (z.B. die erschöpfte konservative Vorbehandlung, der Leidensdruck und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten) nicht erfasst werden. Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Veröffentlichung im Vorjahr	Begründung
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	nein	Das Eignungskriterium Validität ist nicht vollständig erfüllt, da die in der deutschen Leitlinie ausgewiesenen Indikationskriterien (z.B. die erschöpfte konservative Vorbehandlung, der Leidensdruck und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten) nicht erfasst werden. Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.
54004	Sturzprophylaxe	QI	nein	Die geringe Objektivität und Reliabilität ergeben sich aus der Feststellung, dass die Datenfelder sehr unspezifische und damit interpretationsoffene Prozesse zur Sturzprophylaxe abfragen. Bestätigt wird dies durch eine geringe Datenqualität im Rahmen der Datenvalidierung. Die geringe Validität des Indikators ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht alle interessierenden Fälle im Indikator abgebildet werden (Beschränkung der Grundgesamtheit auf Patientinnen und Patienten über 65 Jahre; Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind). Der Qualitätsindikator wird deshalb zum EJ 2026 zur Abschaffung empfohlen.