

# QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung*

## Bundesqualitätsbericht 2025

# Impressum

|                |                                                                        |
|----------------|------------------------------------------------------------------------|
| Titel          | QS-Verfahren <i>Hüftgelenkversorgung</i> . Bundesqualitätsbericht 2025 |
| Abgabe         | 15. August 2025                                                        |
| Aktualisierung | 21. Oktober 2025                                                       |

## 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

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Impressum.....                                                                                         | 2  |
| Inhaltsverzeichnis .....                                                                               | 3  |
| Tabellenverzeichnis.....                                                                               | 5  |
| Abkürzungsverzeichnis .....                                                                            | 8  |
| Vorbemerkung .....                                                                                     | 10 |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung .....                                    | 11 |
| 1 Hintergrund .....                                                                                    | 12 |
| 2 Einordnung der Ergebnisse .....                                                                      | 15 |
| 2.1 Datengrundlage.....                                                                                | 15 |
| 2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....                             | 15 |
| 2.2.1 Überblick .....                                                                                  | 15 |
| 2.2.2 Detailergebnisse .....                                                                           | 19 |
| 2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....                                      | 28 |
| 2.3.1 Überblick .....                                                                                  | 28 |
| 2.3.2 Detailergebnisse .....                                                                           | 31 |
| 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen .....                                        | 37 |
| 3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....                                | 37 |
| 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)..... | 39 |
| 4 Evaluation .....                                                                                     | 42 |
| 5 Ausblick.....                                                                                        | 43 |
| Hüftendoprothesenversorgung .....                                                                      | 44 |
| 1 Hintergrund .....                                                                                    | 45 |
| 2 Einordnung der Ergebnisse .....                                                                      | 49 |
| 2.1 Datengrundlage.....                                                                                | 49 |
| 2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....                             | 50 |
| 2.2.1 Überblick .....                                                                                  | 50 |
| 2.2.2 Detailergebnisse .....                                                                           | 59 |
| 2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....                                      | 78 |
| 2.3.1 Überblick .....                                                                                  | 78 |

|       |                                                                                                    |     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.3.2 | Detailergebnisse .....                                                                             | 85  |
| 3     | Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen .....                                      | 97  |
| 3.1   | Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....                                | 97  |
| 3.2   | Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)..... | 99  |
| 4     | Evaluation .....                                                                                   | 102 |
| 5     | Ausblick.....                                                                                      | 106 |
|       | Literatur .....                                                                                    | 108 |

## Tabellenverzeichnis

|                                                                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HGV-OSFRAK .....                                                              | 13 |
| Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-OSFRAK .....                                                                                     | 14 |
| Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HGV-OSFRAK .....                                                                                     | 15 |
| Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025)<br>– HGV-OSFRAK .....                                      | 17 |
| Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator<br>(AJ 2025) – HGV-OSFRAK .....                                | 18 |
| Tabelle 6: QI 54030: Präoperative Verweildauer .....                                                                                                | 19 |
| Tabelle 7: QI 54050: Sturzprophylaxe .....                                                                                                          | 21 |
| Tabelle 8: QI 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung .....                                                                                            | 22 |
| Tabelle 9: QI 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer<br>hüftgelenknahen Femurfraktur .....                        | 25 |
| Tabelle 10: QI 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer<br>hüftgelenknahen Femurfraktur .....                      | 26 |
| Tabelle 11: TKez 54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer<br>hüftgelenknahen Femurfraktur .....                                 | 27 |
| Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-OSFRAK .....                                                               | 29 |
| Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je<br>Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HGV-OSFRAK .....                   | 30 |
| Tabelle 14: AK 850147: Angabe von ASA 5 .....                                                                                                       | 31 |
| Tabelle 15: AK 850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation<br>spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen .....      | 32 |
| Tabelle 16: AK 850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als<br>Komplikation .....                                      | 33 |
| Tabelle 17: AK 850351: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation .....                                                                         | 34 |
| Tabelle 18: AK 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation .....                                                                          | 35 |
| Tabelle 19: AK 850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) .....                                                                     | 36 |
| Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und<br>Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK .....    | 37 |
| Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024)<br>– HGV-OSFRAK .....                                 | 39 |
| Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und<br>Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK ..... | 39 |
| Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern<br>(AJ 2024) – HGV-OSFRAK .....                              | 41 |
| Tabelle 24: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HGV-HEP .....                                                                | 46 |
| Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-HEP .....                                                                                       | 48 |
| Tabelle 26: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HGV-HEP .....                                                                                       | 49 |

|                                                                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 27: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-HEP .....                                            | 49 |
| Tabelle 28: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-HEP .....                            | 50 |
| Tabelle 29: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - HGV-HEP .....                                         | 53 |
| Tabelle 30: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) - HGV-HEP .....                                   | 56 |
| Tabelle 31: QI 54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation .....                                                           | 59 |
| Tabelle 32: QI 54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel .....                                                     | 59 |
| Tabelle 33: QI 54003: Präoperative Verweildauer .....                                                                                             | 60 |
| Tabelle 34: QI 54004: Sturzprophylaxe .....                                                                                                       | 62 |
| Tabelle 35: QI 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur .....                         | 65 |
| Tabelle 36: QI 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation .....                                            | 66 |
| Tabelle 37: QI 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel .....                                      | 67 |
| Tabelle 38: QI 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur .....                        | 68 |
| Tabelle 39: QI 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation .....                                           | 70 |
| Tabelle 40: QI 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel .....                                     | 71 |
| Tabelle 41: QI 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung .....                                                                                         | 73 |
| Tabelle 42: QI 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel ..... | 75 |
| Tabelle 43: TKez 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur .....                                                               | 76 |
| Tabelle 44: QI 192300: Treppensteigen bei Entlassung .....                                                                                        | 76 |
| Tabelle 45: QI 10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen .....                                             | 77 |
| Tabelle 46: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - HGV-HEP .....                                                                | 79 |
| Tabelle 47: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) - HGV-HEP .....                       | 81 |
| Tabelle 48: AK 850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen .....       | 85 |
| Tabelle 49: AK 850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation .....                                       | 86 |
| Tabelle 50: AK 851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen .....                                                                                   | 87 |
| Tabelle 51: AK 851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer .....                                                                                | 88 |

|                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 52: AK 851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit<br>Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes ..... | 89  |
| Tabelle 53: AK 852102: Angabe von ASA 5 .....                                                                                                                   | 90  |
| Tabelle 54: AK 850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten .....                                                                          | 91  |
| Tabelle 55: AK 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation) .....                                                                  | 92  |
| Tabelle 56: AK 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation).....                                                                    | 93  |
| Tabelle 57: AK 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) .....                                                                           | 94  |
| Tabelle 58: AK 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel) .....                                                                            | 95  |
| Tabelle 59: AK 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) .....                                                                                 | 95  |
| Tabelle 60: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und<br>Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP .....                   | 97  |
| Tabelle 61: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024)<br>– HGV-HEP .....                                                | 99  |
| Tabelle 62: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und<br>Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP .....                | 99  |
| Tabelle 63: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern<br>(AJ 2024) – HGV-HEP .....                                             | 101 |

## Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung  | Bedeutung                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AJ         | Auswertungsjahr                                                                                                                                                                           |
| AK         | Auffälligkeitskriterium                                                                                                                                                                   |
| ASA        | American Society of Anesthesiologists                                                                                                                                                     |
| DeQS-RL    | Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung                                                                                                              |
| DOAK       | direkte orale Antikoagulanzen                                                                                                                                                             |
| EJ         | Erfassungsjahr                                                                                                                                                                            |
| EXG        | Expertengremium                                                                                                                                                                           |
| G-BA       | Gemeinsamer Bundessausschuss                                                                                                                                                              |
| GKV        | Gesetzliche Krankenversicherung                                                                                                                                                           |
| HGV-HEP    | Auswertungsmodul Hüftendoprothesenversorgung                                                                                                                                              |
| HGV-OSFRAK | Auswertungsmodul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung                                                                                                            |
| ICD        | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> ) |
| ID         | Identifikationsnummer                                                                                                                                                                     |
| IKNR       | Institutionskennzeichennummer                                                                                                                                                             |
| KIS        | Krankenhausinformationssystem                                                                                                                                                             |
| LAG        | Landesarbeitsgemeinschaft                                                                                                                                                                 |
| LE         | Leistungserbringer                                                                                                                                                                        |
| MDS        | Minimaldatensatz                                                                                                                                                                          |
| n. a.      | nicht anwendbar                                                                                                                                                                           |
| NOAK       | neue orale Antikoagulanzen                                                                                                                                                                |
| O/E        | Verhältnis aus der beobachteten und der erwarteten Rate ( <i>observed to expected ratio</i> )                                                                                             |
| POA        | present on admission                                                                                                                                                                      |
| QI         | Qualitätsindikator                                                                                                                                                                        |
| QS         | Qualitätssicherung                                                                                                                                                                        |
| QS HGV     | QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung                                                                                                                                                         |
| QSEB       | Qualitätssicherungsergebnisbericht                                                                                                                                                        |

| Abkürzung | Bedeutung                                                      |
|-----------|----------------------------------------------------------------|
| SOP       | Standardvorgehensweise ( <i>Standard Operating Procedure</i> ) |
| STNV      | Stellungnahmeverfahren                                         |

## Vorbemerkung

Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahen Femurfraktur wird grundsätzlich zwischen hüftkopferhaltenden und hüftkopfersetzenden Methoden unterschieden. Das QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* beinhaltet entsprechend zwei Auswertungsmodule. Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* werden hüftkopferhaltend (osteosynthetisch) versorgte hüftgelenknahe Femurfrakturen betrachtet. Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden dagegen hüftgelenknahe Femurfrakturen betrachtet, die hüftkopfersetzend (endoprothetisch) versorgt werden. Darüber hinaus beinhaltet dieses Auswertungsmodul auch geplante Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und Hüftendoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel.

# Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

# 1 Hintergrund

Als hüftgelenknahe Femurfraktur wird ein Bruch (Fraktur) im oberen, d. h. zum Hüftgelenk gerichteten Teil des – normalerweise sehr stabilen – Oberschenkelknochens (Femur) bezeichnet. Ein solcher Bruch ist, bedingt durch die im Alter abnehmende Festigkeit der Knochensubstanz bis hin zur Osteoporose und durch die zunehmende Bewegungsunsicherheit, eine häufige Verletzung älterer Menschen. Oft wird sie durch einen Sturz verursacht.

Während viele andere Knochenbrüche konservativ behandelt werden können, z. B. mit einer Ruhigstellung im Gips, um wieder ausreichend zu verheilen, ist eine solche Therapie bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur zumeist nicht möglich. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Verbindung der Knochen durch Metallteile nennt man Osteosynthese.

Im QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* bildet das Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)* die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten ab, bei denen nach einem solchen Bruch eine Osteosynthese durchgeführt wurde. Bei allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren müssen hier die Krankenhäuser aufgetretene Komplikationen während des Eingriffs und danach, die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Sterblichkeit dokumentieren.

Das Ziel der operativen Behandlung ist eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung oder Verbesserung der Mobilität und der körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten. Jährlich erleiden ca. 65.000 Patientinnen und Patienten einen hüftgelenknahen Oberschenkelbruch, der mit einer Osteosynthese versorgt wird.

## Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* umfasst 5 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Eine besonders wichtige Rolle bei der osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur spielt der Zeitraum von der Aufnahme in eine Klinik bis zur Operation. Je mehr Zeit zwischen Frakturereignis und Operation vergeht, desto mehr Komplikationen können auftreten. Der Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) prüft, ob Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus operativ versorgt werden. Darüber hinaus werden die mit der Operation zusammenhängenden spezifischen (ID 54029) und allgemeinen (ID 54042) Komplikationen erfasst.

Die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig zu gehen, wenn sie dazu auch vor dem Krankenhausaufenthalt in der Lage waren, wird im Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) abgebildet. Die Sterblichkeit während und nach der Operation wird durch eine Kennzahl erfasst (ID 54046).

Für den Indikator zur Sturzprophylaxe (ID 54050) wird infolge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung der Referenzbereich für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HGV-OSFRAK

| ID    | Indikator/Transparenzkennzahl                                                                   | Datenquelle      | Erfassungsjahr |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| 54030 | Präoperative Verweildauer                                                                       | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54050 | Sturzprophylaxe                                                                                 | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54033 | Gehunfähigkeit bei Entlassung                                                                   | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54029 | Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54042 | Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur  | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54046 | Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*             | QS-Dokumentation | 2024           |

\* Transparenzkennzahl

### Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* gibt es 3 Auffälligkeitskriterien (AK) zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit.

2 der 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (IDs 850148 und 850149) beziehen sich auf fehlerhafte oder unplausible Dokumentationen von unterschiedlichen Komplikationen, das dritte (ID 850147) auf die Angabe von ASA 5.

Die ASA-Klassifikation dient der Abschätzung des präoperativen Gesundheitszustands einer Patientin oder eines Patienten und wird in allen Risikoadjustierungsmodellen verwendet. Fehldokumentationen haben somit Einfluss auf die Einschätzung des Risikoprofils der Leistungserbringer. Die ASA-Kategorie 5 ist in dieser Klassifikation die höchste Stufe. Diese Patientinnen und Patienten sind gemäß der Definition moribund (todkrank) und würden ohne Operation voraussichtlich nicht überleben. Die operative Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dient in den meisten Fällen nicht der Lebensrettung und stellt eine starke Belastung für die Patientin oder den Patienten dar. Daher sollten zuvor Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten ergriffen werden, um eine bessere Ausgangssituation, mit einer ggf. weniger hohen ASA-Klassifikation, für die operative Versorgung zu schaffen. Eine Angabe von ASA 5 in Zusammenhang mit der Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur erscheint vor diesem Hintergrund folglich unplausibel. Der Referenzbereich in diesem Auffälligkeitskriterium liegt entsprechend bei 0.

Mit den beiden anderen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität werden zum einen Fälle erfasst, bei denen eine „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“ eingegeben wurde, und zum anderen Fälle, bei denen Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen kodiert wurden.

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit dienen dazu, Über- und Unterdokumentationen (IDs 850351 und 850352) oder ein gehäuftes Anlegen von Minimaldatensätzen (ID 850368) (MDS) festzustellen.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-OSFRAK

| ID                                                                   | Auffälligkeitskriterium                                                                                        | Datenquelle                     |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b> |                                                                                                                |                                 |
| 850147                                                               | Angabe von ASA 5                                                                                               | QS-Dokumentation                |
| 850148                                                               | Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation                                 | QS-Dokumentation                |
| 850149                                                               | Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen | QS-Dokumentation                |
| <b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>                    |                                                                                                                |                                 |
| 850351                                                               | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation                                                                 | QS-Dokumentation, Sollstatistik |
| 850352                                                               | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation                                                                  | QS-Dokumentation, Sollstatistik |
| 850368                                                               | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)                                                             | QS-Dokumentation, Sollstatistik |

## 2 Einordnung der Ergebnisse

### 2.1 Datengrundlage

Die Anzahl der für das Auswertungsjahr 2025 übermittelten Datensätze und der entlassenden Standorte auf Bundesebene ist im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* geringfügig höher als erwartet. Die Vollständigkeit der Datensätze liegt für das Auswertungsjahr 2025 bei 100,56 % und damit in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr. Insgesamt wurden im Vergleich zum Vorjahr 71 Datensätze mehr übermittelt.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – HGV-OSFRAK

|                           |                                                          | Erfassungsjahr 2024    |          |                      |
|---------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------------------|
|                           |                                                          | geliefert              | erwartet | Vollständigkeit in % |
| Bund (gesamt)             | Datensätze gesamt<br>Basisdatensatz<br>MDS               | 65.072<br>64.986<br>86 | 64.707   | 100,56               |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)   | 993                    |          |                      |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 1.045                  | 1.037    | 100,77               |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)                             | 878                    | 872      | 100,69               |

### 2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

#### 2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) hat sich seit dessen Einführung im Jahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) stetig verringert, liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 7,57 % und ist damit erneut um 1,23 % gesunken. Dieser Indikator hat im Auswertungsjahr 2025 den höchsten Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer (10,14 %). Im Vorjahr lag dieser Wert bei 14,64 % und im Vorvorjahr bei 19,65 %. Dieser Verlauf zeigt, dass trotz der bereits erreichten Verbesserung noch immer ein Verbesserungspotenzial vorhanden ist. Bei 42 Leistungserbringern konnte im Auswertungsjahr 2024 nach geführtem Stellungnahmeverfahren ein qualitativ auffälliges Ergebnis ermittelt werden. Die Rückmeldungen aus den Landesarbeitsgemeinschaften zeigen, dass vor allem Defizite im Gerinnungsmanagement sowie fehlende OP-Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Qualitätsziel nicht eingehalten werden konnte. 10 der 42 Leistungserbringer waren bereits im Vorjahr qualitativ auffällig. Es wurden in diesem Indikator sechsmal Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Die Anzahl der dokumentierten Komplikationen für die Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen (IDs 54029 und 54042) war zum Auswertungsjahr 2024 angestiegen. Grund dafür war eine Anpassung im Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“, in dem eine Liste mit Diagnosekodes nach ICD zu möglichen Komplikationen mit dem QS-Datenfeld abgeglichen wird. Die Bundeswerte beider Indikatoren sind im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr nochmals etwas angestiegen, von 12,71 % auf 13,46 % bei den allgemeinen und von 1,92 % auf 1,98 % bei den spezifischen Komplikationen. Bei den allgemeinen Komplikationen sind vor allem die Anzahl der Fälle mit Harnwegsinfektionen und Delir sowie die Angabe „Sonstige Komplikationen“ im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen. Die Kategorie „Sonstige“ geht jedoch nicht in die Indikatorberechnung ein. Bei den spezifischen Komplikationen ist der größte Anstieg ebenfalls für diese Kategorie zu beobachten. Mit der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren QS HGV wird diese Kategorie entfallen, da die Informationen zu aufgetretenen Komplikationen dann über die Sozialdaten gewonnen werden. Die QS-Dokumentation wird bei Komplikationen dann nur noch notwendig, wenn der Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht eindeutig ist oder eine postoperative Wundkomplikation vorliegen könnte.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung aus dem Krankenhaus gehen können (ID 54033), ist gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Das IQTIG führt dies darauf zurück, dass bei diesem Qualitätsindikator seit dem Auswertungsjahr 2025 Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus stattfand.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Sturzprophylaxe (ID 54050) hat sich im Auswertungsjahr 2025 das dritte Mal in Folge verbessert. Da der Indikator zum Erfassungsjahr 2026 zur Aussetzung empfohlen wird, wurde der Referenzbereich für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt. Die Rückmeldungen seitens der Landesarbeitsgemeinschaften zu den geführten Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wiesen häufig auf Dokumentationsfehler hin. So konnten 10 von 23 Stellungnahmen wegen Dokumentationsfehlern nicht abschließend beurteilt werden, in 2 Fällen wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten nach osteosynthetischer Versorgung der Femurfraktur (ID 54046) liegt mit 4,69 % im Auswertungsjahr 2025 unter dem Niveau des Vorjahres (4,89 %). Das Bundesergebnis der dazugehörigen Transparenzkennzahl liegt bei 0,97. Es wurden somit 3 % weniger Sterbefälle beobachtet als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - HGV-OSFRAK

| ID    | Indikator/Transparenzkennzahl                                                                   | Bundesergebnis<br>AJ 2024                                         | Bundesergebnis<br>AJ 2025<br>(Referenzbereich)                                               | Vergleichbarkeit zum<br>Vorjahr |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 54030 | Präoperative Verweildauer                                                                       | 8,80 %<br>O = 5.645<br>N = 64.138                                 | 7,57 %<br>O = 4.851<br>N = 64.052<br>(≤ 15,00 %)                                             | vergleichbar                    |
| 54050 | Sturzprophylaxe                                                                                 | 97,59 %<br>O = 55.755<br>N = 57.132                               | 97,93 %<br>O = 56.186<br>N = 57.373<br>(Nicht definiert)                                     | vergleichbar                    |
| 54033 | Gehunfähigkeit bei Entlassung                                                                   | 1,00<br>O/E = 7.018 / 7.018,00<br>15,73 %<br>O/N = 7.018 / 44.603 | 1,00<br>O/E = 6.932 / 6.946,35<br>15,63 %<br>O/N = 6.932 / 44.348<br>(≤ 2,37; 95. Perzentil) | eingeschränkt<br>vergleichbar   |
| 54029 | Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 1,00<br>O/E = 1.247 / 1.247,00<br>1,92 %<br>O/N = 1.247 / 64.915  | 1,01<br>O/E = 1.286 / 1.267,66<br>1,98 %<br>O/N = 1.286 / 64.972<br>(≤ 2,87; 95. Perzentil)  | eingeschränkt<br>vergleichbar   |
| 54042 | Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur  | 1,00<br>O/E = 8.253 / 8.253,00<br>12,71 %<br>O/N = 8.253 / 64.915 | 1,05<br>O/E = 8.743 / 8.303,18<br>13,46 %<br>O/N = 8.743 / 64.972<br>(≤ 2,21; 95. Perzentil) | eingeschränkt<br>vergleichbar   |

| ID    | Indikator/Transparenzkennzahl                                                       | Bundesergebnis<br>AJ 2024                                        | Bundesergebnis<br>AJ 2025<br>(Referenzbereich)                   | Vergleichbarkeit zum<br>Vorjahr |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 54046 | Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur* | 1,00<br>O/E = 3.172 / 3.171,20<br>4,89 %<br>O/N = 3.172 / 64.915 | 0,97<br>O/E = 3.046 / 3.149,08<br>4,69 %<br>O/N = 3.046 / 64.972 | eingeschränkt<br>vergleichbar   |

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HGV-OSFRAK

| ID    | Indikator                                                                                       | Erfassungs-<br>jahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen |               |                                                |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------|
|       |                                                                                                 |                     | Anzahl                                                     | Anteil<br>(%) | davon auch im Vorjahr rechnerisch<br>auffällig |
| 54030 | Präoperative Verweildauer                                                                       | 2023                | 148 von<br>1.011                                           | 14,64         | 74                                             |
|       |                                                                                                 | 2024                | 99 von 976                                                 | 10,14         | -                                              |
| 54033 | Gehunfähigkeit bei Entlassung                                                                   | 2023                | 59 von<br>1.014                                            | 5,82          | 14                                             |
|       |                                                                                                 | 2024                | 63 von 984                                                 | 6,40          | 13                                             |
| 54029 | Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 2023                | 71 von<br>1.023                                            | 6,94          | 14                                             |
|       |                                                                                                 | 2024                | 61 von 993                                                 | 6,14          | 17                                             |
| 54042 | Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur  | 2023                | 56 von<br>1.023                                            | 5,47          | 9                                              |
|       |                                                                                                 | 2024                | 52 von 993                                                 | 5,24          | 18                                             |

## 2.2.2 Detailergebnisse

Bei den Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen sowie dem Indikator zur Gehunfähigkeit und der Transparenzkennzahl zur Sterblichkeit handelt es sich um risikoadjustierte Indikatoren/Kennzahlen. Es wurde dazu eine indirekte Standardisierung per logistischer Regression angewandt. Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Komorbiditäten sowie Einnahme von Antikoagulanzen. Darüber hinaus werden pro Indikator bzw. Transparenzkennzahl weitere Faktoren berücksichtigt. Die vollständigen Listen zu den Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 entnommen werden. Die Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle erfolgte auf den Vorjahresdaten (Erfassungsjahr 2023). Bei dem Risikoadjustierungsmodell für Sterblichkeit gab es eine Besonderheit: Hier wurden die Datensätze der Auswertungsmodule HGV-HEP und HGV-OSFRAK zur Schätzung des Modells kombiniert. Der Grund für dieses Vorgehen lag in der geringen Fallzahl.

Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgten eine Prüfung des Risikoadjustierungsmodells und eine Neuschätzung des Einflusses einzelner Risikofaktoren. Die Vergleichbarkeit zum Vorjahr ist daher eingeschränkt gegeben.

### Präoperative Verweildauer (ID 54030)

Tabelle 6: QI 54030: Präoperative Verweildauer

|                                                                                       | AJ 2023                           | AJ 2024                              | AJ 2025                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 9,90 %<br>O = 6.383<br>N = 64.445 | 8,80 %<br>O = 5.645<br>N = 64.138    | <b>7,57 %</b><br><b>O = 4.851</b><br><b>N = 64.052</b>                    |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 204 von<br>1.038<br>19,65 %       | 148 von<br>1.011<br>14,64 %          | <b>99 von 976</b><br><b>10,14 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>≤ 15,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 46 / 203<br>(22,66 %)             | <b>42 / 148</b><br><b>(28,38 %)</b>  | n. a.                                                                     |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 46 / 1.038<br>(4,43 %)            | <b>42 / 1.011</b><br><b>(4,15 %)</b> | n. a.                                                                     |

Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus operativ versorgt werden. Aktuell ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, die neue und/oder direkte orale Antikoagulanzen (NOAK/DOAK) einnehmen. Diese sollten innerhalb von 48 Stunden operiert werden.

Das Bundesergebnis dieses Indikators ist zum Auswertungsjahr 2025 erneut gesunken. Damit liegt es unter dem Niveau des Auswertungsjahrs 2024 und folgt dem vorangegangenen positiven Trend, der seit Einführung des Indikators im Jahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) zu sehen ist. In 91,49 % der Fälle ohne die genannte Medikation wurde das Qualitätsziel einer

Operation innerhalb von 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme erreicht. Bei den Fällen mit Einnahme der entsprechenden Medikamente wurde in 96,02 % der Fälle das Ziel, die Patientinnen und Patienten innerhalb von 48 Stunden operativ zu versorgen, erreicht.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 10,14 % deutlich unter dem des Vorjahres (AJ 2024: 14,64 %).

Im Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer gibt es im Auswertungsjahr 2025 von allen Indikatoren die meisten Auffälligkeiten. Von 99 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern im Auswertungsjahr 2025 hatten insgesamt 44 auch im Vorjahr (AJ 2024) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Im Auswertungsjahr 2024 hatten 42 Leistungserbringer ein qualitativ auffälliges Ergebnis, davon 10 bereits im Vorjahr.

28,38 % (42/148) der in diesem Qualitätsindikator im Auswertungsjahr 2024 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als „qualitativ auffällig“ bewertet, 35 davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Den Freitextkommentaren der LAG ist zu entnehmen, dass in vielen Fällen fehlende OP-Kapazitäten sowie Priorisierungsprobleme oder Schwierigkeiten beim Gerinnungsmanagement zu dieser Bewertung führten. Vereinzelt wurden von den LAG auch Verstöße gegen die QSFFx-Richtlinie sowie die Empfehlung einer generellen Prozessstraffung als Gründe für diese Bewertung zurückgemeldet.

In 7 Fällen wurden von den Leistungserbringern keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, sodass ihre Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden.

47,30 % der Leistungserbringerergebnisse (70/148) wurden als „qualitativ unauffällig“ eingestuft, wovon am häufigsten die Kategorie „unauffällig aufgrund von Einzelfällen (Bewertung ‚U62‘)“ ohne weitere Begründung vergeben wurde. Eine weiterführende Prüfung des IQTIG ergab, dass sich innerhalb dieser Bewertungskategorie durchaus Leistungserbringer mit hohen Fallzahlen im Zähler und deutlich vom Referenzwert abweichendem Ergebnis befanden. So wurden die Ergebnisse eines Leistungserbringers, bei dem 21 von 100 Patientinnen und Patienten (21 %) nicht innerhalb der geforderten Zeit operiert wurden, als „qualitativ unauffällig“ bewertet. Ein anderer erhielt die selbe Bewertung bei 22 von 109 Patientinnen und Patienten (20,2 %).

Da die LAG dazu keine weiteren Informationen im Rahmen der Freitextkommentare übermittelt haben, kann das IQTIG nicht einschätzen, warum sie trotz teilweise hoher Fallzahlen zu dieser Einstufung gekommen sind.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden 6 Maßnahmen der Stufe 1 zu qualitativ auffälligen Ergebnissen eingeleitet.

Das Expertengremium auf Bundesebene diskutiert in den Sitzungen seit Frühjahr 2024 eine Anpassung des Indikators zur präoperativen Verweildauer auf 24 Stunden für alle Patientinnen und Patienten. Hintergrund sind neue Erkenntnisse aus einer Studie von Neumann et al. (2025) über den Zusammenhang zwischen der präoperativen Verweildauer und dem Komplikations- und Mortalitätsrisiko bei Patientinnen und Patienten, die neue und/oder direkte orale Antikoagulan-

zien (NOAK/DOAK) einnehmen. Es konnte gezeigt werden, dass das Komplikations- und Mortalitätsrisiko bei Patientinnen und Patienten mit einer endoprothetischen Versorgung innerhalb von 24 Stunden, trotz des mit der Einnahme des Medikaments verbundenen höheren Blutungsrisikos, geringer ist als bei einer längeren Wartezeit bis zur Operation.

Im Laufe der letzten 3 Sitzungen auf Bundesebene (Frühjahr und Herbst 2024 sowie Frühjahr 2025) hat sich herauskristallisiert, dass im Expertengremium keine einheitliche Meinung dazu besteht, ob aufgrund dieser Ergebnisse eine Rechenregeländerung der beiden Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer (ID 54030 in HGV-OSFRAK und ID 54003 in HGV-HEP) empfohlen werden sollte. Einige Mitglieder halten die Festlegung auf 24 Stunden für alle Patientinnen und Patienten als zu eng gesetzt, insbesondere für Endoprothesen und für subtrochantäre Frakturen, und erwarten zukünftig negative Nebeneffekte. Andere Mitglieder berichten von positiven Erfahrungen mit der Umstellung hin zu einer zeitnahen Versorgung und sprechen sich weiterhin für die Anpassung der Rechenregeln aus.

Das IQTIG hat nach Abwägung der Erkenntnisse aus der Studie von Neumann et al. (2025) und der Empfehlungen aus der QSFFx-RL einerseits und der Einschätzungen des Expertengremiums andererseits empfohlen, die Rechenregel ab dem Erfassungsjahr 2026 entsprechend anzupassen. Der G-BA ist dieser Empfehlung mit Verweis auf die längere präoperative Vorbereitungszeit von Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie nicht gefolgt.

### Sturzprophylaxe (ID 54050)

Tabelle 7: QI 54050: Sturzprophylaxe

|                                                                                       | AJ 2023                             | AJ 2024                             | AJ 2025                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 97,35 %<br>O = 55.019<br>N = 56.514 | 97,59 %<br>O = 55.755<br>N = 57.132 | <b>97,93 %</b><br><b>O = 56.186</b><br><b>N = 57.373</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 50 von<br>1.035<br>4,83 %           | 31 von<br>1.018<br>3,05 %           | <b>(Refbereich: Nicht definiert)</b>                     |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 7 / 50<br>(14,00 %)                 | <b>2 / 31</b><br><b>(6,45 %)</b>    | n. a.                                                    |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 7 / 1.035<br>(0,68 %)               | <b>2 / 1.018</b><br><b>(0,20 %)</b> | n. a.                                                    |

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Erfassung des Sturzrisikos sowie die Durchführung geeigneter Maßnahmen zur Sturzprophylaxe nach operativer osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Der Anteil der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahre, für die nach der Operation keine Erfassung des Sturzrisikos und keine Sturzprophylaxe erfolgt ist, soll so gering wie möglich sein.

Zu 23 der 31 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden Stellungnahmeverfahren geführt. Hiervon konnten 10 wegen Dokumentationsproblemen nicht abschließend bewertet werden.

Der Qualitätsindikator wird aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da die Eignungskriterien Validität, Reliabilität, Objektivität und Datenqualität nicht vollständig erfüllt sind. Der Referenzbereich wurde deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt und der Qualitätsindikator ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 6,45 % (2/31) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse in diesem Qualitätsindikator als qualitativ auffällig bewertet. In beiden Fällen lagen Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel in Form von Dokumentationsfehlern vor. Es wurde zudem in beiden Fällen eine Qualitätssicherungsmaßnahme der Stufe 1 zur Verbesserung der Dokumentation (Zielvereinbarung, Schulung) initiiert. 35,49 % (11/31) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, was in 8 Fällen damit begründet wurde, dass kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme vorgelegen habe. In 2 Fällen erfolgte diese Bewertung, da die Standorte geschlossen wurden. Bei einem Leistungserbringer war die rechnerische Auffälligkeit durch Einzelfälle begründet.

Von den 31 rechnerisch auffälligen Leistungserbringer hatten 8 bereits im Vorjahr und 3 davon bereits im Vorvorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden 2 Maßnahmen der Stufe 1 zu qualitativ unauffälligen Ergebnissen eingeleitet.

### Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54033)

Tabelle 8: QI 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

|                                                                                       | AJ 2023                                                                 | AJ 2024                                                                 | AJ 2025                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 1,12<br>O/E = 7.747 /<br>6.897,94<br>17,52 %<br>O/N = 7.747 /<br>44.230 | 1,00<br>O/E = 7.018 /<br>7.018,00<br>15,73 %<br>O/N = 7.018 /<br>44.603 | <b>1,00</b><br><b>O/E = 6.932 /</b><br><b>6.946,35</b><br><b>15,63 %</b><br><b>O/N = 6.932 / 44.348</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 54 von 1.031<br>5,24 %                                                  | 59 von 1.014<br>5,82 %                                                  | <b>63 von 984</b><br><b>6,40 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,37;</b><br><b>95. Perzentil)</b>              |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 3 / 54<br>(5,56 %)                                                      | <b>5 / 59</b><br><b>(8,47 %)</b>                                        | n. a.                                                                                                   |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 3 / 1.031<br>(0,29 %)                                                   | <b>5 / 1.014</b><br><b>(0,49 %)</b>                                     | n. a.                                                                                                   |

Mit diesem Indikator wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten ermittelt, die bei Aufnahme, nicht aber bei Entlassung gehfähig waren. Seit dem Auswertungsjahr 2025 werden hier Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus stattfand. Bei diesen Patientinnen und Patienten muss die Gehfähigkeit bis zur Entlassung für eine selbstständige Versorgung nicht wiederhergestellt sein, da die notwendige Versorgung im weiterbehandelnden Krankenhaus sichergestellt wird. Dieser Ausschluss aus der Grundgesamtheit des Indikators resultiert in einem niedrigeren Bundesergebnis als im Vorjahr. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden in diesem Indikator zudem Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bei denen eine Entlassung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung stattfand. Auch bei diesen muss die Gehfähigkeit zum Entlasszeitpunkt aus dem Akutkrankenhaus nicht wiederhergestellt sein. Die im Rahmen der Verfahrensüberprüfung nach Eckpunktebeauftragung empfohlene Anpassung der Risikoadjustierung konnte bisher noch nicht umgesetzt werden. Dies ist für das Auswertungsjahr 2026 vorgesehen.

Das Ergebnis des Indikators liegt bei 1,0. Das bedeutet, dass genau so viele Fälle in den Zähler eingegangen sind wie anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 15,63 % unter dem Niveau der letzten 2 Vorjahre (AJ 2024: 15,73 %; AJ 2023: 17,52 %).

Im Auswertungsjahr 2024 gab es bei diesem Indikator 59 rechnerisch auffällige Leistungserbringer. Davon hatten 14 bereits im Vorjahr und 7 davon bereits im Vorvorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Zu diesem Indikator wurden 33 Stellungnahmeverfahren geführt, bei denen 5-mal die Bewertung als qualitativ auffällig mit dem Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel erfolgte. 26 Stellungnahmeverfahren wurden nicht eingeleitet. Die Gründe hierfür waren vor allem eine erstmalige und/oder geringe Abweichung vom Referenzwert.

20 Leistungserbringerergebnisse wurden als „qualitativ unauffällig“ eingestuft. Als Begründungen wurde 7-mal eine besondere klinische Situation und 8-mal das Vorliegen von Einzelfällen angegeben. In 3 Fällen lagen keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität vor, jedoch wurden vereinzelt Dokumentationshinweise übermittelt. Bei 2 Leistungserbringern begründeten die LAG die unauffällige Bewertung „Sonstiges“ mit Hinweis auf ein Verlegungsgeschehen in die Geriatrie. Eine der beiden LAG weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Patientinnen und Patienten, die in eine geriatrische Frührehabilitation oder Kurzzeitpflege verlegt werden, aus dem Indikator ausgeschlossen werden sollen. Dieser Ausschluss wird in der Rechenregel ab dem Erfassungsjahr 2026 erfolgen.

Eine weiterführende Analyse des IQTIG zeigte, dass hierunter auch Leistungserbringer mit relativ hohen Fallzahlen im Zähler fallen. Dies betraf z. B. einen Leistungserbringer, bei dem 29 von 61 Patientinnen und Patienten vor der Fraktur gehen konnten, bei Entlassung jedoch gehunfähig waren (47,5 %). Der erwartete Wert für diesen Leistungserbringer lag bei 10,49 Fällen, sodass das risikoadjustierte QI-Ergebnis 2,76 war (also 176 % mehr gehunfähige Patientinnen und Patienten als erwartet). Bei einem anderen Leistungserbringer betraf dies 18 von 39 Patientinnen und Patienten

(46,2%). Der erwartete Wert für das risikoadjustierte Indikatorergebnis lag bei 5,38 Fällen, sodass das risikoadjustierte QI-Ergebnis 3,35 war.

Die jeweiligen Ergebnisse der Indikatoren lagen teilweise nah am Bereich einer signifikanten Abweichung vom Referenzbereich oder sogar leicht darüber. Da zu diesen Fällen jedoch keine Begründungen im Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) übermittelt wurden, kann das IQTIG die Bewertungen der LAG teilweise nicht darlegen. Zu 6 Leistungserbringerergebnissen (18,2 %) konnte nach erfolgtem Stellungnahmeverfahren keine abschließende Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern erfolgen.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

### **Gruppe: Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54042 und 54029)**

Anhand dieser Qualitätsindikatoren wird erfasst, wie viele allgemeine bzw. spezifische Komplikationen nach einer osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur auftreten.

Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ durch eine ICD-Liste erweitert (s. Abschnitt 2.2.1). Sofern Krankenhäuser einen ICD-Kode abrechnen, im Dokumentationsbogen jedoch keine entsprechende Komplikation angegeben haben, erscheint ein Hinweis im QS-Dokumentationsbogen in den Datenfeldern zu den Komplikationen (weiche Plausibilitätsregel). Ziele dieser Spezifikationsänderung waren die Verbesserung der Dokumentationsqualität von allgemeinen und spezifischen Komplikationen und die bessere Abbildbarkeit von Komorbiditäten in der Risikoadjustierung.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Modul *HGV-OSFRAK* ab Erfassungsjahr 2026 werden die Informationen zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen zukünftig über Sozialdaten erfasst. Informationen zu Komplikationen sind im QS-Dokumentationsbogen von diesem Zeitpunkt an nur noch zu dokumentieren, wenn Leistungserbringer bestimmte ICD-Kodes zu Erkrankungen kodieren, bei denen unklar ist, ob sie bereits vor der Operation „present on admission“ (POA) vorlagen oder eine Folge der Operation sind.

Tabelle 9: QI 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

|                                                                                       | AJ 2023                                                                | AJ 2024                                                                 | AJ 2025                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 0,75<br>O/E = 6.065 /<br>8.129,35<br>9,41 %<br>O/N = 6.065 /<br>64.445 | 1,00<br>O/E = 8.253 /<br>8.253,00<br>12,71 %<br>O/N = 8.253 /<br>64.915 | <b>1,05</b><br><b>O/E = 8.743 /</b><br><b>8.303,18</b><br><b>13,46 %</b><br><b>O/N = 8.743 / 64.972</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 55 von 1.038<br>5,30 %                                                 | 56 von 1.023<br>5,47 %                                                  | <b>52 von 993</b><br><b>5,24 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,21;</b><br><b>95. Perzentil)</b>              |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 4 / 55<br>(7,27 %)                                                     | <b>11 / 56</b><br><b>(19,64 %)</b>                                      | n. a.                                                                                                   |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 4 / 1.038<br>(0,39 %)                                                  | <b>11 / 1.023</b><br><b>(1,08 %)</b>                                    | n. a.                                                                                                   |

In dem Qualitätsindikator zu allgemeinen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- Pneumonie
- kardiovaskuläre Komplikation
- tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
- Lungenembolie
- katheterassoziierte Harnwegsinfektion
- Schlaganfall
- akute gastrointestinale Blutung
- akute Niereninsuffizienz
- Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 5 % mehr allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dokumentiert als anhand des Risiko-adjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt mit 13,46 % über dem Niveau des Vorjahres (AJ 2024: 12,71 %) und deutlich über dem des Auswertungsjahr 2023 (9,41 %). Der Anstieg von Auswertungsjahr 2023 zu Auswertungsjahr 2024 ist auf die in Abschnitt 2.2.1 beschriebene Anpassung im Dokumentationsbogen zurückzuführen.

Zu 36 der 56 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden Stellungnahmeverfahren eingeleitet, von denen 11 als „qualitativ auffällig“ bewertet wurden.

Vor allem die Häufungen von katheterassoziierten Harnwegsinfektionen und Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel führten zu dieser Einstufung. In 5 Fällen konnte aufgrund von Dokumentationsfehlern keine Bewertung erfolgen. Dass kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet

wurde, wurde vor allem mit geringen Abweichungen vom Referenzwert oder erstmaliger Auffälligkeit begründet.

18 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig eingestuft, wovon 11 Leistungserbringer die Bewertung „unauffällig aufgrund von Einzelfällen“ ohne Angabe von Gründen erhalten haben.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden 2 Maßnahmen der Stufe 1 zu qualitativ auffälligen Ergebnissen eingeleitet.

Tabelle 10: QI 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

|                                                                                       | AJ 2023                                                                | AJ 2024                                                                | AJ 2025                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 1,07<br>O/E = 1.217 /<br>1.142,03<br>1,89 %<br>O/N = 1.217 /<br>64.445 | 1,00<br>O/E = 1.247 /<br>1.247,00<br>1,92 %<br>O/N = 1.247 /<br>64.915 | <b>1,01</b><br><b>O/E = 1.286 /</b><br><b>1.267,66</b><br><b>1,98 %</b><br><b>O/N = 1.286 / 64.972</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 61 von 1.038<br>5,88 %                                                 | 71 von 1.023<br>6,94 %                                                 | <b>61 von 993</b><br><b>6,14 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,87;</b><br><b>95. Perzentil)</b>             |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 5 / 61<br>(8,20 %)                                                     | <b>7 / 71</b><br><b>(9,86 %)</b>                                       | n. a.                                                                                                  |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 5 / 1.038<br>(0,48 %)                                                  | <b>7 / 1.023</b><br><b>(0,68 %)</b>                                    | n. a.                                                                                                  |

In dem Qualitätsindikator zu spezifischen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- primäre Implantatfehlage
- sekundäre Implantatdislokation
- Nachblutung/Wundhämatom
- Gefäßläsion
- Nervenschaden
- Fraktur
- Wunddehiszenz
- Wundinfektion
- Nekrose der Wundränder

Die in Abschnitt 2.2.1 beschriebene Anpassung betrifft auch die Datenfelder zu den spezifischen Komplikationen. Anders als im Indikator zu allgemeinen Komplikationen konnte in diesem Fall jedoch kein deutlicher Anstieg des Bundesergebnisses beobachtet werden. Das risikoadjustierte Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 1,01. Entsprechend wurden 1 % mehr spezifi-

sche Komplikationen dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Der Anteil dokumentierter Wundinfektionen liegt auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr (AJ 2024: 1,92 %; AJ 2025: 1,98 %).

Wie im Indikator zu den allgemeinen Komplikationen geht die Kategorie „Sonstige“ nicht in die QI-Berechnung ein. In dieser Kategorie wurde jedoch wie im Vorjahr (AJ 2024; + 0,47%-Punkte) der stärkste Anstieg (AJ 2025; + 0,22%-Punkte) beobachtet.

Der Indikator wird ab Erfassungsjahr 2026 sowohl aus QS-Dokumentationsdaten als auch aus Sozialdaten berechnet. Die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen ermöglicht Beobachtungszeiträume, die über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes hinausgehen.

Zum Auswertungsjahr 2024 wurde in 19 Fällen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründungen waren zumeist geringe oder erstmalige Abweichungen vom Referenzwert sowie Einzelfälle.

Von den 52 Leistungserbringerergebnissen, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden 7 als qualitativ auffällig und 43 als qualitativ unauffällig bewertet. Als Gründe für die qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse wurden z. B. die Verschlechterung zum Vorjahresergebnis, eine hohe Gesamtzahl an Komplikationen sowie operationstechnische Auffälligkeiten genannt. Es wurde 34-mal die Bewertung „U62 – unauffällig aufgrund von Einzelfällen“ vergeben, jedoch wurden keine Freitextkommentare dazu übermittelt.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

**Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54046)**

Tabelle 11: TKez 54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

|                                                                                         | AJ 2023                                                          | AJ 2024                                                          | AJ 2025                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                   | 1,04<br>O/E = 3.322 / 3.179,50<br>5,15 %<br>O/N = 3.322 / 64.445 | 1,00<br>O/E = 3.172 / 3.171,20<br>4,89 %<br>O/N = 3.172 / 64.915 | <b>0,97</b><br><b>O/E = 3.046 / 3.149,08</b><br><b>4,69 %</b><br><b>O/N = 3.046 / 64.972</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                     | n. a.                                                            | n. a.                                                            | <b>n. a.</b>                                                                                 |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                   | n. a.                                                            | <b>n. a.</b>                                                     | n. a.                                                                                        |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)</b> | n. a.                                                            | <b>n. a.</b>                                                     | n. a.                                                                                        |

Mittels dieser Transparenzkennzahl wird die Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten erfasst, die mit einer osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus im Zusammenhang steht.

Die Anzahl der Sterbefälle liegt im Auswertungsjahr 2025 3 % unter dem anhand des Risikoadjustierungsmodells erwarteten Wert. Insgesamt ist das Kennzahlresultat in den vergangenen 2 Jahren stabil geblieben.

## 2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

### 2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* werden 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Alle 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit haben Bezug zu den Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen, das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“ (ID 850147) bezieht sich darüber hinaus noch auf den Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) und die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54046).

Die Auffälligkeitskriterien adressieren zum einen die Falschdokumentation von ASA 5 und zum anderen kodierte Komplikationen ohne dazu passende Angaben im QS-Dokumentationsbogen. Die Bundesergebnisse hinsichtlich des Anteils rechnerisch auffälliger Leistungserbringer sind für diese 3 Auffälligkeitskriterien vergleichbar zum Vorjahr (AJ 2024) oder geringfügig besser.

Die zum Erfassungsjahr 2026 erfolgende Integration von Sozialdaten bedingt den Wegfall der folgenden Auffälligkeitskriterien:

- Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation (ID 850148)
- Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen (ID 850149)

Das Auffälligkeitskriterium „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen“ (ID 850149) hat von den 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die höchste Anzahl an Zählerfällen (117/590; 19,83 %), die anderen beiden haben mit 31 und 40 Fällen deutlich weniger Fälle im Zähler.

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zu Über- und Unterdokumentation liegen im Auswertungsjahr 2025 bei 100,56 %, es konnte demnach eine leichte Überdokumentation festgestellt werden. Im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation sind 1,54 % (16/1.037) aller Leistungserbringer rechnerisch auffällig und im Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 0,77 % (8/1.037).

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums zum Mindestdatensatz liegt mit 0,13 % auf dem Niveau des Vorjahres: 0,19 % (2/1.037) aller Leistungserbringer waren in diesem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig.

Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-OSFRAK

| ID                                                                   | Auffälligkeitskriterium                                                                                        | Bundesergebnis<br>AJ 2025<br>(Referenzbereich) |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b> |                                                                                                                |                                                |
| 850147                                                               | Angabe von ASA 5                                                                                               | 0,06 %<br>40/64.986<br>(= 0)                   |
| 850148                                                               | Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation                                 | 40,79 %<br>31/76<br>(= 0)                      |
| 850149                                                               | Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen | 19,83 %<br>117/590<br>(≤ 50,00 %)              |
| <b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>                    |                                                                                                                |                                                |
| 850351                                                               | Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation                                                                 | 100,56 %<br>65.072/64.707<br>(≥ 95,00 %)       |
| 850352                                                               | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation                                                                  | 100,56 %<br>65.072/64.707<br>(≤ 110,00 %)      |
| 850368                                                               | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)                                                             | 0,13 %<br>86/64.707<br>(≤ 5,00 %)              |

Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HGV-OSFRAK

| ID                                                            | Auffälligkeitskriterium                                                                                        | Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen                                                                                                                                                                                                   | Erfassungsjahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen |            |                                             |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------|
|                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                            |                | Anzahl                                                     | Anteil (%) | davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig |
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                            |            |                                             |
| 850147                                                        | Angabe von ASA 5                                                                                               | 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung<br>54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur<br>54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 2024           | 33 von 993                                                 | 3,32       | 3                                           |
| 850148                                                        | Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation                                 | 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur                                                                                                                                     | 2024           | 27 von 65                                                  | 41,54      | 4                                           |
| 850149                                                        | Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen | 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur                                                                                                                                     | 2024           | 10 von 377                                                 | 2,65       | 1                                           |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                            |            |                                             |
| 850351                                                        | Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation                                                                 | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen                                                                                                                                                                                                   | 2024           | 16 von 1.037                                               | 1,54       | 0                                           |
| 850352                                                        | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation                                                                  | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen                                                                                                                                                                                                   | 2024           | 8 von 1.037                                                | 0,77       | 0                                           |
| 850368                                                        | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)                                                             | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen                                                                                                                                                                                                   | 2024           | 2 von 1.037                                                | 0,19       | 0                                           |

### 2.3.2 Detailergebnisse

#### Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 14: AK 850147: Angabe von ASA 5

|                                                                                       | AJ 2023                        | AJ 2024                              | AJ 2025                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 0,05 %<br>0 = 34<br>N = 64.460 | 0,06 %<br>0 = 39<br>N = 64.927       | <b>0,06 %</b><br><b>0 = 40</b><br><b>N = 64.986</b>                |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 32 von<br>1.038<br>3,08 %      | 37 von<br>1.023<br>3,62 %            | <b>33 von 993</b><br><b>3,32 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>= 0)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 12 / 32<br>(37,50 %)           | <b>14 / 37</b><br><b>(37,84 %)</b>   | n. a.                                                              |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 12 / 1.038<br>(1,16 %)         | <b>14 / 1.023</b><br><b>(1,37 %)</b> | n. a.                                                              |

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine zu hohe (unwahrscheinliche) Anzahl von ASA-5-Einstufungen zu detektieren. Die dem Auffälligkeitskriterium zugrunde liegende Hypothese ist, dass in den meisten Fällen eine niedrigere ASA-Einstufung korrekt wäre und ASA 5 somit falsch dokumentiert wurde.

Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den Qualitätsindikatoren „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) und „Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54042) sowie zur Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54046).

Eine falsche, zu hohe ASA-Einstufung führt zu einem zu hoch prognostizierten Risikoprofil des Leistungserbringers. Insbesondere ASA 5 hat mit dem Regressionskoeffizienten von 2,71 bei der Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ einen hohen Einfluss auf das leistungserbringerspezifische Risiko.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde in 0,06 % (40/64.986) aller Fälle ASA 5 angegeben. 3,32 % (33/993) der Leistungserbringer haben in diesem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Zu 30 der 37 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen im Auswertungsjahr 2024 wurden Stellungnahmeverfahren geführt und 14 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. In 2 Fällen wurden als Begründung Übertragungsfehler genannt. Bei den 7 der nicht eingeleiteten Stellungnahmeverfahren wurde jeweils die erstmalige rechnerische Auffälligkeit als Begründung genannt.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten in das Verfahren QS HGV wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 15: AK 850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

|                                                                                       | AJ 2023                       | AJ 2024                           | AJ 2025                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 43,96 %<br>O = 302<br>N = 687 | 20,98 %<br>O = 107<br>N = 510     | <b>19,83 %</b><br><b>O = 117</b><br><b>N = 590</b>                   |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 18 von 421<br>4,28 %          | 8 von 337<br>2,37 %               | <b>10 von 377</b><br><b>2,65 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 50,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 6 / 18<br>(33,33 %)           | <b>4 / 8</b><br><b>(50,00 %)</b>  | n. a.                                                                |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 6 / 421<br>(1,43 %)           | <b>4 / 337</b><br><b>(1,19 %)</b> | n. a.                                                                |

Kodierungen von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von spezifischen intra- oder postoperativen Komplikationen deuten auf Dokumentationsfehler hin. Der Referenzbereich liegt bei ≤ 50,00 %, sodass Leistungserbringer auffällig werden, wenn in mehr als 50 % ihrer Fälle mit den ICD-Diagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 keine spezifische Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben wurde und gleichzeitig mindestens 5 Fälle im Nenner vorlagen.

Die für die allgemeinen und spezifischen Komplikationen vorgenommene Anpassungen in Form der Einführung einer weichen Plausibilitätsprüfung zwischen Entlassungsdiagnosen und Komplikationen verbessern die QS-Dokumentation, was sich sowohl an den Ergebnissen der betreffenden Qualitätsindikatoren als auch an diesem Auffälligkeitskriterium mit Bezug zum Indikator „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54029) zeigt.

Das Bundesergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums hat sich von Auswertungsjahr 2023 (43,96 %) zu Auswertungsjahr 2024 (20,98 %) halbiert und liegt im Auswertungsjahr 2025 (19,83 %) nochmal ca. 1 % niedriger als im Auswertungsjahr 2024. Das IQTIG geht davon aus, dass dieser Rückgang auf die Änderung des Dokumentationsbogens im Erfassungsjahr 2023 zurückzuführen ist (s. Abschnitt 2.2.1). Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer ist in den Auswertungsjahren 2024 (2,37 %) und 2025 (2,65 %) ebenfalls deutlich geringer als im Auswertungsjahr 2023 (4,28 %). Es wurden 7 Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2024 geführt, wovon bei 4 Leistungserbringerergebnissen die Einstufung „qualitativ auffällig“ getroffen wurde. In einer Begründung wurden Dokumentationsdefizite genannt.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren QS HGV wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 16: AK 850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

|                                                                                       | AJ 2023                     | AJ 2024                           | AJ 2025                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 49,12 %<br>O = 28<br>N = 57 | 46,77 %<br>O = 29<br>N = 62       | <b>40,79 %</b><br><b>O = 31</b><br><b>N = 76</b>               |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 23 von 50<br>46,00 %        | 24 von 54<br>44,44 %              | <b>27 von 65</b><br><b>41,54 %</b><br><b>(Refbereich: = 0)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 13 / 23<br>(56,52 %)        | <b>6 / 24</b><br><b>(25,00 %)</b> | n. a.                                                          |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 13 / 50<br>(26,00 %)        | <b>6 / 54</b><br><b>(11,11 %)</b> | n. a.                                                          |

Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums sollen Dokumentationsfehler erfasst werden, bei denen die Diagnose mit dem ICD-Kode M96.6 – Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantats – kodiert wird, die entsprechende Angabe als Komplikation im QS-Dokumentationsbogen jedoch fehlt. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu dem Indikator „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54029). Nicht angegebene Frakturen fallen in der Folge aus dem Zähler dieses Indikators heraus. Der Referenzbereich liegt bei 0, sodass jeder Fall eine rechnerische Auffälligkeit verursacht.

Im Auswertungsjahr 2025 gingen 76 Fälle in den Nenner und 31 Fälle in den Zähler des Auffälligkeitskriteriums ein. Das Bundesergebnis liegt damit bei 40,79 % und ist geringer als in den beiden Vorjahren. In diesem Auffälligkeitskriterium gibt es im Modul HGV-QSFRAK die meisten rechnerischen Auffälligkeiten. Im Auswertungsjahr 2024 wurden nach 16 geführten Stellungnahmeverfahren 6 Leistungserbringer als qualitativ auffällig eingestuft. Das Ergebnis hat sich im Vergleich zum Vorjahr halbiert. Aus den Rückmeldungen dazu gehen Kodierfehler und eine nachträgliche Korrektur der Diagnose M96.6, die jedoch im zugehörigen QS-Bogen nicht korrigiert wurde, hervor. Ein Stellungnahmeverfahren wurde nicht eingeleitet, weil eine rechnerische Auffälligkeit erstmals vorgelegen habe. 6 Leistungserbringer wurden als „qualitativ unauffällig“ bewertet. Bei den Begründungen wurden eine periimplantäre Fissurlinie, eine Fehldokumentation sowie eine Fallzusammenlegung berichtet.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren QS HGV wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

## Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 17: AK 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

|                                                                                       | AJ 2023                              | AJ 2024                              | AJ 2025                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 101,06 %<br>O = 64.546<br>N = 63.867 | 100,97 %<br>O = 65.001<br>N = 64.378 | <b>100,56 %</b><br><b>O = 65.072</b><br><b>N = 64.707</b>                  |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 15 von<br>1.107<br>1,36 %            | 18 von<br>1.080<br>1,67 %            | <b>16 von 1.037</b><br><b>1,54 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>≥ 95,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 5 / 15<br>(33,33 %)                  | <b>12 / 18</b><br><b>(66,67 %)</b>   | n. a.                                                                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 5 / 1.107<br>(0,45 %)                | <b>12 / 1.080</b><br><b>(1,11 %)</b> | n. a.                                                                      |

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Dies traf im Auswertungsjahr 2025 in 100,56 % der Fälle zu. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor (AJ 2023: 101,06 %; AJ 2024: 100,97 %).

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Unterdokumentation liegt mit 1,54 % unter dem Niveau der Vorjahre (AJ 2023: 1,36 %; AJ 2024: 1,67 %). Zu 5 der 18 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde 3-mal u. a. mit dem Vorliegen eines erstmalig rechnerisch auffälligen Ergebnisses begründet. In einem Fall hat die LAG zurückgemeldet, dass korrekt dokumentiert worden sei, jedoch eine fehlerhafte Zuordnung der Daten zum zugehörigen Standort vorgelegen habe. In einem anderen Fall lagen Probleme durch einen unterjährigen Wechsel des Krankenhausinformationssystems (KIS) vor.

12 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden meist aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet, zu 4 Ergebnissen wurden Kommentare von den LAG übermittelt. In 2 Fällen wurden dokumentationspflichtige Fälle nicht dokumentiert. In einem Fall entstand die Unterdokumentation aufgrund einer hausinternen Verlegung an einen anderen Standort. Ein Leistungserbringer hat zu dem rechnerisch auffälligen AK-Ergebnis keine Stellungnahme übermittelt und wurde daher als qualitativ auffällig bewertet. Kein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, jedoch einer mit „Sonstiges“. Die LAG begründeten dies mit der Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens aufgrund unvollständiger Datenlage infolge eines schwerwiegenden IT-Vorfalles. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

Tabelle 18: AK 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

|                                                                                       | AJ 2023                              | AJ 2024                              | AJ 2025                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 101,06 %<br>O = 64.546<br>N = 63.867 | 100,97 %<br>O = 65.001<br>N = 64.378 | <b>100,56 %</b><br><b>O = 65.072</b><br><b>N = 64.707</b>                  |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 26 von<br>1.107<br>2,35 %            | 9 von<br>1.080<br>0,83 %             | <b>8 von 1.037</b><br><b>0,77 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>≤ 110,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 9 / 26<br>(34,62 %)                  | <b>3 / 9</b><br><b>(33,33 %)</b>     | n. a.                                                                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 9 / 1.107<br>(0,81 %)                | <b>3 / 1.080</b><br><b>(0,28 %)</b>  | n. a.                                                                      |

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2025 in 100,56 % der Fall. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor (AJ 2023: 101,06 %; AJ 2024: 100,97 %). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Überdokumentation liegt mit 0,77 % unter dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2024: 2,35 %; AJ 2025: 0,83 %).

Zu 4 der 9 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. In einem Fall wurde dies mit dem Vorliegen eines erstmalig rechnerisch auffälligen Ergebnisses begründet. In einem anderen Fall hat die LAG kommentiert, dass sie sich aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten verstärkt mit den Qualitätsindikatoren befassen werde. In einem weiteren Fall hat die LAG zurückgemeldet, dass korrekt dokumentiert worden sei, jedoch eine fehlerhafte Zuordnung der Daten zum zugehörigen Standort vorgelegen habe. In einem weiteren Fall lagen Probleme durch einen unterjährigen Wechsel des Krankenhausinformationssystems (KIS) vor.

Drei rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, jedoch keine Kommentare der LAG übermittelt. Kein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, jedoch 2 mit „Sonstiges“. Die LAG begründeten dies in einem Fall mit der Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens aufgrund unvollständiger Datenlage infolge eines schwerwiegenden IT-Vorfalles. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde zu einem qualitativ auffälligen Ergebnis eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet.

Tabelle 19: AK 850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

|                                                                                       | AJ 2023                           | AJ 2024                             | AJ 2025                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 0,13 %<br>O = 86<br>N =<br>63.867 | 0,11 %<br>O = 74<br>N =<br>64.378   | <b>0,13 %</b><br><b>O = 86</b><br><b>N = 64.707</b>                            |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 4 von<br>1.107<br>0,36 %          | 2 von<br>1.080<br>0,19 %            | <b>2 von 1.037</b><br><b>0,19 %</b><br><b>(Refbereich:</b><br><b>≤ 5,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 0 / 4<br>(0,00 %)                 | <b>0 / 2</b><br><b>(0,00 %)</b>     | n. a.                                                                          |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 0 / 1.107<br>(0,00 %)             | <b>0 / 1.080</b><br><b>(0,00 %)</b> | n. a.                                                                          |

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft Minimaldatensätze übermittelt wurden. Im Auswertungsjahr 2025 wurden 0,13 % MDS übermittelt. Das Bundesergebnis liegt somit auf dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2023: 0,13 %; AJ 2024: 0,11 %). Rechnerisch auffällig werden Leistungserbringer, bei denen in mehr als 5,00 % der Fälle ein MDS übermittelt wird. Dies war im Auswertungsjahr 2025 bei 0,19 % aller Leistungserbringer der Fall (4/1.155). Im Auswertungsjahr 2024 waren 2 Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig. Eines wurde als qualitativ unauffällig und eines mit „Sonstiges“ bewertet. Die Einstufung „Sonstiges“ hat die LAG mit dem Vorliegen einer fehlerhaften ICD-Kodierung begründet. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet.

### 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

#### 3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen  
gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK

|                                                                                                                                           | Auswertungsjahr 2023 |        | Auswertungsjahr 2024 |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|
|                                                                                                                                           | Anzahl               | %      | Anzahl               | %      |
| <b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens</b>                                                                                            | 5.180                | -      | 5.089                | -      |
| <b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich</b>                                                            | 5.180                | 100,00 | 5.089                | 100,00 |
| <b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>                                                                                                  | 424                  | 8,19   | 365                  | 7,17   |
| davon ohne QSEB-Übermittlung                                                                                                              | 1                    | 0,24   | 0                    | 0,00   |
| <b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>                                                                                            | 423                  | 100,00 | 365                  | 100,00 |
| rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)                                                                                                   | 423                  | 100,00 | 365                  | 100,00 |
| andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)                                                                                                    | 0                    | 0,00   | 0                    | 0,00   |
| Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)                                                                                               | 0                    | 0,00   | 0                    | 0,00   |
| <b>Stellungnahmeverfahren</b>                                                                                                             |                      |        |                      |        |
| kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)                                                   | 106                  | 25,06  | 97                   | 26,58  |
| Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)                                                       | 317                  | 74,94  | 268                  | 73,42  |
| schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                                                                        | 317                  | 100,00 | 268                  | 100,00 |
| Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                                                                           | 8                    | 2,52   | 3                    | 1,12   |
| Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                                                                           | 2                    | 0,63   | 0                    | 0,00   |
| Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen                                                                                           | 0                    | 0,00   | 0                    | 0,00   |
| <b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)</b> |                      |        |                      |        |
| Bewertung als qualitativ unauffällig                                                                                                      | 209                  | 49,41  | 160                  | 43,84  |
| Bewertung als qualitativ auffällig                                                                                                        | 65                   | 15,37  | 67                   | 18,36  |
| Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation                                                                                  | 33                   | 7,80   | 28                   | 7,67   |
| Sonstiges                                                                                                                                 | 10                   | 2,36   | 13                   | 3,56   |

|                                     | Auswertungsjahr<br>2023 |       | Auswertungsjahr<br>2024 |       |
|-------------------------------------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|
|                                     | Anzahl                  | %     | Anzahl                  | %     |
| <b>Qualitätssicherungsmaßnahmen</b> |                         |       |                         |       |
| Maßnahmenstufe 1*                   | 27                      | n. a. | 12                      | n. a. |
| Maßnahmenstufe 2                    | 0                       | n. a. | 0                       | n. a. |

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* gab es im Auswertungsjahr 2024 weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse als im Vorjahr. Die Verteilung zwischen eingeleiteten und nicht eingeleiteten Stellungnahmeverfahren war dabei mit 3/4 (eingeleitet) zu 1/4 (nicht eingeleitet) auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Eine Nicht-Einleitung wurde vor allem mit einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit, einer geringen oder nicht signifikanten Abweichung vom Referenzwert und mit kleinen Fallzahlen begründet. Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 wurden weniger Gespräche (AJ 2023: 8; AJ 2024: 3) und Begehungen (AJ 2023: 2; AJ 2024: 0) durchgeführt.

25,00 % der Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden anschließend als qualitativ auffällig bewertet, dies betraf vor allem den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) (28,38 %). Bei 50 von 67 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen führten Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel zu dieser Einstufung. 16-mal wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, und einmal führte ein sonstiger Grund zu dieser Bewertung.

Im Stellungnahmeverfahren wurden 67 von 268 Leistungserbringerergebnissen als qualitativ unauffällig bewertet. Bei 67,5 % der als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse handelt es sich laut Rückmeldung der Landesarbeitsgemeinschaften um Einzelfälle. Nach einer Analyse des IQTIG betraf das teilweise auch Indikatorergebnisse, bei denen das jeweilige Qualitätsziel in relativ vielen Fällen nicht erreicht wurde (hohe Anzahl im Zähler). So wurde das Ergebnis eines Leistungserbringers, bei dem 21 von 100 Patientinnen und Patienten (21 %) nicht innerhalb der geforderten Zeit operiert wurden, als „qualitativ unauffällig“ bewertet. Das Ergebnis eines anderen Leistungserbringers erhielt dieselbe Bewertung bei 22 von 109 Patientinnen und Patienten (20,2 %).

In 28 Fällen war die Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Dies betraf vor allem den Qualitätsindikator zur Sturzprophylaxe (ID 54050) mit 10 Fällen. Die Landesarbeitsgemeinschaften wiesen darauf hin, dass vielfach Dokumentationsfehler vorgelegen haben. Deren Häufigkeit deckt sich bei diesem Indikator mit den Ergebnissen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung. Der Indikator zur Sturzprophylaxe wird daher zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Zu 10 Leistungserbringerergebnissen wurden insgesamt 12 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet. Diese betrafen vor allem den Indikator zur präoperativen Verweildauer (6 Maßnahmen). So wurden bei einem Leistungserbringer fehlende oder unzureichende

Standardanweisungen zum präoperativen Management und Kapazitätsprobleme festgestellt, die zur Häufung einer verzögerten operativen Versorgung führten. Der Leistungserbringer wurde aufgefordert, ein Konzept zur Lösung der Kapazitätsprobleme vorzulegen. Bei einem anderen Leistungserbringer sollten im Rahmen eines Kollegialgesprächs Verbesserungsmaßnahmen aufgrund fehlender OP-Kapazitäten erarbeitet werden. Zu den Qualitätsindikatoren „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) und „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54029) wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert. 12 Leistungserbringer haben im Auswertungsjahr in mehr als 3 Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-OSFRAK

| Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten |                                 |                                        | Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten |                                 |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit                                              | Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten | Anzahl LE mit $\geq 3$ Auffälligkeiten | Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit                              | Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten | Anzahl LE mit $\geq 3$ Auffälligkeiten |
| 237                                                                        | 46                              | 12                                     | 57                                                         | 5                               | 0                                      |

237 Leistungserbringer hatten in einem Indikator, 46 Leistungserbringer in 2 Indikatoren und 12 in mindestens 3 Indikatoren ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. 57 Leistungserbringer wurden in einem Indikator und fünf Leistungserbringer in 2 Indikatoren als qualitativ auffällig bewertet. Kein Leistungserbringer wurde in 3 oder mehr Indikatoren als qualitativ auffällig bewertet.

### 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK

|                                                                                         | Auswertungsjahr 2023 |        | Auswertungsjahr 2024 |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|
|                                                                                         | Anzahl               | %      | Anzahl               | %      |
| <b>AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens</b>                                                  | 4.838                | 100,00 | 4.684                | 100,00 |
| <b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>                                                | 118                  | 2,44   | 98                   | 2,09   |
| davon ohne QSEB-Übermittlung                                                            | 0                    | 0,00   | 0                    | 0,00   |
| <b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>                                          | 118                  | 100,00 | 98                   | 100,00 |
| Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)                                             | 0                    | 0,00   | 0                    | 0,00   |
| <b>Stellungnahmeverfahren</b>                                                           |                      |        |                      |        |
| kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 41                   | 34,75  | 25                   | 25,51  |

|                                                                                                                                           | Auswertungsjahr<br>2023 |        | Auswertungsjahr<br>2024 |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|-------------------------|--------|
|                                                                                                                                           | Anzahl                  | %      | Anzahl                  | %      |
| Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)                                                       | 77                      | 65,25  | 73                      | 74,49  |
| schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                                                                        | 77                      | 100,00 | 73                      | 100,00 |
| Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                                                                           | 0                       | 0,00   | 0                       | 0,00   |
| Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                                                                           | 0                       | 0,00   | 0                       | 0,00   |
| Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen                                                                                           | 0                       | 0,00   | 0                       | 0,00   |
| <b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)</b> |                         |        |                         |        |
| Bewertung als qualitativ unauffällig                                                                                                      | 24                      | 20,34  | 19                      | 19,39  |
| Bewertung als qualitativ auffällig                                                                                                        | 45                      | 38,14  | 39                      | 39,80  |
| Sonstiges                                                                                                                                 | 8                       | 6,78   | 15                      | 15,31  |
| <b>Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>                                                                                                       |                         |        |                         |        |
| Maßnahmenstufe 1*                                                                                                                         | 1                       | n. a.  | 1                       | n. a.  |
| Maßnahmenstufe 2                                                                                                                          | 0                       | n. a.  | 0                       | n. a.  |

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul HGV-OSFRAK insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 4.684 Ergebnisse ermittelt wurden. Zu 73 der 98 rechnerisch auffälligen AK-Ergebnisse wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 25-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde in vielen Fällen damit begründet, dass eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit vorlag und sich die Fachkommissionen aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten verstärkt mit den Qualitätsindikatoren befassen würden. Gespräche oder Begehungen fanden nicht statt.

Es wurden 39 der 73 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde, als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 98) einem Anteil von 39,80 % entspricht und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einen Anteil von 53,42 % (39/73).

In 36 der 39 Fälle wurde die fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation bestätigt, und die Ergebnisse wurden entsprechend als qualitativ auffällig bewertet. Dies betraf mit 13 Fällen vor allem das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“ (ID 850147), beim Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation“ (ID 850351) war dies 11-mal der Fall.

Die Gründe für die fehlerhaften/unvollständigen Dokumentationen sind je nach Auffälligkeitskriterium verschieden. In 2 Fällen waren diese bspw. auf manuelle Übertragungsfehler zurückzuführen.

19 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, und zu 5 wurden Freitextkommentare übermittelt. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 wurden einmal eingeleitet und betrafen das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-OSFRAK

| Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten |                                 |                                        | Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten |                                 |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit                                              | Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten | Anzahl LE mit $\geq 3$ Auffälligkeiten | Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit                              | Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten | Anzahl LE mit $\geq 3$ Auffälligkeiten |
| 92                                                                         | 3                               | 0                                      | 39                                                         | 0                               | 0                                      |

92 Leistungserbringer waren in einem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig und 3 in 2 Auffälligkeitskriterien.

Von keinem Leistungserbringer wurden die Ergebnisse in mehr als einem Auffälligkeitskriterium als qualitativ auffällig bewertet.

## 4 Evaluation

Die Evaluationsergebnisse des Auswertungsmoduls *HGV-OSFRAK* werden zusammen mit den Evaluationsergebnissen zum Auswertungsmodul *HGV-HEP* dargestellt.

## 5 Ausblick

Die zum Auswertungsmodul HGV-HEP unter „Ausblick“ beschriebenen Punkte gelten im selben Maße auch für das Auswertungsmodul HGV-OSFRAK.

# Hüftendoprothesenversorgung

# 1 Hintergrund

Das Auswertungsmodul *Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)* des QS-Verfahrens *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* untersucht die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen eines künstlichen Hüftgelenks (Hüftendoprothese) sowie bei Eingriffen, bei denen ein bestehendes Implantat bzw. Teile davon gewechselt werden. Bei allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen eine Erstimplantation oder ein Wechsel einer Hüftendoprothese oder ein Wechsel eines Teils der Prothese durchgeführt wird, müssen die Krankenhäuser die Begründung für den Eingriff (Indikationsstellung), die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Komplikationen und die Sterblichkeit während des stationären Aufenthaltes dokumentieren.

Das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks gehört inzwischen zu den 20 häufigsten Operationen im Krankenhaus. Im Jahr 2023 wurde ein endoprothetischer Hüftgelenkersatz mehr als 270.000-mal durchgeführt. Die mit Abstand häufigste Indikation für die Implantation einer Hüftgelenkendoprothese ist die Hüftgelenksarthrose (Koxarthrose). Die damit oftmals einhergehenden Ruhe- oder Belastungsschmerzen und Bewegungseinschränkungen treten vor allem im fortgeschrittenen Stadium auf und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Ein künstlicher Hüftgelenkersatz kann außerdem bei der Versorgung von hüftgelenknahen Brüchen des Oberschenkels (Femurfrakturen wie z. B. Schenkelhalsfraktur) durchgeführt werden. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knocheanteilen hergestellt. Diese Fälle werden im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* betrachtet.

Bei korrekter Indikationsstellung sowie einem chirurgisch fachgerechten Eingriff und komplikationslosen Verlauf kann in der Regel von einer Standzeit der Implantate von 15 bis 20 Jahren und mehr ausgegangen werden. Weil mit dieser Operation aber der natürliche Knochen für immer ersetzt wird und zudem ein späterer Wechsel in höherem Lebensalter nicht unproblematisch ist, sollte der geplante Ersatz eines Hüftgelenks sorgfältig abgewogen werden.

Beim Einbau wird das künstliche Hüftgelenk in den körpereigenen Knochen eingebracht. Dabei können so schwerwiegende Komplikationen auftreten, dass ein Wechsel der Prothese oder einzelner Komponenten notwendig wird. Ein (vorzeitiger) Wechsel kann bei einer Lockerung des Implantats, einem Bruch des umliegenden Knochens oder einer Infektion erforderlich sein. Darüber hinaus können weitere, allgemeine Komplikationen wie Harnwegsinfekte bis hin zu Schlaganfällen oder Herzinfarkten Folge der Operation oder Nachbehandlung sein. Die Wechseloperationen selbst sind chirurgisch anspruchsvolle Eingriffe, die im Vorfeld eine präzise Indikationsstellung erfordern.

Ziel des Auswertungsmoduls *HGV-HEP* ist es, die Indikationsstellung und die Ergebnisqualität bei den genannten Eingriffen abzubilden und zu verbessern sowie die Komplikationsraten während und nach der Operation zu verringern. Mobilität und körperliche Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten sollten möglichst schnell und komplikationslos wiederhergestellt oder verbessert

werden. Patientinnen und Patienten mit sehr spezifischen Erkrankungen, etwa onkologischen Erkrankungen, kindlichen Fehlbildungen oder chronischen Gelenkentzündungen im Kindes- und Jugendalter, werden derzeit aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen.

### Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Auswertungsmodul *HGV-HEP* umfasst 14 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Sie betrachten die Rechtzeitigkeit der Operation nach hüftgelenknahen Femurfrakturen (ID 54003) und die Angemessenheit der Indikationsstellung bei der geplanten Implantation (ID 54001) oder dem Wechsel (bzw. Komponentenwechsel) (ID 54002) einer Hüftendoprothese. Darüber hinaus werden die mit der Operation zusammenhängenden allgemeinen (IDs 54015–54017) und spezifischen (IDs 54018–54020) Komplikationen erfasst. Die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig zu gehen (ID 54012) und Treppen zu steigen (ID 192300), wird ebenfalls abgebildet. Weiterhin wird beobachtet, ob nach der Hüftendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 90 Tagen ein Wechseleingriff durchgeführt wurde (ID 10271). Schließlich wird die Sterblichkeit nach Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel von Hüftendoprothesen (ID 54013) als auch bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 191914) innerhalb des stationären Aufenthaltes erfasst.

Für die Indikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe werden aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung des G-BA die Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – HGV-HEP

| ID                                        | Indikator/Transparenzkennzahl                                                                  | Datenquelle      | Erfassungsjahr |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| 54001                                     | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation                                    | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54002                                     | Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel                              | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54003                                     | Präoperative Verweildauer                                                                      | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54004                                     | Sturzprophylaxe                                                                                | QS-Dokumentation | 2024           |
| <b>Gruppe: Allgemeine Komplikationen</b>  |                                                                                                |                  |                |
| 54015                                     | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur  | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54016                                     | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation                     | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54017                                     | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel               | QS-Dokumentation | 2024           |
| <b>Gruppe: Spezifische Komplikationen</b> |                                                                                                |                  |                |
| 54018                                     | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | QS-Dokumentation | 2024           |

| ID                                                              | Indikator/Transparenzkennzahl                                                                                         | Datenquelle      | Erfassungsjahr |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| 54019                                                           | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation                                           | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54120                                                           | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel                                     | QS-Dokumentation | 2024           |
| 54012                                                           | Gehunfähigkeit bei Entlassung                                                                                         | QS-Dokumentation | 2024           |
| 192300                                                          | Treppensteigen bei Entlassung                                                                                         | QS-Dokumentation | 2024           |
| <b>Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung</b> |                                                                                                                       |                  |                |
| 54013                                                           | Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | QS-Dokumentation | 2024           |
| 191914                                                          | Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*                                                                 | QS-Dokumentation | 2024           |
| 10271                                                           | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen                                             | QS-Dokumentation | 2024           |

\* Transparenzkennzahl

### Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* gibt es 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit. 4 der 6 Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität und Vollständigkeit betreffen die Qualität der Erfassung von Komplikationen. Nicht angegebene Komplikationen fallen aus der Berechnung der Indikatorergebnisse, was eine Unterschätzung der Komplikationsraten nach sich ziehen kann. Dabei werden in einem Auffälligkeitskriterium Patientenfälle erfasst, bei denen eine „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“ (ID 850151) eingegeben wurde. In einem anderen Auffälligkeitskriterium werden Fälle erfasst, bei denen Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen kodiert wurden.

Fälle, bei denen trotz hoher Verweildauer keine Komplikationen dokumentiert werden, sind in dem Auffälligkeitskriterium „Komplikationen bei hoher Verweildauer“ (ID 851905) erfasst. Da Folgeeingriffe nach Erstimplantationen meist aufgrund von Komplikationen durchgeführt werden, erfasst ein Auffälligkeitskriterium die Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes (ID 851907).

Die ASA-Klassifikation dient der Abschätzung des präoperativen Gesundheitszustands einer Patientin oder eines Patienten und wird in allen Risikoadjustierungsmodellen verwendet. Fehldokumentationen haben somit Einfluss auf die Einschätzung des Risikoprofils der Leistungserbringer. Die ASA-Kategorie 5 ist in dieser Klassifikation die höchste Stufe. Diese Patientinnen und Patienten sind gemäß der Definition moribund (todkrank) und würden ohne Operation voraussichtlich nicht überleben. Die operative Versorgung an der Hüfte dient in den meisten Fällen nicht der Le-

bensrettung und stellt eine starke Belastung für die Patientin oder den Patienten dar. Daher sollten zuvor Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten ergriffen werden, um eine bessere Ausgangssituation, mit einer ggf. weniger hohen ASA-Klassifikation, für die operative Versorgung zu schaffen. Eine Angabe von ASA 5 in Zusammenhang mit der operativen Versorgung an der Hüfte erscheint vor diesem Hintergrund folglich unplausibel. Der Referenzbereich in diesem Auffälligkeitskriterium liegt entsprechend bei 0.

Irrtümlich angelegte Prozedurbögen (ID 851804) stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar und sollten vermieden werden.

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit dienen dazu, Über- und Unterdokumentationen (IDs 850376, 850274 und 850275–850277) oder ein gehäuftes Anlegen von Minimaldatensätzen (ID 850369) festzustellen. Geprüft werden Falschangaben sowohl in ganzen Datensätzen wie innerhalb von Datensätzen. So kann bspw. im Falle einer Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (ID 850376) keine Aussage bezüglich frühzeitiger Wechsel getätigt werden, da in diesem Indikator nur GKV-versicherte Patientinnen und -Patienten betrachtet werden.

Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-HEP

| ID                                                                   | Auffälligkeitskriterium                                                                                                         | Datenquelle                     |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b> |                                                                                                                                 |                                 |
| 850152                                                               | Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen                  | QS-Dokumentation                |
| 850151                                                               | Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation                                                  | QS-Dokumentation                |
| 851804                                                               | Irrtümlich angelegte Prozedurbögen                                                                                              | QS-Dokumentation                |
| 851905                                                               | Komplikationen bei hoher Verweildauer                                                                                           | QS-Dokumentation                |
| 851907                                                               | Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes | QS-Dokumentation                |
| 852102                                                               | Angabe von ASA 5                                                                                                                | QS-Dokumentation                |
| <b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>                    |                                                                                                                                 |                                 |
| 850376                                                               | Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten                                                                       | QS-Dokumentation, Sollstatistik |
| 850274                                                               | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)                                                               | QS-Dokumentation, Sollstatistik |
| 850275                                                               | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)                                                                | QS-Dokumentation, Sollstatistik |
| 850276                                                               | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)                                                                        | QS-Dokumentation, Sollstatistik |
| 850277                                                               | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)                                                                         | QS-Dokumentation, Sollstatistik |
| 850369                                                               | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)                                                                              | QS-Dokumentation, Sollstatistik |

## 2 Einordnung der Ergebnisse

### 2.1 Datengrundlage

Im Erfassungsjahr 2024 stieg die Anzahl der übermittelten Datensätze im Auswertungsmodul HGV-HEP gegenüber dem Vorjahr um 7.805 Datensätze an. Bereits vor der Coronapandemie zeigte sich ein jährlicher Anstieg der Fallzahlen, der sich auch in den Folgejahren kontinuierlich fortsetzt.

Im Zählleistungsbereich „Hüftendoprothesen-Erstimplantationen“ 2,82 % und im Zählleistungsbereich „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ 1,28 % wurden im Erfassungsjahr 2024 mehr Basisdatensätze erfasst als im Erfassungsjahr 2023.

Tabelle 26: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-HEP

|                           |                                                           | Erfassungsjahr 2024       |          |                     |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|----------|---------------------|
|                           |                                                           | geliefert                 | erwartet | Vollzähligkeit in % |
| Bund (gesamt)             | Datensätze gesamt<br>Basisdatensatz<br>MDS                | 294.726<br>294.532<br>194 | 293.647  | 100,37              |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebeine (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)   | 1.108                     |          |                     |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebeine (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 1.163                     | 1.155    | 100,69              |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)                              | 969                       | 961      | 100,83              |

### Zählleistungsbereiche

Tabelle 27: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation (AJ 2025, EJ 2024) - HGV-HEP

|                           |                                                           | Erfassungsjahr 2024       |          |                     |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|----------|---------------------|
|                           |                                                           | geliefert                 | erwartet | Vollzähligkeit in % |
| Bund (gesamt)             | Datensätze gesamt<br>Basisdatensatz<br>MDS                | 276.474<br>276.330<br>144 | 275.547  | 100,34              |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebeine (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)   | 1.108                     |          |                     |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebeine (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 1.159                     | 1.151    | 100,70              |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)                              | 969                       | 961      | 100,83              |

Tabelle 28: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (AJ 2025, EJ 2024) – HGV-HEP

|                                |                                              | Erfassungsjahr 2024    |          |                     |
|--------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|----------|---------------------|
|                                |                                              | geliefert              | erwartet | Vollzähligkeit in % |
| Bund (gesamt)                  | Datensätze gesamt<br>Basisdatensatz<br>MDS   | 20.491<br>20.405<br>86 | 20.482   | 100,04              |
| Anzahl Leistungs-<br>erbringer | auf Standortebe-<br>standorte) Bund (gesamt) | 995                    |          |                     |
| Anzahl Leistungs-<br>erbringer | auf Standortebe-<br>standorte) Bund (gesamt) | 1.034                  | 1.028    | 100,58              |
| Anzahl Leistungs-<br>erbringer | auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)                 | 894                    | 887      | 100,79              |

## 2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

### 2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Transparenzkennzahl liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Von insgesamt 1.117 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Indikator weisen 510 mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf. Die anteilig meisten Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Indikatorergebnis im Auswertungsjahr 2025 betrafen den Qualitätsindikator „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54120) (15,08 %). 36,7 % dieser Leistungserbringer hatten hier auch im Vorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Angemessenheit (Indikation) eines Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. -Komponentenwechsels (ID 54002) liegt leicht unter dem Niveau des Vorjahres, das zur Indikation von Erstimplantationen leicht darüber (ID 54001). Die Referenzbereiche dieser Qualitätsindikatoren wurden im Auswertungsjahr 2025 aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung ausgesetzt. Die Indikatoren werden im Auswertungsjahr 2026 letztmalig ausgewertet und zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54003) hat sich seit dessen Einführung im Jahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) jährlich verringert. Im Auswertungsjahr 2025 wurden 8,15 % aller Patientinnen und Patienten nicht innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme bzw. nach einem Inhouse-Sturz im Krankenhaus operiert; damit ist der Wert erneut gesunken. Dieser Indikator hat im Auswertungsjahr 2025 einen Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer von 11,84 %. Im Vorjahr lag dieser Wert noch bei 15,67 % und im Vorvorjahr bei 16,48 %. Dieser Verlauf zeigt, dass trotz der bereits erreichten Verbesserung noch immer ein Verbesserungspotenzial vorhanden ist. Bei 39 Leistungserbringern konnte im Auswertungsjahr 2024 nachgeführtem Stellungsverfahren ein qualitativ auffälliges Ergebnis ermittelt werden. Die

Rückmeldungen aus den Landesarbeitsgemeinschaften zeigen, dass vor allem Defizite im Gerinungsmanagement sowie fehlende OP-Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Qualitätsziel nicht eingehalten werden konnte. 12 der 39 Leistungserbringer waren bereits im Vorjahr qualitativ auffällig. Es wurden in diesem Indikator zehnmal Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Die Anzahl der dokumentierten Komplikationen für die Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen (IDs 54015–54019 und 54120) war zum Auswertungsjahr 2024 angestiegen. Grund dafür war eine Anpassung im Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“, in dem eine Liste mit Diagnosekodes nach ICD zu möglichen Komplikationen mit dem QS-Datenfeld abgeglichen wird. Die Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 liegen auf dem Vorjahresniveau mit leicht abnehmender Tendenz.

Nach dem Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder einer Komponente treten häufiger spezifische Komplikationen auf als nach Erstimplantationen. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die entsprechenden Patientinnen und Patienten bereits im Vorfeld mindestens einen operativen Eingriff an dem betroffenen Gelenk hatten. Zusätzlich ist ein Wechseleingriff häufig mit einer vorherigen Infektion der Prothese oder mit einem Bruch in der Nähe der Prothese verbunden, die eine sehr viel komplexere Operationssituation bei den Wechseloperationen bedingen. Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation nach einer Wechseloperation ist im Vergleich zum Vorjahr etwa gleich geblieben (ca. 16 %). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerischer Auffälligkeit hat dabei zum Vorjahr leicht abgenommen.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung aus dem Krankenhaus gehen (ID 54012) und Treppen steigen (ID 192300) können, ist gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Sturzprophylaxe (ID 54004) zeigt im Auswertungsjahr 2025 zum dritten Mal in Folge eine positive Entwicklung. Für dieses Jahr wurde der Referenzbereich entsprechend der Empfehlung zur Abschaffung des Indikators zum Erfassungsjahr 2026 bereits ausgesetzt. Die Rückmeldungen seitens der Landesarbeitsgemeinschaften zu den geführten Stellungnahmen zum Auswertungsjahr 2024 weisen häufig auf Dokumentationsfehler hin. So konnten 19 von 34 Stellungnahmen wegen Dokumentationsfehlern nicht abschließend beurteilt werden. Für diesen Indikator wurden 4 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54013) liegt mit 0,35 % im Auswertungsjahr 2025 unter dem Niveau des Vorjahres (AJ 2024: 0,39 %). Das Bundesergebnis dieses Qualitätsindikators liegt bei 0,89. Es wurden somit 11 % weniger Sterbefälle nach einer geplanten Erstimplantation oder einem Wechsel beobachtet als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Bei den Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur liegt die Sterblichkeit im Auswertungsjahr 2025 bei 5,52 % und damit unter dem Ergebnis des Vorjahres und auf dem Niveau des Vorvorjahres (ID 191914; AJ 2024: 5,92 %; AJ 2023: 3,18 %). Das Bundesergebnis der dazugehörigen Transparenzkennzahl liegt bei 0,94. Es wurden somit 6 % weniger Sterbefälle beobachtet als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet.

Frühzeitige Wechsel von Endoprothesen (also innerhalb von 90 Tagen) (ID 10271) fanden im Auswertungsjahr 2025 häufiger als in den Vorjahren statt. Der häufigste Grund für diesen Eingriff war dabei mit 1.157 Fällen die periprothetische Fraktur, also ein Bruch in der Nähe der Hüftendoprothese.

Tabelle 29: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - HGV-HEP

| ID                                       | Indikator/Transparenzkennzahl                                                                 | Bundesergebnis<br>AJ 2024                                               | Bundesergebnis<br>AJ 2025<br>(Referenzbereich)                                                     | Vergleichbarkeit zum<br>Vorjahr |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 54001                                    | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation                                   | 97,60 %<br>O = 195.111<br>N = 199.907                                   | 97,73 %<br>O = 201.806<br>N = 206.502<br>(Nicht definiert)                                         | vergleichbar                    |
| 54002                                    | Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel                             | 91,68 %<br>O = 18.357<br>N = 20.022                                     | 90,84 %<br>O = 18.408<br>N = 20.265<br>(Nicht definiert)                                           | vergleichbar                    |
| 54003                                    | Präoperative Verweildauer                                                                     | 8,96 %<br>O = 6.239<br>N = 69.665                                       | 8,15 %<br>O = 5.744<br>N = 70.479<br>(≤ 15,00 %)                                                   | vergleichbar                    |
| 54004                                    | Sturzprophylaxe                                                                               | 97,29 %<br>O = 205.692<br>N = 211.430                                   | 97,64 %<br>O = 211.773<br>N = 216.892<br>(Nicht definiert)                                         | vergleichbar                    |
| <b>Gruppe: Allgemeine Komplikationen</b> |                                                                                               |                                                                         |                                                                                                    |                                 |
| 54015                                    | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 1,00<br>O/E = 10.158 /<br>10.158,00<br>14,56 %<br>O/N = 10.158 / 69.750 | 1,05<br>O/E = 10.839 /<br>10.369,75<br>15,35 %<br>O/N = 10.839 / 70.594<br>(≤ 2,08; 95. Perzentil) | eingeschränkt<br>vergleichbar   |

| ID                                        | Indikator/Transparenzkennzahl                                                                  | Bundesergebnis<br>AJ 2024                                            | Bundesergebnis<br>AJ 2025<br>(Referenzbereich)                                               | Vergleichbarkeit zum<br>Vorjahr |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 54016                                     | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation                     | 1,00<br>O/E = 3.556 /<br>3.556,00<br>1,79 %<br>O/N = 3.556 / 198.372 | 0,93<br>O/E = 3.363 / 3.622,88<br>1,64 %<br>O/N = 3.363 / 204.985<br>(≤ 2,84; 95. Perzentil) | eingeschränkt<br>vergleichbar   |
| 54017                                     | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel               | 1,00<br>O/E = 1.887 /<br>1.887,00<br>10,77 %<br>O/N = 1.887 / 17.528 | 0,92<br>O/E = 1.757 / 1.919,89<br>9,92 %<br>O/N = 1.757 / 17.708<br>(≤ 2,07; 95. Perzentil)  | eingeschränkt<br>vergleichbar   |
| <b>Gruppe: Spezifische Komplikationen</b> |                                                                                                |                                                                      |                                                                                              |                                 |
| 54018                                     | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 1,00<br>O/E = 3.450 /<br>3.450,00<br>4,93 %<br>O/N = 3.450 / 69.963  | 0,96<br>O/E = 3.360 / 3.490,04<br>4,75 %<br>O/N = 3.360 / 70.745<br>(≤ 2,42; 95. Perzentil)  | eingeschränkt<br>vergleichbar   |
| 54019                                     | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation                    | 1,00<br>O/E = 4.654 /<br>4.654,00<br>2,33 %<br>O/N = 4.654 / 199.907 | 0,93<br>O/E = 4.431 / 4.765,11<br>2,15 %<br>O/N = 4.431 / 206.502<br>(≤ 2,48; 95. Perzentil) | eingeschränkt<br>vergleichbar   |
| 54120                                     | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel              | 1,00<br>O/E = 3.247 /<br>3.247,00<br>16,22 %<br>O/N = 3.247 / 20.022 | 1,01<br>O/E = 3.348 / 3.310,74<br>16,52 %<br>O/N = 3.348 / 20.265<br>(≤ 2,22; 95. Perzentil) | eingeschränkt<br>vergleichbar   |

| ID                                                              | Indikator/Transparenzkennzahl                                                                                         | Bundesergebnis<br>AJ 2024                                               | Bundesergebnis<br>AJ 2025<br>(Referenzbereich)                                                  | Vergleichbarkeit zum<br>Vorjahr |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 54012                                                           | Gehunfähigkeit bei Entlassung                                                                                         | 1,00<br>O/E = 7.228 /<br>7.228,00<br>3,07 %<br>O/N = 7.228 /<br>235.424 | 0,91<br>O/E = 6.782 /<br>7.444,23<br>2,78 %<br>O/N = 6.782 / 243.925<br>(≤ 2,44; 95. Perzentil) | eingeschränkt<br>vergleichbar   |
| 192300                                                          | Treppensteigen bei Entlassung                                                                                         | 98,38 %<br>O = 184.555<br>N = 187.601                                   | 98,47 %<br>O = 191.226<br>N = 194.193<br>(Nicht definiert)                                      | vergleichbar                    |
| <b>Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung</b> |                                                                                                                       |                                                                         |                                                                                                 |                                 |
| 54013                                                           | Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 1,00<br>O/E = 850 / 850,00<br>0,39 %<br>O/N = 850 / 215.900             | 0,89<br>O/E = 782 / 880,87<br>0,35 %<br>O/N = 782 / 222.693<br>(≤ 4,26; 95. Perzentil)          | eingeschränkt<br>vergleichbar   |
| 191914                                                          | Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*                                                                 | 1,00<br>O/E = 4.126 /<br>4.117,92<br>5,92 %<br>O/N = 4.126 / 69.750     | 0,94<br>O/E = 3.899 / 4.145,76<br>5,52 %<br>O/N = 3.899 / 70.594                                | eingeschränkt<br>vergleichbar   |

| ID    | Indikator/Transparenzkennzahl                                             | Bundesergebnis<br>AJ 2024                                            | Bundesergebnis<br>AJ 2025<br>(Referenzbereich)                                                  | Vergleichbarkeit zum<br>Vorjahr |
|-------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 10271 | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen | 1,01<br>O/E = 3.843 /<br>3.810,32<br>1,39 %<br>O/N = 3.843 / 275.651 | 0,97<br>O/E = 3.758 /<br>3.885,44<br>1,34 %<br>O/N = 3.758 / 281.084<br>(≤ 2,50; 95. Perzentil) | eingeschränkt<br>vergleichbar   |

Tabelle 30: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – HGV-HEP

| ID                                | Indikator                                                                                     | Erfassungs-<br>jahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen<br>Ergebnissen |               |                                                |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------|
|                                   |                                                                                               |                     | Anzahl                                                        | Anteil<br>(%) | davon auch im Vorjahr<br>rechnerisch auffällig |
| 54003                             | Präoperative Verweildauer                                                                     | 2023                | 162 von<br>1.034                                              | 15,67         | 74                                             |
|                                   |                                                                                               | 2024                | 117 von<br>988                                                | 11,84         | 59                                             |
| Gruppe: Allgemeine Komplikationen |                                                                                               |                     |                                                               |               |                                                |
| 54015                             | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 2023                | 54 von<br>1.033                                               | 5,23          | 9                                              |
|                                   |                                                                                               | 2024                | 53 von 990                                                    | 5,35          | 15                                             |

| ID                                 | Indikator                                                                                      | Erfassungs-<br>jahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen<br>Ergebnissen |               |                                                |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------|
|                                    |                                                                                                |                     | Anzahl                                                        | Anteil<br>(%) | davon auch im Vorjahr<br>rechnerisch auffällig |
| 54016                              | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation                     | 2023                | 59 von<br>1.077                                               | 5,48          | 8                                              |
|                                    |                                                                                                | 2024                | 67 von<br>1.053                                               | 6,36          | 10                                             |
| 54017                              | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel               | 2023                | 97 von 996                                                    | 9,74          | 15                                             |
|                                    |                                                                                                | 2024                | 114 von<br>966                                                | 11,80         | 29                                             |
| Gruppe: Spezifische Komplikationen |                                                                                                |                     |                                                               |               |                                                |
| 54018                              | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | 2023                | 62 von<br>1.034                                               | 6,00          | 11                                             |
|                                    |                                                                                                | 2024                | 61 von 990                                                    | 6,16          | 13                                             |
| 54019                              | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation                    | 2023                | 76 von<br>1.077                                               | 7,06          | 24                                             |
|                                    |                                                                                                | 2024                | 66 von<br>1.054                                               | 6,26          | 19                                             |
| 54120                              | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel              | 2023                | 195 von<br>1.026                                              | 19,01         | 46                                             |
|                                    |                                                                                                | 2024                | 150 von<br>995                                                | 15,08         | 55                                             |

| ID    | Indikator                                                                                                             | Erfassungs-<br>jahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen<br>Ergebnissen |               |                                                |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------|
|       |                                                                                                                       |                     | Anzahl                                                        | Anteil<br>(%) | davon auch im Vorjahr<br>rechnerisch auffällig |
| 54012 | Gehunfähigkeit bei Entlassung                                                                                         | 2023                | 63 von<br>1.129                                               | 5,58          | 16                                             |
|       |                                                                                                                       | 2024                | 64 von<br>1.102                                               | 5,81          | 11                                             |
| 54013 | Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 2023                | 59 von<br>1.091                                               | 5,41          | 2                                              |
|       |                                                                                                                       | 2024                | 56 von<br>1.065                                               | 5,26          | 10                                             |
| 10271 | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen                                             | 2023                | 62 von<br>1.142                                               | 5,43          | 17                                             |
|       |                                                                                                                       | 2024                | 59 von<br>1.116                                               | 5,29          | 16                                             |

## 2.2.2 Detailergebnisse

### Indikationsstellung (IDs 54001 und 54002)

Tabelle 31: QI 54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

|                                                                                       | AJ 2023                                     | AJ 2024                                     | AJ 2025                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 97,64 %<br>O =<br>179.742<br>N =<br>184.080 | 97,60 %<br>O =<br>195.111<br>N =<br>199.907 | <b>97,73 %</b><br><b>O = 201.806</b><br><b>N = 206.502</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 62 von<br>1.088<br>5,70 %                   | 79 von<br>1.077<br>7,34 %                   | <b>(Refbereich: Nicht definiert)</b>                       |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 7 / 62<br>(11,29 %)                         | <b>6 / 79<br/>(7,59 %)</b>                  | n. a.                                                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 7 / 1.088<br>(0,64 %)                       | <b>6 / 1.077<br/>(0,56 %)</b>               | n. a.                                                      |

Tabelle 32: QI 54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

|                                                                                       | AJ 2023                             | AJ 2024                             | AJ 2025                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 91,85 %<br>O = 17.622<br>N = 19.185 | 91,68 %<br>O = 18.357<br>N = 20.022 | <b>90,84 %</b><br><b>O = 18.408</b><br><b>N = 20.265</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 217 von<br>1.029<br>21,09 %         | 251 von<br>1.026<br>24,46 %         | <b>(Refbereich: Nicht definiert)</b>                     |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 10 / 217<br>(4,61 %)                | <b>10 / 251<br/>(3,98 %)</b>        | n. a.                                                    |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 10 / 1.029<br>(0,97 %)              | <b>10 / 1.026<br/>(0,97 %)</b>      | n. a.                                                    |

Diese beiden Qualitätsindikatoren adressieren die Indikationsstellung bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven, nicht frakturbedingten Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54001) oder einem Hüftendoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54002). Das Bundesergebnis des Indikators zur Erstimplantation entspricht dem Vorjahresniveau, während das Ergebnis für Wechsel bzw. -Komponentenwechsel einen leichten Rückgang verzeichnet. Nach Prüfung wurde festgestellt, dass die Indikatoren zur Indikationsstellung das Eignungskriterium der Validität nicht erfüllen. Daher werden deren Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt und die Indikatoren ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Im Auswertungsjahr 2024 wurden für die Qualitätsindikatoren Referenzbereiche ausgegeben und Stellungnahmeverfahren geführt. Im Indikator zu Wechseln bzw. Komponentenwechseln waren

mehr Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig als beim Indikator zu Erstimplantationen (ID 54002: 24,5 %; ID 54001: 7,3 %). Jedoch wurden in diesem Indikator zu 1/4 der Ergebnisse keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet (ID 54001: ca. 1/3). Begründet wurde das von den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) vor allem mit der Abschaffung der Indikatoren zum Erfassungsjahr 2026. Vereinzelt wurden auch die nicht signifikante Abweichung vom Referenzbereich oder die erstmalige Auffälligkeit als Gründe genannt, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten.

Bei Ergebnissen, die bezüglich der Erstimplantationen als qualitativ auffällig bewertet wurden, gaben die LAG z. B. an, dass anhand der vorgelegten Röntgenbilder die Indikation nicht bestätigt werden konnte. In einem anderen Fall hat die LAG kritisiert, dass die präoperativen Röntgenbilder der Belegärztinnen und -ärzte nicht mehr einsehbar waren.

Ergebnisse, die bezüglich der Wechsel bzw. Komponentenwechsel als qualitativ auffällig bewertet wurden, wurden vor allem mit einer fehlerhaften Dokumentation begründet. In einem Fall konnte die LAG u. a. die Indikationsstellung mit dem Ziel, die Beinlängendifferenz auszugleichen, nicht nachvollziehen und hinterfragte die Qualität der primären Implantation, insbesondere der präoperativen Planung und der intraoperativen Kontrolle.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden vor allem bei Dokumentationsproblemen eingeleitet, die jedoch nicht zu qualitativ auffälligen Ergebnissen geführt haben.

Aktuell ist das IQTIG damit beauftragt, eine Patientenbefragung zu primären Hüft- und Knieendoprothesen zu entwickeln. Dabei wird geprüft, ob Qualitätsaspekte, die über die QS-Dokumentation nicht oder nur unzureichend adressiert werden können wie z. B. die korrekte Indikationsstellung, sich über eine Patientenbefragung abbilden lassen.

### Präoperative Verweildauer (ID 54003)

Tabelle 33: QI 54003: Präoperative Verweildauer

|                                                                                       | AJ 2023                           | AJ 2024                              | AJ 2025                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 9,28 %<br>O = 6.297<br>N = 67.886 | 8,96 %<br>O = 6.239<br>N = 69.665    | <b>8,15 %</b><br><b>O = 5.744</b><br><b>N = 70.479</b>                           |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 174 von<br>1.058<br>16,45 %       | 162 von<br>1.034<br>15,67 %          | <b>117 von 988</b><br><b>11,84 %</b><br><b>(Refbereich:</b><br><b>≤ 15,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 44 / 174<br>(25,29 %)             | <b>39 / 162</b><br><b>(24,07 %)</b>  | n. a.                                                                            |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 44 / 1.058<br>(4,16 %)            | <b>39 / 1.034</b><br><b>(3,77 %)</b> | n. a.                                                                            |

Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die Patientinnen und Patienten innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme bzw. nach einem Inhouse-Sturz im Krankenhaus operativ versorgt werden. Das

Bundesergebnis dieses Qualitätsindikators liegt mit 8,15 % im Auswertungsjahr 2025 unter dem Ergebnis der Vorjahre und damit erneut auf dem niedrigsten Stand seit Beginn der Erhebung.

Bei vergleichender Betrachtung ist festzustellen, dass ca. 8 % der Patientinnen und Patienten ohne antithrombotische Dauertherapie und ca. 13 % der Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie nicht innerhalb von 48 Stunden operiert werden.

Im Auswertungsjahr 2025 sind 11,84 % der Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig, 1,92 % der Leistungserbringerergebnisse weichen statistisch signifikant vom Referenzbereich ab. Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer ist im Vergleich zum Vorjahr (15,67 %) gesunken.

Zu ca. 15 % der im Auswertungsjahr 2024 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die LAG begründeten dies mit einer geringen Abweichung vom Referenzwert, einer Abweichung aufgrund von Einzelfällen oder einer erstmaligen Auffälligkeit.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 39 der 162 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Viele LAG meldeten zurück, dass bei diesen Leistungserbringern häufig Probleme hinsichtlich des Umgangs mit Patientinnen und Patienten, die Antikoagulanzen einnehmen, vorlagen. Bei anderen Leistungserbringern gab es außerdem OP-Kapazitäts- und/oder Priorisierungsprobleme. Teilweise wurde berichtet, dass sich die Leistungserbringerergebnisse im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert hätten. Bei einzelnen Leistungserbringerergebnissen haben sich die Ergebnisse laut der LAG im Vergleich zum Vorjahr zwar gebessert, lägen aber weiterhin außerhalb des Referenzbereichs.

90 Leistungserbringerergebnisse wurden nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig bewertet. Bei mehr als 2/3 davon gaben die LAG an, dass sich die rechnerisch auffälligen Ergebnisse durch Einzelfälle erklären ließen. Jedoch betraf dies nach einer Analyse des IQTIG auch Leistungserbringer mit großer Fallzahl und leistungserbringerbezogenen Raten von über 20 %, sodass sich dort eine Inkongruenz zeigte. Zum äquivalenten Indikator in HGV-OSFRAK (ID 54030) haben die Mitglieder des Expertengremiums zurückgemeldet, dass die Vorgehensweisen in den LAG sehr unterschiedlich seien und die Bewertungen immer ein Mehrheitsvotum der Gruppe darstellten. Zu ca. 1/4 der als unauffällig bewerteten Leistungserbringerergebnisse meldeten die LAG zurück, dass keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme vorlägen. Von allen Indikatoren dieses Verfahrens wurden zu diesem Qualitätsindikator die meisten Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet, 10 davon zu qualitativ auffälligen Ergebnissen und eine zu einem nicht qualitativ auffälligen Ergebnis. Bei Ersteren wurde vorwiegend die Implementierung von Behandlungspfaden gefordert. Bei Letzterem lagen beim betreffenden Leistungserbringer Probleme bei der Dokumentation von Inhouse-Stürzen und Cut-outs vor (Einstufung D80). Für Fälle mit Cut-out sollen Prozedurbögen zu elektiven Erstimplantationen übermittelt werden. Wenn Leistungserbringer jedoch stattdessen einen Prozedurbogen zu den hüftgelenknahen Femurfrakturen übermitteln, gehen diese Fälle fälschlich in den Indikator zur präoperativen Verweildauer ein.

Das Expertengremium auf Bundesebene diskutiert in den Sitzungen seit Frühjahr 2024 eine Anpassung des Indikators zur präoperativen Verweildauer auf 24 Stunden für alle Patientinnen und Patienten. Hintergrund sind neue Erkenntnisse aus einer Studie von Neumann et al. (2025) über den Zusammenhang zwischen der präoperativen Verweildauer und dem Komplikations- und Mortalitätsrisiko bei Patientinnen und Patienten, die neue und/oder direkte orale Antikoagulantien (NOAK/DOAK) einnehmen. Es konnte gezeigt werden, dass das Komplikations- und Mortalitätsrisiko bei Patientinnen und Patienten mit einer endoprothetischen Versorgung innerhalb von 24 Stunden, trotz des mit der Einnahme des Medikaments verbundenen höheren Blutungsrisikos, geringer ist als bei einer längeren Wartezeit bis zur Operation.

Im Laufe der letzten 3 Sitzungen auf Bundesebene (Frühjahr und Herbst 2024, sowie Frühjahr 2025) hat sich herauskristallisiert, dass im Expertengremium keine einheitliche Meinung dazu besteht, ob aufgrund dieser Ergebnisse eine Rechenregeländerung der beiden QI zur präoperativen Verweildauer (ID 54030 in HGV-OSFRAK und ID 54003 in HGV-HEP) empfohlen werden sollte. Einige Mitglieder halten die Festlegung auf 24 Stunden für alle Patientinnen und Patienten als zu eng gesetzt, insbesondere für Endoprothesen und für subtrochantäre Frakturen, und erwarten zukünftig negative Nebeneffekte. Andere Mitglieder berichten von positiven Erfahrungen mit der Umstellung hin zu einer zeitnahen Versorgung und sprechen sich weiterhin für die Anpassung der Rechenregeln aus.

Das IQTIG hat nach Abwägung der Erkenntnisse aus der Studie von Neumann et al. (2024) und der Empfehlungen aus der QSFFx-RL einerseits und der Einschätzungen des Expertengremiums andererseits empfohlen, die Rechenregel ab dem Erfassungsjahr 2026 entsprechend anzupassen. Der G-BA ist dieser Empfehlung mit Verweis auf die längere präoperative Vorbereitungszeit von Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie nicht gefolgt.

### Sturzprophylaxe (ID 54004)

Tabelle 34: QI 54004: Sturzprophylaxe

|                                                                                       | AJ 2023                                     | AJ 2024                                     | AJ 2025                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 96,97 %<br>O =<br>192.720<br>N =<br>198.751 | 97,29 %<br>O =<br>205.692<br>N =<br>211.430 | <b>97,64 %</b><br><b>O = 211.773</b><br><b>N = 216.892</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 65 von<br>1.140<br>5,70 %                   | 47 von<br>1.132<br>4,15 %                   | <b>(Refbereich: Nicht definiert)</b>                       |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 8 / 65<br>(12,31 %)                         | <b>3 / 47</b><br><b>(6,38 %)</b>            | n. a.                                                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 8 / 1.140<br>(0,70 %)                       | <b>3 / 1.132</b><br><b>(0,27 %)</b>         | n. a.                                                      |

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Sturzprophylaxe nach Erstimplantation oder Wechsel einer Hüftendoprothese bzw. einer Komponente. Die Anzahl aller Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren nach Erstimplantation oder Wechsel einer Hüftendoprothese, bei denen kein Sturzrisiko erfasst und für die keine Sturzprophylaxe erfolgt ist, soll so gering wie möglich sein.

Das Bundesergebnis hat sich im Vergleich zu den beiden Vorjahren leicht verbessert und liegt nun bei über 97 %.

Der Qualitätsindikator wird aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da die Eignungskriterien Validität, Reliabilität, Objektivität und Datenqualität nicht vollständig erfüllt sind. Der Referenzbereich wurde deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt und der Indikator ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Zu 13 der 47 im Auswertungsjahr 2024 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass dies in vielen Fällen mit der Streichung des Indikators zum Erfassungsjahr 2026 begründet wird. In anderen Fällen wird darauf verwiesen, dass es sich um Abweichungen aufgrund von Einzelfällen und/oder erstmalige Abweichungen handelt oder dass Stellungnahmeverfahren nur mit Leistungserbringern geführt werden, bei denen das QI-Ergebnis wiederholt rechnerisch auffällig ist.

Die meisten Stellungnahmeverfahren wurden mit der Bewertung „Dokumentationsfehler“ abgeschlossen beendet (19/31). In einem Fall führte laut der dazugehörigen LAG eine Umstellung des Dokumentationssystems (KIS) zu dem rechnerisch auffälligen Ergebnis. Einmal wurden die Sturzprophylaxemaßnahmen durchgeführt, jedoch nicht adäquat dokumentiert. 3 Ergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. In den Kommentaren verwiesen die LAG z. B. darauf, dass die Sturzrisikoeinschätzung nicht regelhaft erfolge und nur selten Maßnahmen nach einer Einschätzung abgeleitet werden würden. Bei 2 Leistungserbringerergebnissen führten Dokumentationsprobleme zu dieser Einschätzung. Bei 2 der 10 als qualitativ unauffällig bewerteten Leistungserbringerergebnisse haben die LAG kommentiert, dass Dokumentationsprobleme vorlagen oder das Problem erkannt worden sei und Lösungen erarbeitet und umgesetzt würden.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 3 nicht qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen aufgrund von auffälligen Fehldokumentationen und zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet. Die Ergebnisse des letztgenannten Leistungserbringers waren wiederholt qualitativ auffällig. Laut Einschätzung der LAG wurde wiederholt keine ausreichende Einzelfallanalyse vorgenommen, sowie keine ausreichenden Gründe genannt. Nach Sichtung der Standardvorgehensweise (*Standard Operating Procedure; SOP*) sowie der Stellungnahme erkannte die Fachkommission im Auswertungsjahr 2024 Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, da die Sturzrisikoeinschätzung und die Sturzprophylaxe nicht regelhaft durchgeführt wurden. Im Rahmen einer Zielvereinbarung sollen Handlungsempfehlungen festgehalten werden sowie die konsequente Umsetzung und patientenorientierte Dokumentation der hauseigenen SOP im Rahmen einer Schulung besprochen werden.

**Gruppen: Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54015–54020)**

Anhand der Qualitätsindikatoren dieser beiden Gruppen wird erfasst, wie viele allgemeine und spezifische Komplikationen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und nach -Wechseln bzw. -Komponentenwechseln auftreten.

Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ durch eine ICD-Liste erweitert (s. Abschnitt 2.2.1). Sofern Krankenhäuser einen ICD-Kode abrechnen, im Dokumentationsbogen jedoch keine entsprechende Komplikation angegeben haben, erscheint ein Hinweis im QS-Dokumentationsbogen in den Datenfeldern zu den Komplikationen (weiche Plausibilitätsregel). Ziele dieser Spezifikationsänderung waren die Verbesserung der Dokumentationsqualität von allgemeinen und spezifischen Komplikationen und die bessere Abbildbarkeit von Komorbiditäten in der Risikoadjustierung.

Alle Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen wurden mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Komorbiditäten sowie Einnahme von Antikoagulanzen. Die Risikoadjustierungsmodelle wurden auf den Vorjahresdaten (EJ 2023) geschätzt. Eine Ausnahme bildeten die Qualitätsindikatoren zu Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. Komponentenwechseln (ID 54017 und ID 54120), bei denen wegen der geringen Fallzahl die Datensätze aus den Erfassungsjahren 2022 und 2023 zur Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle kombiniert wurden.

Die vollständigen Listen zu Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 entnommen werden.

Aufgrund der Risikoadjustierung sind die Indikatorergebnisse des Auswertungsjahrs 2025 zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen nur eingeschränkt vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen.

Ab Erfassungsjahr 2026 werden die Informationen zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst. Informationen zu Komplikationen sind im QS-Dokumentationsbogen ab diesem Zeitpunkt an nur noch zu erfassen, wenn Leistungserbringer bestimmte ICD-Kodes zu Erkrankungen kodieren, bei denen unklar ist, ob diese bereits vor der Operation „present on admission“ (POA) vorlagen oder eine Folge der OP sind.

*Gruppe: Allgemeine Komplikationen*

In den 3 Qualitätsindikatoren zu allgemeinen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- Pneumonie
- behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen
- tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
- Lungenembolie
- katheterassoziierte Harnwegsinfektion
- Schlaganfall

- akute gastrointestinale Blutung
- akute Niereninsuffizienz
- Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz

Tabelle 35: QI 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

|                                                                                       | AJ 2023                                                                 | AJ 2024                                                                    | AJ 2025                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 0,74<br>O/E = 7.384 /<br>9.943,15<br>10,86 %<br>O/N = 7.384 /<br>68.012 | 1,00<br>O/E = 10.158 /<br>10.158,00<br>14,56 %<br>O/N = 10.158 /<br>69.750 | <b>1,05</b><br><b>O/E = 10.839 /</b><br><b>10.369,75</b><br><b>15,35 %</b><br><b>O/N = 10.839 /</b><br><b>70.594</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 60 von 1.058<br>5,67 %                                                  | 54 von 1.033<br>5,23 %                                                     | <b>53 von 990</b><br><b>5,35 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,08;</b><br><b>95. Perzentil)</b>                           |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 6 / 60<br>(10,00 %)                                                     | <b>8 / 54</b><br><b>(14,81 %)</b>                                          | n. a.                                                                                                                |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 6 / 1.058<br>(0,57 %)                                                   | <b>8 / 1.033</b><br><b>(0,77 %)</b>                                        | n. a.                                                                                                                |

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 5 % mehr allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dokumentiert als anhand des Risiko-adjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 15,35 % und damit über dem Niveau des Vorjahres (14,56 %) und deutlich über dem des Auswertungsjahrs 2023 (10,86 %). Nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur treten mehr allgemeine Komplikationen auf als nach elektiven Erstimplantationen oder Wechseloperationen. Dies ist vor allem auf das höhere Alter und damit verbundene Morbiditäten (siehe ASA-Score) der Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur zurückzuführen. Sie sind im Mittel 81,13 Jahre alt (zum Vergleich: Alter bei elektiven Erstimplantationen: 68,83 Jahre; bei Wechseloperationen: 75,25 Jahre).

Als häufigste allgemeine Komplikation sind Pneumonien mit 4,29 % dokumentiert worden. Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) betrafen 3,92 % und katheterassoziierte Harnwegsinfektionen 3,40 % aller Fälle. In 2,93 % aller Fälle wurde eine akute Niereninsuffizienz dokumentiert. In 9,05 % aller Fälle wurde die Auswahl „sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen“ angegeben. Diese gehen jedoch nicht in die Berechnung des Indikatorergebnisses ein.

28 % (15/53) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 35 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stel-

lungnahmeverfahren eingeleitet (19/54). Begründet wurde dies von den LAG z. B. mit einer geringen Abweichung vom Referenzbereich, eine Verlaufskontrolle bei erstmaliger Auffälligkeit oder kleinen Fallzahlen. Zu einem der 22 Ergebnisse, die als qualitativ unauffällig bewertet wurden, wurde von einer LAG ein Kommentar übermittelt: „Überdokumentation von bereits bei Aufnahme bestehender Komplikation“.

Unter den 8 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen sind laut den Kommentaren der LAG 2 Ergebnisse auf gehäufte Harnwegsinfektionen zurückzuführen. In einem anderen Fall konnte die LAG anhand der Stellungnahme nicht erkennen, ob bei relativer Häufung von Delir entsprechende Screenings durchgeführt wurden. Auch zu einem weiteren Leistungserbringerergebnis wies die LAG darauf hin, dass neben einer auffälligen Komplikationshäufung im Verhältnis zur Gesamtfallzahl vermehrt Fälle mit Delir auftraten.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 2 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet.

Tabelle 36: QI 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

|                                                                                       | AJ 2023                                                                 | AJ 2024                                                                 | AJ 2025                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 0,75<br>O/E = 2.485 /<br>3.323,16<br>1,36 %<br>O/N = 2.485 /<br>182.794 | 1,00<br>O/E = 3.556 /<br>3.556,00<br>1,79 %<br>O/N = 3.556 /<br>198.372 | <b>0,93</b><br><b>O/E = 3.363 /</b><br><b>3.622,88</b><br><b>1,64 %</b><br><b>O/N = 3.363 /</b><br><b>204.985</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 71 von 1.088<br>6,53 %                                                  | 59 von 1.077<br>5,48 %                                                  | <b>67 von 1.053</b><br><b>6,36 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,84;</b><br><b>95. Perzentil)</b>                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 4 / 71<br>(5,63 %)                                                      | <b>11 / 59</b><br><b>(18,64 %)</b>                                      | n. a.                                                                                                             |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 4 / 1.088<br>(0,37 %)                                                   | <b>11 / 1.077</b><br><b>(1,02 %)</b>                                    | n. a.                                                                                                             |

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 7 % weniger allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 1,64 % unter dem Niveau des Vorjahres (1,79 %), aber über dem des Vorvorjahres (AJ 2023: 1,36 %). 14,93 % (10/67) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 28,81 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (17/59). Begründet wurde dies von den LAG z. B. damit, dass das Ergebnis nur knapp statistisch signifikant auffällig sei und es sich um eine erstmalige Auffälligkeit handele, weshalb zunächst eine Verlaufskontrolle erfolge. In anderen Fällen hat laut Aussage der LAG keine systematische Häufung von beeinflussbaren allgemeinen Komplikationen oder eine Abweichung durch Einzelfälle vorgelegen.

Zu den als 29 qualitativ unauffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen haben 2 LAG Kommentare übermittelt. Einmal lag laut LAG eine besondere klinische Situation vor. In dem andern Fall seien die beschriebenen Sachverhalte plausibel erläutert worden. Die LAG verweist darauf, dass Patientinnen und Patienten u. U. trotz strukturierter Prävention entsprechende Symptomata zeigen würden und dies der klinischen Realität entspreche.

Zu 9 der 11 als qualitativ auffällig bewerteten QI-Ergebnisse wurden von den LAG Kommentare übermittelt. Sie beziehen sich auf Struktur- und Prozessmängel, die jedoch leistungserbringerspezifisch unterschiedlich sind. Genannt wurden z. B. vorliegende Hinweise auf Defizite in der präoperativen Vorbereitung oder ein Verbesserungsbedarf beim präoperativen Management sowie bei der Pneumonieprophylaxe. In einem anderen Fall liegt laut LAG bei sukzessivem Anstieg der Komplikationen und gleichzeitig rückläufiger Gesamtfallzahl eine Häufung an kardialen Komplikationen vor, die Hinweise auf Flüssigkeitsmangel der Patientinnen und Patienten gebe.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet.

Tabelle 37: QI 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

|                                                                                       | AJ 2023                                                                | AJ 2024                                                                 | AJ 2025                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 0,74<br>O/E = 1.320 /<br>1.792,93<br>7,84 %<br>O/N = 1.320 /<br>16.837 | 1,00<br>O/E = 1.887 /<br>1.887,00<br>10,77 %<br>O/N = 1.887 /<br>17.528 | <b>0,92</b><br><b>O/E = 1.757 /</b><br><b>1.919,89</b><br><b>9,92 %</b><br><b>O/N = 1.757 / 17.708</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 103 von 990<br>10,40 %                                                 | 97 von 996<br>9,74 %                                                    | <b>114 von 966</b><br><b>11,80 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,07;</b><br><b>95. Perzentil)</b>           |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 6 / 103<br>(5,83 %)                                                    | <b>8 / 96</b><br><b>(8,33 %)</b>                                        | n. a.                                                                                                  |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 6 / 990<br>(0,61 %)                                                    | <b>8 / 996</b><br><b>(0,80 %)</b>                                       | n. a.                                                                                                  |

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 8 % weniger allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 9,92 % unter dem Niveau des Vorjahres (10,77 %), aber über dem des Vorvorjahres (AJ 2023: 7,84 %).

25,44 % (29/114) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 42,71 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (41/96). Begründet wurde dies von den LAG meist mit dem Vor-

liegen kleinerer Fallzahlen oder damit, dass das Ergebnis nur knapp statistisch signifikant auffällig sei und es sich um eine erstmalige Auffälligkeit handele, weshalb zunächst eine Verlaufskontrolle erfolge. In anderen Fällen wird auf das Vorliegen von Einzelfällen hingewiesen.

43 der 55 Ergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden als qualitativ unauffällig bewertet, vor allem aufgrund von Einzelfallabweichungen (Bewertung U62). Die LAG haben dazu jedoch keine Kommentare übermittelt.

Zu den 8 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden zu 4 Fällen von den LAG Kommentare übermittelt. In einem Fall wurde keine aussagekräftige Stellungnahme übermittelt. In 2 Fällen wird auf die hohen Raten von konkreten Komplikationen bei bestimmten Leistungserbringern Bezug genommen (Harnwegsinfekte und Niereninsuffizienzen), und in einem Fall führte die hohe Rate bei gleichzeitig geringer Fallzahl zu dieser Einstufung.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden nicht eingeleitet.

#### Gruppe: Spezifische Komplikationen

In den 3 Qualitätsindikatoren zu spezifischen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

- primäre Implantatfehlage
- sekundäre Implantatdislokation
- offen und geschlossen reponierte Endoprothesen(sub)luxation
- revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom
- revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom
- OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion
- bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden
- periprothetische Femurfraktur
- periprothetische Acetabulumfraktur
- Wundinfektionstiefe A2 und A3 nach den KISS-Definitionen bei vorliegender Wundinfektion
- Wunddehiszenz
- sekundäre Nekrose der Wundränder

Tabelle 38: QI 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

|                                     | AJ 2023                                                                | AJ 2024                                                                | AJ 2025                                                                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>               | 0,92<br>O/E = 3.086 /<br>3.353,60<br>4,53 %<br>O/N = 3.086 /<br>68.177 | 1,00<br>O/E = 3.450 /<br>3.450,00<br>4,93 %<br>O/N = 3.450 /<br>69.963 | <b>0,96</b><br><b>O/E = 3.360 /</b><br><b>3.490,04</b><br><b>4,75 %</b><br><b>O/N = 3.360 / 70.745</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b> | 60 von 1.058<br>5,67 %                                                 | 62 von 1.034<br>6,00 %                                                 | <b>61 von 990</b><br><b>6,16 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,42;</b><br><b>95. Perzentil)</b>             |

|                                                                                       | AJ 2023                | AJ 2024                       | AJ 2025 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|---------|
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 10 / 60<br>(16,67 %)   | <b>9 / 62<br/>(14,52 %)</b>   | n. a.   |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 10 / 1.058<br>(0,95 %) | <b>9 / 1.034<br/>(0,87 %)</b> | n. a.   |

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 4 % weniger spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dokumentiert, als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet wurde. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 4,75 % unter dem Niveau des Vorjahres (4,93 %), aber über dem des Vorvorjahres (AJ 2023: 4,53 %).

21,31 % (13/61) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 19,35 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (12/62). Begründet wurde dies in 4 Fällen damit, dass das nicht signifikante Ergebnis laut der Fachkommission auf Zufall beruhen könnte. Ebenfalls 4-mal erfolgte bei niedriger Signifikanz und erstmaliger Auffälligkeit zunächst eine Verlaufskontrolle.

37 der 50 Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ unauffällig bewertet, dies vor allem aufgrund von Einzelfallabweichungen (Bewertung U62). Die LAG haben dazu keine Kommentare übermittelt.

Die LAG haben 9 rechnerisch auffällige Ergebnisse aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel als qualitativ auffällig bewertet. Bei 2 Leistungserbringern führten diese Mängel zu gehäuften Nachblutungen und Seromen, bei 2 anderen zu periprothetischen Frakturen. Gefäßverletzungen bei geringer Fallzahl und mehrfache Luxationen führten jeweils einmal zu dieser Bewertung. In einem Fall empfahl die LAG die routinemäßig zementierte Verankerung von Endoprothesen bei Patientinnen und Patienten mit über 75 Jahren. In einem weiteren Fall führte laut der LAG ein wiederholt rechnerisch auffälliges Ergebnis zur qualitativ auffälligen Bewertung und in einem weiteren die hohe Personalfuktuation sowie unzureichend ausgearbeitete SOPs.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet.

Tabelle 39: QI 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

|                                                                                       | AJ 2023                                                                 | AJ 2024                                                                 | AJ 2025                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 0,97<br>O/E = 4.185 /<br>4.302,36<br>2,27 %<br>O/N = 4.185 /<br>184.080 | 1,00<br>O/E = 4.654 /<br>4.654,00<br>2,33 %<br>O/N = 4.654 /<br>199.907 | <b>0,93</b><br><b>O/E = 4.431 /</b><br><b>4.765,11</b><br><b>2,15 %</b><br><b>O/N = 4.431 /</b><br><b>206.502</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 83 von 1.088<br>7,63 %                                                  | 76 von 1.077<br>7,06 %                                                  | <b>66 von 1.054</b><br><b>6,26 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,48;</b><br><b>95. Perzentil)</b>                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 18 / 83<br>(21,69 %)                                                    | <b>19 / 76</b><br><b>(25,00 %)</b>                                      | n. a.                                                                                                             |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 18 / 1.088<br>(1,65 %)                                                  | <b>19 / 1.077</b><br><b>(1,76 %)</b>                                    | n. a.                                                                                                             |

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 7 % weniger allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 2,15 % unter dem Niveau der 2 vorausgehenden Jahre (AJ 2024: 2,33 %; AJ 2023: 2,27 %). Die Spezifikationsänderung hatte auf dieses QI-Ergebnis somit keinen längerfristigen Effekt.

28,79 % (19/66) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 18,42 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (14/76). Begründet wurde dies von den LAG z. B. damit, dass bei niedriger Signifikanz und erstmaliger Auffälligkeit zunächst eine Verlaufskontrolle erfolge oder dass die Abweichung durch Einzelfälle zustande gekommen sei.

40 der 62 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 2 Ergebnissen wurden von den LAG Kommentare übermittelt. In einem verweist die LAG darauf, dass eine SOP für das Vorgehen bei Adipositas und Koxarthrose vorliege, die eine zusätzliche OP-Aufklärung für Patientinnen und Patienten mit Adipositas beinhalte. In dem anderen Kommentar verweist die LAG darauf, dass die geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten die rechnerische Abweichung ausgelöst habe.

19 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, die meisten davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Die Kommentare der LAG dazu sind sehr heterogen. Einigen kann entnommen werden, dass infolge dieser Mängel einzelne spezifische Komplikationen wie Nervenläsionen, Wundheilungsstörungen, Infektionen und periprothetische Frakturen gehäuft auftraten. 3-mal hat die LAG vereinzelt intraoperative Qualitätsprobleme identifiziert. Ein Ergebnis erhielt diese Bewertung aufgrund von 2 Infektionen bei geringer Fallzahl, dabei sei ein Patient nach einer elektiven Erstimplantation sogar verstorben. In einem anderen

Fall zweifelte die LAG aufgrund der geringen Fallzahl an, dass die strukturellen Bedingungen für diesen Eingriff ausreichend waren.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 4 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen eingeleitet.

Tabelle 40: QI 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

|                                                                                       | AJ 2023                                                                 | AJ 2024                                                                 | AJ 2025                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 0,76<br>O/E = 2.356 /<br>3.081,98<br>12,28 %<br>O/N = 2.356 /<br>19.185 | 1,00<br>O/E = 3.247 /<br>3.247,00<br>16,22 %<br>O/N = 3.247 /<br>20.022 | <b>1,01</b><br><b>O/E = 3.348 /</b><br><b>3.310,74</b><br><b>16,52 %</b><br><b>O/N = 3.348 / 20.265</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 160 von 1.029<br>15,55 %                                                | 195 von 1.026<br>19,01 %                                                | <b>150 von 995</b><br><b>15,08 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,22;</b><br><b>95. Perzentil)</b>            |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 23 / 160<br>(14,37 %)                                                   | <b>21 / 195</b><br><b>(10,77 %)</b>                                     | n. a.                                                                                                   |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 23 / 1.029<br>(2,24 %)                                                  | <b>21 / 1.026</b><br><b>(2,05 %)</b>                                    | n. a.                                                                                                   |

Das Besondere an diesem Qualitätsindikator ist, dass für die Berechnung des Ergebnisses 2 Risikoadjustierungsmodelle verwendet werden. Eines bezieht sich auf implantatassoziierte Komplikationen (Ebene 1 – kalkulatorische Kennzahl) und das andere auf Weichteilkomplikationen (Ebene 2 – kalkulatorische Kennzahl).

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 1 % mehr allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechseln dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 16,52 % über dem Niveau der letzten 2 Vorjahre (AJ 2024: 16,22 %; AJ 2023: 12,28 %).

Nach Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln treten häufiger spezifische Komplikationen auf als nach elektiven oder frakturbedingten Erstimplantationen. Betroffene Patientinnen und Patienten hatten bereits im Vorfeld mindestens einen operativen Eingriff an dem betroffenen Gelenk; zusätzlich ist ein Wechseleingriff häufig mit einer vorherigen Infektion der Endoprothese oder einer periprothetischen Fraktur verbunden, die eine sehr viel komplexere Operationssituation bei den Wechseloperationen bedingen.

36,67 % (55/150) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 38,97 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stel-

lungnahmeverfahren eingeleitet (76/195). Begründet wurde dies von den LAG z. B. mit einer geringen Abweichung vom Referenzwert, einer kleinen Fallzahl, der Verlaufskontrolle bei erstmaliger Auffälligkeit, aufgrund von Einzelfällen oder damit, dass das nicht signifikante Ergebnis auf Zufall beruhen könnte.

68,01 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig bewertet (81/119), zumeist aufgrund von Einzelfällen, wobei die LAG hierzu keine Hinweise in den Freitextkommentaren übermittelt haben.

21 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, die meisten davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Die Kommentare der LAG dazu sind sehr heterogen. Einigen kann entnommen werden, dass infolge dieser Mängel einzelne spezifische Komplikationen wie Serome, Hämatome, Wundheilungsstörungen, Infektionen oder Luxationen gehäuft auftraten. In einigen Fällen lag laut Aussage der LAG eine hohe Personalfuktuation und eine unzureichende Expertise für komplexe Eingriffe vor. Gehäufte Komplikationen bei geringer Fallzahl führten ebenfalls zweimal zu einer qualitativ auffälligen Bewertung.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 2 nicht qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen und zu 4 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen eingeleitet. Bei den 2 nicht qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen lagen Dokumentationsprobleme vor. In einem Fall waren diese systematisch, sodass eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1 geschlossen wurde. In dem anderen Fall erfolgt laut LAG eine Fortbildungsmaßnahme zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials.

Dieser Qualitätsindikator ist der einzige im Auswertungsmodul *HGV-HEP*, bei dem zu einem als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnis Maßnahmen der Stufe 2 eingeleitet wurden. Die LAG begründete dies mit dem jahresübergreifenden Auftreten von qualitativen Auffälligkeiten bei einem Leistungserbringer in verschiedenen Bereichen. Darüber hinaus erfolgten eine Information der Landesplanungsbehörde und ein Gespräch im Ministerium. Der Umsetzungsstand der eingeleiteten Maßnahmen soll laut Aussage der LAG kontinuierlich überprüft werden.

**Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54012)**

Tabelle 41: QI 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung

|                                                                                       | AJ 2023                                                                 | AJ 2024                                                                 | AJ 2025                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 1,03<br>O/E = 8.119 /<br>7.907,49<br>3,54 %<br>O/N = 8.119 /<br>229.206 | 1,00<br>O/E = 7.228 /<br>7.228,00<br>3,07 %<br>O/N = 7.228 /<br>235.424 | <b>0,91</b><br><b>O/E = 6.782 /</b><br><b>7.444,23</b><br><b>2,78 %</b><br><b>O/N = 6.782 /</b><br><b>243.925</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 61 von 1.138<br>5,36 %                                                  | 63 von 1.129<br>5,58 %                                                  | <b>64 von 1.102</b><br><b>5,81 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,44;</b><br><b>95. Perzentil)</b>                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 6 / 61<br>(9,84 %)                                                      | <b>2 / 63</b><br><b>(3,17 %)</b>                                        | n. a.                                                                                                             |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 6 / 1.138<br>(0,53 %)                                                   | <b>2 / 1.129</b><br><b>(0,18 %)</b>                                     | n. a.                                                                                                             |

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Gehunfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung nach Erstimplantation einer Hüftendoprothese oder nach einem Wechsel, wenn die Patientin oder der Patient zum Aufnahmezeitpunkt gehen konnte. Seit dem Auswertungsjahr 2025 werden in diesem Indikator Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder eine Entlassung in eine geriatrische Frührehabilitation stattfand. Für diese Patientinnen und Patienten ist die Gehfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Akutbehandlung für eine selbstständige Versorgung nicht zwingend notwendig, da die weitere Mobilisation und Versorgung im weiterbehandelnden Krankenhaus sichergestellt ist.

Dieser Indikator wird mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Das Risikoadjustierungsmodell beinhaltet Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Voroperationen am Hüftgelenk, Eingriffsart, zum Vorliegen einer Wundkontamination oder einer periprothetischen Fraktur sowie zur Frakturlokalisation. Die vollständigen Listen zu Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 entnommen werden. Die Schätzung des Risikoadjustierungsmodells erfolgte auf Basis der Vorjahresdaten (EJ 2023).

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 9 % weniger Fälle mit Gehunfähigkeit bei Entlassung dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 2,78 % unter dem Niveau der letzten 2 Vorjahre (AJ 2024: 3,07 %; AJ 2023: 3,54 %).

17,19 % (11/64) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 44,44 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (28/63). Begründet wurde dies von den LAG mit nicht signifikant

oder erstmals rechnerisch auffälligen Ergebnissen, der Abweichung durch Einzelfälle oder kleinen Fallzahlen.

60 % (21/35) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 6 Ergebnissen wurden von den LAG Kommentare übermittelt, wobei 2-mal allgemein auf eine besondere klinische Situation hingewiesen wurde. Zu einem Ergebnis hat die LAG zurückgemeldet, in der Einrichtung seien sehr viele geriatrische Patientinnen und Patienten versorgt wurden. Zu einem anderen Leistungserbringerergebnis verweist die dazugehörige LAG im Kommentar auf Risikofaktoren, die aktuell nicht Bestandteil des Risikoadjustierungsmodells sind. Die LAG regt an, das Risikoadjustierungsmodell entsprechend zu überarbeiten. Dies sieht das IQTIG für das Auswertungsjahr 2026 vor. In einem weiteren Fall wird auf die Entlassung in die geriatrische Frührehabilitation hingewiesen. Solche Fälle werden seit dem Auswertungsjahr 2025 aus dem Indikator ausgeschlossen. In einem Fall weist die LAG auf eine verkürzte Verweildauer hin, wobei anhand des Kommentars nicht deutlich wird, ob es sich dabei um eine reguläre Entlassung handelte, bei der die Gehfähigkeit hätte wiederhergestellt werden sollen, oder um eine Entlassung in z. B. eine geriatrische Frührehabilitation, die ab dem Auswertungsjahr 2025 aus diesem Indikator ausgeschlossen wird.

2 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, weil keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt wurden. Weitere Informationen wurden dazu nicht übermittelt.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden nicht eingeleitet.

### **Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung (IDs 54013 und 191914)**

Die Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts nach einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation und nach dem Wechsel der Hüftendoprothese bzw. einer Komponente wird als risikoadjustierter Qualitätsindikator ausgewertet, die Sterblichkeit nach einer hüftgelenknahen Femurfraktur als risikoadjustierte Transparenzkennzahl.

Diese Indikatoren/Kennzahlen werden mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten z. B. Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung sowie Gehstrecke/Gehhilfe. Zur Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle wurden die Vorjahresdaten (EJ 2023) verwendet. Bei dem Risikoadjustierungsmodell für Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 191914) gab es eine Besonderheit: Hier wurden die Datensätze der Module HGV-HEP und HGV-OSFRAK zur Schätzung des Modells kombiniert. Der Grund für dieses Vorgehen lag in der geringen Anzahl an Fällen.

Tabelle 42: QI 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

|                                                                                       | AJ 2023                                                           | AJ 2024                                                           | AJ 2025                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 1,02<br>O/E = 830 /<br>809,90<br>0,42 %<br>O/N = 830 /<br>199.631 | 1,00<br>O/E = 850 /<br>850,00<br>0,39 %<br>O/N = 850 /<br>215.900 | <b>0,89</b><br><b>O/E = 782 / 880,87</b><br><b>0,35 %</b><br><b>O/N = 782 / 222.693</b>      |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 72 von 1.073<br>6,71 %                                            | 59 von 1.091<br>5,41 %                                            | <b>56 von 1.065</b><br><b>5,26 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 4,26;</b><br><b>95. Perzentil)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 2 / 72<br>(2,78 %)                                                | <b>4 / 59</b><br><b>(6,78 %)</b>                                  | n. a.                                                                                        |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 2 / 1.073<br>(0,19 %)                                             | <b>4 / 1.091</b><br><b>(0,37 %)</b>                               | n. a.                                                                                        |

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 11 % weniger verstorbene Patientinnen und Patienten nach elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 0,35 % unter dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2024: 0,39 %; AJ 2023: 0,42 %).

17,86 % (10/56) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Zu 15,25 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (9/59). Begründet wurde dies von den LAG z. B. damit, dass das nicht signifikante Ergebnis auf Zufall beruhen könnte und bei Einzelfällen keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurden.

41 der 50 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 3 Ergebnissen wurden von den LAG in den Kommentaren übermittelt, dass die Fälle nachvollziehbar geschildert wurden.

5 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet und zu 3 Ergebnissen von den LAG Kommentare übermittelt. In einem Fall hat der betreffende Leistungserbringer keine Stellungnahme eingereicht. Eine hohe Rate bei geringer Fallzahl führte bei einem anderen Leistungserbringer zu einer qualitativ auffälligen Bewertung. Im dritten Fall musste das kollegiale Gespräch aufgrund einer geringen Teilnehmerzahl abgesagt werden.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem nicht qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet.

Tabelle 43: TKez 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur

|                                                                                         | AJ 2023                                                                | AJ 2024                                                                | AJ 2025                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                   | 1,02<br>O/E = 4.206 /<br>4.127,94<br>6,18 %<br>O/N = 4.206 /<br>68.012 | 1,00<br>O/E = 4.126 /<br>4.117,92<br>5,92 %<br>O/N = 4.126 /<br>69.750 | <b>0,94</b><br><b>O/E = 3.899 /</b><br><b>4.145,76</b><br><b>5,52 %</b><br><b>O/N = 3.899 /</b><br><b>70.594</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                     | n. a.                                                                  | n. a.                                                                  | <b>n. a.</b>                                                                                                     |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                   | n. a.                                                                  | <b>n. a.</b>                                                           | n. a.                                                                                                            |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)</b> | n. a.                                                                  | <b>n. a.</b>                                                           | n. a.                                                                                                            |

Im Auswertungsjahr 2025 sind 6 % weniger Patientinnen und Patienten nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur verstorben als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 5,52 % unter dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2024: 5,92 %; AJ 2023: 6,18 %).

### Treppensteigen bei Entlassung (ID 192300)

Tabelle 44: QI 192300: Treppensteigen bei Entlassung

|                                                                                       | AJ 2023                                     | AJ 2024                                     | AJ 2025                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 98,23 %<br>O =<br>180.470<br>N =<br>183.726 | 98,38 %<br>O =<br>184.555<br>N =<br>187.601 | <b>98,47 %</b><br><b>O = 191.226</b><br><b>N = 194.193</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | n. a.                                       | n. a.                                       | <b>(Refbereich: Nicht definiert)</b>                       |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | n. a.                                       | <b>n. a.</b>                                | n. a.                                                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | n. a.                                       | <b>n. a.</b>                                | n. a.                                                      |

Dieser Indikator adressiert die durch eine elektive Erstimplantation einer Hüftendoprothese oder durch einen Hüftendoprothesen-Wechsel verursachte Unfähigkeit, bei Entlassung selbstständig Treppen zu steigen. Das Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2025 über dem Niveau der beiden Vorjahre. Nach elektiven Erstimplantationen können 98,99 % Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung Treppen steigen. Nach Wechseloperationen ist dies bei 88,07 % (einzeitiger Wechsel) bzw. 92,37 % (zweizeitige Wechsel) der Fall.

Ab dem Auswertungsjahr 2026 werden in den Zähler die Fälle eingehen, bei denen das Qualitätsziel „Treppensteigen bei Entlassung“ nicht erreicht wird. Das QI-Ergebnis kann dadurch als risikoadjustiertes Ergebnis (O/E) ausgewertet werden. Die Bezeichnung des Indikators wird entsprechend in „Kein Treppensteigen bei Entlassung“ geändert.

### Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen (ID 10271)

Tabelle 45: QI 10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen

|                                                                                       | AJ 2023                                                                 | AJ 2024                                                                 | AJ 2025                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 1,02<br>O/E = 3.655 /<br>3.594,50<br>1,41 %<br>O/N = 3.655 /<br>258.899 | 1,01<br>O/E = 3.843 /<br>3.810,32<br>1,39 %<br>O/N = 3.843 /<br>275.651 | <b>0,97</b><br><b>O/E = 3.758 /</b><br><b>3.885,44</b><br><b>1,34 %</b><br><b>O/N = 3.758 /</b><br><b>281.084</b> |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 57 von 1.146<br>4,97 %                                                  | 62 von 1.142<br>5,43 %                                                  | <b>59 von 1.116</b><br><b>5,29 %</b><br><b>(Refbereich: ≤ 2,50;</b><br><b>95. Perzentil)</b>                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 8 / 57<br>(14,04 %)                                                     | <b>11 / 62</b><br><b>(17,74 %)</b>                                      | n. a.                                                                                                             |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)</b> | 8 / 1.146<br>(0,70 %)                                                   | <b>11 / 1.142</b><br><b>(0,96 %)</b>                                    | n. a.                                                                                                             |

Dieser Indikator adressiert die frühen Wechsel von knochenverankerten Endoprothesenteilen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Da es sich um einen Follow-up-Indikator in Periodensichtweise handelt, wurde hier Risikoadjustierung mittels der Subject-Years-Methode verwendet, wobei die Art des Eingriffs als einziger Risikofaktor verwendet wurde. Die Schätzung des Risikoadjustierungsmodells erfolgte auf den Vorjahresdaten (EJ 2023).

Im Auswertungsjahr 2025 wurden bundesweit 3 % weniger Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen dokumentiert als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2025 mit 1,34 % unter dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2024: 1,39 %; AJ 2023: 1,41 %). 27,12 % (16/59) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 hatten auch im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Zu 29,03 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (18/ 62). Begründet wurde dies von den LAG damit, dass das nicht signifikante Ergebnis laut der Fachkommission auf Zufall beruhen könnte oder dass bei niedriger Signifikanz und erstmaliger Auffälligkeit zunächst eine Verlaufskontrolle erfolge.

31 der 44 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 10 Ergebnissen wurden von den LAG Kommentare

übermittelt. In einem Fall wurde die Bewertung von der LAG mit dem Hinweis auf eine besondere klinische Situation begründet. In einem anderen Fall war die Validierung in einem von 3 Fällen nicht möglich, da der Wechseleingriff in einem anderen Krankenhaus erfolgte als die Erstimplantation. Die LAG wies dabei darauf hin, dass Wechsel mobiler Teile systembedingt fälschlicherweise als Komponentenwechsel dokumentiert werden würden. Aus diesem Grund kann laut der LAG eine Häufung nicht sicher bestätigt und damit auch kein Zusammenhang mit einem Qualitätsdefizit hergestellt werden.

11 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, die meisten davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Die Kommentare der LAG dazu sind sehr heterogen. Einigen kann entnommen werden, dass die Mängel zu auffallend hohen Raten an Wundheilungsstörungen oder Luxationen geführt haben. Anderen Kommentaren zufolge hat die LAG den Leistungserbringern empfohlen, Prozesse der Indikationsstellung, der OP-Technik, der Implantatwahl und der Lagerung zu überprüfen und vorhandene SOPs zu überarbeiten. In einem Fall hat die LAG zurückgemeldet, dass keine konsistenten Regelungen zum OP-Verfahren (z. B. zementiert oder zementfrei) vorliegen würden. Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 3 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen eingeleitet.

## 2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

### 2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden im Auswertungsjahr 2025 insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Es weisen von insgesamt 1.168 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 186 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Alle 6 Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit haben Bezug zu den Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen. Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit liegen zwischen 0,01 % („Angabe von ASA“; ID 852102) und 60,31 % („Komplikationen bei hoher Verweildauer“; ID 851905). Letzteres hat von allen 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit mit 7.292 auch die höchste Anzahl an Zählerfällen. Die anderen haben mit maximal 627 deutlich weniger Fälle im Zähler. Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer liegt zwischen 0,36 % („Angabe von ASA 5“) und 3,52 % („Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes“; ID 851907).

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit liegen im Auswertungsjahr 2025 zwischen 99,69 % und 100,34 %, mit Ausnahme des Auffälligkeitskriteriums zum Minimaldatensatz, wo das Bundesergebnis mit 0,07 % auf dem Niveau des Vorjahres liegt. Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringer liegt zwischen 0,35 % („Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz“; ID 850369) und 6,71 % („Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)“; ID 850276).

Stellungnahmeverfahren aufgrund rechnerisch auffälliger AK-Ergebnisse wurden z. B. dann nicht eingeleitet, wenn es sich um eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit handelte oder nur eine geringe Abweichung vom Referenzwert vorlag. Der Fokus liegt laut einer LAG, die mehrfach keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet hat, im Falle der Auffälligkeitskriterien bei den wiederholt auffälligen Leistungserbringern. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien und den Qualitätsindikatoren befasste sich die Fachkommission verstärkt mit den Qualitätsindikatoren.

Sofern Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind die Ergebnisse in den meisten Fällen als qualitativ auffällig bewertet worden. Dies war z. B. der Fall, wenn keine Stellungnahme übermittelt wurde oder ein Kodier- bzw. Dokumentationsfehler vorlag. Vereinzelt führten auch Prozessprobleme (z. B. Informationsverlust bei Personalwechsel innerhalb der Qualitätsmanagement-Abteilung des Leistungserbringers) zu dieser Bewertung.

Ca. 64 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Auswertungsjahrs 2024, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Bei ca. 72 % der als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse wurden von den LAG zurückgemeldet, dass es sich dabei um Einzelfälle handele. Eine zusätzliche Analyse des IQTIG ergab jedoch, dass dies teilweise auch Indikatorergebnisse betraf, bei denen das jeweilige Qualitätsziel in relativ vielen Fällen nicht erreicht wurde (hohe Anzahl im Zähler). Das IQTIG hat die Analyseergebnisse mit dem Expertengremium auf Bundesebene besprochen. Dessen Mitglieder haben u. a. berichtet, dass die Bewertung der LAG immer ein Mehrheitsvotum der Gruppe darstellten und es somit auch zu solchen Bewertungen kommen könne. Das Expertengremium hat darauf hingewiesen, dass die Nutzung der Freitextangaben durch die LAG sehr hilfreich sei, und die LAG-Vertreter im Gremium gebeten, diesen Hinweis mitzunehmen.

Im Rahmen der Integration von Sozialdaten in das Verfahren QS HGV werden 4 der 6 Auffälligkeitskriterien nicht mehr benötigt und daher ab dem Auswertungsjahr 2027 nicht mehr ausgewertet. Die beiden Auffälligkeitskriterien „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen (ID 851905) und „Angabe von ASA 5“ (ID 852102) werden weiterhin ausgewertet.

Tabelle 46: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – HGV-HEP

| ID                                                                   | Auffälligkeitskriterium                                                                                        | Bundesergebnis<br>AJ 2025<br>(Referenzbereich) |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b> |                                                                                                                |                                                |
| 850152                                                               | Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen | 16,82 %<br>600/3.568<br>(≤ 50,00 %)            |
| 850151                                                               | Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation                                 | 13,98 %<br>313/2.239<br>(≤ 30,00 %)            |

| ID                                                | Auffälligkeitskriterium                                                                                                         | Bundesergebnis<br>AJ 2025<br>(Referenzbereich) |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 851804                                            | Irrtümlich angelegte Prozedurbögen                                                                                              | 7,20 %<br>303/4.210<br>(≤ 200,00 %)            |
| 851905                                            | Komplikationen bei hoher Verweildauer                                                                                           | 60,31 %<br>7.292/12.091<br>(≤ 90,00 %)         |
| 851907                                            | Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes | 7,32 %<br>160/2.185<br>(= 0)                   |
| 852102                                            | Angabe von ASA 5                                                                                                                | 0,01 %<br>28/298.888<br>(= 0)                  |
| <b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b> |                                                                                                                                 |                                                |
| 850376                                            | Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten                                                                       | 99,69 %<br>249.755/250.523<br>(≥ 95,00 %)      |
| 850274                                            | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)                                                               | 100,34 %<br>276.474/275.547<br>(≥ 95,00 %)     |
| 850275                                            | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)                                                                | 100,34 %<br>276.474/275.547<br>(≤ 110,00 %)    |
| 850276                                            | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)                                                                        | 100,04 %<br>20.491/20.482<br>(≥ 95,00 %)       |
| 850277                                            | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)                                                                         | 100,04 %<br>20.491/20.482<br>(≤ 110,00 %)      |
| 850369                                            | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)                                                                              | 0,07 %<br>194/293.647<br>(≤ 5,00 %)            |

Tabelle 47: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – HGV-HEP

| ID                                                            | Auffälligkeitskriterium                                                                                        | Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen                                                                                                                                                                                                                                                | Erfassungsjahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen |            |                                             |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------|
|                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | Anzahl                                                     | Anteil (%) | davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig |
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                            |            |                                             |
| 850152                                                        | Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen | 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur<br>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation                                                                                             | 2024           | 9 von 881                                                  | 1,02       | 1                                           |
| 850151                                                        | Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation                                 | 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur<br>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation<br>54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 2024           | 23 von 693                                                 | 3,32       | 3                                           |
| 851804                                                        | Irrtümlich angelegte Prozedurbögen                                                                             | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen                                                                                                                                                                                                                                                | 2024           | 20 von 845                                                 | 2,37       | 3                                           |

| ID     | Auffälligkeitskriterium                                                                                                         | Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Erfassungsjahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen |            |                                             |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------|
|        |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | Anzahl                                                     | Anteil (%) | davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig |
| 851905 | Komplikationen bei hoher Verweildauer                                                                                           | 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation<br>54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel<br>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation<br>54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | 2024           | 21 von 981                                                 | 2,14       | 3                                           |
| 851907 | Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes | 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur<br>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation                                                                                                                                                                    | 2024           | 27 von 767                                                 | 3,52       | 3                                           |

| ID                                                 | Auffälligkeitskriterium                                           | Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Erfassungsjahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen |            |                                             |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------|
|                                                    |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | Anzahl                                                     | Anteil (%) | davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig |
| 852102                                             | Angabe von ASA 5                                                  | 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur<br>54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel<br>54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung<br>54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel<br>191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur<br>192300: Treppensteigen bei Entlassung | 2024           | 4 von 1.108                                                | 0,36       | 0                                           |
| <b>Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit</b> |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                                            |            |                                             |
| 850376                                             | Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten         | 10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2024           | 42 von 1.151                                               | 3,65       | 3                                           |
| 850274                                             | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation) | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2024           | 13 von 1.151                                               | 1,13       | 4                                           |
| 850275                                             | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)  | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2024           | 1 von 1.151                                                | 0,09       | 0                                           |
| 850276                                             | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)          | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2024           | 69 von 1.028                                               | 6,71       | 20                                          |

| ID     | Auffälligkeitskriterium                                 | Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen                                           | Erfassungsjahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen |            |                                             |
|--------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------|
|        |                                                         |                                                                                    |                | Anzahl                                                     | Anteil (%) | davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig |
| 850277 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel) | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen. | 2024           | 4 von 1.028                                                | 0,39       | 0                                           |
| 850369 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)      | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen                                           | 2024           | 4 von 1.155                                                | 0,35       | 1                                           |

### 2.3.2 Detailergebnisse

#### Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 48: AK 850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

|                                                                                       | AJ 2023                         | AJ 2024                            | AJ 2025                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 24,53 %<br>O = 831<br>N = 3.388 | 17,42 %<br>O = 627<br>N = 3.599    | <b>16,82 %</b><br><b>O = 600</b><br><b>N = 3.568</b>                    |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 29 von<br>921<br>3,15 %         | 16 von<br>929<br>1,72 %            | <b>9 von 881</b><br><b>1,02 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>≤ 50,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 13 / 29<br>(44,83 %)            | <b>10 / 16</b><br><b>(62,50 %)</b> | n. a.                                                                   |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 13 / 921<br>(1,41 %)            | <b>10 / 929</b><br><b>(1,08 %)</b> | n. a.                                                                   |

Die Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und postoperativer Komplikationen kann bei Wechseleingriffen sowohl postoperativ aufgetreten als auch der (präoperative) Grund für den Wechsel sein. Da dies im Rahmen der QS-Dokumentation bisher nicht abgebildet wird, liegt der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums bei ≤ 50,00 %. Leistungserbringer werden demnach erst rechnerisch auffällig, wenn in mehr als 50 % der Fälle mit den ICD-Diagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 keine spezifische Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben wurde und gleichzeitig mindestens 5 Fälle im Nenner vorlagen. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den beiden Indikatoren zu spezifischen Komplikationen nach Erstimplantation (IDs 54018 und 54019).

Die im Erfassungsjahr 2023 für die allgemeinen und spezifischen Komplikationen vorgenommene Spezifikationsanpassung (Einführung einer weichen Plausibilitätsprüfung zwischen Entlassungsdiagnosen und Komplikationen) hat die QS-Dokumentationsqualität verbessert, was sich seit dem Auswertungsjahr 2024 sowohl an den Ergebnissen der betreffenden Qualitätsindikatoren als auch an diesem Auffälligkeitskriterium zeigt. Das Bundesergebnis bei Letzterem hat sich von Auswertungsjahr 2023 zu 2024 deutlich verringert und liegt im Auswertungsjahr 2025 noch einmal niedriger. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist ebenfalls zurückgegangen.

Zu 3 der 16 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 10 der 13 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet. In einem Fall hat die LAG kommentiert, dass Unklarheiten vorlägen, wie Wechselbögen korrekt auszufüllen seien.

2 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. In einem Fall kommentierte die LAG dies damit, dass die kodierte Entlassungsdiagnose T84.04 eine präoperativ bestehende „Komplikation“ war, die die durchgeführte OP indiziert habe. Der intra- und postoperative Verlauf sei dann jedoch unauffällig gewesen. Zu dem anderen qualitativ unauffälligen Ergebnis hat die LAG im Kommentar darauf hingewiesen, dass die Dokumentation von Folgekomplikationen im Rahmen der Abrechnungsmodalitäten nicht adäquat abbildbar sei.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde einmal eine sonstige Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren QS HGV wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 49: AK 850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

|                                                                                       | AJ 2023                         | AJ 2024                            | AJ 2025                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 18,53 %<br>0 = 396<br>N = 2.137 | 15,96 %<br>0 = 367<br>N = 2.300    | <b>13,98 %</b><br><b>0 = 313</b><br><b>N = 2.239</b>                     |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 28 von<br>715<br>3,92 %         | 27 von<br>710<br>3,80 %            | <b>23 von 693</b><br><b>3,32 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>≤ 30,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 17 / 28<br>(60,71 %)            | <b>18 / 27</b><br><b>(66,67 %)</b> | n. a.                                                                    |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 17 / 715<br>(2,38 %)            | <b>18 / 710</b><br><b>(2,54 %)</b> | n. a.                                                                    |

Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums soll aufgezeigt werden, wenn nach Einsetzen eines orthopädischen Implantats eine Fraktur kodiert wurde (Entlassungsdiagnose M96.6), ohne dass im QS-Dokumentationsbogen eine Fraktur als Komplikation angegeben wurde. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den 3 QI zu den spezifischen Komplikationen (IDs 54018–54120). Nicht angegebene Frakturen fallen in der Folge aus den Zählern der Indikatoren heraus. Der Referenzbereich liegt bei ≤ 30,00 %, sodass nicht jeder Fall eine rechnerische Auffälligkeit verursacht.

Im Auswertungsjahr 2025 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums unter dem Niveau der beiden Vorjahre. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist ebenfalls zurückgegangen.

Zu 6 der 27 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 18 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet und zu 4 davon Kommentare von den LAG übermittelt. Bei einem Leistungserbringer wurde in einem Fall anstelle der periprothetischen Fraktur die Kategorie „sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikation“ ausgewählt. Dieses Datenfeld geht jedoch nicht in die Berechnung des QI-

Ergebnisses ein. In einem zweiten Fall desselben Leistungserbringers trat eine nicht dislozierte Fraktur im Bereich des Trochanter major ohne weitere Konsequenzen auf.

2 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, jedoch keine Freitextkommentare dazu übermittelt. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren QS HGV wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 50: AK 851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

|                                                                                       | AJ 2023                        | AJ 2024                            | AJ 2025                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 8,84 %<br>O = 327<br>N = 3.698 | 9,63 %<br>O = 405<br>N = 4.205     | <b>7,20 %</b><br><b>O = 303</b><br><b>N = 4.210</b>                       |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 13 von<br>846<br>1,54 %        | 29 von<br>864<br>3,36 %            | <b>20 von 845</b><br><b>2,37 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>≤ 200,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 8 / 13<br>(61,54 %)            | <b>19 / 29</b><br><b>(65,52 %)</b> | n. a.                                                                     |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 8 / 846<br>(0,95 %)            | <b>19 / 864</b><br><b>(2,20 %)</b> | n. a.                                                                     |

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt auf die Validierung des korrekten Anlegens von Prozedurbögen zu Fällen mit mehreren Operationen während eines Aufenthaltes ab. Anders als in anderen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit geht es somit nicht um die Validierung einzelner Datenfelder, sondern um falsch angelegte Prozedurbögen im Ganzen. Das Auffälligkeitskriterium hat damit Bezug zu allen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden 7,20 % mehr Prozedurbögen übermittelt als erwartet. Das sind 2,43 % weniger als im Auswertungsjahr 2024 und 1,64 % weniger als im Auswertungsjahr 2023. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen nähert sich nach dem erheblichen Anstieg im Auswertungsjahr 2024 aktuell wieder an das Niveau des Auswertungsjahrs 2023 an.

Zu 6 der 29 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 19 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet und zu 4 davon Kommentare von den LAG übermittelt. In einem Fall lag ein Versehen vor. Den anderen 3 Kommentaren ist zu entnehmen, dass es IT-Probleme oder Probleme aufgrund eines Softwarewechsels gab.

Zwei Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, zu einem wurde ein Kommentar übermittelt. Bei Letzterem wurde die korrekte Dokumentation teilweise bestätigt,

jedoch fanden auch nachträgliche Änderungen der OPS-Kodierung statt, die zur Auslösung neuer Bögen geführt hätten.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde eine sonstige Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Laut der LAG fand eine wiederholt auffällige Fehldokumentation statt. Daher erfolgt eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1.

Tabelle 51: AK 851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer

|                                                                                       | AJ 2023                            | AJ 2024                             | AJ 2025                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 65,28 %<br>O = 7.854<br>N = 12.031 | 56,50 %<br>O = 6.222<br>N = 11.013  | <b>60,31 %</b><br><b>O = 7.292</b><br><b>N = 12.091</b>                        |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 37 von<br>1.032<br>3,59 %          | 13 von<br>1.013<br>1,28 %           | <b>21 von 981</b><br><b>2,14 %</b><br><b>(Refbereich:</b><br><b>≤ 90,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 14 / 37<br>(37,84 %)               | <b>6 / 13</b><br><b>(46,15 %)</b>   | n. a.                                                                          |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 14 / 1.032<br>(1,36 %)             | <b>6 / 1.013</b><br><b>(0,59 %)</b> | n. a.                                                                          |

Mit diesem Auffälligkeitskriterium wird erfasst, in wie vielen Fällen ohne geriatrische Komplexbehandlung trotz einer postoperativen Verweildauer oberhalb des eingriffsspezifischen Schwellenwertes keine behandlungsbedürftigen allgemeinen oder spezifischen Komplikationen dokumentiert wurden. Je nach Eingriffsart wird der Schwellenwert für die postoperative Verweildauer als 95. Perzentil unter allen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung festgelegt. Weist eine Patientin oder ein Patient mehrere Prozedurbögen auf, so wird sie oder er mehrfach gezählt.

Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den 4 Indikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen nach elektiven Erstimplantationen und Wechseln bzw. Komponentenwechseln (IDs 54016, 54017, 54019 und 54120).

In diesem Auffälligkeitskriterium werden Leistungserbringer ab einer Mindestzahl von 10 Fällen im Nenner rechnerisch auffällig, sofern das AK-Ergebnis  $\leq 90,00\%$  ist. Im Auswertungsjahr 2025 betraf dies 60,31 %, was über dem Niveau des Vorjahres, aber unter dem des Vorvorjahres liegt.

Das Auffälligkeitskriterium hat von allen 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und zur Vollständigkeit die höchste Anzahl an Zählerfällen (56,50 %). Zu 2 der 13 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 6 der 11 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet und zu 2 davon Kommentare übermittelt. In einem Fall meldete die LAG zurück, dass eine Unterdokumentation von Wundheilungsstörungen vorlag. Bei einem anderen Leistungserbringer ist das rechnerisch auffällige Ergebnis laut Aussage der LAG zum einen auf Unterdoku-

mentationen und zum anderen auf nachvollziehbare Konstellationen zurückzuführen. Dabei handelt es sich unter anderem um Patientinnen und Patienten, die auf eine Anschlussheilbehandlung warten, die aufgrund beidseitiger Hüftendoprothesen-Implantation erst verzögert in den Alltag zurückfinden oder die multimorbid vorerkrankt sind und daher eine postoperative Abklärung benötigen.

4 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, dazu jedoch keine Kommentare der LAG übermittelt. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde einmal eine sonstige Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Laut der LAG fand eine wiederholt auffällige Fehldokumentation statt. Daher erfolgt eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren QS HGV wird auch dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 52: AK 851907: *Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes*

|                                                                                       | AJ 2023                         | AJ 2024                            | AJ 2025                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 11,00 %<br>O = 214<br>N = 1.946 | 7,36 %<br>O = 157<br>N = 2.132     | <b>7,32 %</b><br><b>O = 160</b><br><b>N = 2.185</b>                |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 34 von<br>744<br>4,57 %         | 23 von<br>787<br>2,92 %            | <b>27 von 767</b><br><b>3,52 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>= 0)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 13 / 34<br>(38,24 %)            | <b>16 / 23</b><br><b>(69,57 %)</b> | n. a.                                                              |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 13 / 744<br>(1,75 %)            | <b>16 / 787</b><br><b>(2,03 %)</b> | n. a.                                                              |

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft nach einer elektiven Erstimplantation ein ungeplanter Endoprothesen-Wechsel innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde, obwohl zur Erstimplantation keine Komplikationen angegeben wurden. Das Bundesergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums liegt im Auswertungsjahr 2025 auf dem Niveau des Vorjahres und unter dem des Auswertungsjahrs 2023.

Auch der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt über dem Niveau des Vorjahres, aber unter dem des Auswertungsjahrs 2023. Zu 2 der 23 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

16 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden meist aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet, jedoch wurden hier keine Kommentare von den LAG übermittelt.

4 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet und eines mit „Sonstiges“. Zu 2 qualitativ unauffälligen Leistungserbringerergebnissen haben die LAG zurückgemeldet, dass die Dokumentation von Folgekomplikationen im Rahmen von Abrechnungsmodalitäten nicht adäquat abbildbar sei. Bei einem anderen Leistungserbringer konnten keine Komplikationen im Zusammenhang mit der Erstimplantation festgestellt werden.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden bei 3 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen sonstige Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Die verantwortliche LAG begründete dies in allen 3 Fällen damit, dass eine wiederholt auffällige Fehldokumentation stattgefunden habe. Daher erfolgt jeweils eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1.

Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren QS HGV wird dieses Auffälligkeitskriterium ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr benötigt und daher abgeschafft.

Tabelle 53: AK 852102: Angabe von ASA 5

|                                                                                       | AJ 2023                         | AJ 2024                             | AJ 2025                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 0,02 %<br>O = 57<br>N = 271.514 | 0,01 %<br>O = 25<br>N = 291.074     | <b>0,01 %</b><br><b>O = 28</b><br><b>N = 298.888</b>            |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 4 von 1.142<br>0,35 %           | 2 von 1.134<br>0,18 %               | <b>4 von 1.108</b><br><b>0,36 %</b><br><b>(Refbereich: = 0)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 2 / 4<br>(50,00 %)              | <b>1 / 2</b><br><b>(50,00 %)</b>    | n. a.                                                           |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 2 / 1.142<br>(0,18 %)           | <b>1 / 1.134</b><br><b>(0,09 %)</b> | n. a.                                                           |

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine zu hohe (unwahrscheinliche) Anzahl von ASA-5-Einstufungen zu detektieren. Die dem Auffälligkeitskriterium zugrundeliegende Hypothese ist, dass es sich tatsächlich um eine niedrigere ASA-Einstufung handelt und ASA 5 somit falsch dokumentiert wurde.

Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu allen Qualitätsindikatoren, in denen die ASA-Einstufung als Risikofaktor verwendet wird (IDs 54012, 54013, 54015–54019, 54120 und 191914).

Eine falsche, zu hohe ASA-Einstufung führt zu einem zu hoch prognostizierten Risikoprofil des Leistungserbringers. Insbesondere ASA 5 führt mit den Regressionskoeffizienten von 2,71 bei der Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 191914) zu einem deutlich erhöhten Risiko.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde in 0,01 % (28/298.888) aller Fälle ASA-5 angegeben. Das Bundesergebnis liegt somit auf dem Niveau des Vorjahres und unter dem Niveau des Auswertungsjahrs

2023. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt leicht über dem Niveau des Auswertungsjahrs 2024 und auf demselben Niveau wie im Auswertungsjahr 2023.

Zu einem der beiden rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Das andere rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ auffällig bewertet. Trotz wiederholter Aufforderung und Erinnerungsschreiben zum Stellungnahmeverfahren ist laut Rückmeldung der LAG keine Stellungnahme eingegangen. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

### Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 54: AK 850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

|                                                                                       | AJ 2023                                | AJ 2024                                | AJ 2025                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 100,44 %<br>O = 229.042<br>N = 228.040 | 100,43 %<br>O = 244.719<br>N = 243.664 | <b>99,69 %</b><br><b>O = 249.755</b><br><b>N = 250.523</b>             |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 11 von 1.202<br>0,92 %                 | 17 von 1.170<br>1,45 %                 | <b>42 von 1.151</b><br><b>3,65 %</b><br><b>(Refbereich: ≥ 95,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 5 / 11<br>(45,45 %)                    | <b>13 / 17</b><br><b>(76,47 %)</b>     | n. a.                                                                  |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 5 / 1.202<br>(0,42 %)                  | <b>13 / 1.170</b><br><b>(1,11 %)</b>   | n. a.                                                                  |

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2025 in 99,69 % der Fall. Bundesweit liegt somit eine leichte Unterdokumentation vor. In den Vorjahren wurde hingegen eine leichte Überdokumentation der Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten festgestellt.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt im Auswertungsjahr 2025 deutlich über dem Niveau der beiden Vorjahre. Zu 3 der 17 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 13 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden meist aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet, zu 4 Ergebnissen wurden Kommentare von den LAG übermittelt. In 2 Fällen führten Personalwechsel zu Informationsverlusten und Unklarheiten. In einem anderen Fall wurde der Leistungserbringer von der LAG aufgrund der Dokumentationsdefizite aufgefordert, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. Beim vierten Leistungserbringer wurde in einem Fall ein gesetzlichversicherter Patient mit einer priva-

ten Zusatzversicherung falsch zugeordnet. In anderen Fällen wurde bei über das Auslandsabkommen versicherten Patientinnen und Patienten nicht angegeben, dass es sich um einen besonderen Personenkreis handelt. Neben den 13 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen wurde ein Leistungserbringerergebnis mit „Sonstiges“ bewertet. Folglich gab es bei diesem Auffälligkeitskriterium keine als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse. Es wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Tabelle 55: AK 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

|                                                                                       | AJ 2023                                      | AJ 2024                                      | AJ 2025                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 100,55 %<br>0 =<br>251.001<br>N =<br>249.635 | 100,54 %<br>0 =<br>268.877<br>N =<br>267.445 | <b>100,34 %</b><br><b>0 = 276.474</b><br><b>N = 275.547</b>                |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 9 von<br>1.204<br>0,75 %                     | 14 von<br>1.173<br>1,19 %                    | <b>13 von 1.151</b><br><b>1,13 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>≥ 95,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 3 / 9<br>(33,33 %)                           | <b>9 / 13</b><br><b>(69,23 %)</b>            | n. a.                                                                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 3 / 1.204<br>(0,25 %)                        | <b>9 / 1.173</b><br><b>(0,77 %)</b>          | n. a.                                                                      |

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze zu Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation erwartet wurden, diese Datensätze auch vollständig übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2025 in 100,34 % der Fall. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Unterdokumentation liegt auf demselben Niveau wie im Vorjahr und deutlich über dem des Vorvorjahres. Zu 3 der 13 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungsnahmeverfahren eingeleitet.

9 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden meist aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet, zu 6 Ergebnissen wurden Kommentare von den LAG übermittelt. In 2 Fällen führten Personalwechsel zu Informationsverlusten und Unklarheiten. Einmal hat der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis keine Stellungnahme übermittelt. Die fehlerhafte Standortzuweisung nach interner Verlegung führte bei einem Leistungserbringer zu einem rechnerisch und folglich auch qualitativ auffälligen Ergebnis. In einem Fall wurden dokumentationspflichtige Datensätze nicht dokumentiert. Neben den 9 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen wurde ein Leistungserbringerergebnis mit „Sonstiges“ bewertet. Folglich gab es bei diesem Auffälligkeitskriterium keine als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse. Es wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Tabelle 56: AK 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

|                                                                                       | AJ 2023                                      | AJ 2024                                      | AJ 2025                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 100,55 %<br>0 =<br>251.001<br>N =<br>249.635 | 100,54 %<br>0 =<br>268.877<br>N =<br>267.445 | <b>100,34 %</b><br><b>0 = 276.474</b><br><b>N = 275.547</b>                |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 13 von<br>1.204<br>1,08 %                    | 7 von<br>1.173<br>0,60 %                     | <b>1 von 1.151</b><br><b>0,09 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>≤ 110,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 6 / 13<br>(46,15 %)                          | <b>3 / 7</b><br><b>(42,86 %)</b>             | n. a.                                                                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 6 / 1.204<br>(0,50 %)                        | <b>3 / 1.173</b><br><b>(0,26 %)</b>          | n. a.                                                                      |

Auch dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze zu Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation erwartet wurden, diese Datensätze auch vollzählig übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2025 in 100,34 % der Fall. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Überdokumentation liegt unter dem Niveau der beiden Vorjahre.

Zu 2 der 7 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. 3 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, und zu einem Ergebnis wurde ein Kommentar der LAG übermittelt. Laut der LAG wurden aufgrund einer alten Software-Schnittstelle verschiedene QS-Bögen doppelt angelegt. Neben den 3 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen wurden 2 mit „Sonstiges“ bewertet. Folglich gab es bei diesem Auffälligkeitskriterium keine als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse.

Es wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Tabelle 57: AK 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

|                                                                                       | AJ 2023                              | AJ 2024                              | AJ 2025                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 100,86 %<br>O = 18.858<br>N = 18.697 | 100,46 %<br>O = 20.229<br>N = 20.137 | <b>100,04 %</b><br><b>O = 20.491</b><br><b>N = 20.482</b>                  |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 69 von<br>1.071<br>6,44 %            | 63 von<br>1.052<br>5,99 %            | <b>69 von 1.028</b><br><b>6,71 %</b><br><b>(Refbereich:<br/>≥ 95,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 34 / 69<br>(49,28 %)                 | <b>32 / 60</b><br><b>(53,33 %)</b>   | n. a.                                                                      |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 34 / 1.071<br>(3,17 %)               | <b>32 / 1.052</b><br><b>(3,04 %)</b> | n. a.                                                                      |

In dieses Auffälligkeitskriterium gehen Fälle ein, zu denen ein QS-Dokumentationsbogen zu einem Wechseleingriff erwartet, jedoch nicht übermittelt wurde. Das Bundesergebnis liegt mit 100,04 % leicht unter dem Niveau der Vorjahre. Bundesweit betrachtet liegt somit eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Unterdokumentation liegt über dem Niveau der beiden Vorjahre. Zu 23 der 60 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

32 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden meist aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet, zu 12 Ergebnissen wurden Kommentare von den LAG übermittelt. Teilweise führten Kodierfehler oder Personalwechsel mit Informationsverlusten dazu, dass keine QS-Dokumentationsbögen zu Wechseleingriffen übermittelt wurden. 2-mal waren die rechnerisch auffälligen Ergebnisse auf Softwarefehler zurückzuführen. In einem Fall hatte der Leistungserbringer keine Stellungnahme übermittelt. Ein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, weil u. a. ein „Überliegerfall“ nicht übermittelt wurde. 4 Leistungserbringerergebnisse wurden mit „Sonstiges“ bewertet. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde einmal eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Laut der LAG fand eine wiederholt auffällige Fehldokumentation statt. Daher erfolgt eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen von Maßnahmen der Stufe 1.

Tabelle 58: AK 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

|                                                                                       | AJ 2023                              | AJ 2024                              | AJ 2025                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 100,86 %<br>O = 18.858<br>N = 18.697 | 100,46 %<br>O = 20.229<br>N = 20.137 | <b>100,04 %</b><br><b>O = 20.491</b><br><b>N = 20.482</b>                        |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 16 von<br>1.071<br>1,49 %            | 9 von<br>1.052<br>0,86 %             | <b>4 von 1.028</b><br><b>0,39 %</b><br><b>(Refbereich:</b><br><b>≤ 110,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 11 / 16<br>(68,75 %)                 | <b>3 / 9</b><br><b>(33,33 %)</b>     | n. a.                                                                            |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 11 / 1.071<br>(1,03 %)               | <b>3 / 1.052</b><br><b>(0,29 %)</b>  | n. a.                                                                            |

In dieses Auffälligkeitskriterium gehen wie bei dem zur Unterdokumentation Fälle ein, zu denen ein QS-Dokumentationsbogen zu einem Wechseleingriff erwartet, jedoch nicht übermittelt wurde. Das Bundesergebnis liegt mit 100,04 % leicht unter dem Niveau der Vorjahre. Bundesweit betrachtet liegt somit eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Überdokumentation liegt unter dem Niveau der beiden Vorjahre. Zu 5 der 9 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

3 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, zu einem Ergebnis wurde ein Kommentar von der LAG übermittelt. Demnach entstand die Überdokumentation aufgrund nachträglicher Fallzusammenführungen. Kein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig, eines jedoch mit „Sonstiges“ bewertet. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Tabelle 59: AK 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

|                                                                                       | AJ 2023                          | AJ 2024                             | AJ 2025                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bundesergebnis</b>                                                                 | 0,06 %<br>O = 158<br>N = 266.210 | 0,07 %<br>O = 187<br>N = 285.290    | <b>0,07 %</b><br><b>O = 194</b><br><b>N = 293.647</b>                          |
| <b>rechnerische Auffälligkeiten</b>                                                   | 1 von<br>1.206<br>0,08 %         | 1 von<br>1.174<br>0,09 %            | <b>4 von 1.155</b><br><b>0,35 %</b><br><b>(Refbereich:</b><br><b>≤ 5,00 %)</b> |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)</b>                 | 0 / 1<br>(0,00 %)                | <b>0 / 1</b><br><b>(0,00 %)</b>     | n. a.                                                                          |
| <b>qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)</b> | 0 / 1.206<br>(0,00 %)            | <b>0 / 1.174</b><br><b>(0,00 %)</b> | n. a.                                                                          |

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft Minimaldatensätze (MDS) übermittelt wurden. Im Auswertungsjahr 2025 wurden 0,07 % MDS übermittelt; das Bundesergebnis liegt somit auf dem Niveau der beiden Vorjahre. Rechnerisch auffällig werden Leistungserbringerergebnisse, in denen das in mehr als 5,00 % der Fälle auftritt. Dies war im Auswertungsjahr 2025 bei 0,35 % aller Leistungserbringer der Fall (4/1.155). Im Vorjahr war ein Leistungserbringerergebnis rechnerisch auffällig.

Zu dem einen rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnis im Auswertungsjahr 2024 wurden keine Stellungnahmeverfahren und keine Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

### 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

#### 3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 60: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen  
gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

|                                                                                                                                           | Auswertungsjahr 2023 |        | Auswertungsjahr 2024 |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|
|                                                                                                                                           | Anzahl               | %      | Anzahl               | %      |
| <b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens</b>                                                                                            | 13.983               | -      | 13.874               | -      |
| <b>Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich</b>                                                            | 13.983               | 100,00 | 13.874               | 100,00 |
| <b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>                                                                                                  | 1.245                | 8,90   | 1.266                | 9,12   |
| davon ohne QSEB-Übermittlung                                                                                                              | 0                    | 0,00   | 1                    | 0,08   |
| <b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>                                                                                            | 1.245                | 100,00 | 1.265                | 100,00 |
| rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)                                                                                                   | 1.245                | 100,00 | 1.265                | 100,00 |
| andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)                                                                                                    | 0                    | 0,00   | 0                    | 0,00   |
| Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)                                                                                               | 0                    | 0,00   | 0                    | 0,00   |
| <b>Stellungnahmeverfahren</b>                                                                                                             |                      |        |                      |        |
| kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)                                                   | 369                  | 29,64  | 394                  | 31,15  |
| Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)                                                       | 876                  | 70,36  | 871                  | 68,85  |
| schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                                                                        | 876                  | 100,00 | 871                  | 100,00 |
| Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                                                                           | 19                   | 2,17   | 9                    | 1,03   |
| Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                                                                           | 3                    | 0,34   | 1                    | 0,11   |
| Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen                                                                                           | 2                    | 0,23   | 0                    | 0,00   |
| <b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)</b> |                      |        |                      |        |
| Bewertung als qualitativ unauffällig                                                                                                      | 618                  | 49,64  | 561                  | 44,35  |
| Bewertung als qualitativ auffällig                                                                                                        | 152                  | 12,21  | 151                  | 11,94  |
| Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation                                                                                  | 86                   | 6,91   | 122                  | 9,64   |
| Sonstiges                                                                                                                                 | 18                   | 1,45   | 37                   | 2,92   |

|                                     | Auswertungsjahr<br>2023 |       | Auswertungsjahr<br>2024 |       |
|-------------------------------------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|
|                                     | Anzahl                  | %     | Anzahl                  | %     |
| <b>Qualitätssicherungsmaßnahmen</b> |                         |       |                         |       |
| Maßnahmenstufe 1*                   | 56                      | n. a. | 54                      | n. a. |
| Maßnahmenstufe 2                    | 2                       | n. a. | 1                       | n. a. |

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* wurden im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 deutlich weniger Gespräche und Begehungen durchgeführt als im Auswertungsjahr 2023. Wie im Vorjahr wurde zu ca. 30 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

17,34 % (151 von 871) der Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden anschließend als qualitativ auffällig bewertet, wobei dies vor allem den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003) betraf (39/151; 24,73 %). Bei 104 von 151 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen führten Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel zu dieser Einstufung. 37-mal wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, und zehnmal führte ein sonstiger Grund zu dieser Bewertung.

In 122 Fällen war die Bewertung aufgrund von fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Dies betraf vor allem die Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 54001 und 54002) und zur Sturzprophylaxe (ID 54004), was sich mit den Ergebnissen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung deckt. Die Indikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe werden daher zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft.

Zu 47 Leistungserbringerergebnissen wurden insgesamt 55 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet. Diese Maßnahmen betreffen v. a. die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung bei Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln (ID 54002) (9 Maßnahmen) und zur präoperativen Verweildauer (11 Maßnahmen). Zu den Qualitätsindikatoren „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54012) und „Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54017) wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert. Die Anzahl der eingeleiteten Maßnahmen der Stufe 1 und 2 im Auswertungsjahr 2024 liegt auf dem Niveau des Vorjahres.

Tabelle 61: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-HEP

| Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten |                                 |                                        | Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten |                                 |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit                                              | Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten | Anzahl LE mit $\geq 3$ Auffälligkeiten | Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit                              | Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten | Anzahl LE mit $\geq 3$ Auffälligkeiten |
| 330                                                                        | 181                             | 152                                    | 109                                                        | 13                              | 5                                      |

Im Auswertungsjahr 2024 hatten 330 Leistungserbringer in einem Qualitätsindikator ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Bei 181 Leistungserbringern betraf dies 2 Qualitätsindikatoren und bei 152 Leistungserbringern mindestens 3 Qualitätsindikatoren. Es gab 5 Leistungserbringer, die in mindestens 3 Qualitätsindikatoren eine qualitativ auffällige Bewertung erhielten. Bei 13 Leistungserbringern war dies bei 2 Qualitätsindikatoren der Fall. 109 Leistungserbringer wurden in einem Qualitätsindikator als qualitativ auffällig bewertet.

### 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 62: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

|                                                                                         | Auswertungsjahr 2023 |        | Auswertungsjahr 2024 |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|
|                                                                                         | Anzahl               | %      | Anzahl               | %      |
| <b>AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens</b>                                                  | 12.383               | 100,00 | 12.308               | 100,00 |
| <b>Rechnerisch auffällige Ergebnisse</b>                                                | 264                  | 2,13   | 221                  | 1,80   |
| davon ohne QSEB-Übermittlung                                                            | 0                    | 0,00   | 4                    | 1,81   |
| <b>Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)</b>                                          | 264                  | 100,00 | 217                  | 100,00 |
| Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)                                             | 0                    | 0,00   | 0                    | 0,00   |
| <b>Stellungnahmeverfahren</b>                                                           |                      |        |                      |        |
| kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 84                   | 31,82  | 57                   | 26,27  |
| Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)     | 180                  | 68,18  | 160                  | 73,73  |
| schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                      | 180                  | 100,00 | 160                  | 100,00 |
| Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                         | 1                    | 0,56   | 0                    | 0,00   |
| Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)                                         | 1                    | 0,56   | 0                    | 0,00   |
| Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen                                         | 0                    | 0,00   | 0                    | 0,00   |

|                                                                                                                                           | Auswertungsjahr<br>2023 |       | Auswertungsjahr<br>2024 |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|
|                                                                                                                                           | Anzahl                  | %     | Anzahl                  | %     |
| <b>Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)</b> |                         |       |                         |       |
| Bewertung als qualitativ unauffällig                                                                                                      | 42                      | 15,91 | 16                      | 7,37  |
| Bewertung als qualitativ auffällig                                                                                                        | 126                     | 47,73 | 130                     | 59,91 |
| Sonstiges                                                                                                                                 | 12                      | 4,55  | 14                      | 6,45  |
| <b>Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>                                                                                                       |                         |       |                         |       |
| Maßnahmenstufe 1*                                                                                                                         | 9                       | n. a. | 7                       | n. a. |
| Maßnahmenstufe 2                                                                                                                          | 0                       | n. a. | 0                       | n. a. |

\* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul HGV-HEP insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 6 zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 12.308 Ergebnisse ermittelt wurden. Zu 160 der 221 rechnerisch auffälligen Ergebnisse in Auffälligkeitskriterien wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 57-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Gespräche oder Begehungen fanden nicht statt.

130 der 160 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde, wurden als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 217) einem Anteil von 59,91 % entspricht und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einen Anteil von 81,25 % (130/160).

In 122 der 130 Fälle wurde die fehlerhafte oder unvollständige Dokumentation bestätigt, die Ergebnisse wurden entsprechend als qualitativ auffällig bewertet. Dies betraf mit 29 Fällen vor allem das „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)“ (ID 850276), daneben in 19 Fällen das Auffälligkeitskriterium „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen“ (ID 851804) und 18-mal das Auffälligkeitskriterium „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“ (ID 850151). Die Gründe für die fehlerhafte/unvollständige Dokumentation sind je Auffälligkeitskriterium verschieden. Teilweise sind sie auf IT- bzw. Softwareprobleme zurückzuführen oder auf Personalwechsel, der mit Informationsverlusten und Unklarheiten einherging. 16 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, zu 5 wurden Freitextkommentare übermittelt. Den Kommentaren zu den 4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und zur Vollständigkeit ist zu entnehmen, dass die korrekte Dokumentation in 3 Fällen vollständig und in einem Fall zum Großteil bestätigt wurde. In dem Kommentar zu einem Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit („Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)“) berichtete die LAG, dass ein „Überliegerfall“ fälschlicherweise nicht übermittelt wurde und bei 2 Fällen Erstimplanta-

tionen und Wechseloperationen während einer OP durchgeführt wurden, sodass die Wechseloperation inhaltlich nicht korrekt dokumentiert werden konnte. Das IQTIG wird prüfen, wie mit solchen Fällen zukünftig umgegangen werden soll.

Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 und 2 wurden nur in einem Bundesland durchgeführt. Dort wurde zu 7 Leistungserbringerergebnissen jeweils eine sonstige Qualitätssicherungsmaßnahme initiiert. Die meisten Qualitätssicherungsmaßnahmen (3 von 7) betrafen das Auffälligkeitskriterium „Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes“ (ID 851907).

Tabelle 63: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – HGV-HEP

| Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten |                                 |                                   | Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten |                                 |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit                                              | Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten | Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten | Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit                              | Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten | Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten |
| 152                                                                        | 25                              | 5                                 | 80                                                         | 19                              | 4                                 |

Im Auswertungsjahr 2024 hatten 152 Leistungserbringer in einem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, 25 Leistungserbringer in je 2 Auffälligkeitskriterien und 5 Leistungserbringer in mindestens 3 Auffälligkeitskriterien. 80 Leistungserbringer wurden in einem Auffälligkeitskriterium als qualitativ auffällig bewertet, 19 Leistungserbringer 2 Auffälligkeitskriterien und 4 in mindestens 3 Auffälligkeitskriterien.

## 4 Evaluation

Zu den beiden Auswertungsmodulen des Verfahrens *QS HGV* (*HGV-HEP* und *HGV-OSFRAK*) gab es Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften zu den Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer und zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen.

Das geforderte Zeitfenster zwischen der Aufnahme und der Frakturversorgung bei Oberschenkelhalsbrüchen wird derzeit innerhalb des Expertengremiums des IQTIG diskutiert. Aktuelle Studien zeigen, dass eine Versorgung des Bruches für alle Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 Stunden die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen und die Zahl der Todesfälle reduzieren kann. Einige Mitglieder des Expertengremiums berichten aus ihrem Klinikalltag, dass die dafür teilweise nötige Verbesserung der Strukturen und Prozesse bei der OP-Planung möglich ist. Andere Expertinnen und Experten sehen eine Vereinheitlichung der präoperativen Verweildauer auf 24 Stunden kritisch, da nicht jedes Krankenhaus die Strukturen derart anpassen könne, weil bspw. der Fachkräftemangel dem entgegenstehe. Zudem würde eine Verschärfung zu weiteren negativen Effekten führen – bspw. bestünde das Risiko, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten verlegt werden oder andere Patientengruppen verspätet versorgt werden.

Überwiegend im Auswertungsmodul *HEP* traten Probleme beim Ausfüllen der Dokumentationsbögen auf. Laut Aussage einer Landesarbeitsgemeinschaft ist es für die Dokumentierenden teilweise schwierig, zwischen Indikationsstellungen zu Wechseloperationen oder anderen bestehenden Vorerkrankungen einerseits und postoperativen Komplikationen andererseits zu unterscheiden und diese zeitlich korrekt im Dokumentationsbogen abzubilden. Daher wird ab dem Erfassungsjahr 2026 anhand von Datenfeldern erfragt, ob Erkrankungen bereits vor der Operation vorlagen oder postoperativ als Komplikationen aufgetreten sind. Vorerkrankungen, die sich postoperativ verschlechtert haben bzw. „entgleist“ sind, sollten auch als postoperative Komplikation dokumentiert werden. Eine Verschlechterung des Zustandes der Patientinnen und Patienten lässt sich unter Umständen durch eine sorgfältige Operationsplanung und Nachbehandlung vermeiden.

Grundsätzlich verfolgen die Qualitätsindikatoren beider Auswertungsmodule die in der DeQS-RL formulierten Ziele des Verfahrens *QS HGV*:

- die Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität
- Verringerung von Komplikationen während und nach der Operation
- Verbesserung der Ergebnisqualität

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden die genannten Aspekte mittels 14 Qualitätsindikatoren und einer Transparenzkennzahl abgebildet und im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* mittels 5 Qualitätsindikatoren und einer Transparenzkennzahl. Vor allem die Wiederherstellung der Mobilität nach den Eingriffen spielt für die Patientinnen und Patienten eine wesentliche Rolle, weshalb in diesem Modul vor allem Komplikationen (6 Indikatoren in *HGV-HEP* und 2 Indikatoren in *HGV-OSFRAK*) – die zumeist eine Verzögerung oder ein Hindernis in der Wiederherstellung der Mobilität

darstellen – und Parameter zur Mobilität selbst (2 Indikatoren in HGV-HEP und ein Indikator in HGV-OSFRAK) im Fokus stehen.

Die zum Verfahren HGV-HEP an das IQTIG übermittelten Rückmeldungen der LAG werden im Folgenden ausführlicher dargestellt.

Bezüglich der Auslösung von QS-Dokumentationsbögen wurden 5 Rückmeldungen übermittelt, wobei sich eine auf den Prozedurbogen zu Erstimplantationen und 5 auf den Prozedurbogen zu Wechseln bzw. Komponentenwechseln bezogen:

Eine LAG hat zurückgemeldet, dass die Dokumentation von Fällen mit „Cut-out“ oder Pseudoarthrosen nach vorheriger osteosynthetischer Versorgung einer Schenkelhalsfraktur als elektive Erstimplantationen nicht zielführend sei. Aus Sicht des IQTIG lassen sich diese Fälle jedoch im Dokumentationsbogen zu elektiven Erstimplantationen abbilden. Im Dokumentationsbogen kann die Indikationsstellung als mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut-out angegeben werden. Diese Fälle werden aus dem Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003) ausgeschlossen, sodass für derartige Fälle die geforderte präoperative Verweildauer nicht eingehalten werden muss. Bezüglich der Qualitätsindikatoren zur Sturzprophylaxe, zur Mobilität, zu Komplikationen, zur Sterblichkeit und zu frühzeitigen Wechseleingriffen gelten aus Sicht des IQTIG und des Expertengremiums auf Bundesebene dieselben Anforderungen wie an andere Fälle mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation.

Den Rückmeldungen zur Auslösung und Abbildung von bestimmten Fällen, durch die aktuell ein QS-Dokumentationsbogen zu Wechseloperationen ausgelöst wird, wird das IQTIG nachgehen. Die Rückmeldungen betreffen Fälle mit reinem Wechsel von Duoköpfen einer Duokopfprothese (mobile Teile), zweizeitige Wechsel, intraoperative Implantatwechsel (Erstimplantation und Wechsel in derselben OP) und mehrere Operationen an verschiedenen Gelenken am selben Tag. Die Rückmeldungen zur Auslösung von Wechselbögen beziehen sich auf verschiedene Fälle:

Eine LAG wies darauf hin, dass der isolierte Wechsel des Duokopfs (OPS-Kode 5-821.f5) nicht zur Auslösung eines QS-Dokumentationsbogens führen sollte. Das IQTIG wird diesen Vorschlag mit dem Expertengremium auf Bundesebene in der Herbstsitzung besprechen.

Eine andere LAG berichtet, dass bei zweizeitigen Wechseln die Verwendung des Zusatzkodes 5-829 oftmals nicht bekannt sei und dies zu Rückfragen bei der LAG führe. Gemäß Kodierrichtlinien sind zweizeitige Wechseleingriffe wie folgt zu kodieren:

- Entfernung einer Endoprothese: OPS 5-821.7
- Implantation einer neuen Endoprothese: 5-820 ff. + 5-829.n (Implantation nach vorheriger Explantation)

Dies sollte aus Sicht des IQTIG den Leistungserbringern, die zweizeitige Wechsel durchführen, bekannt sein. Das IQTIG wird diese Frage jedoch intern besprechen und prüfen, ob beispielsweise die Anpassung von Ausfüllhinweisen oder die Erstellung einer FAQ sinnvoll sein könnten.

Von einer anderen LAG wurde die Rückmeldung übermittelt, dass Leistungserbringer oftmals Fragen zur korrekten Abbildung von intraoperativen Implantatwechseln hätten. Dem IQTIG sind ähnliche Fragen zu intraoperativen Implantatwechseln übermittelt worden. Dabei ging es zum einen

darum, ob in diesen Fällen mehrere Prozedurbögen zu Wechseleingriffen übermittelt werden sollen, und zum anderen darum, wie diese Fälle innerhalb der Prozedurbögen dokumentiert werden sollen. Das IQTIG wird diese Fragen mit dem Expertengremium auf Bundesebene in der Herbstsitzung 2025 besprechen.

Eine LAG hat zurückgemeldet, dass die Abrechnung des Zusatz-OPS-Kodes 5-829.n (Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation) zu Problemen führe, da dieser Code nicht nur für Operationen am Hüftgelenk spezifisch sei, sondern auch für andere Gelenkendoprothesen verwendet werde. So erfolge z. B. bei einer Hüftendoprothesen-Erstimplantation sowie einem zweizeitigen Wechsel einer Schultergelenksendoprothese im selben Aufenthalt die Auslösung des QS-Dokumentationsbogens zur Hüftendoprothesen-Erstimplantation sowie zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel. Dies sei jedoch nicht korrekt, da sich der Zusatzcode auf die Schulter-OP beziehe. Nach Ansicht der LAG sollte für diese Fälle entweder geprüft werden, ob ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den Operationen vorliegt (Anpassung der Auslösebedingungen) oder ob in diesem Fall ein Minimaldatensatz angelegt werden sollte (Hinweis zur Anlage von MDS). Aus Sicht des IQTIG handelt es sich dabei um Einzelfälle, für die ein Minimaldatensatz angelegt werden sollte. Das IQTIG wird diese Fälle in den MDS-Hinweisen ergänzen.

Eine LAG weist darauf hin, dass bei Einnahme von Empagliflozin bzw. anderen SGLT-2-Inhibitoren eine präoperative Verweildauer von 72-Stunden notwendig sei, um das Medikament ausreichend lang zu pausieren. In der Studie von Mehta et al. (2022) wurde festgestellt, dass unerwünschte Ereignisse aufgrund der kurzfristigen Absetzung dieser Medikamente sehr selten sind. Bei notfallmäßigen Operationen sollte die SGLT2-Inhibitor Einnahme daher so zeitnah wie möglich pausiert werden und perioperativ eine Kontrolle metabolischer Parameter erfolgen, um eine mögliche diabetische Ketoazidose frühzeitig zu erkennen (Preiser et al. 2020). Daher gilt im QI für diese Fälle eine präoperative Verweildauer von 24 Stunden und ein Referenzbereich von 15 %.

Eine andere LAG hat mehrere Fragen zu diesem Qualitätsindikator gestellt. Diese beziehen sich u. a. auf die Evidenzlage und die Erfahrungen aus der Praxis. Die Evidenzlage dieses Indikators wird in den Rechenregeln beschrieben. Die Erfahrungen aus der Praxis erhält das IQTIG vor allem im Rahmen der EXG-Sitzungen auf Bundesebene. Die EXG-Mitglieder haben in der Frühjahrssitzung 2025 betont, dass sie die Entwicklung des QI-Ergebnisses als äußerst positiv einschätzen.

Die LAG erfragt außerdem, ob die Mortalitätsrate durch die Einhaltung der präoperativen Verweildauer gesenkt werden könne, inwiefern präoperative Verlegungen erfasst und berücksichtigt würden und wie mit Leistungserbringern umgegangen werde, bei denen viele Fälle nah an der Grenze von 24 Stunden operiert würden.

Die Mortalität wird aktuell nur innerhalb des stationären Aufenthalts erfasst. Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren QS HGV ab 2026 wird jedoch auch die Mortalität nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst. Das Verlegungsgeschehen wird im Verfahren QS HGV (Auswertungsmodul HGV-HEP) aufgrund der aktuellen Filterbedingungen nicht erfasst, da die Auslösung durch die Abrechnung von OPS-Kodes erfolgt. Sofern die Grenze von 24 Stunden eingehalten wird, gehen diese Fälle nicht in den Zähler des Indikators ein.

Von einer LAG kam die Rückmeldung, dass häufig Dokumentationsfehler beim Ausfüllen der Datenfelder zur Indikationsstellung gemacht wurden. Die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung werden ab dem Erfassungsjahr 2026 u. a. aufgrund von niedriger Validität abgeschafft, so dass dies zukünftig kein Problem mehr darstellt.

Von 2 LAG wurden Rückmeldungen bezüglich der Dokumentation von Komplikationen übermittelt. Eine LAG berichtet, dass die Indikationsstellungen zu Wechseloperationen oftmals fälschlicherweise als postoperative Komplikation dokumentiert würden. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werde anhand von POA-Datenfeldern erfragt, ob es sich um Erkrankungen gehandelt hat, die bereits vor der Operation vorlagen, oder ob diese postoperativ aufgetreten sind. Das IQTIG geht daher davon aus, dass diese Fragen zukünftig nicht mehr auftreten werden.

Laut einer anderen LAG sollten Erkrankungen, die bereits vor der Operation bestanden, sich jedoch postoperativ verschlimmert haben bzw. „entgleist“ sind, nicht als postoperative Komplikation betrachtet werden. Aus Sicht des IQTIG stellen diese jedoch unter Umständen vermeidbare postoperative Komplikationen dar. Sofern Komorbiditäten wie Diabetes oder Herzerkrankungen vorliegen, sollten prä-, intra-, und postoperative Maßnahmen unternommen werden, um das Risiko von Verschlechterungen oder „Entgleisungen“ möglichst zu verringern.

Eine LAG bat darum, die Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen“ (ID 851804) zu überarbeiten, da nicht alle Leistungserbringer wüssten, welche Prozedurbögen falsch angelegt worden sein sollen. In dieses Auffälligkeitskriterium gehen Fälle ein, deren Prozedurbogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedurbögen zu OPs auf der betreffenden Seite ist, sowie Fälle mit mehreren Prozedurbögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite. Das IQTIG wird prüfen, inwiefern die Beschreibung des Auffälligkeitskriteriums angepasst werden kann. Dieselbe Landesarbeitsgemeinschaft bat außerdem darum, bei allen Auffälligkeitskriterien den Zähler in der Rechenregel auf  $\geq 2$  zu setzen. Nach Ansicht der LAG sollten QS-Dokumentationsdaten nicht aufgrund von Einzelfällen analysiert oder korrigiert werden. Sie verweist außerdem darauf, dass es sich nicht um Stellungnahmeverfahren zu medizinischen Leistungen handele. Das IQTIG wird prüfen, inwiefern eine Änderung der Rechenregel für die Zähler empfohlen werden sollte.

## 5 Ausblick

Im Verfahren *QS HGV* werden ab dem Auswertungsjahr 2026 umfangreiche Anpassungen stattfinden. Die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe werden aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung ab dem Erfassungsjahr 2026 abgeschafft und die Referenzbereiche im Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt. Bei dem Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54012) im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden aufgrund der Empfehlungen seit dem Auswertungsjahr 2025 Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder eine Entlassung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung stattfand. Die Überarbeitung der Risikoadjustierung ist für das Auswertungsjahr 2026 vorgesehen. Dabei werden u. a. Risikofaktoren zu Komorbiditäten ergänzt.

Der Qualitätsindikator „Treppensteigen bei Entlassung“ (*HGV-HEP*; ID 192300) wird im Auswertungsjahr 2025 letztmalig ratenbasiert ausgewertet. Ab dem Auswertungsjahr 2026 erfasst der Indikator Fälle, bei denen das Qualitätsziel nicht erreicht wird, und wird risikoadjustiert ausgewertet. Aufgrund der damit einhergehenden „Umpolung“ erfolgt eine Umbenennung des Indikators von „Treppensteigen bei Entlassung“ in „Kein Treppensteigen bei Entlassung“.

Die Umsetzung der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung und die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* gehen im Auswertungsmodul *HGV-HEP* mit umfangreichen Spezifikationsänderungen ab dem Erfassungsjahr 2026 einher, bspw.:

- Ausschluss von Polytraumata und Mehrfachverletzten
- Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit chronischen Gelenkentzündungen im Kindes- und Jugendalter
- Streichung von 48 Datenfeldern u. a. aufgrund von QI-Streichungen
- Umwandlung von 8 Datenfeldern und Aufnahme von 2 neuen Datenfeldern

Die Datenfelder zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bilden im Erfassungsjahr 2026 nicht die Zeitspanne zwischen Aufnahme und Operation ab, sondern nur bei Aufnahme und nach der Operation. Daher wird das IQTIG die Auswahlmöglichkeiten anpassen, um den Zeitpunkt der Diagnosestellung (prä- oder postoperativ) eindeutiger abbilden zu können, als dies bei den für das Erfassungsjahr 2026 empfohlenen Datenfeldern möglich ist.

Mit der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* besteht die Möglichkeit, dass die allgemeinen und spezifischen Komplikationen in den meisten Fällen nicht mehr von den Leistungserbringern dokumentiert werden müssen, sondern anhand der ICD-Kodes durch das IQTIG zugeordnet werden. Das hat den Vorteil, dass Probleme bei der Übertragung von Informationen aus dem Abrechnungssystem in die QS-Dokumentation nicht mehr auftreten. Dazu wird der Aufwand für die Leistungserbringer erheblich reduziert.

Darüber hinaus können durch die Integration von Sozialdaten auch Komplikationen erfasst werden, die innerhalb eines jeweils definierten Zeitraums nach der Entlassung auftreten – unabhängig davon, welcher stationäre Leistungserbringer sie diagnostiziert. Dies betrifft auch die Qualitätsindikatoren zur Sterblichkeit und zu frühzeitigen Wechseloperationen.

Das IQTIG wird prüfen, inwiefern Patientinnen und Patienten mit Brüchen des Oberschenkelknochens unterhalb des großen oder kleinen Rollhügels (subtrochantäre Femurfrakturen) in die Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer einbezogen werden können. Derzeit werden diese Fälle hier gar nicht betrachtet. Darüber hinaus wird das IQTIG weiterhin prüfen, ob eine Herabsetzung der präoperativen Verweildauer aus wissenschaftlicher Sicht sinnvoll ist, um das Risiko des Auftretens unerwünschter Folgeereignisse (v. a. Komplikationen und Sterblichkeit) zu verringern.

Schließlich wurde das IQTIG vom G-BA mit der Entwicklung einer Patientenbefragung im Verfahren QS HGV beauftragt. Diese Datenquelle soll relevante Qualitätsparameter wie die Indikationsstellung, die Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten und die Informationsweitergabe im Krankenhaus abbilden, die über die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht ausreichend erfassbar sind.

## Literatur

Mehta, PB; Robinson, A; Burkhardt, D; Rushakoff, RJ (2022): Inpatient Perioperative Euglycemic Diabetic Ketoacidosis Due to Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors - Lessons From a Case Series and Strategies to Decrease Incidence. *Endocrine Practice* 28(9): 884-888. DOI: 10.1016/j.eprac.2022.06.006.

Neumann, CJ; Kaiser, TD; Smektala, R (2025): Gerinnungsaktive Medikation bei endoprothetisch versorgter proximaler Femurfraktur – Komplikationen und Mortalität unter Berücksichtigung des Versorgungszeitpunktes als Qualitätskriterium. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* 163(01): 44-52. DOI: 10.1055/a-2324-1877.

Preiser, J-C; Provenzano, B; Mongkolpun, W; Halenarova, K; Cnop, M (2020): Perioperative Management of Oral Glucose-lowering Drugs in the Patient with Type 2 Diabetes. *Anesthesiology* 133(2): 430-438. DOI: 10.1097/aln.0000000000003237.