

QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung*

Bundesqualitätsbericht 2024

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung. Bundesqualitätsbericht 2024

Ansprechperson	Claudia Sicher
Datum der Abgabe	15. August 2024
Datum aktualisierte Abgabe	11. Oktober 2024

AUFTRAGSDATEN

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	7
Vorbemerkung	8
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	9
1 Hintergrund	10
2 Einordnung der Ergebnisse	12
2.1 Datengrundlage	12
2.2 Risikoadjustierung	12
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	13
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	20
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	25
3.1 Hintergrund	25
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren	25
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	35
4 Evaluation	43
5 Fazit und Ausblick	45
Hüftendoprothesenversorgung	47
1 Hintergrund	48
2 Einordnung der Ergebnisse	52
2.1 Datengrundlage	52
2.2 Risikoadjustierung	54
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	55
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	67
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	76
3.1 Hintergrund	76
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren	76
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	90

4	Evaluation	101
5	Fazit und Ausblick.....	102
	Literatur	104

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – HGV-OSFRAK	11
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – HGV-OSFRAK.....	11
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024) – HGV-OSFRAK.....	12
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – HGV-OSFRAK.....	15
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – HGV-OSFRAK	16
Tabelle 6: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – HGV-OSFRAK.....	20
Tabelle 7: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – HGV-OSFRAK	22
Tabelle 8: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK.....	25
Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – HGV-OSFRAK.....	31
Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – HGV- OSFRAK	34
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – HGV-OSFRAK.....	35
Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK.....	36
Tabelle 13: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – HGV-OSFRAK.....	38
Tabelle 14: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – HGV- OSFRAK	41
Tabelle 15: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – HGV-OSFRAK	42
Tabelle 16: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – HGV-HEP	49
Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – HGV-HEP	50
Tabelle 18: Datengrundlage (AJ 2024) – HGV-HEP.....	52
Tabelle 19: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation.....	53
Tabelle 20: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel ...	54
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Risikoadjustierung (AJ 2024)	54
Tabelle 22: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – HGV-HEP.....	57
Tabelle 23: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – HGV-HEP.....	60

Tabelle 24: Anteil katheterassoziierter Harnwegsinfekte und akuter Niereninsuffizienzen (an allen allgemeinen Komplikationen) bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. – Komponentenwechsel in EJ 2022 und EJ 2023	65
Tabelle 25: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – HGV-HEP	68
Tabelle 26: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – HGV-HEP	70
Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP	76
Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – HGV-HEP	82
Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – HGV- HEP	88
Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – HGV-HEP	90
Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP	91
Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – HGV-HEP	93
Tabelle 33: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – HGV- HEP	97
Tabelle 34: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – HGV-HEP	100

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
ASA	American Society of Anesthesiologists
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
EXG	Expertengremium
G-BA	Gemeinsamer Bundessausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HGV-HEP	Auswertungsmodul <i>Hüftendoprothesenversorgung</i>
HGV-OSFRAK	Auswertungsmodul <i>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</i>
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
O/E	Verhältnis aus der beobachteten und der erwarteten Rate (<i>observed to expected ratio</i>)
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS HGV	QS-Verfahren <i>Hüftgelenkversorgung</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
STNV	Stellungnahmeverfahren

Vorbemerkung

Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahen Femurfraktur unterscheidet man grundsätzlich zwischen hüftkopferhaltenden und hüftkopfersetzenden Methoden. Das QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* beinhaltet entsprechend zwei Module:

- *HGV-OSFRAK*: In diesem Auswertungsmodul werden bestimmte Qualitätsmerkmale zur stationären Behandlung von hüftgelenknahen Femurfrakturen mittels hüftkopferhaltender (osteosynthetischen) Methoden ausgewertet.
- *HGV-HEP*: In diesem Auswertungsmodul werden bestimmte Qualitätsmerkmale zur stationären Behandlung von hüftgelenknahen Femurfrakturen, die mittels hüftkopfersetzender (endoprotetischer) Methode dieser Frakturen behandelt werden, ausgewertet.

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

1 Hintergrund

Ein Bruch (Fraktur) im oberen, d. h. zum Hüftgelenk gerichteten Teil des – normalerweise sehr stabilen – Oberschenkelknochens (Femur) wird als hüftgelenknahe Femurfraktur bezeichnet. Die hüftgelenknahe Femurfraktur ist, einerseits bedingt durch die im Alter abnehmende Festigkeit der Knochensubstanz bis hin zur Osteoporose und andererseits durch die zunehmende Bewegungsunsicherheit, eine häufige Verletzung älterer Menschen. Die meist unfallbedingten Brüche werden nach ihrer Lokalisation in Schenkelhalsfrakturen und pertrochantäre Frakturen unterschieden.

Das Ziel der operativen Behandlung der hüftgelenknahen Femurfraktur ist eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung der Mobilität und körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten.

Das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* enthält die Prozeduren zur osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur bei Patientinnen und Patienten über 18 Jahre. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma.

Die Ziele des Auswertungsmoduls liegen entsprechend § 1 Teil 2 Verfahren 14 (*QS HGV*) DeQS-RL in der Verbesserung der Indikationsstellung und der Prozess- und Ergebnisqualität sowie in der Verringerung von Komplikationsraten während und nach der Operation.

Qualitätsindikatoren

Das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* umfasst 5 Qualitätsindikatoren und eine Transparenzkennzahl, die Informationen zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen, zur Sterblichkeit, zur präoperativen Verweildauer sowie zur Mobilität bei Entlassung umfassen.

Eine besonders wichtige Rolle bei der osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur spielt der Zeitraum von der Aufnahme in eine Klinik bis zur Operation. In einer Metaanalyse von 16 prospektiven Beobachtungsstudien wurden die Daten von insgesamt 14.171 Patientinnen und Patienten eingeschlossen, und es konnte ein Zusammenhang zwischen verringerten Sterberisiko und einer frühzeitig durchgeführten Operation hergestellt werden (Simunovic et al. 2010).

Eine andere Analyse zeigte unter anderem, dass sich bei einer präoperativen Verweildauer von über 24 Stunden das relative Risiko für Letalität, Dekubitus und Frührevision um etwa ein Drittel erhöht (Müller-Mai et al. 2015).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – HGV-OSFRAK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54030	Präoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2023
54050	Sturzprophylaxe	QS-Dokumentation	2023
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2023
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2023
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2023
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	QS-Dokumentation	2023

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

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

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
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
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
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

Für das Modul HGV-OSFRAK erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-ab-rechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 1.092 entlassenden Standorten 65.001 QS-Datensätze inklusive 74 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Das sind 12 Standorte und 623 Datensätze mehr als erwartet. Im Vergleich zum Vorjahr gab es einen Anstieg um 0,72 % bei der Anzahl der Basisdatensätze. Die Vollständigkeit der Datensätze liegt für das Auswertungs-jahr 2024 bei 100,97 % und ist in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr (101,06 %), insgesamt wur-den 445 Datensätze mehr übermittelt.

In Tabelle 3 werden die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollständigkeit auf Bun-desebene für das Erfassungsjahr 2023 dargestellt. Die gelieferten Datensätze bilden die Grund-lage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024) - HGV-OSFRAK

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	65.001	64.378	100,97
	Basisdatensatz	64.927		
	MDS	74		
Anzahl Leistungs- erbringer	auf Standorte-bene (Auswer- tungsstandorte) Bund (gesamt)	1.023		
Anzahl Leistungs- erbringer	auf Standorte-bene (entlassen- der Standorte) Bund (gesamt)	1.092	1.080	101,11
Anzahl Leistungs- erbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	906	899	100,78

2.2 Risikoadjustierung

Für das Auswertungsmodul HGV-OSFRAK wird für folgende Indikatoren die indirekte Standardi-sierung mittels logistischer Regression verwendet:

- Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54033)
- Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femur-fraktur (ID 54029; Risikoadjustierung neu eingeführt zum AJ 2024)

- Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54042; Risikoadjustierung überarbeitet zum AJ 2023)

Bei dem Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) wurden die Fälle des Erfassungsjahres 2021, bei den Qualitätsindikatoren zu spezifischen und allgemeinen Komplikationen (ID 54029 und ID 54042) die Fälle des Erfassungsjahres 2022 als Referenzpopulation genutzt.

Für die Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54046) wird ebenfalls die indirekte Standardisierung mittels logistischer Regression als Risikoadjustierung verwendet, wobei die Fälle des Erfassungsjahres 2020 als Referenzpopulation genutzt wurden.

Die Besonderheit der Risikoadjustierungsmodelle für die Qualitätsindikatoren ID 54042 und ID 54029 besteht darin, dass sie u. a. Einflussfaktoren zu bestehenden Vorerkrankungen beinhalten. Dies ist möglich, da das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ zum Erfassungsjahr 2023 durch eine Liste mit Diagnosekodes nach der Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*) erweitert worden ist. Dadurch liegen dem IQTIG mehr Informationen zu bestehenden Vorerkrankungen der Patientinnen und Patienten vor. Im Rahmen der Neuentwicklung bzw. Überarbeitung der Risikoadjustierungsmodelle wurden 2.500 ICD-Kodes fachlich auf ihren möglichen Einschluss als Risikofaktor geprüft. Protektive Faktoren wurden entfernt.

Die Risikoadjustierungsmodelle des Qualitätsindikators „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) und der Transparenzkennzahl „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54046) beinhalten aktuell keine bestehenden Vorerkrankungen als Risikofaktoren.

2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 5 Indikatoren und eine Kennzahl ausgewiesen. Von insgesamt 1.023 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Indikator weisen 295 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf. In der folgenden Tabelle 4 sind die Bundesergebnisse der Erfassungsjahre 2022 und 2023 sowie die Vergleichbarkeit des jeweiligen QI-Ergebnisses zum Vorjahr dargestellt.

Aufgrund der Spezifikationsanpassung, die im Abschnitt „Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54042 und 54029)

“ beschrieben wird, ist die Anzahl der dokumentierten Komplikationen gestiegen.

Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) hat sich seit seiner Einführung im Jahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) stets verringert. Die Ergebnisse der Indikatoren zur Sturzprophylaxe (ID 54050) und zur Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54033) sowie der Transparenzkennzahl zur Sterblichkeit (ID 54046) haben sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verändert. Die anteilig meisten Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem

Indikatorergebnis im Erfassungsjahr 2023 betrafen den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030; 14,64 %, 148/1.011). 74 dieser Leistungserbringer hatten in diesem Indikator auch im Vorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis (Tabelle 5).

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - HGV-OSFRAK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54030	Präoperative Verweildauer	9,90 % O = 6.383 N = 64.445	8,80 % O = 5.645 N = 64.138 (≤ 15,00 %)	vergleichbar
54050	Sturzprophylaxe	97,35 % O = 55.019 N = 56.514	97,59 % O = 55.755 N = 57.132 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00 O/E = 9.645/9.671,37 N = 50.837	0,89 O/E = 8.864/9.926,40 N = 51.975 (≤ 2,02; 95. Perzentil)	vergleichbar
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 1.217/1.217,00 N = 64.445	0,99 O/E = 1.247/1.262,04 N = 64.915 (≤ 2,95; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 6.065/6.065,00 N = 64.445	1,34 O/E = 8.253/6.176,23 N = 64.915 (≤ 2,74; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	1,04 O/E = 3.322/3.186,81 N = 64.445	1,00 O/E = 3.172/3.177,00 N = 64.915	vergleichbar

*Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – HGV-OSFRAK

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54030	Präoperative Verweildauer	2022	204 von 1.038	19,65	80
		2023	148 von 1.011	14,64	74
54050	Sturzprophylaxe	2022	50 von 1.035	4,83	17
		2023	31 von 1.018	3,05	8
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2022	54 von 1.031	5,24	18
		2023	59 von 1.014	5,82	14
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	61 von 1.038	5,88	11
		2023	71 von 1.023	6,94	14

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	55 von 1.038	5,30	21
		2023	56 von 1.023	5,47	9

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Qualitätsindikators „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) und der Indikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen (ID 54042 und 54029) detaillierter erläutert.

Präoperative Verweildauer (ID 54030)

Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 Stunden nach Ankunft im Krankenhaus operativ versorgt werden. Aktuell ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, die neuartige gerinnungshemmende Medikamente einnehmen. Diese sollten innerhalb von 48 Stunden operiert werden.

Das Bundesergebnis dieses Indikators liegt im Erfassungsjahr 2023 bei 8,80 %. Das entspricht, bei einer Grundgesamtheit von 64.138 Fällen, 5.645 Patientinnen und Patienten, bei denen eine operative Versorgung nicht innerhalb von 24 Stunden stattfand. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich eine Verbesserung des Bundesergebnisses um 1,1 %. Damit ist das Ergebnis unter dem Niveau des Erfassungsjahrs 2021 und folgt dem vorangegangenen positiven Trend, der seit Einführung des Indikators im Jahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) zu sehen ist. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist mit 14,64 % (148/1.011) niedriger als im Erfassungsjahr 2022 (19,65 %, 204/1.038).

Das EXG auf Bundesebene diskutierte im Rahmen der Frühjahrssitzung 2024 eine Anpassung der präoperativen Verweildauer auf 24 Stunden für alle Patientinnen und Patienten. Hintergrund sind neue Erkenntnisse aus einer Studie von Neumann et al. (2024) bezüglich des Zusammenhangs zwischen der präoperativen Verweildauer und des Komplikations- und Mortalitätsrisiko bei Patientinnen und Patienten, die neue und/oder direkte orale Antikoagulanzen (NOAK/DOAK) einnehmen. Es konnte gezeigt werden, dass bei diesen Patientinnen und Patienten bei einer Operation ≤ 24 h trotz der Einnahme der gerinnungshemmenden Medikamente und des damit verbundenen höheren Blutungsrisikos das Komplikations- und Mortalitätsrisiko geringer ist als bei einer OP ≥ 24 h.

Die Mitglieder des Expertengremiums (EXG) haben aufgrund der Studie, die sich zum Zeitpunkt der Frühjahrssitzung 2024 im Review befand, empfohlen, den Referenzwert des Qualitätsindikators, unabhängig von den gerinnungshemmenden Medikamenten, für alle Fälle auf 24 Stunden abzusenken. Dementsprechend sollen alle Fälle, in denen die 24-Stunden-Grenze überschritten wird, in den Zähler des Qualitätsindikators eingehen.

Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54042 und 54029)

Anhand dieser Qualitätsindikatoren wird erfasst, wie viele allgemeine und spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen auftreten.

Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ durch eine ICD-Liste mit Diagnosekodes erweitert. Wenn einer der ICD-Kodes aus der „Anmerkung 2“ im Krankenhausin-

formationssystem (KIS) vorhanden ist, wird dieser verpflichtend in das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ übertragen. Diese ICD-Liste beinhaltet u. a. ICD-Kodes zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen. Werden diese ICD-Kodes abgerechnet, im QS-Dokumentationsbogen bei den Datenfeldern zu den Komplikationen jedoch keine entsprechende Komplikation dokumentiert, erscheint ein entsprechender Hinweis (weiche Plausibilitätsregel).

Ziel dieser Spezifikationsänderung bestand zum einen darin, die Dokumentationsqualität von allgemeinen und spezifischen Komplikationen zu erhöhen, da die EXG-Mitglieder auf Bundesebene und das IQTIG eine Unterdokumentation der allgemeinen und spezifischen Komplikationen vermutet haben. Zum anderen können die übermittelten ICD-Diagnosen somit für die Abbildung von Komorbiditäten in den Risikoadjustierungsmodellen verwendet werden.

Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54042)

Neben der beschriebenen Datenfeldanpassung wurde bei diesem Qualitätsindikator auch die in Abschnitt 2.2 beschriebene Risikoadjustierung zum Erfassungsjahr 2023 umfassend überarbeitet und u. a. um Faktoren zu bestehenden Vorerkrankungen ergänzt.

Das Bundesergebnis lag im Erfassungsjahr 2023 bei 1,34. Das bedeutet, dass der Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, um 34 % höher ist, als anhand der Vorjahresdaten zu erwarten war. Dabei ist eine Steigerung der Fallzahl bei den allgemeinen Komplikationen von 6.065 im Erfassungsjahr 2022 auf 8.253 im Erfassungsjahr 2023 zu verzeichnen. Im Erfassungsjahr 2023 hatten 56 von 1.023 (5,47 %) Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse. Dies entspricht dem Vorjahresergebnis (5,30 %; 55/1.038).

Die größte Fallzahlsteigerung betrifft die katheterassoziierten Infektionen (EJ 2022: 1,57 %; n = 1.011; EJ 2023: 3,20 %, n = 2.080). Die Fallzahl bei Delir hat sich im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls fast verdoppelt (EJ 2022: 0,89 %, n = 571, EJ 2023: 1,41 %, n = 914). Da die Grundgesamtheit auf einem ähnlichen Niveau liegt wie im Vorjahr, geht das IQTIG davon aus, dass die Datenfeldanpassung und die Einführung der Plausibilitätsregel zu einer besseren Dokumentation der allgemeinen Komplikationen geführt haben.

Bei den Komplikationen, die nicht in den Indikator eingehen („Sonstige“), hat sich die Fallzahl ebenfalls erhöht (EJ 2022: 3.251 [5,04 %], EJ 2023: 5.155 [7,94 %]).

Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54029)

Neben der Einführung einer ICD-Liste zu den Entlassungsdiagnosen und der in Abschnitt 2.2 beschriebenen Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wurde zum Erfassungsjahr 2023 eine Differenzierung der Datenfelder zu spezifischen Komplikationen vorgenommen. Zum einen wurde die Möglichkeit zur Angabe einer revisionsbedürftigen prolongierten Wundsekretion, eines

Seroms oder eines Gelenkergusses eingeführt. Zum anderen wurde das Datenfeld zu Nachblutung/Wundhämatom präzisiert. Das QI-Ergebnis ist nicht mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar. Das Bundesergebnis liegt im Erfassungsjahr 2023 bei 0,99.

Im Erfassungsjahr 2023 traten in 1,91 % (1.247/64.915) aller Fälle spezifische Komplikationen auf. Im Vorjahr betraf dies 1,89 % (1.217/64.445) aller Fälle.

Dass für diesen Indikator trotz der Datenfeldanpassung nur ein kleiner Anstieg der dokumentierten spezifischen Komplikationen zu verzeichnen ist, deutet darauf hin, dass die Dokumentationsqualität bereits vor der Spezifikationsänderung zum Erfassungsjahr 2023 auf einem hohen Niveau lag. Die Einführung der ICD-Liste und der Plausibilitätsregel könnte jedoch dazu beigetragen haben, die Dokumentationsqualität weiter zu verbessern und eine einheitlichere Erfassung von Komplikationen zu gewährleisten.

Die Anzahl der „Sonstigen spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen“ hat sich von 358 Fällen (0,56 %) im Erfassungsjahr 2022 auf 666 Fälle (1,03 %) im Erfassungsjahr 2023 erhöht.

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Auswertungsmodul HGV-OSFRAK werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Es weisen von insgesamt 1.100 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 98 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Im Erfassungsjahr 2022 wurden ebenfalls 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und ebenfalls 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit erhoben.

In Tabelle 6 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf die Bundesergebnisse, sondern auf die Leistungserbringerergebnisse.

Tabelle 6: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) - HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850147	Angabe von ASA 5	0,06 % 39/64.927 (= 0)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	46,77 % 29/62 (= 0)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	20,98 % 107/510 (≤ 50,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,97 % 65.001/64.378 (≥ 95,00 %)
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,97 % 65.001/64.378 (≤ 110,00 %)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,11 % 74/64.378 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 7 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden.

Tabelle 7: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – 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 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54046: Sterblichkeit im Krankenhaus	2023	37 von 1.023	3,62	3
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2023	24 von 54	44,44	1
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2023	8 von 337	2,37	3
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850351	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	18 von 1.080	1,67	0
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	9 von 1.080	0,83	3
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	2 von 1.080	0,19	1

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Angabe von ASA 5 (ID 850147)

Eine falsche, zu hohe ASA-Einstufung führt zu einem zu hoch prognostizierten Risikoprofil des Leistungserbringers, insbesondere ASA 5 führt mit den Regressionskoeffizienten 3,7 beim Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) und 14,2 beim Indikator „Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54042) zu einem deutlich erhöhten Risiko.

Im Zähler des Auffälligkeitskriteriums werden alle Fälle mit ASA-5-Einstufung und im Nenner alle Fälle eingeschlossen. Es gibt keine Mindestfallzahl für Zähler oder Nenner. Das 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 falsch dokumentiert wurde. Im Auswertungsjahr 2024 wurde bei 39 von 64.927 erfassten Fällen ASA 5 angegeben. 37 der 1.023 Leistungserbringer haben in diesem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis erzielt.

Im Rahmen der Frühjahrssitzung des EXG QS HGV wurde diskutiert, ob eine Streichung der Auffälligkeitskriterien zu ASA 5 für beide Module des Verfahrens QS HGV zu den endgültigen Rechenregeln 2025 empfohlen werden sollte, da die Zahlen für beide Module sehr gering sind (HGV-HEP, EJ 2023: 0,01 %; HGV-OSFRAK, EJ 2023: 0,06 %). Seitens der EXG-Mitglieder wurde die Angabe von ASA 5 generell in Frage gestellt und zurückgemeldet, dass in der Praxis in schweren Fällen eher ASA 4 angegeben wird. Für das äquivalente Auffälligkeitskriterium im Auswertungsmodul HGV-HEP (ID 852102) ist eine weiche Plausibilitätsregel vorhanden. Im Fall der Angabe von ASA 5 erscheint ein Hinweis mit der Bitte, zu prüfen, ob die Angabe korrekt ist. Das IQTIG wird prüfen, ob die Einführung einer weichen Plausibilitätsregel auch im Auswertungsmodul HGV-OSFRAK sinnvoll ist.

Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen (ID 850149)

Komplikationsdiagnosen können bei Wechseleingriffen auch bereits bei Aufnahme vorliegen und stellen demzufolge nicht immer eine spezifische postoperative Komplikation dar. Der Referenzbereich liegt bei $\leq 50,00\%$, sodass Leistungserbringer auffällig werden, 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.

Im Erfassungsjahr 2023 wurde in 510 Fällen eine der o. g. ICD-Diagnosen kodiert. Davon wurde in 107 Fällen (20,98 %) keine spezifische Komplikation angegeben. Im Vorjahr waren es 302 auf 687 Fälle. Damit ist das Ergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums in diesem Jahr deutlich geringer. Die Zahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist ebenfalls zurückgegangen von 4,28 % im Erfassungsjahr 2022 auf 2,37 % im Erfassungsjahr 2023.

Die für die allgemeinen und spezifischen Komplikationen vorgenommene Anpassung in Form der Einführung einer weichen Plausibilitätsprüfung zwischen Entlassdiagnosen und Komplikationen verbessert die QS-Dokumentation, was sich sowohl an den Ergebnissen der betreffenden Qualitätsindikatoren als auch an dem Auffälligkeitskriterium zeigt.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

In den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zeigen sich für das Auswertungsmodul *HGV-OS-FRAK* im Auswertungsjahr 2024 keine berichtenswerten Besonderheiten.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

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

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Für das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* haben zum Erfassungsjahr 2022 alle LAG den QSEB fristgerecht dem IQTIG übermittelt. Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Modul- und Indikatorebene, werden in tabellarischer Form erstellt und sind nachfolgend in Tabelle 8, Tabelle 9, Tabelle 10 und Tabelle 11 sowie im QSEB-Anhang *HGV-OSFRAK*, Tabellen A_1_QI bis A_13_QI zu finden. Jedem rechnerisch auffälligen Ergebnis konnten QSEB-Datensätze zugeordnet werden.

Tabelle 8: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul *HGV-OSFRAK*

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	5.287	-	5.180	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	5.287	100	5.180	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	399	7,55	424	8,19
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	1	0,24
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	399	100	423	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	399	100	423	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	108	27,07	106	25,06
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	291	72,93	317	74,94
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	287	98,63	317	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	2,41	8	2,52
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	2	0,63
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	0,34	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	197	49,37	209	49,41
Bewertung als qualitativ auffällig	59	14,79	65	15,37
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	32	8,02	33	7,8
Sonstiges	2	0,50	10	2,36
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	21	n. a.	27	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* waren von 5.180 Indikatorenergebnissen 424 im Auswertungsjahr 2023 rechnerisch auffällig, was einem Anteil von 8,19 % entspricht (Tabelle 8). Zu einem rechnerisch auffälligen Indikatorergebnis wurden keine QSEB-Ergebnisse übermittelt. Wie im Vorjahr wurden zu circa einem Viertel der rechnerisch auffälligen Ergebnisse keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

20,5 % (65 von 317) der Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden anschließend als qualitativ auffällig bewertet, wobei dies v. a. den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) betraf. In diesem wurden 22,66 % (46/203) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, als qualitativ auffällig bewertet (Tabelle 9).

Bei 49 von 65 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen führten Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel zu dieser Einstufung. 15-mal wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, und einmal führte ein sonstiger Grund zu dieser Bewertung.

Zu 27 Leistungserbringerergebnissen wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 eingeleitet, wobei sich diese v. a. auf den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) bezogen. Die eingeleiteten Maßnahmen beinhalteten am häufigsten „sonstige Maßnahmen“ (12/27). Zum Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 2 fanden nicht statt.

In Tabelle 10 werden alle Qualitätsindikatoren mit wiederholten rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten in Bezug zum Vorjahr (AJ-1: AJ 2022) und Vorvorjahr (AJ-2: AJ 2021) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS HGV erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ jeweils kein Ergebnis ausgegeben werden.

Die meisten Auffälligkeiten betrafen den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030). Hier hatten von 203 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2023 insgesamt 80 Leistungserbringer auch im Vorjahr (AJ 2022) ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis.

In 3 der 5 Indikatoren hatten insgesamt 13 Leistungserbringer sowohl im Auswertungsjahr 2023 als auch im Auswertungsjahr 2022 qualitativ auffällig bewertete Ergebnisse. Dies betraf in 11 der 13 Fälle den Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer. Dabei kann ein Leistungserbringer auch in mehreren Qualitätsindikatoren des Auswertungsmoduls HGV-OSFRAK über den Vergleichszeitraum sowohl rechnerische als auch qualitativ auffällige Ergebnisse haben.

In Tabelle 11 werden Leistungserbringer dargestellt, die in mehreren Indikatoren rechnerisch und qualitativ auffällige Ergebnisse hatten. Circa ein Viertel der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Indikatorergebnis im Auswertungsjahr 2023 hatte auch in einem anderen Indikator ein rechnerisch auffälliges Ergebnis (68 von 253). Bei 11 Leistungserbringern betraf dies sogar 3 Indikatoren. Bei 4 von 57 Leistungserbringern wurden im Auswertungsjahr 2023 je 2 Indikatorenergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Bei keinem Leistungserbringer wurden 3 Indikatorenergebnisse als qualitativ auffällig bewertet.

Im Folgenden werden die Gründe für die qualitativ auffälligen und unauffälligen Ergebnisse dargestellt.

Begründungen für qualitativ auffällige Ergebnisse

Bei 49 der insgesamt 65 qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel festgestellt. Dies betraf v. a. den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030; 39/65). Keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit wur-

den bei 15 qualitativ auffälligen Ergebnissen genannt. Dies betraf ebenfalls v. a. den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer (ID 54030; 6/65). Bei diesem wurde auch einmal „Sonstiges“ als Grund angegeben.

Im Folgenden werden zu ausgewählten Qualitätsindikatoren eine Auswahl der Gründe für die Bewertung „qualitativ auffällig“ dargestellt. Die gesamten Rückmeldungen der LAG sind der Tabelle HGV-OSFRAK, A_4_QILb im QSEB-Anhang zu entnehmen.

Präoperative Verweildauer (ID 54030)

23 % (46/203) der in diesem Qualitätsindikator rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet, 39 davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. In 12 dieser 39 Fälle wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert. Den Freitextkommentaren ist zu entnehmen, dass in vielen Fällen fehlende OP-Kapazitäten oder der Umgang mit Antikoagulantien zu dieser Bewertung führten. Vereinzelt wurden von den LAG auch Personalmangel oder der Umgang mit nicht einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten als Gründe für diese Bewertung zurückgemeldet.

In 6 Fällen wurden von den Leistungserbringern keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, sodass die Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden. Sonstige Gründe führten in einem Fall zu dieser Bewertung. Dort wurde das rechnerisch auffällige Ergebnis sowohl durch Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität und begründete Einzelfälle verursacht.

Sturzprophylaxe (ID 54050)

14 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse (7/50) in diesem Qualitätsindikator wurden als qualitativ auffällig bewertet. In 5 Fällen lagen Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel vor, bei einem davon wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert. Den Freitextkommentaren ist zu entnehmen, dass die einzelnen Gründe dafür sehr heterogen waren. In einem Fall wurden bei gering eingeschätztem Sturzrisiko keine Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet. Bei einem Leistungserbringer erkannte die Fachkommission die vorliegende erschwerte Personalsituation zwar an, wies aber dennoch darauf hin, dass eine praktische Sturzprophylaxe regelhaft durchgeführt und dokumentiert werden müsse. In einem anderen Fall führte die Einarbeitung von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Prozessfehlern bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten.

In 2 Fällen wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, wobei bei einem davon Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert wurden. Zu beiden Fällen lagen jedoch keine Informationen vor.

Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54029)

5 von 61 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet, 4 aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel und eines, weil keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit

benannt worden sind. Bei 3 der 5 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Zu 4 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen liegen weitere Informationen aus den Freitextkommentaren vor, die jedoch sehr heterogen sind. Die LAG meldeten jeweils insuffiziente Abläufe, Dokumentationsmängel, mutmaßliche Qualitätsdefizite oder mangelhafte Supervision bei Operateuren in Ausbildung zurück.

Begründungen für qualitativ unauffällige Ergebnisse

Circa 50 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse (209/424) wurden nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig bewertet, davon 149-mal aufgrund von Einzelfallabweichungen, 50-mal aufgrund von vereinzelt Dokumentationsproblemen und 7-mal aufgrund einer besonderen klinischen Situation. 3-mal lagen sonstige Gründe vor. 12 Bewertungen wurden im Freitext begründet.

Im Folgenden werden zu ausgewählten Qualitätsindikatoren eine Auswahl der Gründe für die Bewertung „qualitativ unauffällig“ dargestellt. Die gesamten Rückmeldungen der LAG sind der Tabelle A_6_QI_b im QSEB-Anhang HGV-OSFRAK zu entnehmen.

Präoperative Verweildauer (ID 54030)

Circa 50 % (106 /203) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden in diesem Qualitätsindikator nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig bewertet. In 79 Fällen erklärte sich das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle. Bei 23 Leistungserbringerergebnissen wurde kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) festgestellt. Eine besondere klinische Situation lag in 3 Fällen vor, wobei 2 Freitextkommentaren weitere Informationen entnommen werden können. Sonstige Gründe wurden einmal genannt.

Zu 4 Leistungserbringerergebnissen liegen dem IQTIG Freitextkommentare vor, wobei zu einem Ergebnis keine Informationen vorliegen, die über die Bewertungseinstufung hinausgehen. Bei einem Leistungserbringer lagen Kapazitätsprobleme vor. Die aufgeführten Fälle konnten jedoch - trotz Anfrage - auch in anderen Krankenhäusern nicht behandelt werden. In einem Fall hat die LAG vermerkt, dass die Verzögerung nachvollziehbar begründet worden sei. In einem weiteren Fall erläutert die LAG im Freitext den Umgang mit Patientinnen und Patienten, die unter Betreuung stehen, und verweist auf entsprechende Literatur.

Sturzprophylaxe (ID 54050)

30 % (15/50) der in diesem Qualitätsindikator rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, was in 13 Fällen damit begründet wurde, dass kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) vorliege. Zu einem Leistungserbringerergebnis hat die LAG im Freitext vermerkt, dass der Krankenhausbetrieb aufgrund einer Umwandlung in ein regionales Gesundheitszentrum eingestellt worden sei.

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54033)

53,7 % (29/54) der in diesem Qualitätsindikator rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, davon 16-mal mit der Begründung, dass sich das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle erkläre. Freitextkommentare wurden zu 5 Fällen von den LAG übermittelt. In 3 Fällen erfolgte eine frühzeitige Verlegung in die Geriatrie. In einem anderen Fall erfolgte eine frühzeitige Überweisung in andere Krankenhäuser, in denen die Mobilisierung fortgeführt werden sollte. In einem Fall lagen Dokumentationsprobleme vor.

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungsverfahren (AJ 2023) – HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungsverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
54030	Präoperative Verweildauer	203 / 1.038 (19,56 %)	40	0 / 203 (0,00 %)	0 / 1.038 (0,00 %)	106 / 203 (52,22 %)	106 / 1.038 (10,21 %)	46 / 203 (22,66 %)	46 / 1.038 (4,43 %)	6 / 203 (2,96 %)	6 / 1.038 (0,58 %)	5 / 203 (2,46 %)	5 / 1.038 (0,48 %)
54050	Sturzprophylaxe	50 / 1.035 (4,83 %)	9	0 / 50 (0,00 %)	0 / 1.035 (0,00 %)	15 / 50 (30,00 %)	15 / 1.035 (1,45 %)	7 / 50 (14,00 %)	7 / 1.035 (0,68 %)	18 / 50 (36,00 %)	18 / 1.035 (1,74 %)	1 / 50 (2,00 %)	1 / 1.035 (0,10 %)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	54 / 1.031 (5,24 %)	15	0 / 54 (0,00 %)	0 / 1.031 (0,00 %)	29 / 54 (53,70 %)	29 / 1.031 (2,81 %)	3 / 54 (5,56 %)	3 / 1.031 (0,29 %)	5 / 54 (9,26 %)	5 / 1.031 (0,48 %)	2 / 54 (3,70 %)	2 / 1.031 (0,19 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	61 / 1.038 (5,88 %)	21	0 / 61 (0,00 %)	0 / 1.038 (0,00 %)	31 / 61 (50,82 %)	31 / 1.038 (2,99 %)	5 / 61 (8,20 %)	5 / 1.038 (0,48 %)	2 / 61 (3,28 %)	2 / 1.038 (0,19 %)	2 / 61 (3,28 %)	2 / 1.038 (0,19 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	55 / 1.038 (5,30 %)	21	0 / 55 (0,00 %)	0 / 1.038 (0,00 %)	28 / 55 (50,91 %)	28 / 1.038 (2,70 %)	4 / 55 (7,27 %)	4 / 1.038 (0,39 %)	2 / 55 (3,64 %)	2 / 1.038 (0,19 %)	0 / 55 (0,00 %)	0 / 1.038 (0,00 %)

Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
54030	Präoperative Verweildauer	203	80	-	46	11	-
54050	Sturzprophylaxe	50	17	-	7	1	-
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	54	18	-	3	0	-
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	61	11	-	5	0	-
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	55	21	-	4	1	-

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – HGV-OSFRAK

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
253	68	11	57	4	0

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

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

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul HGV-OSFRAK insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 4.838 Auffälligkeitskriterienergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 12 wiedergegeben, wurden 118 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zu 77 davon wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen. 41-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Alle Stellungnahmen wurden schriftlich durchgeführt, zu keinem Ergebnis fand ein Gespräch oder eine Begehung statt.

Es wurden 45 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse ($n = 118$) einem Anteil von 38,14 % entspricht und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einen Anteil von 58,44 % (45/77). Bei 8 auffälligen Ergebnissen wurde die Einstufung „Sonstiges“ vorgenommen.

Bei einem Leistungserbringer wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert. Diese betrafen das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“ (ID 850147).

Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	4.838	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	118	2,44
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	118	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	41	34,75
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	77	65,25
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	77	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	24	20,34
Bewertung als qualitativ auffällig	45	38,14
Sonstiges	8	6,78
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	1	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“ (ID 850147) ermittelt (n = 32 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 1.038 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium; 3,08 %).

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Auffälligkeitskriterium „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“ (ID 850148) festgestellt (56,52 %; n = 13 von 23). Der höchste Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen wurde im Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“ (ID 850147) ermittelt (37,5 %; n = 12 von 32).

Das Auffälligkeitskriterium „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“ (ID 850148) weist eine Rate von 46,00 % Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen auf (23/50). Die intraoperativen Frakturen wurden bei diesen Leistungserbringern also für die Qualitätssicherung fälschlicherweise nicht angegeben, obwohl sie kodiert wurden. 2 Leistungserbringer waren qualitativ unauffällig und bei 3 wurde die Bewertung „sonstiges“ abgegeben.

Bei dem Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)“ (ID 850368) wurde keines der 4 rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, wobei zu 2 der 4 rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungsverfahren eingeleitet wurde.

Bei den anderen 4 Auffälligkeitskriterien wurden zwischen 33,33 % und 37,50 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach dem Stellungsverfahren als qualitativ auffällig bewertet.

Tabelle 13: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) - HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit											
850147	Angabe von ASA 5	32 / 1.038 (3,08 %)	8	0 / 32 (0,00 %)	0 / 1.038 (0,00 %)	12 / 32 (37,50 %)	12 / 1.038 (1,16 %)	12 / 32 (37,50 %)	12 / 1.038 (1,16 %)	0 / 32 (0,00 %)	0 / 1.038 (0,00 %)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	23 / 50 (46,00 %)	5	0 / 23 (0,00 %)	0 / 50 (0,00 %)	2 / 23 (8,70 %)	2 / 50 (4,00 %)	13 / 23 (56,52 %)	13 / 50 (26,00 %)	3 / 23 (13,04 %)	3 / 50 (6,00 %)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	18 / 421 (4,28 %)	6	0 / 18 (0,00 %)	0 / 421 (0,00 %)	6 / 18 (33,33 %)	6 / 421 (1,43 %)	6 / 18 (33,33 %)	6 / 421 (1,43 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 421 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	15 / 1.111 (1,35 %)	5	0 / 15 (0,00 %)	0 / 1.111 (0,00 %)	1 / 15 (6,67 %)	1 / 1.111 (0,09 %)	5 / 15 (33,33 %)	5 / 1.111 (0,45 %)	4 / 15 (26,67 %)	4 / 1.111 (0,36 %)
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	26 / 1.111 (2,34 %)	15	0 / 26 (0,00 %)	0 / 1.111 (0,00 %)	2 / 26 (7,69 %)	2 / 1.111 (0,18 %)	9 / 26 (34,62 %)	9 / 1.111 (0,81 %)	0 / 26 (0,00 %)	0 / 1.111 (0,00 %)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	4 / 1.107 (0,36 %)	2	0 / 4 (0,00 %)	0 / 1.107 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 1.107 (0,09 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 1.107 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 1.107 (0,09 %)

In Tabelle 14 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2022 abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS HGV erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ jeweils kein Ergebnis ausgegeben werden.

In den 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen. Mehrfach qualitativ auffällige Ergebnisse betrafen mit jeweils einem Fall das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“ (ID 850147) und das Auffälligkeitskriterium „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen“ (ID 850149).

In den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Darunter war aber kein Leistungserbringer, der im Vorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert hat.

Ein Leistungserbringer kann auch in mehreren Auffälligkeitskriterien des Moduls HGV-OSFRAK über den Vergleichszeitraum sowohl rechnerische als auch qualitativ auffällige Ergebnisse haben.

Tabelle 14: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit							
850147	Angabe von ASA 5	32	2	-	12	1	-
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	23	1	-	13	0	-
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	18	2	-	6	1	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit							
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	15	0	-	5	0	-
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	26	2	-	9	0	-
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	4	0	-	0	0	-

Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten pro Leistungserbringer sind selten (Tabelle 15). 5 Leistungserbringer hatten in je 2 Auffälligkeitskriterien ein rechnerisch auffälliges Ergebnis und kein Leistungserbringer in mindestens 3 Auffälligkeitskriterien.

Tabelle 15: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – HGV-OSFRAK

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
108	5	0	45	0	0

4 Evaluation

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

Die in § 1 Satz 2 Teil 2 Verfahren 14 (QS HGV) der DeQS-RL formulierten Ziele des Verfahrens beinhalten die Verbesserung der Indikationsstellung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Verringerung von Komplikationen während und nach der Operation. Die Indikationsstellung entfällt für das Modul HGV-OSFRAK. Diese ist durch das Frakturgeschehen gegeben. Die anderen Aspekte werden mittels 5 Qualitätsindikatoren und einer Transparenzkennzahl abgebildet.

Die Dokumentation von Komplikationen ist durch die in den Abschnitten 2.2 und 2.3 beschriebenen Anpassungen an den Indikatoren präziser geworden, was zur Einhaltung der Verfahrensziele beiträgt.

So sind die Fallzahlen im Qualitätsindikator zu den allgemeinen Komplikationen (ID 54042) zum Erfassungsjahr 2023 deutlich angestiegen (siehe Abschnitt 2.3), und auch beim Auffälligkeitskriterium zur Prüfung fehlerhafter Angaben bei den Komplikationen (ID 850149) zeigt sich eine Veränderung in Form von wesentlich weniger auffälligen Leistungserbringern (siehe Abschnitt 2.4). Bei den spezifischen Komplikationen (ID 54029) zeigen die Vergleiche mit den Fallzahlen vom Vorjahr keine wesentlichen Veränderungen.

Rückmeldungen der LAG (Module HGV-OSFRAK und HGV-HEP)

Für das Erfassungsjahr 2023 haben 3 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen zum Verfahren QS HGV (Auswertungsmodule HGV-OSFRAK und HGV-HEP) beantwortet und die Antworten an das IQTIG übermittelt. 2 LAG übermittelten u. a. Rückmeldungen zur Auslösung der QS-Dokumentation bei Angabe von Zusatzcodes und die Dokumentation von allgemeinen Komplikationen bei Entgleisung bestehender Vorerkrankungen (z. B. Hypertonus und Diabetes mellitus).

Bezüglich des Führens von Stellungnahmeverfahren wird der Wunsch geäußert, dass auch zu Wechseleingriffen, die von anderen Leistungserbringern durchgeführt wurden als die Erstimplantation, die notwendigen Informationen für das Stellungnahmeverfahren übermittelt werden. Eine LAG weist darauf hin, dass die Bewertung D (Dokumentationsprobleme) bei bestimmten Auffälligkeitskriterien nicht möglich sei, und stellt eine Nachfrage zum Thema Fachgespräche.

Aufgrund der Ergebnisse aus den *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC,*

QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV. vom 14. Juni 2024 (IQTIG 2024) wurde das IQTIG vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozess- und Ergebnisqualität der Knie- und Hüftendoprothesenversorgung aus Patientensicht beauftragt (G-BA 2024a).

Der G-BA hat das IQTIG darüber hinaus mit Beschluss vom 3. Juli 2024 mit der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren QS HGV beauftragt (G-BA 2024b). Die Grundlage dafür bilden die Beauftragung vom 2. November 2022 zur *Integration von Sozialdaten in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)* (G-BA 2022) und die Beauftragung vom 19. Januar 2023 zu den *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV* (G-BA 2023).

Weiterhin wurde durch das IQTIG empfohlen, die Module HGV-HEP und HGV-OSFRAK zusammenzulegen.

5 Fazit und Ausblick

Für das Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* des Verfahrens *QS HGV* 5 Qualitätsindikatoren und eine Transparenzkennzahl berechnet.

Zur Verbesserung der Erfassung allgemeiner und spezifischer Komplikationen wurden zum Erfassungsjahr eine ICD-Liste für die zu dokumentierenden Entlassungsdiagnosen und eine dazugehörige weiche Plausibilitätsregel eingeführt sowie Anpassungen bezüglich der Datenfelder bei den Angaben zu spezifischen Komplikationen vorgenommen. Der Effekt dieser Änderungen zeigte sich im Erfassungsjahr 2023 bereits deutlich für die allgemeinen Komplikationen.

Das Risikoadjustierungsmodell des Indikators zu den allgemeinen Komplikationen wurde umfangreich überarbeitet, für den Indikator zu den spezifischen Komplikationen wurde eine Risikoadjustierung eingeführt. Der Vergleich der Leistungserbringer wurde durch die Aufnahme von Komorbiditäten in die Risikoadjustierungsmodelle der beiden Qualitätsindikatoren verbessert.

Für den Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) haben die EXG-Mitglieder empfohlen, die präoperative Verweildauer, unabhängig von der Einnahme gerinnungshemmender Medikamente, ab dem Erfassungsjahr 2026 für alle Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur auf 24 Stunden abzusenken.

Im Verfahren *QS HGV* sind für die nächsten Jahre umfangreiche Anpassungen geplant. Dazu wurde das IQTIG vom G-BA zum einen mit der Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozess- und Ergebnisqualität der Knie- und Hüftendoprothesenversorgung aus Patientensicht beauftragt (G-BA 2024a) und zum anderen mit der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren (G-BA 2024b).

Mit der Beauftragung zur Erstellung einer Sozialdatenspezifikation und ihrer Integration in das Verfahren *QS HGV* besteht die Möglichkeit, dass die Zuordnung der allgemeinen und spezifischen Komplikationen nicht wie bisher durch die Leistungserbringer getätigt werden muss, sondern anhand der abgerechneten ICD-Kodes durch das IQTIG erfolgt, sodass die hier bestehende Unschärfe (hohe Fallzahlen bei „Sonstige“) verringert werden kann.

Die Entwicklung einer Patientenbefragung ermöglicht es zu prüfen, ob relevante Qualitätsparameter, die über QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht abgebildet werden können, über diese Datenquelle abbildbar sind.

Der Abschlussbericht der Beauftragung zur Verfahrensüberprüfung vom 19. Januar 2023 wurde am 14. Juni 2024 dem G-BA übergeben. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revascularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* sowie *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)*.

Das IQTIG hat Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren in Form des Abschlussberichts vorgelegt. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung vorgesehen.

Hüftendoprothesenversorgung

1 Hintergrund

Die häufigste Indikation für den elektiven endoprothetischen Hüftgelenkersatz ist die Hüftgelenksarthrose (Koxarthrose). Ruhe- oder Belastungsschmerzen und zum Teil große Bewegungseinschränkungen treten oft erst im fortgeschrittenen Stadium auf und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Außer zur Behandlung des Gelenkverschleißes wird der künstliche Hüftgelenkersatz auch bei der Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen (z. B. Schenkelhalsfraktur) durchgeführt. Bei der Implantation wird das künstliche Hüftgelenk mit den körpereigenen Knochen verbunden. Komplikationen aufgrund der Erstimplantation gehören zu den Indikationskriterien für einen Hüftendoprothesenwechsel. Kommt es zu einer Lockerung des Implantats, zur Instabilität des künstlichen Gelenks oder einer ausgedehnten bakteriellen Infektion, kann ein (vorzeitiger) Wechsel ebenfalls notwendig werden.

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden die Qualitätssicherungsdaten der orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Kliniken zum künstlichen Hüftgelenkersatz erhoben. Dazu gehören die QS-Daten:

- zur Hüft(teil)endoprothesen-Erstimplantation einschließlich der endoprothetischen Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen
- zu ein- oder zweizeitigen Hüftendoprothesen- und-Komponentenwechseln von Patientinnen und Patienten über 18 Jahren

Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma.

Das Ziel der operativen Behandlung ist in beiden Fällen (Erstimplantation oder Wechsel) eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung oder Verbesserung der Mobilität sowie des Bewegungsausmaßes und der körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten.

Die Ziele des Auswertungsmoduls liegen entsprechend § 1 Teil 2 Verfahren 14 (*QS HGV*) der DeQS-RL in der Verbesserung der Indikationsstellung und der Prozess- und Ergebnisqualität sowie in der Verringerung von Komplikationsraten während und nach der Operation.

Qualitätsindikatoren

Das Auswertungsmodul *HGV-HEP* umfasst 13 Qualitätsindikatoren und 2 Transparenzkennzahlen. Sie bilden

- die Indikationsstellung,
- die Komplikationen im intra- und postoperativen Verlauf,
- die Wartezeit von der Krankenhausaufnahme bis zur Operation,
- die erreichte Gehfähigkeit,
- die Fähigkeit zum Treppensteigen der Patientinnen und Patienten,
- die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Erstimplantationen und Wechseleingriffen sowie

- die Häufigkeit von Hüftendoprothesen- bzw. Komponentenwechselln in einem Zeitraum von 90 Tagen (Follow-up)

ab. Bei Letztgenannten ist das Ziel, dass im Beobachtungszeitraum möglichst selten Wechselln-griffe durchgeführt werden müssen.

Für das Erfassungsjahr 2023 wurde in den Datenfeldern zu den Komplikationen (IDs 54015, 54016, 54017, 54018, 54019 und 54120) eine Plausibilitätsprüfung zwischen Entlassungsdiagnosen und Komplikationen eingeführt. Hierfür wurde eine Liste mit ICD-Kodes von Komplikationen im Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ hinterlegt. Wird keine Komplikation im QS-Bogen dokumentiert, aber eine entsprechende Entlassungsdiagnose im System kodiert, wird der Leistungserbringer mittels dieser Plausibilitätsprüfung darauf hingewiesen, die Angaben zu überprüfen.

Tabelle 16: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – HGV-HEP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2023
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2023
54003	Präoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2023
54004	Sturzprophylaxe	QS-Dokumentation	2023
Gruppe: Allgemeine Komplikationen			
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2023
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2023
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2023
Gruppe: Spezifische Komplikationen			
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2023
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2023
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2023
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2023
192300	Treppensteigen bei Entlassung*	QS-Dokumentation	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung			
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2023
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	QS-Dokumentation	2023
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation	2023

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul HGV-HEP gibt es 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit.

Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
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
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
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

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das Modul *HGV-HEP* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 1.191 entlassenden Standorten 286.921 QS-Datensätze inklusive 187 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Das sind 17 Standorte und 1.631 Datensätze mehr als erwartet. Weiterhin wurden 286.734 Basisdatensätze übermittelt (Tabelle 18), was einem Anstieg von 7,1 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022: 267.713) entspricht.

Im Erfassungsjahr 2022 war ein Anstieg der Fälle auf Vorpandemieniveau zu verzeichnen. Die Fallzahlen sind vor der Pandemie ebenfalls jährlich gestiegen – das zeigen auch die Daten aus dem Endoprothesenregister (Grimberg et al. 2023). Der Anstieg von Erfassungsjahr 2022 zu Erfassungsjahr 2023 setzt diese Tendenz fort. Die Bevölkerungszahl in Deutschland ist in den letzten 5 Jahren um 0,2 % auf 84,67 Mio. Menschen gestiegen, die Anzahl älterer Menschen ist durch die stetig steigende Lebenserwartung entsprechend ebenfalls gewachsen. Diese demografische Entwicklung bildet damit auch zukünftig eine mögliche Ursache für die wachsenden Fallzahlen ab.

Im Erfassungsjahr 2023 gab es im Auswertungsmodul *HGV-HEP* 18 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik.

Tabelle 18 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollständigkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien. Davon ausgenommen ist der Follow-up-Indikator „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (ID 10271). Für die Berechnung dieses Qualitätsindikators werden Informationen sowohl zu Erstimplantationen und Wechseleingriffen im Erfassungsjahr 2023 als auch zu Erstimplantationen im Erfassungsjahr 2022 verwendet.

Tabelle 18: Datengrundlage (AJ 2024) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	286.921	285.290	100,57
	Basisdatensatz	286.734		
	MDS	187		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.134		

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.191	1.174	101,45
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	986	973	101,34

Übersicht über die eingegangenen Zählleistungsbereiche

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im Modul *HGV-HEP* erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Zählleistungsbereiche (Untermengen/Teilmengen) über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Website des IQTIG zum Verfahren *QS HGV* zu finden (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hgv>).

Die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 werden für den Zählleistungsbereich *Hüftendoprothesen-Erstimplantation* in Tabelle 19 und für den Zählleistungsbereich *Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel* in Tabelle 20 dargestellt.

Im Erfassungsjahr 2023 wurden im Zählleistungsbereich *Hüftendoprothesen-Erstimplantationen* und im Zählleistungsbereich *Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel* jeweils circa 7 % mehr Basisdatensätze erfasst als im Erfassungsjahr 2022.

Tabelle 19: Zählleistungsbereich *Hüftendoprothesen-Erstimplantation*

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	268.877	267.445	100,54
	Basisdatensatz	268.741		
	MDS	136		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.133		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.190	1.173	101,45
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	986	973	101,34

Tabelle 20: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	20.229	20.137	100,46
	Basisdatensatz	20.146		
	MDS	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.028		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.061	1.052	100,86
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	920	913	100,77

2.2 Risikoadjustierung

Für das Auswertungsmodul *HGV-HEP* wird für die in Tabelle 21 aufgeführten Indikatoren bzw. Kennzahlen die indirekte Standardisierung mittels logistischer Regression verwendet.

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Risikoadjustierung (AJ 2024)

ID	Bezeichnung	Referenzpopulation [Jahr]	Komorbiditäten enthalten ja/nein
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2020	nein
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	ja
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	ja
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2022	ja
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	ja
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	ja
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2022	ja
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2021-2022	ja

ID	Bezeichnung	Referenzpopu- lation [Jahr]	Komorbidi- täten enthal- ten ja/nein
191914*	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2020	nein
10271 (FU)	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponenten- wechsel im Verlauf	2021-2023	nein

* Transparenzkennzahl

Für die Überarbeitung bzw. Neuentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle wurden etwa 2.500 ICD-Kodes fachlich auf die Eignung als Risikofaktor in dem entsprechenden Qualitätsindikator geprüft. Protektive Faktoren wurden entfernt.

Die Besonderheit der Überarbeitung bzw. Einführung der Risikoadjustierungsmodelle für die Qualitätsindikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen (IDs 54015, 54016, 54017, 54018, 54019 und 54120) und zur Sterblichkeit (ID 54013) beruht darauf, dass diese nun u. a. Einflussfaktoren basierend auf bestehenden Vorerkrankungen beinhalten. Dies ist möglich, da das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ zum Erfassungsjahr 2023 durch eine Liste mit Diagnosekodes nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD) erweitert worden ist. Dadurch liegen dem IQTIG mehr Informationen zu bestehenden Vorerkrankungen der Patientinnen und Patienten vor.

2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

In Tabelle 22 werden die Ergebnisse der 13 Qualitätsindikatoren und 2 Kennzahlen des Auswertungsmoduls HGV-HEP für das Auswertungsjahr 2024 dargestellt.

Aufgrund der Spezifikationsanpassung, die im Abschnitt „Gruppe: Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54015, 54016, 54017, 54018, 54019 und 54120)

“ beschrieben wird, ist die Anzahl der dokumentierten Komplikationen gestiegen. Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54003) hat sich seit seiner Einführung im Jahr 2016 (mit einer Ausnahme im EJ 2022) stets verringert. Die Ergebnisse der Indikatoren zur Indikation (IDs 54001 und 54002), zur Sturzprophylaxe (ID 54004), zur Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54012) und zur Sterblichkeit nach elektiven Eingriffen (ID 54013) sowie der Transparenzkennzahl zur Sterblichkeit nach hüftgelenknahen Femurfrakturen (ID 191914) sind im Vergleich zum Vorjahr gleichgeblieben.

Das Ergebnis der Transparenzkennzahl „Treppensteigen bei Entlassung“ (ID 192300) wurde zum Auswertungsjahr 2024 erstmalig dargestellt.

Von insgesamt 1.145 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Indikator weisen 666 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf. Die anteilig meisten Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Indikatorergebnis im Erfassungsjahr 2023 betrafen

den Qualitätsindikator „Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54002; 24,46 %; 251/1.026). 33,5 % (84/251) dieser Leistungserbringer hatten in diesem Indikator auch im Vorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis (Tabelle 23).

Tabelle 22: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - HGV-HEP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	97,64 % O = 179.742 N = 184.080	97,60 % O = 195.111 N = 199.907 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	91,85 % O = 17.622 N = 19.185	91,68 % O = 18.357 N = 20.022 (≥ 86,00 %)	vergleichbar
54003	Präoperative Verweildauer	9,28 % O = 6.297 N = 67.886	8,96 % O = 6.239 N = 69.665 (≤ 15,00 %)	vergleichbar
54004	Sturzprophylaxe	96,97 % O = 192.720 N = 198.751	97,29 % O = 205.692 N = 211.430 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
Gruppe: Allgemeine Komplikationen				
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 7.384/7.384,00 N = 68.012	1,35 O/E = 10.158/7.536,95 N = 69.750 (≤ 2,79; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,00 O/E = 2.485/2.485,00 N = 182.794	1,34 O/E = 3.556/2.656,35 N = 198.372 (≤ 4,00; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,00 O/E = 1.320/1.320,00 N = 16.837	1,36 O/E = 1.887/1.390,10 N = 17.528 (≤ 3,29; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
Gruppe: Spezifische Komplikationen				
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,02 O/E = 3.086/3.012,78 N = 68.177	1,11 O/E = 3.450/3.098,77 N = 69.963 (≤ 2,58; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,00 O/E = 4.185/4.185,00 N = 184.080	1,03 O/E = 4.654/4.513,66 N = 199.907 (≤ 2,86; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,00 O/E = 2.356/2.356,02 N = 19.185	1,31 O/E = 3.247/2.481,33 N = 20.022 (≤ 2,59; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00 O/E = 10.185/10.167,82 N = 239.743	0,98 O/E = 10.493/10.703,54 N = 258.191 (≤ 2,41; 95. Perzentil)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
192300	Treppensteigen bei Entlassung*	98,23 % O = 180.470 N = 183.726	98,38 % O = 184.555 N = 187.601	im Vorjahr nicht berechnet
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung				
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,00 O/E = 830/830,00 N = 199.631	0,98 O/E = 882/897,77 N = 216.635 (≤ 4,32; 95. Perzentil)	nicht vergleichbar
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	1,05 O/E = 4.206/3.998,76 N = 68.012	1,03 O/E = 4.126/4.001,51 N = 69.750	vergleichbar
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	- O/E = -/- N = -	0,97 O/E = 3.677/3.795,64 N = 272.592 (≤ 2,49; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 23: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – HGV-HEP

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2022	62 von 1.088	5,70	21
		2023	79 von 1.077	7,34	18
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	217 von 1.029	21,09	81
		2023	251 von 1.026	24,46	84
54003	Präoperative Verweildauer	2022	174 von 1.058	16,45	74
		2023	162 von 1.034	15,67	74
54004	Sturzprophylaxe	2022	65 von 1.140	5,70	25
		2023	47 von 1.132	4,15	14

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Allgemeine Komplikationen					
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	60 von 1.058	5,67	17
		2023	54 von 1.033	5,23	9
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2022	71 von 1.088	6,53	16
		2023	59 von 1.077	5,48	8
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	103 von 990	10,40	35
		2023	97 von 996	9,74	15
Gruppe: Spezifische Komplikationen					
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	60 von 1.058	5,67	11
		2023	62 von 1.034	6,00	11

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2022	83 von 1.088	7,63	19
		2023	76 von 1.077	7,06	24
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	160 von 1.029	15,55	49
		2023	195 von 1.026	19,01	46
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2022	61 von 1.138	5,36	16
		2023	63 von 1.129	5,58	16
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	72 von 1.073	6,71	2
		2023	59 von 1.091	5,41	2
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	2022	57 von 1.146	4,97	-
		2023	62 von 1.142	5,43	17

Im Folgenden werden ausgewählte Qualitätsindikatoren und deren Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2024 ausführlicher dargestellt.

Präoperative Verweildauer (ID 54003)

Das Bundesergebnis dieses Qualitätsindikators liegt im Erfassungsjahr 2023 bei 8,96 % und damit unter dem Ergebnis vom Vorjahr (9,28 %). Das bedeutet, der Anteil Patientinnen und Patienten, die nicht binnen 48 Stunden nach Aufnahme operiert wurden, ist um 0,32 Prozentpunkte gesunken und damit wieder auf dem Niveau von Erfassungsjahr 2021 (8,91 %).

Rechnerisch auffällig wurden in diesem Indikator 15,67 % der Leistungserbringer, davon 3,77 % (39/1.034) mit statistisch signifikanter Abweichung vom Referenzbereich. Der Anteil auffälliger Leistungserbringer ist damit im Vergleich zum Vorjahr (16,45 %; 174/1.058) ebenfalls gesunken.

Das EXG auf Bundesebene diskutierte im Rahmen der Frühjahrssitzung 2024 eine Anpassung der präoperativen Verweildauer auf 24 Stunden für alle Patientinnen und Patienten. Hintergrund sind neue Erkenntnisse aus einer Studie von Neumann et al. (2024) bezüglich des Zusammenhangs zwischen der präoperativen Verweildauer und des Komplikations- und Mortalitätsrisiko bei Patientinnen und Patienten, die neue und/oder direkte orale Antikoagulanzen (NOAK/DOAK) einnehmen. Es konnte gezeigt werden, dass bei diesen Patientinnen und Patienten bei einer Operation ≤ 24 h trotz der Einnahme der gerinnungshemmenden Medikamente und des damit verbundenen höheren Blutungsrisikos das Komplikations- und Mortalitätsrisiko geringer ist als bei einer OP ≥ 24 h.

Die Mitglieder des Expertengremiums (EXG) haben aufgrund der Studie, die sich zum Zeitpunkt der Frühjahrssitzung 2024 im Review befand, empfohlen, den Referenzwert des Qualitätsindikators, unabhängig von den gerinnungshemmenden Medikamenten, für alle Fälle auf 24 Stunden abzusenken. Dementsprechend sollen alle Fälle, in denen die 24-Stunden-Grenze überschritten wird, in den Zähler des Qualitätsindikators eingehen.

Gruppe: Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54015, 54016, 54017, 54018, 54019 und 54120)

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

Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ durch eine ICD-Liste erweitert. Wenn einer der ICD-Kodes aus der „Anmerkung 2“ im KIS vorhanden ist, wird dieser verpflichtend in das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ übertragen. Diese ICD-Liste beinhaltet u. a. ICD-Kodes zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen. Werden diese ICD-Kodes abgerechnet, im QS-Dokumentationsbogen bei den Datenfeldern zu den Komplikationen jedoch keine entsprechende Komplikation dokumentiert, erscheint ein Hinweis (weiche Plausibilitätsregel).

Ziel dieser Spezifikationsänderung bestand zum einen darin, die Dokumentationsqualität von allgemeinen und spezifischen Komplikationen zu erhöhen, da die EXG-Mitglieder auf Bundesebene und das IQTIG eine Unterdokumentation der allgemeinen und spezifischen Komplikationen vermutet haben. Zum anderen können die übermittelten ICD-Diagnosen somit für die Abbildung von Komorbiditäten in den Risikoadjustierungsmodellen verwendet werden.

Allgemeine Komplikationen

Die 3 Indikatoren zu allgemeinen Komplikationen haben verteilungsbasierte Referenzbereiche und sind risikoadjustiert (siehe Abschnitt 2.2).

Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54015)

Für diesen Indikator wurden zum Erfassungsjahr 2023 bestehende Vorerkrankungen als Einflussfaktor in die Risikoadjustierung aufgenommen (siehe Abschnitt 2.2). Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist aufgrund der Hinterlegung der ICD-Liste und der Überarbeitung der Risikoadjustierung eingeschränkt gegeben. Die Zahl der beobachteten Fälle mit Komplikationen bei einer Erstimplantation ist von 7.384 im Erfassungsjahr 2022 auf 10.158 im Erfassungsjahr 2023 gestiegen (Tabelle 22). Das Ergebnis des Indikators liegt bei 1,35 und damit 35 % über dem erwarteten Wert. Dies ist u. a. auf die oben beschriebenen Modifikationen an dem Indikator zurückzuführen. Rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten 5,23 % der Leistungserbringer (54/1.033), was zum Vorjahreswert von 5,67 % (60/1.058) keine Veränderung darstellt.

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54016)

Das Ergebnis dieses Indikators ist aufgrund der zum Erfassungsjahr 2023 neu eingeführten Risikoadjustierung (Abschnitt 2.2) nicht mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar (Tabelle 22).

Der erstmalig nach logistischer Regression berechnete Indikatorwert liegt im Erfassungsjahr 2023 bei 1,34. Die Anzahl der erfassten Fälle ist von 2.485 (EJ 2022) auf 3.556 (EJ 2023) gestiegen. Die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten mit elektiver Erstimplantation einer Hüftendoprothese ist ebenfalls gestiegen – von 182.794 (EJ 2022) auf 198.372 (EJ 2023). Die Häufigkeit dieses Eingriffes hat in allen Altersgruppen zugenommen.

Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54017)

Das Ergebnis dieses Indikators ist aufgrund der zum Erfassungsjahr 2023 neu eingeführten Risikoadjustierung (Abschnitt 2.2) nicht mit dem Vorjahresergebnis vergleichbar (Tabelle 22).

Die Anzahl der erfassten Fälle mit allgemeinen Komplikationen bei Wechseleingriffen ist um 43 % von 1.320 im Erfassungsjahr 2022 auf 1.887 im Erfassungsjahr 2023 gestiegen. Für das Erfassungsjahr 2023 entspricht das 10,77 % (1.887/17.528) der operierten Patientinnen und Patienten. Insgesamt ist für alle allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen die Fallzahl gestiegen. Vor allem folgende Komplikationen wurden deutlich häufiger als im Vorjahr dokumentiert.

Tabelle 24: Anteil katheterassoziierter Harnwegsinfekte und akuter Niereninsuffizienzen (an allen allgemeinen Komplikationen) bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel in EJ 2022 und EJ 2023

Art des Eingriffs	katheterassozierte Harnwegsinfektion	akute Niereninsuffizienz
Einzeitiger Wechsel	EJ 2022: 1,17 % EJ 2023: 2,18 %	EJ 2022: 1,54 % EJ 2023: 2,27 %
Zweizeitiger Wechsel	EJ 2022: 1,29 % EJ 2023: 1,53 %	EJ 2022: 2,63 % EJ 2023: 3,49 %

Spezifische Komplikationen

Neben der in Abschnitt 2.2 beschriebenen Einführung bzw. Überarbeitung der Risikoadjustierungsmodelle und der im Abschnitt „Gruppe: Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54015, 54016, 54017, 54018, 54019 und 54120)“ beschriebenen Hinterlegung der ICD-Liste zu den Entlassungsdiagnosen wurde zum Erfassungsjahr 2023 eine Differenzierung von Datenfeldern zu spezifischen Komplikationen vorgenommen. Zum einen wurde die Möglichkeit zur Angabe einer revisionsbedürftigen prolongierten Wundsekretion, eines Seroms oder eines Gelenkergusses eingeführt. Zum anderen wurden die Datenfelder zu Nachblutung/Wundhämatom, periprothetischer Femurfraktur, primärer Implantatfehlage und sekundärer Implantatdislokation präzisiert und das Datenfeld periprothetische Fraktur in periprothetische Femurfraktur und periprothetische Acetabulumfraktur aufgeteilt.

Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54018)

Bei 4,93 % (3.450 / 69.963) Patientinnen und Patienten wurden im Erfassungsjahr 2023 im Rahmen der endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen angegeben. Das Ergebnis des Indikators liegt bei 1,11 und ist aufgrund der zum Erfassungsjahr 2023 neu eingeführten Risikoadjustierung mit dem Vorjahresergebnis nicht vergleichbar.

Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54019)

Für diesen Indikator wurde ebenfalls zum Erfassungsjahr 2023 eine Risikoadjustierung entwickelt, sodass das Indikatorergebnis mit dem Vorjahr nicht vergleichbar ist. Behandlungsbedürftige spezifische Komplikationen wurden im Erfassungsjahr 2023 bei 2,33 % (4.654 / 199.907) der Patientinnen und Patienten dokumentiert. Die spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei elektiver Erstimplantation wurden zum Erfassungsjahr 2023 um den Punkt revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom erweitert. Diese Komplikation wurden 496-mal (0,25 %) dokumentiert. Außerdem wurde die periprothetische Acetabulumfraktur zu den spezifischen Komplikationen aufgenommen und 200-mal (0,10 %) erfasst.

Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54120)

Das Indikatorergebnis liegt im Erfassungsjahr 2023 bei 1,31. Durch die überarbeitete Risikoadjustierung (Abschnitt 2.2) ist dieses Ergebnis nur eingeschränkt vergleichbar mit dem Vorjahr. Es wurde bei insgesamt 20.022 Fällen in 3.247 Fällen eine spezifische Komplikation angegeben. Das entspricht 16,22 %. Im Vorjahr waren es 2.356 Fälle, was 12,28 % entsprach. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 ist die Anzahl erfasster Fälle bei den revisionsbedingten Nachblutungen/Wundhämatomen um 1,08 Prozentpunkte bei den einzeitigen (EJ 2022: 2,73 %; EJ 2023: 1,65 %) und bei den zweizeitigen um 1,58 Prozentpunkte (EJ 2022: 5,48 %; EJ 2023: 3,87 %) gesunken. Bei der Wunddehiszenz verringerte sich der Anteil bei einzeitigen Wechseln um 0,18 Prozentpunkte (EJ 2022: 1,43 %, EJ 2023: 1,25 %) und bei den zweizeitigen Wechseln um 0,64 Prozentpunkte (EJ 2022: 3,26 %; EJ 2023: 2,62 %). Für alle weiteren spezifischen Komplikationen sind die Häufigkeiten angestiegen, was hauptsächlich durch die oben beschriebene Datenfeldanpassung zwischen Entlassungsdiagnosen und Komplikationen bedingt sein könnte.

Bewertung der allgemeinen und spezifischen Komplikationen

Die Überarbeitung bzw. Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle sowie die Einführung einer weichen Plausibilitätsregel zwischen Entlassungsdiagnose und Komplikationen bewirken für die Indikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen eine verbesserte Dokumentation.

Trotz der Differenzierung und Erweiterung der Angabemöglichkeiten der spezifischen Komplikationen ist in den drei Indikatoren ein Anstieg der „sonstigen spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen“ zu verzeichnen: von 683 (1,00 %) im Erfassungsjahr 2022 zu 1.092 (1,55 %) im Erfassungsjahr 2023 für den Qualitätsindikator ID 54018, von 699 Fällen im Erfassungsjahr 2022 (0,38 %) zu 1.418 Fällen im Erfassungsjahr 2023 (0,71 %) für den Qualitätsindikator ID 54019 und von 446 Fällen im Erfassungsjahr 2022 (2,32 %) zu 1.773 Fällen im Erfassungsjahr 2023 (8,60 %) für den Qualitätsindikator ID 54120.

Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54013)

Dieser Indikator ist zum Erfassungsjahr 2023 überarbeitet worden. Zum einen wurde eine Risikoadjustierung entwickelt und zum anderen die Definition der eingeschlossenen Patientengruppe geändert. Im letzten Jahr wurden nur Patientinnen und Patienten mit geringer Sterbewahrscheinlichkeit in den Nenner aufgenommen, im Erfassungsjahr 2023 werden nun alle Patientinnen und Patienten mit Erstimplantation oder Wechseleingriff gezählt. Das Ergebnis ist deshalb nicht mit dem Vorjahrsergebnis vergleichbar. Von 216.635 erfassten Fällen sind 882 Patientinnen und Patienten verstorben. Durch die oben beschriebenen Anpassungen in der Definition des Indikators ist der Wert entsprechend deutlich höher als in den Vorjahren (2021: 62; 2022: 83).

Transparenzkennzahl: Treppensteigen bei Entlassung (ID 192300)

Fähigkeit zum Treppensteigen ist ein wichtiger Aspekt bei der Entlassung in die häusliche Situation oder in eine Rehabilitationseinrichtung und stellt eine höhere Anforderung dar als die Gehfähigkeit bei Entlassung. Diese Transparenzkennzahl wurde im Auswertungsjahr 2024 erstmalig ausgewertet. Mit ihr wird geprüft, wie viele Patientinnen und Patienten bei der Entlassung Treppen steigen konnten. Dies betrifft jedoch nur Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bei der Aufnahme fähig waren, Treppen zu steigen, und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden u. a. Patientinnen und Patienten mit Polytrauma oder initialer Acetabulumfraktur.

Das Bundesergebnis lag im Erfassungsjahr 2023 bei 98,38 % (184.555/187.601). Das bedeutet, dass bei 1,62 % der betrachteten Fälle das Qualitätsziel (Treppensteigen bei Entlassung) nicht erreicht werden konnte. Dies betraf v. a. Patientinnen und Patienten mit ein- und zweizeitigen Wechseln. 11,94 % (1.070/8.965) der betrachteten Patientinnen und Patienten mit einzeitigen Wechsel waren bei der Entlassung nicht in der Lage, Treppen zu steigen. Bei den Patientinnen und Patienten mit zweizeitigem Wechsel betraf dies 8,36 % (62/742). Da zum Zeitpunkt der Übermittlung der endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2024 noch keine vollständigen Bundesergebnisse vorlagen, konnte für das Auswertungsjahr 2024 kein Referenzbereich festgelegt werden.

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Es weisen von insgesamt 1.196 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 186 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Im Erfassungsjahr 2022 wurden ebenfalls 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und ebenfalls 6 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit erhoben.

In Tabelle 25 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 25: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) - HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	17,42 % 627/3.599 (≤ 50,00 %)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	15,96 % 367/2.300 (≤ 30,00 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	9,63 % 405/4.205 (≤ 200,00 %)
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	56,50 % 6.222/11.013 (≤ 90,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	7,36 % 157/2.132 (= 0)
852102	Angabe von ASA 5	0,01 % 25/291.074 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,43 % 244.719/243.664 (≥ 95,00 %)
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	100,54 % 268.877/267.445 (≥ 95,00 %)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	100,54 % 268.877/267.445 (≤ 110,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	100,46 % 20.229/20.137 (≥ 95,00 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	100,46 % 20.229/20.137 (≤ 110,00 %)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,07 % 187/285.290 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 26 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden.

Tabelle 26: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – 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 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2023	16 von 929	1,72	5
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2023	27 von 710	3,80	4
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	29 von 864	3,36	4

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 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2023	13 von 1.013	1,28	3
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprotetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2023	23 von 787	2,92	6

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 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur 192300: Treppensteigen bei Entlassung	2023	2 von 1.134	0,18	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	2023	17 von 1.170	1,45	1
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.	2023	14 von 1.173	1,19	2
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.	2023	7 von 1.173	0,60	1
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.	2023	63 von 1.052	5,99	12

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.	2023	9 von 1.052	0,86	1
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	1 von 1.174	0,09	1

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen (ID 850152)

Komplikationsdiagnosen können bei Wechseleingriffen auch bereits bei Aufnahme vorliegen und stellen demzufolge nicht immer eine spezifische postoperative Komplikation dar. Der Referenzbereich liegt bei $\leq 50,00\%$, sodass Leistungserbringer auffällig werden, 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.

Im Erfassungsjahr 2023 wurde in 3.599 Fällen eine der o. g. ICD-Diagnosen kodiert. In 627 Fällen (17,4 %) wurde dabei keine spezifische Komplikation angegeben. Das sind 7,12 % weniger als im Vorjahr. Die Zahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist ebenfalls zurückgegangen von 3,15 % im Erfassungsjahr 2022 auf 1,72 % im Erfassungsjahr 2023.

Die für die allgemeinen und spezifischen Komplikationen vorgenommene Anpassung in Form der Einführung einer weichen Plausibilitätsprüfung zwischen Entlassungsdiagnosen und Komplikationen verbessert die QS-Dokumentation, was sich sowohl an den Ergebnissen der betreffenden Qualitätsindikatoren als auch an dem Auffälligkeitskriterium zeigt.

Irrtümlich angelegte Prozedurbögen (ID 851804)

Von den 4.205 Fällen mit mehr als einer Operation wurden bei 405 Fällen (9,63 %) im stationären Aufenthalt entweder Prozedurbögen als Erstimplantation angelegt, obwohl für diese Fälle nicht der früheste OP-Zeitpunkt hinterlegt war, oder mehrere Prozedurbögen mit gleichem Zeitpunkt auf der gleichen Seite angelegt. Bei einem Referenzbereich von ≤ 2 werden die Ergebnisse eines Leistungserbringers auffällig, wenn bei mehr als 2 Fällen Bögen irrtümlich angelegt wurden. Im Erfassungsjahr 2023 hatten 29 der 864 Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (3,36 %) und damit mehr als im Erfassungsjahr 2022 (1,54 %).

Komplikationen bei hoher Verweildauer (ID 851905)

Mit diesem Auffälligkeitskriterium wird erfasst, in wie vielen Fällen ohne geriatrische Komplexbehandlung keine behandlungsbedürftigen allgemeinen oder spezifischen Komplikationen trotz einer postoperativen Verweildauer oberhalb des eingriffsspezifischen Schwellenwertes dokumentiert wurden. Im Erfassungsjahr 2023 betraf dies 6.222 von 11.013 Fällen, entsprechend 56,50 %. Der Bundeswert ist damit deutlich niedriger als in den beiden Vorjahren (2021: 66,93 %, 2022: 65,28 %). Das EXG auf Bundesebene nannte als mögliche Hintergründe für diese Verbesserung die gestiegene restriktive Durchführung von Operationen bei Patientinnen und Patienten mit einer langen Hospitalisierungszeit, sowie auf die präoperative Ernährungsberatung bei BMI > 40. Als weitere mögliche Ursache führten die Expertinnen und Experten an, dass sich die Anzahl sehr schwer kranker Menschen nach Ende der COVID-19-Pandemie deutlich verringert hat.

Angabe von ASA 5 (ID 852102)

Im Zähler des Auffälligkeitskriteriums werden alle Fälle mit ASA-5-Einstufung und im Nenner alle Fälle eingeschlossen. Es gibt keine Mindestfallzahl für Zähler oder Nenner. Das 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 Bundesergebnis für das Modul *HGV-HEP* lag im Erfassungsjahr 2023 bei 25 von 291.074 Fällen. Von 1.134 Leistungserbringern hatten 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse (0,18 %). Im Abschnitt 2.4 zum Modul *HGV-OSFRAK* ist die Diskussion des EXG zu diesem Auffälligkeitskriterium beschrieben.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

In den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zeigen sich für das Auswertungsmodul *HGV-HEP* im Auswertungsjahr 2024 keine berichtenswerten Besonderheiten.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

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

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Für das Auswertungsmodul HEP haben zum Erfassungsjahr 2022 alle LAG den QSEB fristgerecht dem IQTIG übermittelt. Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Modul- und Indikatorebene, werden in tabellarischer Form erstellt und sind nachfolgend in Tabelle 27, Tabelle 28, Tabelle 29 und Tabelle 30 sowie im QSEB-Anhang *HGV-HEP*, Tabellen A_1_QI bis A_13_QI zu finden. Jedem rechnerisch auffälligen Ergebnis konnten QSEB-Datensätze zugeordnet werden.

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	13.017	-	13.983	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	13.017	100	13.983	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1.255	9,64	1.245	8,90
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1.255	100	1.245	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1.255	100	1.245	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	497	39,60	369	29,64
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	758	60,40	876	70,36
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	747	98,55	876	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	14	1,85	19	2,17
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	3	0,34
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	0,26	2	0,23
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	534	42,55	618	49,64
Bewertung als qualitativ auffällig	119	9,48	152	12,21
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	96	7,65	86	6,91
Sonstiges	7	0,56	18	1,45
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	31	n. a.	56	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	2	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* waren von 13.983 Indikatorenergebnisse 1.245 im Auswertungsjahr 2023 rechnerisch auffällig, was einem Anteil von 8,9 % entspricht (Tabelle 27). Zu allen rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnissen wurden QSEB-Ergebnisse übermittelt. Zu circa 30 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Im Vorjahr war dies noch bei circa 40 % der Fall.

17,4 % (152 von 876) der Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden anschließend als qualitativ auffällig bewertet (Tabelle 27), wobei dies v. a. den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003) betraf. In diesem wurden 25,3 % (44/174) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, als qualitativ auffällig bewertet.

Bei 81 von 152 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen führten Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel zu dieser Einstufung. 58-mal wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, und 13-mal führte ein sonstiger Grund zu dieser Bewertung.

Zu 44 Leistungserbringerergebnissen wurden insgesamt 58 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 oder 2 eingeleitet, wobei diese 28-mal sonstige Maßnahmen umfassten. Die initiierten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 oder 2 betreffen v. a. die Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung und zur präoperativen Verweildauer. Zu den Qualitätsindikatoren „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54012) und „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (ID 10271) wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert.

In Tabelle 29 werden alle Indikatoren mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2023 und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten in Bezug zum Vorjahr (AJ-1: AJ 2022) und Vorvorjahr (AJ-2: AJ 2021) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS HGV erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ jeweils kein Ergebnis ausgegeben werden.

Die meisten Auffälligkeiten betrafen den Qualitätsindikator „Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54002). In diesem hatten von 217 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Indikatorenergebnissen im Auswertungsjahr 2023 insgesamt 81 Leistungserbringer auch im Vorjahr (AJ 2022) ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis. In dem Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) betraf dies ebenfalls viele Leistungserbringer: 74 von 174 hatten in diesem Qualitätsindikator sowohl im Auswertungsjahr 2023 als auch im Auswertungsjahr 2022 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

In 9 der 12 Indikatoren hatten insgesamt 27 Leistungserbringer sowohl im Auswertungsjahr 2023 als auch im Auswertungsjahr 2022 qualitativ auffällig bewertete Ergebnisse. Dies betraf in 12 der 27 Fälle den Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer. Dabei kann ein Leistungserbringer auch in mehreren Qualitätsindikatoren des Auswertungsmoduls HGV-HEP über den Vergleichszeitraum sowohl rechnerische als auch qualitativ auffällige Ergebnisse haben.

In Tabelle 30 werden Leistungserbringer dargestellt, die in mehreren Indikatoren rechnerisch und qualitativ auffällige Ergebnisse hatten.

Circa die Hälfte der Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Indikatorergebnis im Auswertungsjahr 2023 hatte auch in einem anderen Indikator ein rechnerisch auffälliges Ergebnis (177 von 356). Bei 154 Leistungserbringern betraf dies sogar 3 Indikatoren. Bei 22 von 81 Leistungserbringern wurden im Auswertungsjahr 2023 je 2 Indikatorenergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Bei 8 Leistungserbringern wurden 3 Indikatorenergebnisse als qualitativ auffällig bewertet.

Im Folgenden werden die Gründe für die qualitativ auffälligen und unauffälligen Ergebnisse dargestellt.

Begründungen für qualitativ auffällige Ergebnisse

Bei 81 der insgesamt 152 qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel festgestellt. Dies betraf v. a. die Qualitätsindikatoren „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003; 34/81) und „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54120; 13/81). Keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit wurden bei 58 qualitativ auffälligen Ergebnissen genannt. 13-mal wurde „Sonstiges“ als Grund angegeben.

Im Folgenden werden zu Qualitätsindikatoren, in denen viele Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden und zu denen ausführlichere Informationen aus den Freitextkommentaren vorliegen, eine Auswahl der Gründe für die Bewertung „qualitativ auffällig“ dargestellt. Die gesamten Rückmeldungen der LAG sind der Tabelle *HGV-HEP, A_4_QI_b* im QSEB-Anhang zu entnehmen.

Präoperative Verweildauer (ID 54003)

In diesem Qualitätsindikator wurden circa ein Viertel der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (44 der 174). In den meisten Fällen (n = 34) führten Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel zu dieser Einstufung. 9 Freitextkommentaren kann entnommen werden, dass Probleme bezüglich des Umgangs mit Antikoagulantien festgestellt wurden. Zu 6 Leistungserbringerergebnissen haben die LAG in den Freitextkommentaren vermerkt, dass Priorisierungsprobleme, mangelnde OP-Kapazitäten oder fehlende Versorgungsmöglichkeiten am Wochenende u. a. zu dieser Bewertung geführt hätten. Verbesserungspotenziale bezüglich der interdisziplinären Zusammenarbeit wurden in den Freitextkommentaren zu 3 Leistungserbringerergebnissen vermerkt. Vereinzelt meldeten die LAG auch allgemeine organisatorische Defizite oder Probleme bei der Gabe von Einverständniserklärungen zurück.

Gruppe „Spezifische Komplikationen“

Spezifische Komplikationen werden durch 3 Qualitätsindikatoren erfasst:

- Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54018)
- Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54019)
- Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54120)

In diesen Qualitätsindikatoren wurden zwischen 14,4 % und 21,7 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Die Gründe für die qualitativ auffälligen Bewertungen sind sehr heterogen.

Bezüglich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen haben die LAG in den Freitextfeldern teilweise vermerkt, dass bestimmte spezifische Komplikationen (z. B. Luxationen oder Hämatome) gehäuft aufgetreten sind und welche Empfehlungen die

jeweilige LAG gegeben hat. Diese beinhalten u. a. Prüfung der internen Strategie oder des perioperativen Gerinnungsmanagements, das Durchführen eines postoperativen Röntgens, die Schulung von Operateuren oder die Verwendung von primären Nähten anstelle von Klammern. In einem Fall wurde von der LAG das Vorgehen einer zementfreien Duokopfprothesenimplantation bei bekannter Osteoporose kritisch hinterfragt.

In den Freitextfeldern zu den elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechseln werden die aufgetretenen Komplikationen seltener berichtet als beim Qualitätsindikator zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen. Vereinzelt wurden aber Gefäß- und Nervenläsionen und revisionsbedürftige Hämatome genannt. Viele Freitextkommentare enthalten jedoch Empfehlungen der LAG für die jeweiligen Leistungserbringer. Unter anderem werden die interne Evaluation des Operationsverfahrens, die Überprüfung des perioperativen Gerinnungsmanagements und die Verwendung von primären Nähten anstelle von Klammern empfohlen. Einigen Freitextkommentaren kann entnommen werden, dass die LAG das Auftreten von spezifischen Komplikationen auf die geringe Anzahl durchgeführter Erst- und /oder Wechselimplantationen zurückführen.

Begründungen für qualitativ unauffällige Ergebnisse

49,6 % der rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet (618/1.245), davon 446-mal aufgrund von Einzelfallabweichungen und 164-mal aufgrund von vereinzelt Dokumentationsproblemen. 2-mal lag eine besondere klinische Situation vor und 6-mal sonstige Gründe. 19 Bewertungen wurden im Freitext begründet.

Im Folgenden werden zu Qualitätsindikatoren, in denen viele Leistungserbringerergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet wurden und zu denen ausführlichere Informationen aus den Freitextkommentaren vorliegen, eine Auswahl der Gründe für die Bewertung „qualitativ unauffällig“ dargestellt. Die gesamten Rückmeldungen der LAG sind der Tabelle *HGV-HEP, A_6_QI_b* im QSEB-Anhang zu entnehmen.

Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54002)

49,8 % der in diesem Qualitätsindikator rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig bewertet (108/217). Diese Bewertung erfolgte in 60 Fällen, da keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme vorlagen und 46-mal durch Einzelfälle, die das abweichende Ergebnis erklären. Einem Freitextkommentar ist zu entnehmen, dass Dokumentationsprobleme in einem Fall dadurch zustande kamen, dass spezifische radiologische Befunde nicht in die QS-Dokumentation übertragen wurden. Zu einem anderen Leistungserbringerergebnis hat die LAG u. a. zurückgemeldet, dass neben Dokumentations- auch Strukturprobleme vorlägen. Sie empfiehlt die Implementierung einer Standardvorgehensweise (*Standard Operating Procedure, SOP*), um Wissensverlust zu vermeiden, und die Prüfung der QS-Dokumentationsbögen durch verantwortliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Präoperative Verweildauer (ID 54003)

52,9 % der in diesem Qualitätsindikator rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig bewertet (92/174). In 68 Fällen erklärt sich das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle. Zu diesen Fällen wurden jedoch keine Freitextkommentare übermittelt. Bei 22 Leistungserbringerergebnissen konnten im Stellungnahmeverfahren keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität festgestellt werden, jedoch lagen vereinzelte Dokumentationsprobleme vor. Zu einem Leistungserbringerergebnis hat die LAG im Freitextkommentar u. a. vermerkt, dass der Leistungserbringer aufgefordert wurde, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. Zu dem einen Fall, der nach dem Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig aufgrund von „sonstigen“ Gründen bewertet wurde, hat die LAG u. a. vermerkt, dass die Abläufe so organisiert sein sollten, dass eine Operation innerhalb des vorgesehenen Zeitfensters durchgeführt wird. Strukturprobleme, die an Feiertagen und Wochenenden zu Problemen führen würden, können laut der LAG nicht mehr akzeptiert werden.

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	62 / 1.088 (5,70 %)	17	0 / 62 (0,00 %)	0 / 1.088 (0,00 %)	19 / 62 (30,65 %)	19 / 1.088 (1,75 %)	7 / 62 (11,29 %)	7 / 1.088 (0,64 %)	18 / 62 (29,03 %)	18 / 1.088 (1,65 %)	1 / 62 (1,61 %)	1 / 1.088 (0,09 %)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	217 / 1.029 (21,09 %)	64	0 / 217 (0,00 %)	0 / 1.029 (0,00 %)	108 / 217 (49,77 %)	108 / 1.029 (10,50 %)	10 / 217 (4,61 %)	10 / 1.029 (0,97 %)	32 / 217 (14,75 %)	32 / 1.029 (3,11 %)	3 / 217 (1,38 %)	3 / 1.029 (0,29 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI
54003	Präoperative Verweildauer	174 / 1.058 (16,45 %)	34	1 / 174 (0,57 %)	1 / 1.058 (0,09 %)	92 / 174 (52,87 %)	92 / 1.058 (8,70 %)	44 / 174 (25,29 %)	44 / 1.058 (4,16 %)	2 / 174 (1,15 %)	2 / 1.058 (0,19 %)	1 / 174 (0,57 %)	1 / 1.058 (0,09 %)
54004	Sturzprophylaxe	65 / 1.140 (5,70 %)	20	1 / 65 (1,54 %)	1 / 1.140 (0,09 %)	15 / 65 (23,08 %)	15 / 1.140 (1,32 %)	8 / 65 (12,31 %)	8 / 1.140 (0,70 %)	20 / 65 (30,77 %)	20 / 1.140 (1,75 %)	1 / 65 (1,54 %)	1 / 1.140 (0,09 %)
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	60 / 1.058 (5,67 %)	22	0 / 60 (0,00 %)	0 / 1.058 (0,00 %)	28 / 60 (46,67 %)	28 / 1.058 (2,65 %)	6 / 60 (10,00 %)	6 / 1.058 (0,57 %)	2 / 60 (3,33 %)	2 / 1.058 (0,19 %)	2 / 60 (3,33 %)	2 / 1.058 (0,19 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	71 / 1.088 (6,53 %)	39	0 / 71 (0,00 %)	0 / 1.088 (0,00 %)	26 / 71 (36,62 %)	26 / 1.088 (2,39 %)	4 / 71 (5,63 %)	4 / 1.088 (0,37 %)	0 / 71 (0,00 %)	0 / 1.088 (0,00 %)	2 / 71 (2,82 %)	2 / 1.088 (0,18 %)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	103 / 990 (10,40 %)	43	0 / 103 (0,00 %)	0 / 990 (0,00 %)	54 / 103 (52,43 %)	54 / 990 (5,45 %)	6 / 103 (5,83 %)	6 / 990 (0,61 %)	0 / 103 (0,00 %)	0 / 990 (0,00 %)	0 / 103 (0,00 %)	0 / 990 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	60 / 1.058 (5,67 %)	18	0 / 60 (0,00 %)	0 / 1.058 (0,00 %)	28 / 60 (46,67 %)	28 / 1.058 (2,65 %)	10 / 60 (16,67 %)	10 / 1.058 (0,95 %)	1 / 60 (1,67 %)	1 / 1.058 (0,09 %)	3 / 60 (5,00 %)	3 / 1.058 (0,28 %)
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	83 / 1.088 (7,63 %)	17	0 / 83 (0,00 %)	0 / 1.088 (0,00 %)	44 / 83 (53,01 %)	44 / 1.088 (4,04 %)	18 / 83 (21,69 %)	18 / 1.088 (1,65 %)	2 / 83 (2,41 %)	2 / 1.088 (0,18 %)	2 / 83 (2,41 %)	2 / 1.088 (0,18 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	160 / 1.029 (15,55 %)	50	0 / 160 (0,00 %)	0 / 1.029 (0,00 %)	86 / 160 (53,75 %)	86 / 1.029 (8,36 %)	23 / 160 (14,37 %)	23 / 1.029 (2,24 %)	1 / 160 (0,62 %)	1 / 1.029 (0,10 %)	0 / 160 (0,00 %)	0 / 1.029 (0,00 %)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	61 / 1.138 (5,36 %)	22	0 / 61 (0,00 %)	0 / 1.138 (0,00 %)	26 / 61 (42,62 %)	26 / 1.138 (2,28 %)	6 / 61 (9,84 %)	6 / 1.138 (0,53 %)	6 / 61 (9,84 %)	6 / 1.138 (0,53 %)	1 / 61 (1,64 %)	1 / 1.138 (0,09 %)
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-	72 / 1.073 (6,71 %)	1	0 / 72 (0,00 %)	0 / 1.073 (0,00 %)	66 / 72 (91,67 %)	66 / 1.073 (6,15 %)	2 / 72 (2,78 %)	2 / 1.073 (0,19 %)	1 / 72 (1,39 %)	1 / 1.073 (0,09 %)	2 / 72 (2,78 %)	2 / 1.073 (0,19 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI
	Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel												
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	57 / 1.146 (4,97 %)	22	0 / 57 (0,00 %)	0 / 1.146 (0,00 %)	26 / 57 (45,61 %)	26 / 1.146 (2,27 %)	8 / 57 (14,04 %)	8 / 1.146 (0,70 %)	1 / 57 (1,75 %)	1 / 1.146 (0,09 %)	0 / 57 (0,00 %)	0 / 1.146 (0,00 %)

Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	62	21	-	7	2	-
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	217	81	-	10	0	-
54003	Präoperative Verweildauer	174	74	-	44	12	-
54004	Sturzprophylaxe	65	25	-	8	2	-
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	60	17	-	6	1	-
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	71	16	-	4	0	-
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	103	35	-	6	2	-

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	60	11	-	10	1	-
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	83	19	-	18	1	-
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	160	49	-	23	5	-
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	61	16	-	6	1	-
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	72	2	-	2	0	-
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	57	0	-	8	0	-

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – HGV-HEP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
356	177	154	81	22	8

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

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

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul HGV-HEP insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 6 zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 12.358 Auffälligkeitskriterienenergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 31 wiedergegeben, wurden 264 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zu 180 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 84-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Zu einem Ergebnis fand ein Gespräch und zu einem Ergebnis eine Begehung statt.

Es wurden 126 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 264) einem Anteil von 47,73 % entspricht und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einen Anteil von 70,00 % (126/180).

Zu 7 Leistungserbringerergebnissen wurden 9 Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert. 6-mal wurden sonstige Maßnahmen initiiert und jeweils einmal die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien, sowie die Implementierung von Behandlungspfaden und Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

Die meisten Qualitätssicherungsmaßnahmen (6 von 9) betrafen das Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)“ (ID 850276).

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	12.383	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	264	2,13
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	264	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	84	31,82
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	180	68,18
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	180	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,56
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,56
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	42	15,91
Bewertung als qualitativ auffällig	126	47,73
Sonstiges	12	4,55
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	9	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)“ (ID 850276) ermittelt (n = 69 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 1.074 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium; 6,42 %; Tabelle 32).

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)“ (ID 850277) festgestellt (68,75 %; n = 11 von 16). Der höchste Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen wurde im Auffälligkeitskriterium „Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer“ (ID 851905) ermittelt (37,84 %; n = 14 von 37).

Zusammengefasst weisen folgende Auffälligkeitskriterien eine Rate an qualitativen Auffälligkeiten von mindestens 50,00 % auf:

- Auffälligkeitskriterium 850151 „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“: 17 von 28 (60,71 %) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2022 waren qualitativ auffällig, die intraoperativen Frakturen wurden bei diesen Leistungserbringern also für die Qualitätssicherung fälschlicherweise nicht angegeben, obwohl sie kodiert wurden. 5 Leistungserbringer waren qualitativ unauffällig, bei 6 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.
- Auffälligkeitskriterium 851804 „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen“: 8 von 13 (61,54 %) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2022 waren qualitativ auffällig, die Prozedurbögen wurden bei diesen Leistungserbringern also fälschlicherweise angegeben. Bei 5 Leistungserbringern wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.
- Auffälligkeitskriterium 852102 „Angabe von ASA 5“: 2 von 4 (50,00 %) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2022 waren qualitativ auffällig, die ASA-Einstufung der Fälle wurde bei diesen Leistungserbringern also für die Qualitätssicherung nicht korrekt eingetragen. Tatsächlich lag demnach eine niedrigere ASA-Klassifikation vor. Ein Leistungserbringer war qualitativ unauffällig, und bei einem Leistungserbringer wurde die Bewertung „Sonstiges“ gewählt.
- Auffälligkeitskriterium 850277 „Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)“: 11 von 16 (68,75 %) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2022 waren qualitativ auffällig. Bei den Leistungserbringern wurden also zu viele QS-Dokumentationsbögen zu Wechseleingriffen übermittelt. Ein Leistungserbringer wurde mit „Sonstiges“ bewertet. Bei 4 Leistungserbringern wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Im Vergleich zum Vorjahr sind anteilig weniger Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet worden (AJ 2022: 52,66 %, 109 von 207; AJ 2023: 47,73 %, 126 von 264). Dies kann damit begründet werden, dass im Auswertungsjahr 2023 anteilig häufiger kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde als im Auswertungsjahr 2022 (AJ 2022: 24,64 %, 51 von 207; AJ 2023: 31,82 %, 84 von 264).

Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit											
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	29 / 921 (3,15 %)	9	0 / 29 (0,00 %)	0 / 921 (0,00 %)	6 / 29 (20,69 %)	6 / 921 (0,65 %)	13 / 29 (44,83 %)	13 / 921 (1,41 %)	1 / 29 (3,45 %)	1 / 921 (0,11 %)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	28 / 715 (3,92 %)	6	0 / 28 (0,00 %)	0 / 715 (0,00 %)	5 / 28 (17,86 %)	5 / 715 (0,70 %)	17 / 28 (60,71 %)	17 / 715 (2,38 %)	0 / 28 (0,00 %)	0 / 715 (0,00 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	13 / 846 (1,54 %)	5	0 / 13 (0,00 %)	0 / 846 (0,00 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 846 (0,00 %)	8 / 13 (61,54 %)	8 / 846 (0,95 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 846 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	37 / 1.032 (3,59 %)	9	0 / 37 (0,00 %)	0 / 1.032 (0,00 %)	14 / 37 (37,84 %)	14 / 1.032 (1,36 %)	14 / 37 (37,84 %)	14 / 1.032 (1,36 %)	0 / 37 (0,00 %)	0 / 1.032 (0,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	34 / 744 (4,57 %)	14	0 / 34 (0,00 %)	0 / 744 (0,00 %)	7 / 34 (20,59 %)	7 / 744 (0,94 %)	13 / 34 (38,24 %)	13 / 744 (1,75 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 744 (0,00 %)
852102	Angabe von ASA 5	4 / 1.142 (0,35 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 1.142 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 1.142 (0,09 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 1.142 (0,18 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 1.142 (0,09 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	11 / 1.209 (0,91 %)	2	0 / 11 (0,00 %)	0 / 1.209 (0,00 %)	2 / 11 (18,18 %)	2 / 1.209 (0,17 %)	5 / 11 (45,45 %)	5 / 1.209 (0,41 %)	2 / 11 (18,18 %)	2 / 1.209 (0,17 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	9 / 1.210 (0,74 %)	4	0 / 9 (0,00 %)	0 / 1.210 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 1.210 (0,00 %)	3 / 9 (33,33 %)	3 / 1.210 (0,25 %)	2 / 9 (22,22 %)	2 / 1.210 (0,17 %)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	13 / 1.210 (1,07 %)	7	0 / 13 (0,00 %)	0 / 1.210 (0,00 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 1.210 (0,00 %)	6 / 13 (46,15 %)	6 / 1.210 (0,50 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 1.210 (0,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	69 / 1.074 (6,42 %)	23	0 / 69 (0,00 %)	0 / 1.074 (0,00 %)	7 / 69 (10,14 %)	7 / 1.074 (0,65 %)	34 / 69 (49,28 %)	34 / 1.074 (3,17 %)	5 / 69 (7,25 %)	5 / 1.074 (0,47 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	16 / 1.074 (1,49 %)	4	0 / 16 (0,00 %)	0 / 1.074 (0,00 %)	0 / 16 (0,00 %)	0 / 1.074 (0,00 %)	11 / 16 (68,75 %)	11 / 1.074 (1,02 %)	1 / 16 (6,25 %)	1 / 1.074 (0,09 %)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	1 / 1.206 (0,08 %)	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1.206 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1.206 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1.206 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1.206 (0,00 %)

In Tabelle 33 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2022 abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS HGV erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ jeweils kein Ergebnis ausgegeben werden.

In den 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufweisen. Dies betraf v. a. das Auffälligkeitskriterium „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen“ (ID 851804).

In den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Darunter war ein Leistungserbringer, der im Vorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert hat und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwies.

Dabei kann ein Leistungserbringer auch in mehreren Auffälligkeitskriterien des Moduls HGV-HEP über den Vergleichszeitraum sowohl rechnerische als auch qualitativ auffällige Ergebnisse haben.

Tabelle 33: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit							
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	29	5	-	13	1	-
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	28	2	-	17	1	-
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	13	5	-	8	3	-
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	37	6	-	14	1	-

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	34	6	-	13	1	-
852102	Angabe von ASA 5	4	0	-	2	0	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit							
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	11	2	-	5	1	-
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	9	0	-	3	0	-
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	13	0	-	6	0	-

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon Leistungserbringer mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	69	15	-	34	7	-
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	16	1	-	11	0	-
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	1	0	-	0	0	-

In Tabelle 34 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt.

Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten betrafen einige Leistungserbringer. 31 Leistungserbringer hatten in je 2 Auffälligkeitskriterien ein rechnerisch auffälliges Ergebnis und 8 in mindestens 3 Auffälligkeitskriterien. 15 Leistungserbringer hatten in je 2 Auffälligkeitskriterien und 2 in je 3 Auffälligkeitskriterien qualitativ auffällige Ergebnisse.

Tabelle 34: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – HGV-HEP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl Leistungserbringer mit 1 Auffälligkeit	Anzahl Leistungserbringer mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl Leistungserbringer mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl Leistungserbringer mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl Leistungserbringer mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl Leistungserbringer mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
178	31	8	90	15	2

4 Evaluation

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

Die in § 1 Satz 2 Teil 2 Verfahren 14 (QS HGV) der DeQS-RL formulierten Ziele des Verfahrens beinhalten die Verbesserung der Indikationsstellung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Verringerung von Komplikationen während und nach der Operation genannt. Im Modul HGV-HEP werden die genannten Aspekte mittels 13 Qualitätsindikatoren und 2 Transparenzkennzahlen abgebildet. 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) – die zumeist eine Verzögerung oder ein Hindernis in der Wiederherstellung der Mobilität darstellen – und Parameter zur Mobilität selbst (ein Indikator und eine Transparenzkennzahl) im Fokus stehen.

Es wurden 7 Qualitätsindikatoren zum Erfassungsjahr 2023 in Form von Erweiterung bzw. Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle, sowie der Einführung einer weichen Plausibilitätsregel zwischen Entlassungsdiagnose und Komplikationen überarbeitet. Daraus resultiert für die Indikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen eine verbesserte Dokumentation, so dass damit der im letzten Jahr adressierten Unterdokumentation seitens des EXG entgegen gewirkt wurde.

Bezüglich der Weiterentwicklung des gesamten Verfahrens und der Rückmeldungen der LAG sei an dieser Stelle auf die Erläuterungen in Kapitel 4 im Bericht zu HGV-OSFRAK verwiesen.

5 Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse im Auswertungsmodul *HGV-HEP* zeigen, dass vor allem für die spezifischen Komplikationen bei Wechseloperationen eine bessere Dokumentation erreicht werden konnte. Auffällig ist, dass zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen insbesondere auch der Anteil der sonstigen (allgemeinen oder spezifischen) Komplikationen im Vergleich zum Vorjahr stark angestiegen ist. Da diese Angaben nicht in die Zähler der Qualitätsindikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen eingehen, bleibt eine Unschärfe bei der Erfassung der Komplikationen mit den aktuellen Indikatoren bestehen.

Die Risikoadjustierungsmodelle der Indikatoren zu den Komplikationen wurden entweder umfangreich überarbeitet oder neu eingeführt. Auch das Risikoadjustierungsmodell des Qualitätsindikators zu Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln wurde überarbeitet. Bei diesen Indikatoren wurden zum Erfassungsjahr 2023 Vorerkrankungen in die Risikoadjustierungsmodelle aufgenommen, wodurch der Vergleich der Leistungserbringer verbessert werden konnte.

Für den Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer haben die EXG-Mitglieder empfohlen, die präoperative Verweildauer, unabhängig von den gerinnungshemmenden Medikamenten, ab dem Erfassungsjahr 2026 für alle Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur auf 24 Stunden abzusenken.

Anhand der Transparenzkennzahl zum Treppensteigen bei Entlassung konnte zum Auswertungsjahr 2024 der für Patientinnen und Patienten sehr wichtige Qualitätsaspekt der Mobilität nach elektiven Eingriffen erstmalig ausgewertet werden.

Im Verfahren *QS HGV* sind für die nächsten Jahre umfangreiche Anpassungen geplant. Dazu wurde das IQTIG vom G-BA zum einen mit der Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozess- und Ergebnisqualität der Knie- und Hüftendoprothesenversorgung aus Patientensicht beauftragt (G-BA 2024a) und zum anderen mit der Integration von Sozialdaten in das Verfahren *QS HGV* (G-BA 2024b).

Mit der Beauftragung zur Erstellung einer Sozialdatenspezifikation und ihrer Integration in das Verfahren *QS HGV* besteht die Möglichkeit, dass die Zuordnung der allgemeinen und spezifischen Komplikationen nicht wie bisher durch die Leistungserbringer getätigt werden muss, sondern anhand der abgerechneten ICD-Kodes durch das IQTIG erfolgt, sodass die oben beschriebene Unschärfe verringert werden kann.

Die Entwicklung einer Patientenbefragung ermöglicht es zukünftig, zu prüfen, ob relevante Qualitätsparameter, die über die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht abgebildet werden können, über diese Datenquelle abbildbar sind.

Der Abschlussbericht der Beauftragung zur Verfahrensüberprüfung vom 19. Januar 2023 wurde am 14. Juni 2024 dem G-BA übergeben. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revascularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* sowie *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)*. Das IQTIG hat Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren in Form des Abschlussberichts vorgelegt. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung vorgesehen.

Literatur

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Integration von Sozialdaten in den Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) gemäß DeQS-RL. [Stand:] 02.11.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5712/2022-11-02_IQTIG-Beauftragung_Integration-SozDat-QS-HGV-QS-KEP.pdf (abgerufen am: 21.03.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren. [Stand:] 19.01.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 30.01.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozess- und Ergebnisqualität der Knie- und Hüftendoprothesenversorgung aus Patientensicht. [Stand:] 31.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6444/2024-01-31_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Patientenbefragung-Knie-Hueftendoprothesenversorgung.pdf (abgerufen am: 07.02.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung einer Sozialdatenspezifikation für das QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) der DeQS-RL. [Stand:] 03.07.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6710/2024-07-03_DeQS-RL_IQTIG-Beauftragung_Sozialdatenspezifikation-QS-HGV.pdf (abgerufen am: 29.07.2024).
- Grimberg, A; Lützner, J; Melsheimer, O; Morlock, M; Steinbrück, A (2023): Mit Sicherheit mehr Qualität. Jahresbericht 2023. Berlin: EPRD [Deutsche Endoprothesenregister]. DOI: 10.36186/reportepd082023.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV. Abschlussbericht. [Stand:] 14.06.2024. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- Müller-Mai, CM; Schulze Raestrup, US; Kostuj, T; Dahlhoff, G; Günster, C; Smektala, R (2015): Einjahresverläufe nach proximalen Femurfrakturen. Poststationäre Analyse von Letalität und Pflegestufen durch Kassendaten. *Der Unfallchirurg* 118(9): 780-794. DOI: 10.1007/s00113-013-2534-7.

Neumann, CJ; Kaiser, TD; Smejtala, R (2024): Gerinnungsaktive Medikation bei endoprothetisch versorgter proximaler Femurfraktur – Komplikationen und Mortalität unter Berücksichtigung des Versorgungszeitpunktes als Qualitätskriterium. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*, Epub 18.06.2024. DOI: 10.1055/a-2324-1877.

Simunovic, N; Devereaux, PJ; Sprague, S; Guyatt, GH; Schemitsch, E; DeBeer, J; et al. (2010): Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal* 182(15): 1609-1616. DOI: 10.1503/cmaj.092220.