IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

# Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2027

**QS-Verfahren 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL**

## Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027

08. Juli 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

# Informationen zum Bericht

## BERICHTSDATEN

**Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln Erfassungsjahr 2027. QS-Verfahren 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL**

| | |
|---|---|
| Datum der Abgabe | 08. Juli 2026 |

## AUFTRAGSDATEN

| | |
|---|---|
| Auftraggeber | Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) |

© IQTIG 2026

# Inhaltsverzeichnis

1 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE) ..... 6
1.1 Qualitätsindikatoren ..... 6
1.1.1 58000: Gallenwegskomplikationen innerhalb von 90 Tagen ..... 6
1.1.2 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen ..... 6
1.1.3 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres ..... 6
2 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX) ..... 7
2.1 Auswertungsmodul Lebertransplantation (TX-LTX) ..... 7
2.1.1 Qualitätsindikatoren ..... 7
2.2 Auswertungsmodul Leberlebendspende (TX-LLS) ..... 7
2.2.1 Qualitätsindikatoren ..... 7
2.3 Auswertungsmodul Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX) ..... 8
2.3.1 Qualitätsindikatoren ..... 8
2.4 Auswertungsmodul Herztransplantationen (TX-HTX) ..... 8
2.4.1 Qualitätsindikatoren ..... 8
2.5 Auswertungsmodul Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen (TX-MKU) ..... 9
2.6 Auswertungsmodul Nierenlebendspenden (TX-NLS) ..... 9
2.6.1 Qualitätsindikatoren ..... 9
3 Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) ..... 10
3.1 Auswertungsmodul Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC) ..... 10
3.2 Auswertungsmodul Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB) ..... 10
3.3 Auswertungsmodul Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH) ..... 10
3.4 Auswertungsmodul Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR) ..... 10
3.5 Auswertungsmodul Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH) ..... 10
3.6 Auswertungsmodul Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR) ..... 10
4 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) ..... 11

© IQTIG 2026

4.1 Qualitätsindikatoren ..... 11
4.1.1 52240: [Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation] ..... 11
5 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) ..... 12
6 Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC) ..... 13
6.1 Qualitätsindikatoren ..... 13
6.1.1 Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden (IDs 202000 und 212001) ..... 13
6.1.2 51847 Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei negativem pN-Status statt Axilladissektion ..... 13
6.1.3 212700 Langer zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation ..... 13
7 Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) ..... 15
7.1 Qualitätsindikatoren ..... 15
7.1.1 51906: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation ..... 15
7.1.2 12871: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung ..... 15
8 Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK) ..... 16
9 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) ..... 17
9.1 Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL) ..... 17
9.1.1 Qualitätsindikatoren ..... 17
9.1.2 Kennzahlen ..... 18
9.2 Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV) ..... 18
9.3 Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL) ..... 18
9.3.1 Qualitätsindikatoren ..... 18
9.4 Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (HSMDEF-DEFI-REV) ..... 19
9.4.1 Qualitätsindikatoren ..... 19
10 Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM) ..... 20
10.1 Auswertungsmodul Geburtshilfe (PM-GEBH) ..... 20
10.1.1 Qualitätsindikatoren ..... 20

10.1.2 Kennzahlen ..... 21
10.2 Auswertungsmodul Neonatologie (PM-NEO) ..... 22
10.2.1 Qualitätsindikatoren ..... 22
10.2.2 Kennzahlen ..... 23
11 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) ..... 26
11.1 Auswertungsmodul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) ..... 26
11.1.1 Qualitätsindikatoren ..... 26
11.1.2 Kennzahlen ..... 29
11.2 Auswertungsmodul Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP) ..... 29
11.2.1 Qualitätsindikatoren ..... 29
11.2.2 Kennzahlen ..... 32
12 Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) ..... 34
12.1 Qualitätsindikatoren ..... 34
12.2 Kennzahlen ..... 34
13 Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS SEPSIS) ..... 35
13.1 Auswertungsmodul Diagnostik und Therapie der Sepsis: Fallbezogen und sozialdatenbasiert (SEPSIS-FS) ..... 35
13.1.1 Qualitätsindikatoren ..... 35
13.2 Auswertungsmodul Diagnostik und Therapie der Sepsis: Einrichtungsbezogen (SEPSIS-E) ..... 36
Impressum ..... 37

# 1 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Im QS-Verfahren CHE sind Cholezystektomien mit oder ohne Gallengangsrevisionen, die unter der Diagnose einer nicht bösartigen Erkrankung der Gallenblase, der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis durchgeführt werden, unter Ausschluss bösartiger Neubildungen an Organen im Bauchraum sowie von Simultancholezystektomien während eines Eingriffs aus anderen Gründen bei gesetzlich Versicherten dokumentationspflichtig.

## 1.1 Qualitätsindikatoren

### 1.1.1 58000: Gallenwegskomplikationen innerhalb von 90 Tagen

Nach den Ergebnissen der Verfahrensüberprüfung im Rahmen der Eckpunktebeauftragung soll die Validität der Messung im Indikator zu operationsbedingten Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen (ID 58000) erhöht werden. Aufgrund dessen wird der Follow-up-Zeitraum auf 90 Tage erweitert. Um diesbezüglich Fehlkodierungen bei Wiederaufnahmen aufgrund einer Gallenwegskomplikation zu vermeiden, werden regelhafte Stent-Wechsel und Extraktionen mit dem Spezifikationsjahr 2027 in der Rechenregel für den QI-ID 58000 als Ausschlusskodes (5-513.h, 5-513.b, 5-513.t, 5-514.k) definiert.

### 1.1.2 58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

Der Indikator 58005, welcher weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres adressiert, enthält als Kodiermöglichkeit den ICD-Kode T81.5 „Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist“. Nach den Ergebnissen der Verfahrensüberprüfung im Rahmen der Eckpunktebeauftragung soll ebenfalls eine Erhebung im Indikator zu den eingriffsspezifischen Infektionen erfolgen, da durch verbliebene Fremdkörper in einer Operationswunde auch aufgetretene Infektionen detektiert werden könnten. Der Kode T81.5 wird daher zukünftig für den Follow-up-Zeitraum ab dem Tag des Indexeingriffs bis hin zu 30 Tagen im Indikator 58002 gewertet und ab 30 Tage nach dem Indexeingriff bis hin zu einem Jahr im Indikator 58005.

### 1.1.3 58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

Neben den unter 1.1.2 beschriebenen Anpassungen der Auswertungsbedingung für den Kode T81.5 erfolgt eine Anpassung der Auswertungsbedingungen für die Narbenhernien. Diese gelten als Spätkomplikation einer Cholezystektomie und dürfen daher nicht gleichzeitig mit dem Indexeingriff gewertet werden. Es erfolgte daher eine Korrektur, sodass aufgetretene Narbenhernien erst ab 30 Tage nach dem Indexeingriff in die Auswertung eingehen.

© IQTIG 2026

# 2 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

Gegenstand des QS-Verfahrens Transplantationsmedizin sind Lebertransplantationen, Leberlebendspenden, Lungentransplantationen, Herz-Lungen-Transplantationen, Herztransplantationen, Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen sowie Nierenlebendspenden.

## 2.1 Auswertungsmodul Lebertransplantation (TX-LTX)

### 2.1.1 Qualitätsindikatoren

#### 2.1.1.1 Follow-up-Indikatoren

Für alle Follow-up-Indikatoren erfolgt eine Anpassung des Berichtszeitraum, sodass dieser den gesamten Zeitraum vom Indexeingriff bis zum jeweiligen Follow-up-Zeitpunkt umfasst.

#### 2.1.1.2 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation

Bei der Erhebung der Follow-up-Daten kann es sein, dass die Daten zu verschiedenen Follow-up-Jahren im gleichen Kalenderjahr erhoben werden. Hintergrund ist, dass es jeweils einen zulässigen Zeitraum für die Erhebung gibt, der über Jahresgrenzen hinweg gehen kann. Liegen zwei Follow-up-Erhebungen aus einem Kalenderjahr vor und wird zudem einmal ein bekannter und einmal ein unbekannter Status dokumentiert, konnte es bislang vorkommen, dass der unbekannte Status nicht erkannt wurde. Ursache ist, dass in diesen Fällen für beide Follow-up-Erhebungen der bekannte Status im Zähler des Indikators herangezogen wurde.

Um dies zu korrigieren, wird aufgrund der Empfehlung des IQTIG eine Anpassung der Rechenregeln vorgenommen.

## 2.2 Auswertungsmodul Leberlebendspende (TX-LLS)

### 2.2.1 Qualitätsindikatoren

#### 2.2.1.1 Follow-up-Indikatoren

Für alle Follow-up-Indikatoren erfolgt eine Anpassung des Berichtszeitraum, sodass dieser den gesamten Zeitraum vom Indexeingriff bis zum jeweiligen Follow-up-Zeitpunkt umfasst.

#### 2.2.1.2 262300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Leberlebendspende

Bei der Erhebung der Follow-up-Daten kann es sein, dass die Daten zu verschiedenen Follow-up-Jahren im gleichen Kalenderjahr erhoben werden. Hintergrund ist, dass es jeweils einen zulässigen Zeitraum für die Erhebung gibt, der über Jahresgrenzen hinweg gehen kann. Liegen zwei

Follow-up-Erhebungen aus einem Kalenderjahr vor und wird zudem einmal ein bekannter und einmal ein unbekannter Status dokumentiert, konnte es bislang vorkommen, dass der unbekannte Status nicht erkannt wurde. Ursache ist, dass in diesen Fällen für beide Follow-up-Erhebungen der bekannte Status im Zähler des Indikators herangezogen wurde.

Um dies zu korrigieren, wird aufgrund der Empfehlung des IQTIG eine Anpassung der Rechenregeln vorgenommen.

## 2.3 Auswertungsmodul Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen (TX-LUTX)

### 2.3.1 Qualitätsindikatoren

#### 2.3.1.1 Follow-up-Indikatoren

Für alle Follow-up-Indikatoren erfolgt eine Anpassung des Berichtszeitraum, sodass dieser den gesamten Zeitraum vom Indexeingriff bis zum jeweiligen Follow-up-Zeitpunkt umfasst.

#### 2.3.1.2 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation

Bei der Erhebung der Follow-up-Daten kann es sein, dass die Daten zu verschiedenen Follow-up-Jahren im gleichen Kalenderjahr erhoben werden. Hintergrund ist, dass es jeweils einen zulässigen Zeitraum für die Erhebung gibt, der über Jahresgrenzen hinweg gehen kann. Liegen zwei Follow-up-Erhebungen aus einem Kalenderjahr vor und wird zudem einmal ein bekannter und einmal ein unbekannter Status dokumentiert, konnte es bislang vorkommen, dass der unbekannte Status nicht erkannt wurde. Ursache ist, dass in diesen Fällen für beide Follow-up-Erhebungen der bekannte Status im Zähler des Indikators herangezogen wurde.

Um dies zu korrigieren, wird aufgrund der Empfehlung des IQTIG eine Anpassung der Rechenregeln vorgenommen.

## 2.4 Auswertungsmodul Herztransplantationen (TX-HTX)

### 2.4.1 Qualitätsindikatoren

#### 2.4.1.1 Follow-up-Indikatoren

Für alle Follow-up-Indikatoren erfolgt eine Anpassung des Berichtszeitraum, sodass dieser den gesamten Zeitraum vom Indexeingriff bis zum jeweiligen Follow-up-Zeitpunkt umfasst.

#### 2.4.1.2 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation

Bei der Erhebung der Follow-up-Daten kann es sein, dass die Daten zu verschiedenen Follow-up-Jahren im gleichen Kalenderjahr erhoben werden. Hintergrund ist, dass es jeweils einen zulässigen Zeitraum für die Erhebung gibt, der über Jahresgrenzen hinweg gehen kann. Liegen zwei Follow-up-Erhebungen aus einem Kalenderjahr vor und wird zudem einmal ein bekannter und

einmal ein unbekannter Status dokumentiert, konnte es bislang vorkommen, dass der unbekannte Status nicht erkannt wurde. Ursache ist, dass in diesen Fällen für beide Follow-up-Erhebungen der bekannte Status im Zähler des Indikators herangezogen wurde.

Um dies zu korrigieren, wird aufgrund der Empfehlung des IQTIG eine Anpassung der Rechenregeln vorgenommen.

## 2.5 Auswertungsmodul Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen (TX-MKU)

Für das Erfassungsjahr 2027 wurden keine Änderungen an den prospektiven Rechenregeln vorgenommen.

## 2.6 Auswertungsmodul Nierenlebendspenden (TX-NLS)

### 2.6.1 Qualitätsindikatoren

#### 2.6.1.1 Follow-up-Indikatoren

Für alle Follow-up-Indikatoren erfolgt eine Anpassung des Berichtszeitraum, sodass dieser den gesamten Zeitraum vom Indexeingriff bis zum jeweiligen Follow-up-Zeitpunkt umfasst.

#### 2.6.1.2 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende

Bei der Anpassung des Nenners von „**CLAVIENDINDO** %in% c(2,3,4,5) & ENTLDIALYSE %==% 0“ zu „**CLAVIENDINDO2** %in% c(2,3,4,5) & ENTLDIALYSE %==% 0“ handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung zur Übernahme der entsprechenden technischen Feldbezeichnung. Eine inhaltliche Änderung der Indikatorberechnung erfolgt nicht.

#### 2.6.1.3 292300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Bei der Erhebung der Follow-up-Daten kann es sein, dass die Daten zu verschiedenen Follow-up-Jahren im gleichen Kalenderjahr erhoben werden. Hintergrund ist, dass es jeweils einen zulässigen Zeitraum für die Erhebung gibt, der über Jahresgrenzen hinweg gehen kann. Liegen zwei Follow-up-Erhebungen aus einem Kalenderjahr vor und wird zudem einmal ein bekannter und einmal ein unbekannter Status dokumentiert, konnte es bislang vorkommen, dass der unbekannte Status nicht erkannt wurde. Ursache ist, dass in diesen Fällen für beide Follow-up-Erhebungen der bekannte Status im Zähler des Indikators herangezogen wurde.

Um dies zu korrigieren, wird aufgrund der Empfehlung des IQTIG eine Anpassung der Rechenregeln vorgenommen.

# 3 Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

Im QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) werden offen-chirurgische Herzoperationen bei Verengungen der Herzkranzgefäße sowie kathetergestützte oder offen-chirurgische Operationen an den Herzklappen insbesondere der linken Herzkammer (Aortenklappe, Mitralklappe) betrachtet.

Erfasst werden vor allem das Auftreten möglicher Komplikationen, erneute Eingriffe und Todesfälle während des Krankenhausaufenthalts als nach der Operation (postoperativ).

## 3.1 Auswertungsmodul Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)

Das IQTIG empfiehlt zu diesem Auswertungsmodul keine Änderungen zum Erfassungsjahr 2027.

## 3.2 Auswertungsmodul Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB)

Das IQTIG empfiehlt zu diesem Auswertungsmodul keine Änderungen zum Erfassungsjahr 2027.

## 3.3 Auswertungsmodul Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)

Das IQTIG empfiehlt zu diesem Auswertungsmodul keine Änderungen zum Erfassungsjahr 2027.

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

Das IQTIG empfiehlt zu diesem Auswertungsmodul keine Änderungen zum Erfassungsjahr 2027.

## 3.5 Auswertungsmodul Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)

Das IQTIG empfiehlt zu diesem Auswertungsmodul keine Änderungen zum Erfassungsjahr 2027.

## 3.6 Auswertungsmodul Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)

Das IQTIG empfiehlt zu diesem Auswertungsmodul keine Änderungen zum Erfassungsjahr 2027.

# 4 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Gegenstand des QS-Verfahrens Karotis-Revaskularisation sind Eingriffe zur Verbesserung des Blutflusses an der Halsschlagader (Karotis-Revaskularisation). Erfasst werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Eingriffe. Für die Berechnung dieser Qualitätsindikatoren wird die fallbezogene QS-Dokumentation herangezogen.

## 4.1 Qualitätsindikatoren

### 4.1.1 52240: [Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation]

Die Empfehlung zur Anpassung der QI-Bezeichnung stellt eine redaktionelle Anpassung dar, um Einheitlichkeit zwischen den QI- und Kennzahlbezeichnungen im QS-Verfahren KAROTIS zu erzielen. Daher wird empfohlen in der QI-Bezeichnung „Todesfälle“ anstelle von „Tod“ zu verwenden.

# 5 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Für das Verfahren QS CAP werden aufgrund der Aussetzung im Erfassungsjahr 2027 keine Rechenregeln für die Qualitätsindikatoren empfohlen.

# 6 Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

Gegenstand des Verfahrens ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Neoplasien der Brust. Erfasst werden alle offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden.

## 6.1 Qualitätsindikatoren

### 6.1.1 Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden (IDs 202000 und 212001)

Der Zähler des Qualitätsindikators wurde um das sondengestützte Markierungsverfahren (Datenfeld: „Prä- oder intraoperative Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren“: Schlüsselnummer sechs) ergänzt. Grund hierfür ist eine Überarbeitung der S3 Leitlinie zur "Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ wonach nun auch für sondengestützte Markierungsverfahren eine Empfehlung vorliegt.

### 6.1.2 51847 Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei negativem pN-Status statt Axilladissektion

Der Titel des Indikators wurde angepasst. Der bisherige QI-Titel („Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“) ließ vermuten, dass die Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie erhoben wird. Qualitätsszsiel des Indikators ist jedoch, dass bei einem negativen pN -Status keine Axilladissektion vorgenommen wird.

### 6.1.3 212700 Langer zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

Die Neuentwicklung des Indikators „Langer zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation“ (ID 212700) basiert auf den Ergebnissen der Bundesauswertung einhergehend mit den Empfehlungen des Expertengremiums auf Bundesebene. Erstmalig wurde der lange zeitliche Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation während der Eckpunkteüberprüfung thematisiert[1]. Der zeitliche Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation ist für Patientinnen und Patienten mit einer Brustkrebsdiagnose von hoher Bedeutung. Verzögerungen der operativen Therapie können ggf. die Morbidität oder die Mortalität steigen. Zudem verstärken Wartezeiten insbesondere, wenn diese den Betroffenen vermeidbar erscheinen, die psychische Beeinträchtigung. Die Wartezeit als Qualitätsindikator ist somit vorzugsweise ein Messinstrument für die psychische Belastung betroffener Frauen und Männer. Gleichzeitig liefert die Zeit zwischen Diagnosestellung und Operation wertvolle Hinweise für die Funktionsfähigkeit der Versorgungskette.

[1] Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung - Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV Abschlussbericht (Abgerufen am 18.02.2026)

Die Schnittstellen der Versorgungskette sind besonders anfällig für Qualitätsverluste, wobei neben anderen Faktoren die zeitlichen Abläufe von Diagnose und Therapie wesentliche Aufschlüsse über die Funktionsfähigkeit des Versorgungskonzeptes geben. Verschiedene Systematische Reviews von Kohortenstudien liefern Hinweise dafür, dass ein verlängerter zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation mit negativen Folgen für die Patientin einhergeht[2,3,4]. Der Rechercheberich[5], kann beim IQTIG angefordert werden. Aus den Ergebnissen der Bundesauswertung geht hervor, dass sich in den vergangenen Jahren der zeitliche Abstand zwischen der Diagnosestellung und der Operation deutlich verlängert hat. Im Jahr 2018 lagen im Durschnitt 17 Tage zwischen Diagnose und Operation. Bis zum Jahr 2024 hat sich diese Zeit auf 28Tage verlängert. Die Grundgesamtheit des Indikators ist seit Jahren rückläufig. Gleichzeitig verlängert sich die Wartezeit zwischen Diagnosestellung und Operation.

Wartezeit von mehr als 28 Tagen zwischen Diagnose und Operation

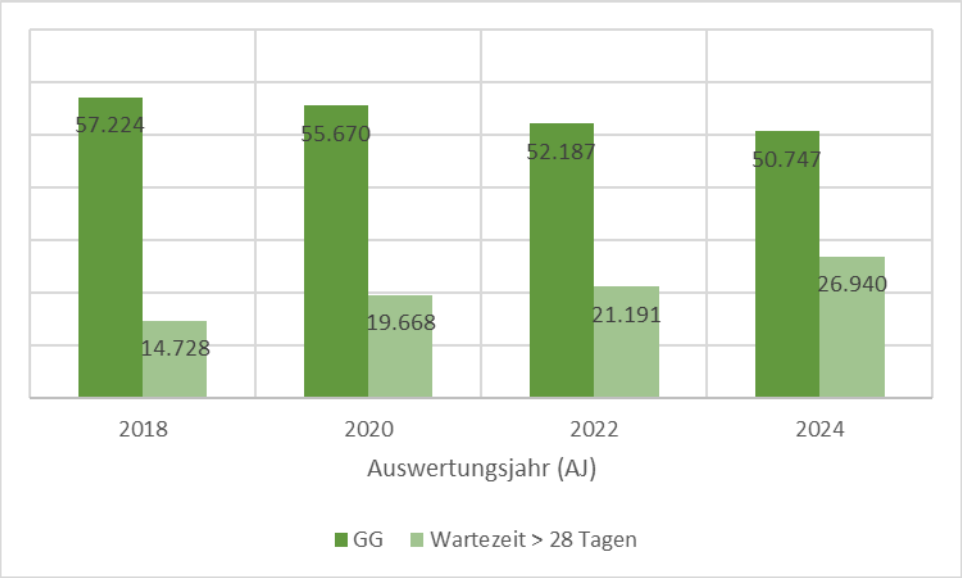


*Abbildung 1: Zeitlicher Abstand von über 28 Tagen zwischen Diagnose und Operation*

Nach Abschluss des Beteiligungsverfahrens gemäß §137a Abs. 7 SGB V empfiehlt das IQTIG die Einführung des Indikators.

[2] Hanna, TP; King, WD; Thibodeau, S; Jalink, M; Paulin, GA; Harvey-Jones, E; et al. (2020): Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. BMJ 371: m4087. DOI: 10.1136/bmj.m4087.
[3] Johnson, BA; Waddimba, AC; Ogola, GO; Fleshman, JW, Jr.; Preskitt, JT (2021): A systematic review and meta-analysis of surgery delays and survival in breast, lung and colon cancers: Implication for surgical triage during the COVID-19 pandemic. American Journal of Surgery 222(2): 311-318. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2020.12.015.
[4] Su, Y; Zheng, X; Ouyang, Z (2021): The Relationship between Time to Surgery (TTS) and Survival in Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iranian Journal of Public Health 50(9): 1773-1782. DOI: 10.18502/ijph.v50i9.7048.
[5] IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Mammachirur-gie. Rechercheberich. QI-ID 212700 Langer zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

# 7 Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Gegenstand des Verfahrens Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) sind prinzipiell alle Operationen an den inneren weiblichen Geschlechtsorganen. Betrachtet werden die stationär durchgeführten Operationen bei allen Patientinnen ab einem Alter von 11 Jahren und fokussiert hierbei Operationen an den Eileitern (Tuba uterina) und Eierstöcken (Ovarien). Für die Berechnung dieser Qualitätsindikatoren und Kennzahlen wird die fallbezogene QS-Dokumentation herangezogen.

## 7.1 Qualitätsindikatoren

### 7.1.1 51906: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

In den DeQS-Verfahren wurde zum AJ 2020 für alle risikoadjustieren Qualitätsindikatoren der Titel angepasst und der Teil "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an" gestrichen. Nach dem Ende der plan. QI-RL, die diese Streichung verhindert hat, wird die Anpassung nachgeholt.

Für diesen ehemaligen plan. QI gilt bisher ein fester Referenzbereich von 4,18. Dieser wurde bereits in den Vorjahren vom Expertengremium als zu hoch eingeschätzt. Da für diesen risikoadjustierten Indikator auch keine Literaturempfehlung zu Grunde gelegt werden kann, erfolgt die Umstellung auf einen perzentilbasierten Referenzbereich (95. Perzentil).

### 7.1.2 12871: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

Für diesen Indikator wird die Anpassung des Indikatortyps vorgenommen. Es wird hier die histologische Untersuchung des entfernten Gewebes überprüft, dabei handelt es sich in erster Linie um die Prüfung der Prozesse beim Leistungserbringer.

# 8 Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Das IQTIG empfiehlt keine Änderungen zum Erfassungsjahr 2027.

# 9 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Gegenstand des Verfahrens sind Implantationen sowie Revisionen/Systemwechsel/Explantationen von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen wird die fallbezogene QS-Dokumentation herangezogen.

## 9.1 Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

### 9.1.1 Qualitätsindikatoren

#### 9.1.1.1 54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern

Der Nenner des Qualitätsindikators wurde angepasst, da die Schlüsselnummer 4: „VDD (konventionell, mit intrakardialer Sonde)“ des Datenfelds „System“ gestrichen wurde. Die Anpassung basiert auf der Empfehlung des Expertengremiums auf Bundesebene, auf die Datenerfassung zu verzichten, da bei Herzschrittmacher-Implantationen die konventionellen VDD-Systeme nicht mehr implantiert werden.

#### 9.1.1.2 52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

Bisher erfolgte der Ausschluss des HIS-Bündel-Sonden über die Plausibilitätsregeln in der Spezifikation (ab EJ 2025). Mit den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 hat das IQTIG diesen Ausschluss ebenfalls in den Rechenregeln übernommen, aus Gründen der Transparenz. Dies führt dazu, dass das Datenfeld „Sonde am Leitungssystem implantiert (Conduction System Pacing)“ als "neu" in der Tabelle "verwendete Datenfelder" angezeigt wird. Allerdings hat diese Änderung keinen inhaltlichen Hintergrund, sondern dient lediglich einem konsistenten Vorgehen im QS-Verfahren.

Des Weiteren hat das IQTIG sich für die Streichung der Tabelle 1 entschlossen, da diese die gleichen Informationen wie die Zähler- und Nennerbeschreibung enthielt.

#### 9.1.1.3 Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des Krankenhausfalls

Die Empfehlungen zur Anpassung der QI-Beschreibungen und der Qualitätsziele stellen eine redaktionelle Anpassung dar, um Einheitlichkeit zwischen den QI- und Kennzahlbezeichnungen im QS-Verfahren HSMDEF zu erzielen. Daher wird für die Indikatorengruppe empfohlen in der jeweiligen Indikatorbeschreibung sowie im dazugehörigen Qualitätsziel die Formulierung „während des Krankenhausfalls“ anstatt „während des stationären Aufenthalts“ zu verwenden.

#### 9.1.1.4 2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres)

Für die Follow-up-Indikatoren hat das IQTIG die im Zähler verwendete Formel überarbeitet und neu implementiert. Die neue Funktion trägt zu mehr Transparenz bei, indem beispielsweise der Follow-up Zeitraum explizit angegeben werden muss. Inhaltliche Änderungen gibt es durch die Verwendung der neuen Funktion jedoch nicht.

#### 9.1.1.5 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Siehe Erläuterung zum Indikator 2194.

### 9.1.2 Kennzahlen

#### 9.1.2.1 101802: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden

Der Nenner der Transparenzkennzahl wurde angepasst, da die Schlüsselnummer 4: „VDD (konventionell, mit intrakardialer Sonde)“ des Datenfelds „System“ gestrichen wurde. Die Anpassung basiert auf der Empfehlung des Expertengremiums auf Bundesebene, auf die Datenerfassung zu verzichten, da bei Herzschrittmacher-Implantationen die konventionellen VDD-Systeme nicht mehr implantiert werden.

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

Das IQTIG empfiehlt keine Änderungen zum Erfassungsjahr 2027.

## 9.3 Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

### 9.3.1 Qualitätsindikatoren

#### 9.3.1.1 50055: Leitlinienkonforme Indikation

Der technische Feldname des Datenfelds „Herzinsuffizienz“ wurde im Rahmen der Spezifikationsanpassung 2025 umbenannt. Diese Änderung wird als Neueinführung in den Delta-Dokumenten ersichtlich, obwohl hier nur eine redaktionelle Anpassung erfolgt ist.

#### 9.3.1.2 52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

Das IQTIG hat sich für die Streichung der Tabelle 1 entschlossen, da diese die gleichen Informationen wie die Zähler- und Nennerbeschreibung enthielt.

#### 9.3.1.3 Indikatorengruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des Krankenhausfalls

Die Empfehlungen zur Anpassung der QI-Beschreibungen und der Qualitätsziele stellen eine redaktionelle Anpassung dar, um Fälle, die von Krankenhäusern per Hybrid-DRG erbracht und abgerechnet wurden zu berücksichtigen. Daher wird für die Indikatorengruppe empfohlen in der Indikatorbeschreibung sowie im Qualitätsziel die Formulierung „während des Krankenhausfalls" anstatt „während des stationären Aufenthalts" zu verwenden.

#### 9.3.1.4 132001 Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres)

Siehe Erläuterung zum Indikator 2194 (HSM-IMPL).

#### 9.3.1.5 132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Siehe Erläuterung zum Indikator 2194 (HSM-IMPL).

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

### 9.4.1 Qualitätsindikatoren

#### 9.4.1.1 151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

Die Empfehlungen zur Anpassung der QI-Beschreibung und des Qualitätsziels stellen eine redaktionelle Anpassung dar, um Fälle, die von Krankenhäusern per Hybrid-DRG erbracht und abgerechnet wurden zu berücksichtigen. Daher wird empfohlen in der Indikatorbeschreibung sowie im Qualitätsziel die Formulierung „während des Krankenhausfalls" anstatt „während des stationären Aufenthalts" zu verwenden.

# 10 Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

Gegenstand des QS-Verfahrens Perinatalmedizin (QS PM) ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie). Die beiden Auswertungsmodule Geburtshilfe (PM-GEBH) und Neonatologie (PM-NEO) werden bislang getrennt ausgewertet und separat dargestellt, zwei bereits zum Erfassungsjahr 2025 neu eingeführte Qualitätsindikatoren basieren nun jedoch auf modulübergreifend zusammengeführten Daten.

## 10.1 Auswertungsmodul Geburtshilfe (PM-GEBH)

### 10.1.1 Qualitätsindikatoren

#### 10.1.1.1 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Der QI-Titel und die Bezeichnung wurden von „Kaiserschnittentbindung“ in „Kaiserschnittgeburt“ geändert, da die Entbindung einen passiven Vorgang darstellt, die Geburt jedoch etwas Aktives ist.

#### 10.1.1.2 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Der Referenzbereich wurde angepasst. Der bisher bestehende feste Referenzbereich (≤ 2,32) bezog sich auf das arithmetische Mittel der Referenzbereiche der Jahre 2014 und 2015 und wurde mit der Überführung des Qualitätsindikators als Plan-QI festgelegt. Eine Änderung war aufgrund der Plan-QI-RL nicht möglich. Mit dem Wegfall dieser Richtlinie wurde der Referenzbereich nun angepasst (95. Perzentil). Damit wurde auch die bisherige Erläuterung zum Referenzbereich entfernt.

#### 10.1.1.3 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt

Das Qualitätsziel wurde sprachlich angepasst von „Selten mütterliche Todesfälle“ in „Selten mütterliche Sterbefälle“.

#### 10.1.1.4 182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

#### 10.1.1.5 182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

#### 10.1.1.6 182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

Es gab eine Umstrukturierung der Qualitätsindikatoren dahingehend, dass zukünftig alle fehlversorgten Level 1 Kinder als Sentinel Event im Qualitätsindikator 182010 erfasst werden sollen. Dementsprechend wurden die QI-Titel und die Rechenregel aller Qualitätsindikatoren dieser Gruppe angepasst.

Die Zuweisungskriterien des „perinatalen Schwerpunkts“ haben sich laut QFR-RL geändert. Es werden nun Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm und mit einem Gestationsalter von 32 + 0 bis ≤ 36 + 6 SSW statt ≤ 35 + 6 SSW berücksichtigt. Dementsprechend wurde die Rationale entlang der aktualisierten Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aktualisiert und die Rechenregeln angepasst. Außerdem wurde für die Berechnung der Geburtsgewichtsperzentile (Funktionen fn_P3_Voigt_Schneider und fn_P3_10_Voigt_Schneider) zukünftig das Geschlecht mit der Ausprägungen 3 (divers) berücksichtigt.

#### 10.1.1.7 182304: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres

#### 10.1.1.8 182305: Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres

Der Referenzwert sowie der Referenzwert des Vorjahres wurden entfernt, da für die Indikatoren zunächst ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren entwickelt werden soll und ab April 2027 eine 30-monatige Erprobung mit freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern und Landesarbeitsgemeinschaften stattfinden soll. Für die Erfassungsjahre 2025, 2026 und 2027 ist somit noch kein verpflichtendes Stellungnahmeverfahren durchzuführen.

Es wurden entsprechende Zusatzinformationen zum STNV eingetragen.

### 10.1.2 Kennzahlen

#### 10.1.2.1 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Die Rationale wurde aktualisiert.

#### 10.1.2.2 182701: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im maximal wirksamen Zeitraum

In Ergänzung zur Transparenzkennzahl 330 wurde eine neue Transparenzkennzahl eingeführt. Diese erfasst den Anteil an begonnenen vorgeburtlichen Kortikosteroidgaben bei allen Müttern mit drohender Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Wochen) im maximal wirksamen Zeitraum zwischen 24 und 168 Stunden vor der Geburt.

#### 10.1.2.3 321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate); 51397: Azidose bei reifen Einlingen

Da die Azidose bei reifgeborenen Kindern ebenso innerhalb des Qualitätsindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) erfasst wird, ist die separate Ausweisung der Kennzahlen 321 und 51397 als redundant anzusehen. Die Kennzahlen wurden daher gestrichen.

## 10.2 Auswertungsmodul Neonatologie (PM-NEO)

### 10.2.1 Qualitätsindikatoren

#### 10.2.1.1 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

Der Nenner der Ebene 5 „ROP“ (ID 51161_51901) des Qualitätsindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG angepasst und um den Zusatz "Kinder, […] die bei Entlassung […] ein Gestationsalter von mindestens 31+0 Wochen p. m. aufweisen" ergänzt, weil gemäß der Empfehlung der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“ die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42), aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen erfolgen sollte. Demnach müssten Kinder mit einem Gestationsalter von 24+0 bis 24+6 Wochen bei Entlassung mindestens 50 Lebenstage, Kinder mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 25+6 Wochen mindestens 43 Lebenstage und Kinder mit einem Gestationsalter von mindestens 26+0 Wochen mindestens 36 Lebenstage aufweisen. Daher erscheint eine Präzisierung des Nenners um die o. a. Bedingung für Kinder mit einem Gestationsalter von 24+0 bis 25+6 Wochen inhaltlich sinnvoll.

Darüber hinaus wurde die Ebene 5 dahingehend angepasst, dass Fälle, bei denen im Datenfeld „Aufnahme ins Krankenhaus von“ die Aufnahmegründe „2 = externe Kinderklinik“ oder „3 = externe Klinik als Rückverlegung“ vorliegen, von der Nennerpopulation ausgeschlossen werden. Diese Bedingung ist in der Rechenregel bereits vorgesehen und ist in der textuellen Formulierung enthalten, wurde jedoch in der Formel bislang noch nicht korrekt umgesetzt, da die zum EJ 2020 erfolgte Anpassung des dahinterstehenden Datenfeldes „Aufnahme in Krankenhaus von“ bisher nicht berücksichtigt wurde. Bis 2020 wurde das Datenfeld nur dann befüllt, wenn das Kind **nicht** im aktuellen Krankenhaus geboren wurde (wenn Aufnahmeuhrzeit nicht Geburtszeitpunkt ist). Seit 2020 hingegen entfällt diese Bedingung und das Feld ist auch bei Geburten im selben Krankenhaus mit einer Option versehen.

Außerdem wurde die Ausschlussbedingung dahingehend angepasst, dass lediglich Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. berücksichtigt werden. Dies trägt einer weitgehenden Vereinheitlichung der Ausschlussbedingungen neonatologischer Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen bei.

#### 10.2.1.2 52262: Zunahme des Kopfumfangs

Der bisherige Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil für das Qualitätsmerkmal (Einfluss des Kopfwachstums bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen auf die mentale, kognitive, neurologische und/oder motorische Entwicklung bei Kindern (bis zu einem vollendeten 12. Lebensjahr) gemäß den methodischen Kriterien des IQTIG das Eignungskriterium Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht vollständig erfüllt ist.

### 10.2.2 Kennzahlen

#### 10.2.2.1 51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)

Die bisherige Kennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)“ (ID 51070) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil die rohe Rate (Anzahl im Zähler und Nenner und Anteil) (ID 51070) ebenso innerhalb der risikoadjustierten Rate (ID 222402) abgebildet wird und eine separate Ausweisung innerhalb einer zusätzlichen Kennzahl somit als redundant anzusehen ist.

#### 10.2.2.2 51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)

Die bisherige Kennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)“ (ID 51832) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil die rohe Rate (Anzahl im Zähler und Nenner und Anteil) (ID 51832) ebenso innerhalb der risikoadjustierten Rate (ID 51837) abgebildet wird und eine separate Ausweisung innerhalb einer zusätzlichen Kennzahl somit als redundant anzusehen ist.

#### 10.2.2.3 51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)

Die bisherige Kennzahl „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)“ (ID 51076) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil die rohe Rate (Anzahl im Zähler und Nenner und Anteil) (ID 51076) ebenso innerhalb der risikoadjustierten Rate (ID 50050) abgebildet wird und eine separate Ausweisung innerhalb einer zusätzlichen Kennzahl somit als redundant anzusehen ist.

#### 10.2.2.4 222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus

Die bisherige Kennzahl „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus“ (ID 222200) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil das Qualitätsmerkmal der Kennzahl gemäß den methodischen Kriterien des IQTIG nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet ist, da sich für die Kennzahl nur ein geringes Potenzial zur Verbesserung zeigt.

#### 10.2.2.5 51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)

Die bisherige Kennzahl „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)“ (ID 51838) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil die rohe Rate (Anzahl im Zähler und Nenner und Anteil) (ID 51838) ebenso innerhalb der risikoadjustierten Rate (ID 51843) abgebildet wird und eine separate Ausweisung innerhalb einer zusätzlichen Kennzahl somit als redundant anzusehen ist.

#### 10.2.2.6 222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)

Die bisherige Kennzahl „Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)“ (ID 222400) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil die rohe Rate (Anzahl im Zähler und Nenner und Anteil) (ID 222400) ebenso innerhalb der risikoadjustierten

Rate (ID 222401) abgebildet wird und eine separate Ausweisung innerhalb einer zusätzlichen Kennzahl somit als redundant anzusehen ist.

#### 10.2.2.7 51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)

Die bisherige Kennzahl „Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)“ (ID 51077) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil die Operationalisierung gemäß den methodischen Kriterien des IQTIG derzeit als nicht mehr geeignet für die Qualitätssicherung eingestuft wird, da sich für die Kennzahlen nur eine niedrige Objektivität (bzw. Reliabilität) der Messung zeigt.

#### 10.2.2.8 50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (risikoadjustierte Rate)

Die bisherige Kennzahl „Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (risikoadjustierte Rate)“ (ID 50051) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil die Operationalisierung gemäß den methodischen Kriterien des IQTIG derzeit als nicht mehr geeignet für die Qualitätssicherung eingestuft wird, da sich für die Kennzahlen nur eine niedrige Objektivität (bzw. Reliabilität) der Messung zeigt.

#### 10.2.2.9 50079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)

Die bisherige Kennzahl „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ (ID 50079) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil die rohe Rate (Anzahl im Zähler und Nenner und Anteil) (ID 51838) ebenso innerhalb der risikoadjustierten Rate (ID 51843) abgebildet wird und eine separate Ausweisung innerhalb einer zusätzlichen Kennzahl somit als redundant anzusehen ist.

#### 10.2.2.10 51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)

Die bisherige Kennzahl „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)“ (ID 51078) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil die rohe Rate (Anzahl im Zähler und Nenner und Anteil) (ID 51078) ebenso innerhalb der risikoadjustierten Rate (ID 50052) abgebildet wird und eine separate Ausweisung innerhalb einer zusätzlichen Kennzahl somit als redundant anzusehen ist.

#### 10.2.2.11 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (risikoadjustierte Rate)

Der Nenner der Kennzahl „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (risikoadjustierte Rate)“ (ID 50052) wird aufgrund einer Empfehlung des IQTIG angepasst und um den Zusatz "Kinder, […] die bei Entlassung […] ein Gestationsalter von mindestens 31+0 Wochen p. m. aufweisen" ergänzt, weil gemäß der Empfehlung der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“ die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42), aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen erfolgen sollte. Demnach müssten Kinder mit einem Gestationsalter von 24+0 bis 24+6 Wochen bei Entlassung mindestens 50 Lebenstage, Kinder mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 25+6 Wochen mindestens 43 Lebenstage und Kinder mit einem Gestationsalter von mindestens 26+0 Wochen mindestens 36 Lebenstage aufweisen. Daher erscheint eine Präzisierung des Nenners um die o. a. Bedingung für Kinder mit einem Gestationsalter von 24+0 bis 25+6 Wochen inhaltlich sinnvoll.

Darüber hinaus wurde die Ebene 5 dahingehend angepasst, dass Fälle, bei denen im Datenfeld „Aufnahme ins Krankenhaus von" die Aufnahmegründe „2 = externe Kinderklinik" oder „3 = externe Klinik als Rückverlegung" vorliegen, von der Nennerpopulation ausgeschlossen werden. Diese Bedingung ist in der Rechenregel bereits vorgesehen und ist in der textuellen Formulierung enthalten, wurde jedoch in der Formel bislang noch nicht korrekt umgesetzt, da die zum EJ 2020 erfolgte Anpassung des dahinterstehenden Datenfeldes „Aufnahme in Krankenhaus von" bisher nicht berücksichtigt wurde. Bis 2020 wurde das Datenfeld nur dann befüllt, wenn das Kind **nicht** im aktuellen Krankenhaus geboren wurde (wenn Aufnahmeuhrzeit nicht Geburtszeitpunkt ist). Seit 2020 hingegen entfällt diese Bedingung und das Feld ist auch bei Geburten im selben Krankenhaus mit einer Option versehen.

Außerdem wurde die Ausschlussbedingung dahingehend angepasst, dass lediglich Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. berücksichtigt werden. Dies trägt einer weitgehenden Vereinheitlichung der Ausschlussbedingungen neonatologischer Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen bei.

© IQTIG 2026

# 11 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

## 11.1 Auswertungsmodul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

### 11.1.1 Qualitätsindikatoren

#### 11.1.1.1 54030: präoperative Verweildauer

Subtrochantäre Femurfrakturen

Ab dem EJ 2027 werden in diesem Indikator auch Fälle mit subtrochantären Femurfrakturen betrachtet. Diese stellen eine besonders vulnerable Entität der hüftgelenknahen Frakturen dar und sind durch komplexe biomechanische Bedingungen, hohe Komorbiditätslast sowie ein relevantes Blutungs- und Komplikationsrisiko gekennzeichnet.

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass eine verzögerte operative Versorgung, genauso wie bei den Hüftkopf- und Schenkelhalsfrakturen, zu einer signifikanten Verschlechterung patientenrelevanter Outcomes führt:

Subtrochantäre Femurfrakturen verursachen die höchsten Blutverluste unter den proximalen Femurfrakturen (Fenwick et al. 2023). Operationen nach > 72 Stunden gehen mit einem zusätzlichen Blutverlust einher. Somit sollten sie innerhalb von maximal 48 Stunden operiert werden (Fenwick et al. 2023).

Eine Analyse von 8.416 Patientinnen und Patienten belegte ein fünffach erhöhtes Risiko für postoperative Bluttransfusionen bei subtrochantären Femurfrakturen im Vergleich zu Schenkelhalsfrakturen (Arshi et al. 2021). Postoperative Bluttransfusionen sind wiederum mit erhöhter 30-Tage-Sterblichkeit, kardialen Komplikationen, postoperativen Infektionen und verlängerten Krankenhausaufenthalten assoziiert (Arshi et al. 2021). Damit steigt der klinische Nutzen einer frühen Stabilisierung der subtrochantären Femurfraktur, um transfusionsbedingte Komplikationen zu vermeiden.

Eine weitere Analyse von Arshi et al. konnte zeigen, dass subtrochantäre Femurfrakturen im Vergleich zu anderen hüftgelenknahen Femurfrakturen mit einer deutlich erhöhten Rate an postoperativen Bluttransfusionen einhergehen (Arshi et al. 2021).

Panteli et al. weisen in einem Patientenkollektiv von 519 subtrochantären Fraktur eine 30-Tage-Mortalität von 5,4 % und eine Ein-Jahres-Mortalität von 17,3 % nach. Dies betrifft v. a. ältere Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus sind die Komplikationsraten, darunter Pneumonien (18 %), Delir (10 %) und Myokardinfarkt (4 %), erheblich (Panteli et al. 2021). Auch die Auswertungen einer großen Routinedatenanalyse weisen auf eine erhöhte Ein-Jahres-Mortalität hin (Müller-Mai et al. 2021). Angesichts der hohen Komplikationsanfälligkeit dieser Patientenpopulation erscheint eine rasche Stabilisierung zur Risikoreduktion sinnvoll (Panteli et al. 2021).

Große Studien mit Betrachtung aller hüftgelenknahen Frakturen belegen, dass ein Operationsverzug von mehr als 48 bis 72 Stunden die 30-Tage-Mortalität verdoppeln kann (Carretta et al. 2011) und mit längerer Krankenhausverweildauer assoziiert ist (Clinkenbeard et al. 2023).

Insgesamt zeigt sich keine Evidenz für eine verzögerte operative Versorgung aber eine konsistente indirekte und direkte Evidenz für deren Nachteile.

Die verfügbaren Studien zeigen, dass subtrochantäre Femurfrakturen ein hohes Komplikations- und Mortalitätsrisiko aufweisen, welche sich durch eine verzögerte operative Versorgung erhöht. Die präoperative Verweildauer ist daher ein zentraler, qualitätsrelevanter Parameter, der ebenso wie bei Hüftkopf- oder Schenkelhalsfrakturen qualitätsgesichert werden sollte, um eine zeitnahe operative Stabilisierung sicherzustellen und vermeidbare Komplikationen sowie Mortalität zu reduzieren.

Die Evidenzlage bezüglich des zeitlichen Grenzwertes ist derzeit nicht ausreichend. Nach wissenschaftlichem Konsens sollte dennoch eine möglichst zeitnahe Versorgung dieser Frakturen angestrebt werden. Daher wird für die subtrochantären Femurfrakturen die Grenze von 48 Stunden festgelegt.

Arshi, A; Lai, WC; Iglesias, BC; McPherson, EJ; Zeegen, EN; Stavrakis, AI; et al. (2021): Blood transfusion rates and predictors following geriatric hip fracture surgery. HIP International 31(2): 272-279. DOI: 10.1177/1120700019897878.

Carretta, E; Bochicchio, V; Rucci, P; Fabbri, G; Laus, M; Fantini, MP (2011): Hip fracture: effectiveness of early surgery to prevent 30-day mortality. International Orthopaedics 35(3): 419-424. DOI: 10.1007/s00264-010-1004-x.

Clinkenbeard, K; Bossle, K; Pape, T; Woltenberg, LN; Saha, S (2023): Time to Hip Fracture Surgery and Mortality. Southern Medical Journal 116(3): 274-278. DOI: 10.14423/smj.0000000000001520.

Fenwick, A; Pfann, M; Mayr, J; Antonovska, I; Wiedl, A; Feldmann, M; et al. (2023): Anticoagulants and fracture morphology have a significant influence on total blood loss after proximal femur fractures. European Journal of Trauma and Emergency Surgery 49: 173-179. DOI: 10.1007/s00068-022-02090-y.

Müller-Mai, CM; Deitert, D; Hörter, S; Schulze Raestrup, US; Zwillich, C; Smektala, R (2021): Subtrochantäre Femurfrakturen – Epidemiologie, Operationsverfahren sowie Einfluss der präoperativen Verweildauer und von Nebendiagnosen auf Komplikationen. Eine risikoadjustierte Regressionsanalyse mittels Routinedaten anhand von 2124 Fällen. Der Chirurg 92(3): 248-263. DOI: 10.1007/s00104-020-01221-8.

Panteli, M; Giannoudi, MP; Lodge, CJ; West, RM; Pountos, I; Giannoudis, PV (2021): Mortality and Medical Complications of Subtrochanteric Fracture Fixation. Journal of Clinical Medicine 10: 540. DOI: 10.3390/jcm10030540.

Implantatfehllage oder Implantatdislokation

Bei diesem QI werden Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen in Kombination mit der Angabe einer osteosyn-

thetischen Voroperation und ohne Angabe einer intra- oder postoperativen präoperativer Implantatfehllage oder Implantatdislokation ausgeschlossen. Fälle mit präoperativer Implantatfehllage oder Implantatdislokation werden jedoch ab dem EJ 2027 über das Datenfeld zu intra- oder postoperativen mechanischen Komplikationen erfasst. Die Formulierung dieses Ausschlusses im Nenner wird daher geändert.

Referenzbereich

Der Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer bei hüftgelenknahen Femurfrakturen dient der Abbildung der Zeitspanne zwischen Krankenhausaufnahme und operativer Versorgung. Seit Einführung des Indikators liegt der Referenzbereich bei 15 %. Die kontinuierliche Auswertung der Bundesergebnisse zeigt über die vergangenen Jahre einen deutlichen und anhaltenden Rückgang des Anteils von Patientenfällen mit Überschreitung der erlaubten präoperativen Zeitspanne. Zuletzt betrug der Bundesdurchschnitt im Erfassungsjahr 2024 noch etwa 8%.

Die Ursachen für diese nachhaltige Qualitätsverbesserung sind multifaktoriell. Insbesondere das Inkrafttreten der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) des G-BA hat wesentlich zu einer Standardisierung und Optimierung der innerklinischen Abläufe beigetragen. Die verpflichtende Implementierung strukturierter Prozesse, definierter Verantwortlichkeiten und interdisziplinärer Kommunikationswege führte zu effizienteren Behandlungspfaden und einer schnelleren operativen Versorgung. Zusätzlich sind Fortschritte in der operativen Expertise, einschließlich einer verbesserten Weiterbildung der Operateurinnen und Operateure, sowie eine insgesamt höhere Qualität der chirurgischen Versorgung innerhalb der letzten Jahre zu nennen. Auch Verbesserungen im perioperativen Blutungsmanagement, z.B. durch standardisierte SOPs, strukturierte Entscheidungswege und die Verfügbarkeit spezifischer Antidots für gerinnungsaktive Medikamente, tragen zu einem immer besseren perioperativen Management bei.

Vor dem Hintergrund der deutlich und dauerhaft verbesserten bundesweiten Ergebnisse ist der bisherige Referenzbereich von ≤ 15 % nicht mehr geeignet, Leistungserbringer mit einem relevanten Qualitätsdefizit zuverlässig zu identifizieren. Mit der Anpassung auf ≤ 10 % wird nicht nur eine angemessene Differenzierung klinischer Prozessqualität sichergestellt, sondern zugleich den kontinuierlichen Verbesserungsleistungen der Krankenhäuser Rechnung getragen.

Streichung von Polytrauma

Da über den QS-Filter Polytrauma-Patientinnen und -Patienten ausgeschlossen werden und das Datenfeld aus der Spezifikation entfernt wurde, erfolgt eine Streichung in den Rechenregeln.

#### 11.1.1.2 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Streichung von Polytrauma

Da über den QS-Filter Polytrauma-Patientinnen und -Patienten ausgeschlossen werden und das Datenfeld aus der Spezifikation entfernt wurde, erfolgt eine Streichung in den Rechenregeln.

#### 11.1.1.3 542711: Hüft-Erstimplantation nach osteosynthetisch versorgter hüftgelenknaher Femurfraktur innerhalb von 365 Tagen

Die Einführung dieses Indikators erfolgt gemäß der Empfehlungen des Berichts „Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) gemäß DeQS-RL" (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6882/2024-10-17_DeQS-RL_Freigabe-IQTIG-Bericht_Sozialdaten-QS-HGV-KEP.pdf).

### 11.1.2 Kennzahlen

Folgende Kennzahlen werden in ihrer Bezeichnung (bei 2 von 3 QI) angepasst und in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren umgewandelt:

- 542600*: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur Krankenhaus und bis zu 90 Tagen
- 542603*: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus und bis zu 365 Tagen
- 542606: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen

Als Referenzbereich wird bei allen drei Indikatoren das 95. Perzentil definiert. Die Umwandlungen erfolgen gemäß der Empfehlungen des Berichts „Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) gemäß DeQS-RL" (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6882/2024-10-17_DeQS-RL_Freigabe-IQTIG-Bericht_Sozialdaten-QS-HGV-KEP.pdf) ), da ab dem AJ 2028 Risikoadjustierungsmodelle verwendet werden können. Die neuen Indikatoren wurden im Rahmen des Berichts beteiligt.
*Die Umbenennungen erfolgen, da sich die Dauer des Follow-up-Zeitraums aus dem QI-Titel ergeben muss. Normative Regelungen zu den zu verarbeitenden Daten geben vor, dass der Zeitraum im QI-Titel genannt werden muss.

## 11.2 Auswertungsmodul Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

### 11.2.1 Qualitätsindikatoren

#### 11.2.1.1 54003: Präoperative Verweildauer

Subtrochantäre Femurfrakturen

Ab dem EJ 2027 werden in diesem Indikator auch Fälle mit subtrochantären Femurfrakturen betrachtet. Diese stellen eine besonders vulnerable Entität der hüftgelenknahen Frakturen dar und sind durch komplexe biomechanische Bedingungen, hohe Komorbiditätslast sowie ein relevantes Blutungs- und Komplikationsrisiko gekennzeichnet.

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass eine verzögerte operative Versorgung, genauso wie bei den Hüftkopf- und Schenkelhalsfrakturen, zu einer signifikanten Verschlechterung patientenrelevanter Outcomes führt:

Subtrochantäre Femurfrakturen verursachen die höchsten Blutverluste unter den proximalen Femurfrakturen (Fenwick et al. 2023). Operationen nach > 72 Stunden gehen mit einem zusätzlichen Blutverlust einher. Somit sollten sie innerhalb von maximal 48 Stunden operiert werden (Fenwick et al. 2023).

Eine Analyse von 8.416 Patientinnen und Patienten belegte ein fünffach erhöhtes Risiko für postoperative Bluttransfusionen bei subtrochantären Femurfrakturen im Vergleich zu Schenkelhalsfrakturen (Arshi et al. 2021). Postoperative Bluttransfusionen sind wiederum mit erhöhter 30-Tage-Sterblichkeit, kardialen Komplikationen, postoperativen Infektionen und verlängerten Krankenhausaufenthalten assoziiert (Arshi et al. 2021). Damit steigt der klinische Nutzen einer frühen Stabilisierung der subtrochantären Femurfraktur, um transfusionsbedingte Komplikationen zu vermeiden.

Eine weitere Analyse von Arshi et al. konnte zeigen, dass subtrochantäre Femurfrakturen im Vergleich zu anderen hüftgelenknahen Femurfrakturen mit einer deutlich erhöhten Rate an postoperativen Bluttransfusionen einhergehen (Arshi et al. 2021).

Panteli et al. weisen in einem Patientenkollektiv von 519 subtrochantären Fraktur eine 30-Tage-Mortalität von 5,4 % und eine Ein-Jahres-Mortalität von 17,3 % nach. Dies betrifft v. a. ältere Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus sind die Komplikationsraten, darunter Pneumonien (18 %), Delir (10 %) und Myokardinfarkt (4 %), erheblich (Panteli et al. 2021). Auch die Auswertungen einer großen Routinedatenanalyse weisen auf eine erhöhte Ein-Jahres-Mortalität hin (Müller-Mai et al. 2021). Angesichts der hohen Komplikationsanfälligkeit dieser Patientenpopulation erscheint eine rasche Stabilisierung zur Risikoreduktion sinnvoll (Panteli et al. 2021).

Große Studien mit Betrachtung aller hüftgelenknahen Frakturen belegen, dass ein Operationsverzug von mehr als 48 bis 72 Stunden die 30-Tage-Mortalität verdoppeln kann (Carretta et al. 2011) und mit längerer Krankenhausverweildauer assoziiert ist (Clinkenbeard et al. 2023).

Insgesamt zeigt sich keine Evidenz für eine verzögerte operative Versorgung aber eine konsistente indirekte und direkte Evidenz für deren Nachteile.

Die verfügbaren Studien zeigen, dass subtrochantäre Femurfrakturen ein hohes Komplikations- und Mortalitätsrisiko aufweisen, welche sich durch eine verzögerte operative Versorgung erhöht. Die präoperative Verweildauer ist daher ein zentraler, qualitätsrelevanter Parameter, der ebenso wie bei Hüftkopf- oder Schenkelhalsfrakturen qualitätsgesichert werden sollte, um eine zeitnahe operative Stabilisierung sicherzustellen und vermeidbare Komplikationen sowie Mortalität zu reduzieren.

Für subtrochantäre Femurfrakturen wird derselbe zeitliche Grenzwert (48 Stunden) wie für die anderen hüftgelenknahen Femurfrakturen, die in diesem Indikator betrachtet werden, festgelegt.

Arshi, A; Lai, WC; Iglesias, BC; McPherson, EJ; Zeegen, EN; Stavrakis, AI; et al. (2021): Blood transfusion rates and predictors following geriatric hip fracture surgery. HIP International 31(2): 272-279. DOI: 10.1177/1120700019897878.

Carretta, E; Bochicchio, V; Rucci, P; Fabbri, G; Laus, M; Fantini, MP (2011): Hip fracture: effectiveness of early surgery to prevent 30-day mortality. International Orthopaedics 35(3): 419-424. DOI: 10.1007/s00264-010-1004-x.

Clinkenbeard, K; Bossle, K; Pape, T; Woltenberg, LN; Saha, S (2023): Time to Hip Fracture Surgery and Mortality. Southern Medical Journal 116(3): 274-278. DOI: 10.14423/smj.0000000000001520.

Fenwick, A; Pfann, M; Mayr, J; Antonovska, I; Wiedl, A; Feldmann, M; et al. (2023): Anticoagulants and fracture morphology have a significant influence on total blood loss after proximal femur fractures. European Journal of Trauma and Emergency Surgery 49: 173-179. DOI: 10.1007/s00068-022-02090-y.

Müller-Mai, CM; Deitert, D; Hörter, S; Schulze Raestrup, US; Zwillich, C; Smektala, R (2021): Subtrochantäre Femurfrakturen – Epidemiologie, Operationsverfahren sowie Einfluss der präoperativen Verweildauer und von Nebendiagnosen auf Komplikationen. Eine risikoadjustierte Regressionsanalyse mittels Routinedaten anhand von 2124 Fällen. Der Chirurg 92(3): 248-263. DOI: 10.1007/s00104-020-01221-8.

Panteli, M; Giannoudi, MP; Lodge, CJ; West, RM; Pountos, I; Giannoudis, PV (2021): Mortality and Medical Complications of Subtrochanteric Fracture Fixation. Journal of Clinical Medicine 10: 540. DOI: 10.3390/jcm10030540.

Referenzbereich

Der Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer bei hüftgelenknahen Femurfrakturen dient der Abbildung der Zeitspanne zwischen Krankenhausaufnahme und operativer Versorgung. Seit Einführung des Indikators liegt der Referenzbereich bei 15%. Die kontinuierliche Auswertung der Bundesergebnisse zeigt über die vergangenen Jahre einen deutlichen und anhaltenden Rückgang des Anteils von Patientenfällen mit Überschreitung der erlaubten präoperativen Zeitspanne. Zuletzt betrug der Bundesdurchschnitt im Erfassungsjahr 2024 noch etwa 8%.

Die Ursachen für diese nachhaltige Qualitätsverbesserung sind multifaktoriell. Insbesondere das Inkrafttreten der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) des G-BA hat wesentlich zu einer Standardisierung und Optimierung der innerklinischen Abläufe beigetragen. Die verpflichtende Implementierung strukturierter Prozesse, definierter Verantwortlichkeiten und interdisziplinärer Kommunikationswege führte zu effizienteren Behandlungspfaden und einer schnelleren operativen Versorgung. Zusätzlich sind Fortschritte in der operativen Expertise, einschließlich einer verbesserten Weiterbildung der Operateurinnen und Operateure, sowie eine insgesamt höhere Qualität der chirurgischen Versorgung innerhalb der letzten Jahre zu nennen. Auch Verbesserungen im perioperativen Blutungsmanagement, z.B. durch standardisierte SOPs, strukturierte Entscheidungswege und die Verfügbarkeit spezifischer Antidots für gerinnungsaktive Medikamente, tragen zu einem immer besseren perioperativen Management bei.

Vor dem Hintergrund der deutlich und dauerhaft verbesserten bundesweiten Ergebnisse ist der bisherige Referenzbereich von ≤ 15 % nicht mehr geeignet, Leistungserbringer mit einem relevanten Qualitätsdefizit zuverlässig zu identifizieren. Mit der Anpassung auf ≤ 10 % wird nicht nur eine

angemessene Differenzierung klinischer Prozessqualität sichergestellt, sondern zugleich den kontinuierlichen Verbesserungsleistungen der Krankenhäuser Rechnung getragen.

#### 11.2.1.2 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Streichung von Polytrauma

Da über den QS-Filter Polytrauma-Patientinnen und -Patienten ausgeschlossen werden und das Datenfeld aus der Spezifikation entfernt wurde, erfolgt eine Streichung in den Rechenregeln.

#### 11.2.1.3 192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung

Nennerausschluss

1. OPS-Kode 5-829.m

Die knöcherne Defektsituation bei Fällen mit OPS-Kode 5-829.m erfordert - wie bei Fällen mit OPS-Kode 5-829.k - eine komplexe operative Rekonstruktion der knöchernen Strukturen. Aufgrund dessen sollte die Hüfte häufig postoperativ nicht vollständig belastet und bewegt werden, wodurch die Beurteilung der Fähigkeit Treppensteigen zum Entlassungszeitpunkt verzerrt wird. Patientinnen und Patienten mit OPS-Kode 5-829.k werden daher bereits in der Grundgesamtheit des QI ausgeschlossen. Der Ausschluss bei diesem Indikator erfolgt daher auch für die Patientinnen und Patienten mit OPS-Kode 5-829.m.

2. Polytrauma

Da über den QS-Filter Polytrauma-Patientinnen und -Patienten ausgeschlossen werden und das Datenfeld aus der Spezifikation entfernt wurde, erfolgt eine Streichung in den Rechenregeln.

### 11.2.2 Kennzahlen

Folgende Kennzahlen werden in ihrer Bezeichnung (bei 9 von11 QI) angepasst und in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren umgewandelt:

- 192600*: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus und bis zu 90 Tagen
- 192601*: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Krankenhaus und bis zu 90 Tagen
- 192602*: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Krankenhaus und bis zu 90 Tagen
- 192603*: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus und bis zu 365 Tagen
- 192604*: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Krankenhaus und bis zu 365 Tagen
- 192605*: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Krankenhaus und bis zu 365 Tagen
- 192607: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen

- 192606: Sterblichkeit bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen
- 192608: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen
- 192610: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen

192609: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen

Als Referenzbereich wird bei allen 11 Indikatoren das 95. Perzentil definiert. Die Umwandlungen erfolgen gemäß der Empfehlungen des Berichts „Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) gemäß DeQS-RL“ (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6882/2024-10-17_DeQS-RL_Freigabe-IQTIG-Bericht_Sozialdaten-QS-HGV-KEP.pdf), da ab dem AJ 2028 Risikoadjustierungsmodelle verwendet werden können. Die neuen Indikatoren wurden im Rahmen des Berichts beteiligt.

*Die Umbenennungen erfolgen, da sich die Dauer des Follow-up-Zeitraums aus dem QI-Titel ergeben muss. Normative Regelungen zu den zu verarbeitenden Daten geben vor, dass der Zeitraum im QI-Titel genannt werden muss.

# 12 Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

## 12.1 Qualitätsindikatoren

In dem Verfahren QS KEP werden in ihrer Bezeichnung (bei 6 der 7 QI) angepasst und alle Kennzahlen in Qualitätsindikatoren umgewandelt. Weitere Informationen dazu können dem Kapitel 12.2 entnommen werden.

## 12.2 Kennzahlen

Folgende Kennzahlen werden in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren umgewandelt

- 202601*: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Krankenhaus und bis zu 90 Tagen
- 202602*: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Krankenhaus und bis zu 90 Tagen
- 202604: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Krankenhaus und bis zu 365 Tagen
- 202605: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Krankenhaus und bis zu 365 Tagen
- 202607: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
- 202608: Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen
- 202610: Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen

Als Referenzbereich wird bei allen sieben Indikatoren das 95. Perzentil definiert. Die Umwandlungen erfolgen gemäß der Empfehlungen des Berichts „Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) gemäß DeQS-RL“ (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6882/2024-10-17_DeQS-RL_Freigabe-IQTIG-Bericht_Sozialdaten-QS-HGV-KEP.pdf), da ab dem AJ 2028 Risikoadjustierungsmodelle verwendet werden können. Die neuen Indikatoren wurden im Rahmen des Berichts beteiligt.

*Die Umbenennungen erfolgen, da sich die Dauer des Follow-up-Zeitraums aus dem QI-Titel ergeben muss. Normative Regelungen zu den zu verarbeitenden Daten geben vor, dass der Zeitraum im QI-Titel genannt werden muss.

# 13 Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS SEPSIS)

Gegenstand des QS-Verfahrens Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS SEPSIS) ist die stationäre Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren) mit Sepsis. Das QS-Verfahren adressiert sowohl Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität als auch die Ergebnisqualität der stationären Versorgung erwachsener Patientinnen und Patienten mit Sepsis. Ein wesentliches Ziel des QS-Verfahrens ist die Sterblichkeit sowie neu auftretende Morbiditäten von Patientinnen und Patienten mit Sepsis zu reduzieren. Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden die fallbezogene und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie die Sozialdaten bei den Krankenkassen herangezogen.

## 13.1 Auswertungsmodul Diagnostik und Therapie der Sepsis: Fallbezogen und sozialdatenbasiert (SEPSIS-FS)

Im Auswertungsmodul SEPSIS-FS sind alle Behandlungsfälle von Patientinnen oder Patienten ab 18 Jahren mit Sepsis-Diagnose gemäß QS-Filter dokumentationspflichtig bzw. werden gemäß Patientenfilter über die Sozialdaten bei den Krankenkassen einbezogen.

### 13.1.1 Qualitätsindikatoren

#### 13.1.1.1 602602: Krankenhaus-Letalität nach Sepsis

Für diesen Indikator wird eine Risikoadjustierung mit indirekter Standardisierung (O/E) als Methode der Risikoadjustierung eingeführt. Zum ersten Erfassungsjahr (EJ 2026) war noch keine Risikoadjustierung möglich. Das entsprechende Risikoadjustierungsmodell wird auf Grundlage der Daten des Auswertungsjahres 2027 berechnet.

Aufgrund der damit verbundenen Anpassung der Berechnungsart wird ein Referenzbereich von O/E ≤ 2,0 eingeführt. Die Festlegung des Referenzbereiches beruht auf den Empfehlungen aus den Abschlussberichten zur Qualitätsindikatorenentwicklung vom 31. Mai 2022[6] sowie zur Machbarkeitsprüfung vom 30. Juni 2023[7].

[6] IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf

[7] IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Machbarkeitsprüfung. Abschlussbericht. [Stand:] 30.06.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Sepsis_Abschlussbericht_2023-06-30-barrierefrei.pdf

## 13.2 Auswertungsmodul Diagnostik und Therapie der Sepsis: Einrichtungsbezogen (SEPSIS-E)

Im Auswertungsmodul SEPSIS-E sind alle Krankenhausstandorte dokumentationspflichtig, die mindestens einen Behandlungsfall von Patientinnen oder Patienten ab 18 Jahren mit Sepsis-Diagnose gemäß QS-Filter im Erfassungsjahr behandelt haben.

Es wurden lediglich redaktionelle Änderungen vorgenommen.

# Impressum

## HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org
iqtig.org