IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

QS-Verfahren
Hüftgelenkversorgung

Bundesqualitätsbericht 2026

21. Oktober 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung*. Bundesqualitätsbericht 2026
Abgabe	14. August 2026
Aktualisierung	21. Oktober 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 8
Vorbemerkung 9
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung 10
1 Hintergrund 11
2 Einordnung der Ergebnisse 14
2.1 Datengrundlage 14
2.1.1 Überblick 14
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 14
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 14
2.2.1 Überblick 14
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 17
2.2.3 Detailergebnisse 20
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 29
2.3.1 Überblick 29
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 30
2.3.3 Detailergebnisse 32
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 38
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 38
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 40
Hüftendoprothesenversorgung 43
1 Hintergrund 44
2 Einordnung der Ergebnisse 49
2.1 Datengrundlage 49
2.1.1 Überblick 49
2.1.2 QS-Dokumentationsdaten 49
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 50
2.2.1 Überblick 50
2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 53

© IQTIG 2026

2.2.3 Detailergebnisse 59
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens 80
2.3.1 Überblick 80
2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse 82
2.3.3 Detailergebnisse 88
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen 100
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren 100
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) 103
4 Evaluation 106
5 Ausblick 108
Literatur 110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HGV-OSFRAK 12
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HGV-OSFRAK 13
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-OSFRAK 14
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - HGV-OSFRAK 17
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HGV-OSFRAK 18
Tabelle 6: QI 54030: Präoperative Verweildauer 20
Tabelle 7: QI 54050: Sturzprophylaxe 23
Tabelle 8: QI 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 23
Tabelle 9: QI 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 25
Tabelle 10: QI 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 27
Tabelle 11: TKez 54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 28
Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - HGV-OSFRAK 30
Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HGV-OSFRAK 31
Tabelle 14: AK 850147: Angabe von ASA 5 32
Tabelle 15: AK 850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation 33
Tabelle 16: AK 850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen 34
Tabelle 17: AK 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 35
Tabelle 18: AK 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 36
Tabelle 19: AK 850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 37
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK 38
Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK 40
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HGV-HEP 45
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – HGV-HEP 47
Tabelle 24: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP 49
Tabelle 25: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP 50
Tabelle 26: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP 50

Tabelle 27: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - HGV-HEP 53
Tabelle 28: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HGV-HEP 57
Tabelle 29: QI 54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation 59
Tabelle 30: QI 54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 59
Tabelle 31: QI 54003: Präoperative Verweildauer 60
Tabelle 32: QI 54004: Sturzprophylaxe 63
Tabelle 33: QI 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 65
Tabelle 34: QI 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 66
Tabelle 35: QI 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 68
Tabelle 36: QI 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 69
Tabelle 37: QI 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 70
Tabelle 38: QI 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 72
Tabelle 39: QI 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 74
Tabelle 40: QI 192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung 76
Tabelle 41: QI 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 77
Tabelle 42: TKez 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur 78
Tabelle 43: QI 10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen 78
Tabelle 44: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - HGV-HEP 82
Tabelle 45: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – HGV-HEP 84
Tabelle 46: AK 850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen 88
Tabelle 47: AK 850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation 89
Tabelle 48: AK 851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen 90
Tabelle 49: AK 851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer 91
Tabelle 50: AK 851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes 92
Tabelle 51: AK 852102: Angabe von ASA 5 93
Tabelle 52: AK 850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten 94
Tabelle 53: AK 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation) 95

Tabelle 54: AK 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)..... 96
Tabelle 55: AK 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)..... 96
Tabelle 56: AK 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)..... 98
Tabelle 57: AK 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)..... 99
Tabelle 58: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP.....100
Tabelle 59: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP.....103

Abkürzungsverzeichnis

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

Vorbemerkung

Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahen Femurfraktur wird grundsätzlich zwischen hüftkopferhaltenden und hüftkopfersetzenden Methoden unterschieden. Das QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung* (*QS HGV*) beinhaltet entsprechend zwei Auswertungsmodule.

Im Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (*HGV-OS-FRAK*) werden hüftkopferhaltend (osteosynthetisch) versorgte hüftgelenknahe Femurfrakturen betrachtet. Das Auswertungsmodul *Hüftendoprothesenversorgung* (*HGV-HEP*) nimmt dagegen hüftgelenknahe Femurfrakturen in den Blick, die hüftkopfersetzend (endoprothetisch) versorgt werden. Größtenteils betrachtet dieses Auswertungsmodul jedoch geplante Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und Hüftendoprothesenwechsel bzw. –Komponentenwechsel.

Das Verfahren wurde im Rahmen der Eckpunktebeauftragung des GBA überprüft. Ziel war es, das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Die bisherigen QS-dokumentationsbasierten Indikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen, zur Sterblichkeit sowie zu frühzeitigen Wechseln werden im Auswertungsjahr 2026 letztmalig berichtet. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden diese Qualitätsaspekte in Form von Kennzahlen berechnet, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle basieren.

© IQTIG 2026

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

1 Hintergrund

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

Während viele andere Knochenbrüche konservativ behandelt werden können, um wieder ausreichend zu verheilen, z. B. mit einer Ruhigstellung im Gips, ist eine solche Therapie bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur zumeist nicht möglich. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Verbindung der Knochen durch Metallteile nennt man Osteosynthese. Jährlich erleiden ca. 65.000 Patientinnen und Patienten einen hüftgelenknahen Oberschenkelbruch, der mit einer Osteosynthese versorgt wird.

Im Verfahren *QS HGV* bildet das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* die Qualität der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten (ab einem Alter von 18 Jahren) ab. Die Krankenhäuser dokumentieren zu jeder Operation die während des Eingriffs und danach aufgetretenen Komplikationen, die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Sterblichkeit. Das Ziel der operativen Behandlung ist eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung oder Verbesserung der Mobilität und der körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten.

Aus dem Verfahren ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen eine Osteosynthese aufgrund sehr spezifischer Erkrankungen nötig ist. Dazu zählen beispielsweise Krebserkrankungen oder bereits im Kindesalter aufgetretene Fehlbildungen bzw. Gelenkentzündungen. Die Operationen sind in diesen Fällen meist sehr komplex und nicht mit den Operationen der Regelversorgung zu vergleichen. Darüber hinaus werden auch Patientinnen und Patienten mit Polytrauma oder anderen Begleitverletzungen ausgeschlossen. Bei einem Polytrauma liegen gleichzeitig mehrere schwere Verletzungen an verschiedenen Körperregionen oder Organen vor, die gemeinsam potenziell lebensbedrohlich sind.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* umfasst 5 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Eine besonders wichtige Rolle bei der osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur spielt der Zeitraum von der Aufnahme in eine Klinik bis zur Operation. Je mehr Zeit zwischen Frakturereignis und Operation vergeht, desto mehr Komplikationen können auftreten. Der Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) prüft, ob Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 (bei Einnahme gerinnungshemmender Medikamente innerhalb von 48) Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus operativ versorgt werden. Darüber hinaus werden die mit der Operation zusammenhängenden spezifischen (ID 54029) und allgemeinen (ID 54042) Komplikationen erfasst.

Der Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung" (ID 54033) bildet ab, ob Patientinnen und Patienten bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig gehen können. Betrachtet werden dabei nur diejenigen, die auch vor dem Krankenhausaufenthalt dazu in der Lage waren. Die Sterblichkeit während und nach der Operation wird durch eine Kennzahl erfasst (ID 54046). Für den Indikator zur Sturzprophylaxe (ID 54050) wird infolge der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung der Referenzbereich für das Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54030	Präoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2025
54050	Sturzprophylaxe	QS-Dokumentation	2025
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2025
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2025
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2025
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

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

Eines der 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (ID 850147) bezieht sich auf die Angabe der ASA-Kategorie 5. Die ASA-Klassifikation dient der Abschätzung des präoperativen Gesundheitszustands einer Patientin oder eines Patienten und wird in allen Risikoadjustierungsmodellen verwendet. Fehldokumentationen haben somit Einfluss auf die Einschätzung des Risikoprofils der Leistungserbringer.

Die anderen beiden Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (IDs 850148 und 850149) beziehen sich auf fehlerhafte oder unplausible Dokumentationen von unterschiedlichen Komplikationen. Zum einen werden Fälle erfasst, bei denen eine „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation" eingegeben wurde, zum anderen Fälle, bei denen Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen kodiert wurden. Nicht angegebene Komplikationen fallen aus der Berechnung der Indikatoren zu den allgemeinen oder spezifischen Komplikationen heraus. Das kann eine Unterschätzung der Komplikationsraten nach sich ziehen.

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

Folgende Auffälligkeitskriterien werden im Auswertungsjahr 2026 letztmalig ausgewertet:

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

Grund dafür sind die Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* ab dem Erfassungsjahr 2026 und die damit verbundenen Anpassungen des QS-Dokumentationsbogens.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – 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

2.1.1 Überblick

Die Anzahl der für das Auswertungsjahr 2026 übermittelten Datensätze und der entlassenden Standorte auf Bundesebene ist im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* geringfügig höher als erwartet. Die Vollzähligkeit der Datensätze liegt für das Auswertungsjahr 2026 bei 100,41 % und damit in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr. Insgesamt wurden im Vergleich zum Vorjahr 556 Datensätze weniger übermittelt.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Die Anzahl der Leistungserbringer im Auswertungsmodul nimmt weiterhin ab (EJ 2025: 934; EJ 2024: 993). Dies ist vor allem auf die zunehmende Zentralisierung der Krankenhausversorgung zurückzuführen. Komplexe Behandlungen sollen dadurch stärker auf spezialisierte Zentren konzentriert werden. Aufgrund höherer Fallzahlen werden dort bessere Behandlungsergebnisse erwartet. Die Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen wird somit zunehmend auf größere Leistungserbringer verlagert.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-OSFRAK

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	64.516 64.444 72	64.255	100,41
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	934		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.003	1.001	100,20
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	847	843	100,47

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) hat sich seit dem Erfassungsjahr 2015 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) stetig

verringert und ist im Auswertungsjahr 2026 erneut um 0,35 Prozentpunkte gesunken. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wird also innerhalb des angestrebten Zeitraums operiert; die Zahl derjenigen, bei denen das nicht der Fall ist, sinkt kontinuierlich. Das IQTIG und das Expertengremium auf Bundesebene erachten diese Entwicklung als äußerst positiv. Sie ist auf die Arbeit aller Beteiligten (Leistungserbringer, LAG, Expertengremien und IQTIG) und auf die Umsetzung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) zurückzuführen.

Zwar hat dieser Indikator von allen Indikatoren des Moduls im Auswertungsjahr 2026 erneut den höchsten Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (8,12 %). Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dieser Anteil jedoch um ca. 2 Prozentpunkte verringert. Im Auswertungsjahr 2024 lag dieser Wert bei 14,64 % und im Auswertungsjahr 2023 bei 19,65 %. Der Verlauf zeigt, dass trotz der bereits erzielten Verbesserungen bei vielen Leistungserbringern weiterhin Optimierungspotenzial besteht.

Im Ländervergleich der Ergebnisse dieses Indikators zeigen sich in einigen Ländern Verschlechterungen vom Erfassungsjahr 2024 zu 2025. Dieser Trend in einzelnen Ländern sollte weiter beobachtet werden, insbesondere vor dem Hintergrund der verringerten Anzahl an teilnehmenden Leistungserbringern und der damit einhergehenden Zentralisierung der Leistungen. Obwohl Klinikschließungen zur Folge haben können, dass sich die Fallzahl in den umliegenden Krankenhäusern erhöht, ist in vielen Bundesländern trotz geringerer Leistungserbringeranzahl keine Verschlechterung der präoperativen Verweildauer zu beobachten. Das IQTIG wird die Ergebnisse auf Landesebene weiterhin aufmerksam beobachten, bei Bedarf ergänzende Prüfungen durchführen und die Entwicklungen mit dem Expertengremium erörtern.

30 Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahres 2025 wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die Rückmeldungen aus den LAG zeigen, dass vor allem Defizite im Gerinnungsmanagement sowie fehlende OP-Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Qualitätsziel nicht eingehalten werden konnte. 9 der 30 Leistungserbringer waren bereits im Vorjahr qualitativ auffällig, bei diesen wurden insgesamt 15 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Die rohen Bundesraten der Indikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen (IDs 54029 und 54042) liegen im Auswertungsjahr 2026 auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Im Vorjahr waren bei den allgemeinen Komplikationen vor allem die Anzahl der Fälle mit Harnwegsinfektionen und Delir sowie die Angabe „Sonstige Komplikationen“ deutlich gestiegen. Dieser Trend setzte sich aktuell nur für das Delir fort. Bei den spezifischen Komplikationen ist der größte Anstieg ebenfalls für diese Kategorie zu beobachten.

Mit der Integration der Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* entfallen diese Kategorien. Der Großteil der allgemeinen und spezifischen Komplikationen wird zukünftig über diese Datenquelle gewonnen. Die manuelle QS-Dokumentation von Komplikationen ist nur noch notwendig, wenn durch den Diagnosekode nicht klar ist, ob es sich um eine bereits präoperativ vorliegende Diagnose handelt oder eine intra- oder postoperative Komplikation aufgetreten ist.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die gehunfähig aus dem Krankenhaus entlassen wurden (ID 54033), ist im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 nahezu unverändert. Zum

Auswertungsjahr 2024 war der Anteil gesunken, da seitdem Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden, bei denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus stattfand.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Sturzprophylaxe (ID 54050) hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 nicht verändert. Da der Indikator zum Erfassungsjahr 2026 zur Abschaffung empfohlen wurde, ist der Referenzbereich seit dem Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten nach osteosynthetischer Versorgung der Femurfraktur (ID 54046) liegt im Auswertungsjahr 2025 weiterhin unter 5 % und sogar leicht unter dem Niveau des Vorjahres.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54030	Präoperative Verweildauer	7,57 % O = 4.851 N = 64.052	7,22 % O = 4.581 N = 63.428 (≤ 15,00 %)	vergleichbar
54050	Sturzprophylaxe	97,93 % O = 56.186 N = 57.373	97,82 % O = 56.003 N = 57.254 (nicht definiert)	vergleichbar
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00 O/E = 6.932 / 6.932,00 15,63 % O/N = 6.932 / 44.348	1,00 O/E = 6.949 / 6.952,77 15,73 % O/N = 6.949 / 44.180 (≤ 2,32; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 1.286 / 1.286,00 1,98 % O/N = 1.286 / 64.972	0,89 O/E = 1.149 / 1.291,15 1,78 % O/N = 1.149 / 64.409 (≤ 2,75; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 8.743 / 8.743,00 13,46 % O/N = 8.743 / 64.972	0,99 O/E = 8.791 / 8.841,56 13,65 % O/N = 8.791 / 64.409 (≤ 2,06; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	1,00 O/E = 3.046 / 3.046,00 4,69 % O/N = 3.046 / 64.972	0,95 O/E = 2.919 / 3.060,68 4,53 % O/N = 2.919 / 64.409	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54030	Präoperative Verweildauer	2024	99 / 976	10,14	44
		2025	75 / 924	8,12	29
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2024	63 / 984	6,40	13
		2025	55 / 926	5,94	16
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	61 / 993	6,14	17
		2025	54 / 934	5,78	9

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	52 / 993	5,24	18
		2025	50 / 934	5,35	15

2.2.3 Detailergebnisse

Vorbemerkung zur Risikoadjustierung

Bei den Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen sowie dem Indikator zur Gehunfähigkeit und der Transparenzkennzahl zur Sterblichkeit handelt es sich um risikoadjustierte Indikatoren/Kennzahlen. Dabei wird eine indirekte Standardisierung per logistischer Regression angewandt.

Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Komorbiditäten sowie Einnahme von Antikoagulanzien. Darüber hinaus werden pro Indikator bzw. Transparenzkennzahl weitere Faktoren berücksichtigt. Die vollständigen Listen zu den Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 entnommen werden. Die Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle erfolgte auf den Vorjahresdaten (Erfassungsjahr 2024).

Bei dem Risikoadjustierungsmodell für Sterblichkeit gibt es eine Besonderheit: Hier werden die Datensätze der Auswertungsmodule *HGV-HEP* und *HGV-OSFRAK* zur Schätzung des Modells kombiniert. Der Grund für dieses Vorgehen liegt in der geringen Gesamtfallzahl. Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgten eine Prüfung des Risikoadjustierungsmodells und eine Neuschätzung des Einflusses einzelner Risikofaktoren. Die Vergleichbarkeit zum Vorjahr ist daher eingeschränkt gegeben.

Präoperative Verweildauer (ID 54030)

Tabelle 6: QI 54030: Präoperative Verweildauer

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	8,80 % O = 5.645 N = 64.138	7,57 % O = 4.851 N = 64.052	**7,22 %** **O = 4.581** **N = 63.428**
rechnerische Auffälligkeiten	148 / 1.011 14,64 %	99 / 976 10,14 %	**75 / 924** **8,12 %** **(Refbereich: ≤ 15,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	42 / 148 28,38 %	**30 / 99** **30,30 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	42 / 1.011 4,15 %	**30 / 976** **3,07 %**	n. a.

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

Das Bundesergebnis dieses Indikators ist zum Auswertungsjahr 2026 erneut gesunken. Damit liegt es unter dem Niveau des Auswertungsjahrs 2025 und folgt dem seit Jahren positiven Trend.

Ohne die genannten Antikoagulanzien konnte das Qualitätsziel – eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden nach der Krankenhausaufnahme oder dem Sturz im Krankenhaus – im Auswertungsjahr 2026 in 91,94 % der Fälle erreicht werden. Bei Patientinnen und Patienten, die diese Antikoagulanzien einnahmen, lag die Quote für eine Operation innerhalb von 48 Stunden bei 95,83 %.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt im Auswertungsjahr 2026 deutlich unter dem des Vorjahres. In diesem Indikator gibt es im Auswertungsjahr 2026 von allen Indikatoren die meisten rechnerischen Auffälligkeiten. Ca. 40 % (29/75) der Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Vorjahr (AJ 2025) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden wie im Vorjahr ca. 30 % (30/99) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, zumeist davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel.

Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass in vielen Fällen fehlende OP-Kapazitäten sowie Priorisierungsprobleme oder Schwierigkeiten beim Gerinnungsmanagement zu dieser Bewertung führten. Vereinzelt wurden von den LAG auch Verstöße gegen die QSFFx-RL, nicht nachvollziehbares konservatives Vorgehen sowie die Empfehlung einer generellen Prozessstraffung als Gründe für diese Bewertung zurückgemeldet. Auch aufgrund anhaltender Auffälligkeit und Verschlechterung im QI-Ergebnis wurde ein Leistungserbringer als qualitativ auffällig bewertet. Einmal wurde von einer LAG berichtet, dass die Verzögerungen der Operationen nicht ausreichend von den Expertinnen und Experten der Fachkommission nachvollzogen werden konnten und auf eine Rückfrage keine Antwort mehr folgte.

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

In diesem Qualitätsindikator werden häufig Leistungserbringer mit kleinerer und mittlerer Fallzahl in der Grundgesamtheit rechnerisch auffällig. Es gab aber auch beispielsweise 3 Leistungserbringer mit QI-Ergebnissen von über 25 % und jeweils mindestens 100 operierten Patientinnen und Patienten im Auswertungsjahr 2025. Diese Leistungserbringer wurden aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel als qualitativ auffällig bewertet.

Bei einem dieser Leistungserbringer führte die LAG das QI-Ergebnis von über 30 % auf fehlende OP-Kapazitäten sowie auf ein mangelndes perioperatives Gerinnungsmanagement hinsichtlich der Marcumar-Patientinnen und -Patienten zurück. Das Leistungserbringerergebnis hat sich im Auswertungsjahr 2026 zwar verringert, liegt jedoch weiterhin bei ca. 26 %.

Beim zweiten Leistungserbringer, der im Auswertungsjahr 2025 ein QI-Ergebnis von über 28 % aufwies, führten laut der LAG Kapazitätsprobleme zu einer Bewertung als qualitativ auffällig. Diesem Leistungserbringer hat die LAG geraten, die Priorisierung anzupassen. Das Leistungserbringerergebnis ist im Auswertungsjahr 2026 nicht rechnerisch auffällig.

Beim dritten Leistungserbringer, der im Auswertungsjahr 2025 ein QI-Ergebnis von 26 % aufwies, erkannte die Fachkommission das dritte Jahr in Folge Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Dies ist laut der LAG auf ein nicht nachvollziehbares perioperatives Gerinnungsmanagement, eine nicht erkennbare Priorisierung der Eingriffe sowie verzögerte Vorbereitungszeiten durch die Anästhesie zurückzuführen. Die LAG hat mit diesem Leistungserbringer im Kollegialgespräch Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet und eine Zielvereinbarung zum Festhalten der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen abgeschlossen. Das QI-Ergebnis des Leistungserbringers hat sich im Auswertungsjahr 2026 verbessert, ist mit ca. 17 % jedoch weiterhin rechnerisch auffällig.

45 % der Leistungserbringerergebnisse (45/99) wurden als qualitativ unauffällig eingestuft. Am häufigsten wurde die Kategorie „unauffällig aufgrund von Einzelfällen (Bewertung ‚U62')" ohne weitere Begründung vergeben. Eine weiterführende Prüfung des IQTIG ergab, dass sich innerhalb dieser Bewertungskategorie durchaus Leistungserbringer mit hohen Fallzahlen im Zähler und deutlich vom Referenzwert abweichendem Ergebnis befanden. Die Bewertung wird laut dem Expertengremium auf Bundesebene auch gewählt, wenn es sich jeweils um nachvollziehbare Einzelfälle handele und keine strukturellen oder prozeduralen Defizite erkennbar seien.

Bei 15 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten die LAG keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität feststellen. Jedoch lagen vereinzelte Dokumentationsprobleme vor. Diese Bewertung als qualitativ unauffällig hat auch ein großer Leistungserbringer mit einem QI-Ergebnis von ca. 25 % erhalten. Das Leistungserbringerergebnis liegt im Auswertungsjahr 2026 wieder im Referenzbereich.

Zu 20 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet – dies zumeist aufgrund von Einzelfällen, kleiner Fallzahl oder weil das Ergebnis laut LAG nicht signifikant vom Referenzwert abgewichen ist. Bei 9 Leistungserbringern wurden insgesamt 15 Maßnahmen der Stufe 1 und keine der Stufe 2 eingeleitet.

Die im Dezember 2024 beschlossene grundlegende Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) sieht eine Zentralisierung der Leistungen vor. Dies betrifft auch hüftgelenknahe Femurfrakturen. Bereits seit Jahren stellen immer mehr Leistungserbringer die Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen ein (siehe Abschnitt 2.1.2). Seit Inkrafttreten der Reform setzt sich der Trend weiter fort.

Die Mitglieder des Expertengremiums (EXG) haben in der Frühjahrssitzung 2026 zurückgemeldet, dass sich durch Klinikschließungen die Fallzahl in den umliegenden Krankenhäusern erhöhe. Dies kann zu Veränderungen in den klinischen Strukturen und Prozessen führen.

Die Auswirkungen der Krankenhausreform und die Änderungen aufgrund der parallel geltenden QSFFx-RL sind jedoch nicht isoliert voneinander bewertbar.

Aufgrund der derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitswesen und der QI-Entwicklung sind die Auswirkungen weiterer Verschärfungen des Indikators schwer beurteilbar. Im Expertengremium besteht aktuell kein Konsens darüber, den Qualitätsindikator weiter zu verschärfen.

Ab dem Erfassungsjahr 2027 werden im Indikator auch subtrochantäre Femurfrakturen berücksichtigt. Diese Frakturen sollten möglichst innerhalb von 48 Stunden operativ versorgt werden.

Sturzprophylaxe (ID 54050)

Tabelle 7: QI 54050: Sturzprophylaxe

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	97,59 % O = 55.755 N = 57.132	97,93 % O = 56.186 N = 57.373	**97,82 %** **O = 56.003** **N = 57.254**
rechnerische Auffälligkeiten	31 / 1.018 3,05 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 31 6,45 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 1.018 0,20 %	**n. a.**	n. a.

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

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

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54033)

Tabelle 8: QI 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,01 O/E = 7.018 / 6.979,66 15,73 % O/N = 7.018 / 44.603	1,00 O/E = 6.932 / 6.932,00 15,63 % O/N = 6.932 / 44.348	**1,00** **O/E = 6.949 / 6.952,77** **15,73 %** **O/N = 6.949 / 44.180**
rechnerische Auffälligkeiten	59 / 1.014 5,82 %	63 / 984 6,40 %	**55 / 926** **5,94 %** **(Refbereich: ≤ 2,32; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 59 8,47 %	**6 / 63** **9,52 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	5 / 1.014 0,49 %	**6 / 984** **0,61 %**	n. a.

Mit diesem Indikator wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten ermittelt, die bei Aufnahme, nicht aber bei Entlassung gehfähig waren. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die ein Polytrauma erlitten haben oder nach der Operation in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden. Bei diesen muss die Gehfähigkeit zum Entlasszeitpunkt aus dem Akutkrankenhaus nicht wiederhergestellt sein. Ab dem Erfassungsjahr 2026 werden in diesem Indikator zudem Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung entlassen worden sind.

Die Risikoadjustierung enthält seit dem Auswertungsjahr 2026 auch Komorbiditäten. Damit wurde eine Empfehlung aus der Eckpunktebeauftragung umgesetzt.

Das Ergebnis des Indikators liegt im Auswertungsjahr 2026 bei 1,0. Das bedeutet, dass genau so viele Fälle in den Zähler eingegangen sind wie anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate zeigt, dass bei der Entlassung 15,73 % der Patientinnen und Patienten gehunfähig waren, obwohl sie dazu bei der Aufnahme noch in der Lage waren. Dieser Anteil ist über die letzten drei Jahre konstant.

Zu diesem Indikator wurden zum Auswertungsjahr 2025 insgesamt 55 Stellungnahmeverfahren geführt. Dabei wurden die Ergebnisse von 5 Leistungserbringern als qualitativ auffällig bewertet. In einem Fall sah die LAG Mängel in der adäquaten Erfassung der Gehfähigkeit bei Aufnahme. In einem anderen stellte die LAG fest, dass das Vorgehen nicht leitliniengerecht war. Der Leistungserbringer wurde darauf hingewiesen, dass die operative Versorgung der Patientinnen und Patienten so erfolgen muss, dass sie mit voller Belastung mobilisiert werden können. Viermal wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, sodass das Ergebnis als qualitativ auffällig eingeschätzt wurde.

35 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig eingestuft, meist aufgrund von Einzelfällen. Bei einigen Leistungserbringern sei das rechnerisch auffällige Ergebnis auf vereinzelte Dokumentationsprobleme zurückzuführen gewesen.

Im Vergleich mit anderen Indikatoren wurden für die Gehunfähigkeit häufig Dokumentationsfehler (10/63) festgestellt. In einigen Fällen forderten die LAG die betroffenen Leistungserbringer auf, ein unterjähriges Monitoring der QS-Ergebnisse durchzuführen und auf diesem Weg die Dokumentationsprobleme kenntlich zu machen und möglichst zu beheben.

4 Leistungserbringerergebnisse wurden mit „Sonstiges“ bewertet. Einmal war kein Stellungnahmeverfahren möglich, da durch einen IT-Zwischenfall Patientinnen und Patienten keine

Vorgangsnummern zugeordnet werden konnten. Zweimal wurde der Betrieb am Standort eingestellt. Bei dem vierten Leistungserbringer lag eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit vor.

3 LAG haben bei insgesamt 8 Leistungserbringern kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die Gründe hierfür waren vor allem eine erstmalige und/oder geringe Abweichung vom Referenzwert.

Zu diesem Qualitätsindikator wurde bei 2 Leistungserbringern je eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Einer wurde zur Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien aufgefordert, um festgestelltes Verbesserungspotenzial umzusetzen. Der andere Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde zur Erstellung einer Standardvorgehensweise (SOP) aufgefordert. Die von ihm vorgelegten Begründungen können laut LAG die wiederholte Entlassung ohne Gehfähigkeit entgegen der Leitlinienempfehlung nicht erklären. Die Patientinnen und Patienten müssen gemäß Leitlinie so versorgt werden, dass sie mit voller Belastung mobilisiert werden können.

Allgemeine und spezifische Komplikationen (IDs 54042 und 54029)

Anhand dieser Qualitätsindikatoren wird erfasst, wie viele allgemeine bzw. spezifische Komplikationen nach einer osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur auftreten. Aufgrund der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Modul *HGV-OSFRAK* ab Erfassungsjahr 2026 werden die Informationen zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen zukünftig über Sozialdaten erfasst.

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

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,95 O/E = 8.253 / 8.713,67 12,71 % O/N = 8.253 / 64.915	1,00 O/E = 8.743 / 8.743,00 13,46 % O/N = 8.743 / 64.972	**0,99** **O/E = 8.791 / 8.841,56** **13,65 %** **O/N = 8.791 / 64.409**
rechnerische Auffälligkeiten	56 / 1.023 5,47 %	52 / 993 5,24 %	**50 / 934** **5,35 %** **(Refbereich: ≤ 2,06; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 56 19,64 %	**6 / 52** **11,54 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 1.023 1,08 %	**6 / 993** **0,60 %**	n. a.

In dem Qualitätsindikator zu allgemeinen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

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

Der Dokumentationsbogen erfasst zusätzlich auch „sonstige allgemeine Komplikationen". Auf diese Gruppe entfallen mit 8,38 % (5.397/64.409) die meisten Fälle. Diese fließen jedoch nicht in die Berechnung des Indikators ein.

Im Auswertungsjahr 2026 wurden bundesweit 1 % weniger allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dokumentiert, als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet wurde. Die rohe Rate steigt jedoch wie im Vorjahr leicht an.

Rund ein Drittel (15/50) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hatte auch im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse. Im Auswertungsjahr 2025 wurden zu 39 der 52 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Die Ergebnisse von 6 Leistungserbringern wurden als qualitativ auffällig bewertet. Diese Häufung lag begründet im insuffizienten perioperativen Flüssigkeitsmanagement, gehäuften perioperativen akuten Niereninsuffizienzen und in fehlenden Prozessen der Pneumonieprophylaxe (Einzelnennungen). Zweimal sollen die Strukturen und Prozesse zur Verwendung der Blasendauerkatheter verbessert werden.

In 7 Fällen konnte aufgrund von Dokumentationsfehlern keine Bewertung erfolgen. Zweimal wurde angegeben, dass die Standorte bereits geschlossen wurden.

25 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig eingestuft, wovon 15 Leistungserbringer die Bewertung „unauffällig aufgrund von Einzelfällen" ohne Angabe von Gründen erhalten haben. Für ein Ergebnis wurde die Einschätzung „unauffällig" gewählt, da sich die Alterstraumatologie mit geriatrischer Klinik im Haus befindet. Diese Fälle werden erst mit dem Erfassungsjahr 2026 aus dem Qualitätsindikator ausgeschlossen.

4 LAG haben in 13 Fällen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde vor allem mit geringen Abweichungen vom Referenzwert oder erstmaliger Auffälligkeit begründet.

Zu diesem Qualitätsindikator wurden mit 2 Leistungserbringern insgesamt 3 Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. In einem Fall soll die Durchführung von Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien die korrekte Dokumentation sicherstellen. In dem anderen Fall sollen darüber hinaus Behandlungspfade etabliert werden, um das festgestellte Verbesserungspotenzial umzusetzen.

© IQTIG 2026

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

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,98 O/E = 1.247 / 1.278,34 1,92 % O/N = 1.247 / 64.915	1,00 O/E = 1.286 / 1.286,00 1,98 % O/N = 1.286 / 64.972	**0,89** **O/E = 1.149 / 1.291,15** **1,78 %** **O/N = 1.149 / 64.409**
rechnerische Auffälligkeiten	71 / 1.023 6,94 %	61 / 993 6,14 %	**54 / 934** **5,78 %** **(Refbereich: ≤ 2,75; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 71 9,86 %	**10 / 61** **16,39 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	7 / 1.023 0,68 %	**10 / 993** **1,01 %**	n. a.

In dem Qualitätsindikator zu spezifischen Komplikationen werden folgende Komplikationen betrachtet:

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

Wie im Indikator zu den allgemeinen Komplikationen geht die Kategorie „Sonstige" nicht in die QI-Berechnung ein. In dieser Kategorie wurden wie im Vorjahr die meisten Komplikationen dokumentiert (1,14 %, 732/64.409).

Das risikoadjustierte Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2026 11 % unter dem erwarteten Wert. Somit wurden deutlich weniger spezifische Komplikationen dokumentiert, als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet wurde. Auch die rohe Rate hat abgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr wurden alle Komplikationen seltener dokumentiert.

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

Von den 48 Leistungserbringerergebnissen, zu denen zum Auswertungsjahr 2025 ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden 10 als qualitativ auffällig bewertet. Ein Leistungserbringer hat die gehäuften Komplikationen laut der LAG sehr ausführlich und selbstkritisch aufgearbeitet. Auch seiner Einschätzung nach ist die Komplikationsrate zu hoch. Die geschilderten Maßnahmen sollten laut der LAG die Komplikationsraten im Folgejahr reduzieren. Bei anderen qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringern stellten die LAG Probleme beim Procedere von Wundheilungsstörungen und prolongierter Wundsekretion oder bei der Platzierung der Trägerschraube fest. Bei einem Leistungserbringer kann laut LAG die Implementierung eines anderen Implantatsystems - ggf. mit Zementaugmentation bei Osteoporose - zur Reduktion der gehäuften Cutting Outs führen. In 2 Fällen wurde trotz entsprechender Anfrage keine Stellungnahme vorgelegt. Auch diese Fälle wurden als qualitativ auffällig bewertet.

35 Leistungserbringerergebnisse wurden als unauffällig bewertet. Von den LAG erhielt das IQTIG keine Gründe für eine qualitativ unauffällige Bewertung. 60 % der Stellungnahmen resultierten in einer Bewertung „U62 – unauffällig aufgrund von Einzelfällen". Im Vergleich zu den anderen QI-Ergebnissen ist dieser Anteil hoch.

Sehr selten wurden Dokumentationsprobleme (N = 2) oder sonstige Gründe (N = 1) beschrieben.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurde bei 20 % der 61 rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründungen waren zumeist geringe oder erstmalige Abweichungen vom Referenzwert sowie Einzelfälle. Einmal gab eine LAG an, dass das Stellungnahmeverfahren im Vorjahr erfolgt sei. Dabei wurde das Ergebnis als qualitativ unauffällig bewertet und nun sei eine positive Tendenz des rechnerischen Ergebnisses erkennbar. Daher erfolge eine Verlaufskontrolle. In einem Fall wurde der Standort geschlossen.

Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54046)

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

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,03 O/E = 3.172 / 3.071,52 4,89 % O/N = 3.172 / 64.915	1,00 O/E = 3.046 / 3.046,00 4,69 % O/N = 3.046 / 64.972	**0,95** **O/E = 2.919 / 3.060,68** **4,53 %** **O/N = 2.919 / 64.409**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Mittels dieser Kennzahl wird die Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten erfasst, die mit einer osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus im Zusammenhang steht. Eine Transparenzkennzahl wird hier statt eines Qualitätsindikators verwendet, weil es sich oftmals um nicht vermeidbare Todesfälle handelt, die dem Leistungserbringer nicht anzulasten sind.

Die rohe Rate verstorbener Patientinnen und Patienten nach osteosynthetischer Versorgung der Femurfraktur (ID 54046) liegt weiterhin zwischen 4 und 5 %. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich eine leichte Abnahme der Sterbefälle nach Osteosynthese im Klinikaufenthalt. Im Auswertungsjahr 2026 verstarben zudem 5 % weniger Patientinnen und Patienten, als anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet wurde.

Seit dem Erfassungsjahr 2026 wird diese Kennzahl anhand von Informationen aus Sozialdaten bei den Krankenkassen ausgewertet, sodass auch Patientinnen und Patienten, die nach der Entlassung verstorben sind, erfasst werden können. Ab dem Erfassungsjahr 2027 wird diese Kennzahl in einen risikoadjustierten Indikator umgewandelt werden. Als Referenzbereich ist das 95. Perzentil festgelegt. Somit werden ab dem Auswertungsjahr 2028 erstmalig Stellungnahmeverfahren zu Sterbefällen nach osteosynthetischer Versorgung einer Hüftgelenkfraktur geführt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

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

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

Die Auffälligkeitskriterien adressieren zum einen die Falschdokumentation von ASA 5 und zum anderen kodierte Komplikationen ohne passende Angaben im QS-Dokumentationsbogen. Die Bundesergebnisse hinsichtlich des Anteils der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind für diese 3 Auffälligkeitskriterien vergleichbar zum Vorjahr (AJ 2025) oder geringfügig besser.

Wegen der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Erfassungsjahr 2026 fallen folgende Auffälligkeitskriterien weg:

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

Zu diesen beiden Auffälligkeitskriterien werden somit im Auswertungsjahr 2026 letztmalig aktuelle Ergebnisse berichtet.

Das Auffälligkeitskriterium „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen“ (ID 850149) hat im Auswertungsjahr 2026 von den 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die höchste Anzahl an Zählerfällen (108/510; 21,18 %). Die anderen beiden liegen mit 18 und 31 Fällen deutlich darunter.

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zu Über- und Unterdokumentation zeigen im Auswertungsjahr 2026 eine leichte Überdokumentation (100,41 %). Im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation hatten 1,50 % (15/1.001) aller Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse, im Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation waren es 1,00 % (10/1.001).

Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums zum Mindestdatensatz liegt mit 0,11 % (72/64.255) auf dem Niveau des Vorjahres. 0,30 % (3/1.001) aller Leistungserbringer hatten in diesem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällige Ergebnisse.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850147	Angabe von ASA 5	0,05 % 31/64.444 (= 0)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	32,14 % 18/56 (= 0)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	21,18 % 108/510 (≤ 50,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,41 % 64.516/64.255 (≥ 95,00 %)
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,41 % 64.516/64.255 (≤ 110,00 %)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,11 % 72/64.255 (≤ 5,00 %)

Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – 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 54029 Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54046: Sterblichkeit im Krankenhaus	2025	29 / 934	3,10	6
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2025	18 / 50	36,00	1
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2025	5 / 333	1,50	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	15 / 1.001	1,50	4
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	10 / 1.001	1,00	1
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	3 / 1.001	0,30	0

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 14: AK 850147: Angabe von ASA 5

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,06 % O = 39 N = 64.927	0,06 % O = 40 N = 64.986	**0,05 %** **O = 31** **N = 64.444**
rechnerische Auffälligkeiten	37 / 1.023 3,62 %	33 / 993 3,32 %	**29 / 934** **3,10 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	14 / 37 37,84 %	**19 / 33** **57,58 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	14 / 1.023 1,37 %	**19 / 993** **1,91 %**	n. a.

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

Die ASA-Kategorie 5 ist die höchste Stufe der ASA-Kategorien. Patientinnen und Patienten mit diesem ASA-Wert sind gemäß der Definition moribund (todkrank) und würden ohne Operation voraussichtlich nicht überleben. Die operative Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dient jedoch in den meisten Fällen nicht der Lebensrettung und stellt eine starke Belastung für die Patientin oder den Patienten dar. Daher sollten zuvor Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten ergriffen werden. Dies kann eine bessere Ausgangssituation mit einer ggf. niedrigeren ASA-Klassifikation für die operative Versorgung des Hüftgelenkes schaffen. Eine Angabe von ASA 5 in Zusammenhang mit der Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur erscheint vor diesem Hintergrund folglich unplausibel. Der Referenzbereich in diesem Auffälligkeitskriterium liegt entsprechend bei 0. Darüber hinaus führt eine hohe inkorrekte ASA-Einstufung zu einem zu hoch prognostizierten Risikoprofil des Leistungserbringers.

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

Das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 und der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen auf dem Niveau der Vorjahre. Das Auffälligkeitskriterium hat im Vergleich zu den anderen Auffälligkeitskriterien dieses Auswertungsmoduls die meisten qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnisse.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 40 Operationen eine ASA 5-Einstufung angegeben. 33 Leistungserbringer haben in diesem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. 19 davon wurden als qualitativ auffällig bewertet.

Laut einer übermittelten LAG-Rückmeldung wurden die präoperativen Befunde nicht korrekt in die QS-Dokumentation übertragen.

In 7 Fällen wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, da entweder die rechnerische Auffälligkeit erstmalig auftrat oder die Abweichung durch Einzelfälle erklärt wurde.

Zum Erfassungsjahr 2027 wird zur Angabe von ASA 5 eine weiche Plausibilitätsregel eingeführt. Bei Angabe von ASA 5 werden die Dokumentierenden gebeten, die Korrektheit ihrer Angabe zu prüfen. Damit soll die Anzahl der Dokumentationsfehler direkt im Dokumentationsprozess verringert werden.

Tabelle 15: AK 850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	46,77 % O = 29 N = 62	40,79 % O = 31 N = 76	**32,14 %** **O = 18** **N = 56**
rechnerische Auffälligkeiten	24 / 54 44,44 %	27 / 65 41,54 %	**18 / 50** **36,00 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 24 25,00 %	**14 / 27** **51,85 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 54 11,11 %	**14 / 65** **21,54 %**	n. a.

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

Das Bundesergebnis hat sich im dritten Jahr in Folge verringert. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2026 liegt unter dem Vorjahresniveau. 18 Leistungserbringer hatten jeweils aufgrund eines Falls ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Das sind etwas mehr als ein Drittel aller Fälle, in denen die M96.6 kodiert wurde. Im Auswertungsjahr 2025 wurden die Hälfte der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Aus den Rückmeldungen dazu gehen Kodierfehler und

eine nachträgliche Korrektur der Diagnose M96.6 hervor, die jedoch im zugehörigen QS-Bogen nicht korrigiert wurde.

Die Ergebnisse von 5 Leistungserbringern wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 3 Fällen haben die LAG weitere Rückmeldungen übermittelt. Bei 2 davon lagen Dokumentationsfehler vor. Im dritten Fall handelte es sich um eine Aufnahmediagnose und nicht um eine intra- oder postoperative Komplikation. 7 Stellungnahmeverfahren wurden nicht eingeleitet, weil eine rechnerische Auffälligkeit erstmals vorgelegen oder es sich um eine geringe Fallzahl gehandelt habe.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden bei einem Leistungserbringer mit als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Die LAG hat dies mit der wiederholt auffälligen Fehldokumentation begründet. Daher erfolgte eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität.

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

Tabelle 16: AK 850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	20,98 % O = 107 N = 510	19,83 % O = 117 N = 590	**21,18 %** **O = 108** **N = 510**
rechnerische Auffälligkeiten	8 / 337 2,37 %	10 / 377 2,65 %	**5 / 333** **1,50 %** **(Refbereich: ≤ 50,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 8 50,00 %	**8 / 10** **80,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 337 1,19 %	**8 / 377** **2,12 %**	n. a.

Kodierungen von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von spezifischen intra- oder postoperativen Komplikationen deuten auf Dokumentationsfehler hin. Der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums liegt bei ≤ 50,00 %. Leistungserbringer kommen zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis, wenn in mehr als der Hälfte ihrer Fälle mit den ICD-Diagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 keine spezifische Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben wurde und gleichzeitig mindestens 5 Fälle im Nenner vorlagen. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu dem Indikator „Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54029). Nicht angegebene Komplikationen fallen in der Folge aus dem Zähler dieses Indikators heraus.

Das Bundesergebnis des Auswertungsjahrs 2026 liegt auf einem ähnlichen Niveau wie in den Vorjahren. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im

Vergleich zu den beiden Vorjahren verringert. Alle 8 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen im Auswertungsjahr 2025 Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Bei einem Leistungserbringer trat neben bestätigten Dokumentationsfehlern jedoch auch ein Fall auf, bei dem es sich nicht um einen Dokumentationsfehler handelte. Die von der LAG nicht näher beschriebene Komplikation trat im Zusammenhang mit einer Koronarintervention auf. Diese fand im selben Krankenhausaufenthalt statt wie die Hüftoperation.

Zu 2 rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 wurden keine Stellungnahmeverfahren geführt. Die LAG begründete dies mit der jeweils erstmalig bestehenden rechnerischen Auffälligkeit. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten befasst sich die Fachkommission laut der LAG verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren.

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

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 17: AK 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,97 % O = 65.001 N = 64.378	100,56 % O = 65.072 N = 64.707	**100,41 %** **O = 64.516** **N = 64.255**
rechnerische Auffälligkeiten	18 / 1.080 1,67 %	16 / 1.037 1,54 %	**15 / 1.001** **1,50 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	12 / 18 66,67 %	**14 / 16** **87,50 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	12 / 1.080 1,11 %	**14 / 1.037** **1,35 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 und der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen auf dem Niveau der Vorjahre.

Alle 14 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen im Auswertungsjahr 2025 Stellungnahmeverfahren geführt worden sind, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Eine LAG hat zu einem Fall weitere Informationen übermittelt. Bei diesem Leistungserbringer hätten EDV- und Anwenderprobleme die Unterdokumentation verursacht. Damit diese zukünftig nicht mehr auftreten, wurden laut der LAG entsprechende Maßnahmen ergriffen.

2 LAG haben zu 2 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen im Auswertungsjahr 2025 keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde bei 2 qualitativ auffälligen Leistungserbringern jeweils eine Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Bei einem Leistungserbringer traten laut der LAG über mehrere Auffälligkeitskriterien hinweg systematische Dokumentationsprobleme auf. Darüber hinaus habe der Leistungserbringer unzureichende Stellungnahmen übermittelt. Daher fand ein kollegiales Gespräch mit anschließender Zielvereinbarung statt. Mit dem anderen Leistungserbringer fanden zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials geeignete Fortbildungen, Fachgespräche oder Kolloquien statt.

Tabelle 18: AK 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,97 % O = 65.001 N = 64.378	100,56 % O = 65.072 N = 64.707	**100,41 %** **O = 64.516** **N = 64.255**
rechnerische Auffälligkeiten	9 / 1.080 0,83 %	8 / 1.037 0,77 %	**10 / 1.001** **1,00 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 9 33,33 %	**5 / 8** **62,50 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.080 0,28 %	**5 / 1.037** **0,48 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 und der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse liegen auf dem Niveau der Vorjahre.

Dieses Auffälligkeitskriterium ist das einzige im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK*, bei dem im Auswertungsjahr 2025 zu jedem rechnerisch auffälligen Ergebnis ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. 5 der 8 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Eine LAG führte zu einem Ergebnis aus, dass die erfolgten Stornierungen von QS-Bögen nicht an die Datenannahmestelle übermittelt worden sind.

Ein Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, da laut der LAG kein Hinweis auf Mängel in der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme vorgelegen hätten. 2 Leistungserbringer wurden mit „Sonstiges“ bewertet. Eine LAG begründete diese Bewertung damit, dass nach Abschluss der Falldokumentation eine Änderung der Abrechnungsdaten stattgefunden hätte. Die andere LAG meldete zurück, dass die Ursache für die Überdokumentation trotz entsprechender Analysen des Krankenhauses nicht aufgeklärt werden konnte.

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

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,11 % O = 74 N = 64.378	0,13 % O = 86 N = 64.707	**0,11 %** **O = 72** **N = 64.255**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 1.080 0,19 %	2 / 1.037 0,19 %	**3 / 1.001** **0,30 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 2 0,00 %	**0 / 2** **0,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.080 0,00 %	**0 / 1.037** **0,00 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft Minimaldatensätze übermittelt wurden. Das Bundesergebnis im Auswertungsjahr 2026 und der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegen auf dem Niveau der Vorjahre. Zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis kommen Leistungserbringer, bei denen in mehr als 5 % der Fälle ein MDS übermittelt wird. Im Auswertungsjahr 2025 waren 2 Leistungserbringerergebnisse rechnerisch auffällig. Eines wurde als qualitativ unauffällig bewertet. Die LAG hat keine weiteren Informationen zu diesem Fall übermittelt. Zu dem anderen rechnerisch auffälligen Ergebnis wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die LAG hat dies damit begründet, dass sich die Fachkommission aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren befasse.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

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

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	5.089	-	4.935	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	5.089	100,00	3.946	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	365	7,17	275	6,97
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	365	100,00	275	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	365	100,00	275	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	97	26,58	54	19,64
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	268	73,42	221	80,36
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	268	100,00	221	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	1,12	1	0,45
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	160	43,84	140	50,91
Bewertung als qualitativ auffällig	67	18,36	52	18,91
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	28	7,67	20	7,27
Sonstiges	13	3,56	9	3,27

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	12	n. a.	20	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* wurden im Auswertungsjahr 2025 weniger Indikatorenergebnisse mit definiertem Referenzbereich ausgewertet als im Vorjahr. Grund dafür ist, dass der Referenzbereich des Qualitätsindikators „Sturzprophylaxe“ (ID 54050) im Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt war. Zu diesem Qualitätsindikator wurden somit keine Stellungnahmeverfahren geführt.

Der Anteil der geführten Stellungnahmeverfahren liegt leicht über dem Niveau des Vorjahrs (AJ 2025: ca. 80 %; AJ 2024: ca. 73 %). Der Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen bleibt dabei gleich (AJ 2025: ca. 19 %; AJ 2024: ca. 18 %), jedoch steigt der Anteil an qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnissen (AJ 2025: ca. 51 %; AJ 2024: ca. 44 %).

23 % (52/221) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren stattfanden, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die meisten betrafen den Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) (30/52). Qualitativ auffällige Ergebnisse waren meist auf Struktur- und Prozessmängel bei den Qualitätsindikatoren zurückzuführen (36/52). Bei dem Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (ID 54030) betraf dies präoperative Prozesse; bei den Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit (ID 54033) und zu den Komplikationen (IDs 54029 und 54042) darüber hinaus auch postoperative Prozesse.

Am häufigsten lagen Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit bei Entlassung und zu den allgemeinen Komplikationen vor, weshalb keine Bewertung möglich war. Die von den LAG zurückgemeldeten Dokumentationsprobleme beim Qualitätsindikator zur Gehunfähigkeit bei Entlassung decken sich mit den Rückmeldungen des Expertengremiums aus der Frühjahrssitzung 2026.

Eine Bewertung als „Sonstiges“ wurde selten vorgenommen. In der Hälfte der Fälle wurde die Verwendung dieser Auswahl mit der Schließung des Klinikstandortes begründet. Das IQTIG beobachtet seit mehreren Jahren eine abnehmende Zahl der Leistungserbringer im Verfahren *QS HGV*. Einzelne Mitglieder des Expertengremiums gehen davon aus, dass sich dieser Trend aufgrund der Bildung von Leistungsgruppen fortsetzen wird.

Die LAG haben zu ca. 20 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde z. B. mit einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit, einer geringen oder nicht signifikanten Abweichung vom Referenzwert oder einer kleinen Fallzahl begründet. Ungefähr die Hälfte aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde als qualitativ unauffällig

bewertet, meistens aufgrund von Einzelfällen (90 von 140). Zu 13 der 140 Bewertungen haben die LAG genauere Rückmeldungen übermittelt, die indikatorspezifische Begründungen beinhalteten.

Bei weniger Stellungnahmeverfahren und gleichbleibendem Anteil qualitativ auffällig bewerteter Ergebnisse wurden mehr Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet als im Vorjahr (AJ 2025: 20 Maßnahmen bei 13 Leistungserbringern; AJ 2024: 12 Maßnahmen bei 10 Leistungserbringern). Am häufigsten wurden Maßnahmen zum Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer eingeleitet (9 von 13 Leistungserbringern). Dabei wurden v. a. sonstige Maßnahmen (z. B. Erstellung von präoperativen Maßnahmenkatalogen oder Durchführung von kollegialen Gesprächen) eingeleitet oder Behandlungspfade implementiert. Zu den Qualitätsindikatoren zur Gehunfähigkeit bei Entlassung und zu den spezifischen Komplikationen wurden bei je 2 Leistungserbringern insgesamt 5 Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Bei 3 der 4 Leistungserbringer wurden Fortbildungen durchgeführt.

Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden 2025 weniger Gespräche (AJ 2024: 3; AJ 2025: 1) geführt. Begehungen fanden wie im Vorjahr nicht statt. Indikatorübergreifende Hinweise haben die LAG an die Leistungserbringer nicht übermittelt. Bei einzelnen Qualitätsindikatoren haben die LAG jedoch darum gebeten, auf die korrekte Dokumentation oder die Ausfüllhinweise zu achten. Teilweise wurde auch empfohlen, ein unterjähriges Monitoring der Ergebnisse (z. B. Quartalsberichte) zu implementieren, um Dokumentationsfehler zu vermeiden.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	4.684	100,00	4.568	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	98	2,09	96	2,10
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	98	100,00	96	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	25	25,51	19	19,79
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	73	74,49	77	80,21
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	73	100,00	77	100,00

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	19	19,39	13	13,54
Bewertung als qualitativ auffällig	39	39,80	60	62,50
Sonstiges	15	15,31	4	4,17
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	1	n. a.	3	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Auswertungsmodul *HGV-OS-FRAK* insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft. Die Anzahl der AK-Ergebnisse und der rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Auswertungsjahrs 2025 haben sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 nicht verändert.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurden häufiger Stellungnahmeverfahren eingeleitet als im Vorjahr. Der Anteil lag im Auswertungsjahr 2025 bei ca. 80 % (AJ 2024: ca. 74 %). 3 LAG haben mit Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen teilweise keine Stellungnahmeverfahren geführt. Eine LAG begründete dies mit dem Vorliegen von Einzelfällen. Aufgrund der hohen Anzahl von rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen bei den AK-Ergebnissen legte die zweite LAG den Fokus auf das Führen von Stellungnahmeverfahren zu rechnerisch auffälligen Indikator-Ergebnissen. Die dritte LAG meldete zurück, dass in 2 der 3 Fälle aufgrund der kleinen Fallzahl kein Stellungnahmeverfahren notwendig sei.

Der Anteil der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen lag im Auswertungsjahr 2025 über dem des Vorjahres (AJ 2025: ca. 63 %; AJ 2024: ca. 40 %). In 5 der 6 Auffälligkeitskriterien (Ausnahme: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz [MDS]) wurden zwischen ca. 52 % und 88 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Bei fast allen Fällen hat sich die fehlerhafte Dokumentation bestätigt. Nach Einschätzung der LAG wurden z. B. die Angaben aus den Patientenakten nicht korrekt in die QS-Dokumentation übernommen oder es lagen Kodierfehler vor.

Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnisse betrafen das Auffälligkeitskriterium „Angabe von ASA 5“. Zum Erfassungsjahr 2027 wird zur Angabe von ASA 5 eine weiche Plausibilitätsregel eingeführt, bei der die Dokumentierenden gebeten werden, die

Korrektheit ihrer Angabe zu prüfen. Damit soll die Anzahl der Dokumentationsfehler direkt im Dokumentationsprozess verringert werden.

Im Vergleich zum Vorjahr wurden zum Auswertungsjahr 2025 anteilig weniger Leistungserbringerergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet (AJ 2025: ca. 14 %, AJ 2024: ca. 19 %). Unter anderem liegen laut LAG zwar vereinzelt Dokumentationsprobleme vor, diese hätten jedoch keinen Einfluss auf medizinische Leistung gehabt. In einem Fall zum Auffälligkeitskriterium „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation" bestätigte die LAG, dass die Dokumentation korrekt sei, da es sich um eine Aufnahmediagnose gehandelt habe und nicht um eine postoperative Komplikation.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurden anteilig weniger Leistungserbringerergebnisse mit „Sonstiges" bewertet als zum Auswertungsjahr 2024 (AJ 2025: ca. 4 %; AJ 2024: ca. 15 %). 3 LAG haben diese Bewertung zu 3 verschiedenen Auffälligkeitskriterien aus jeweils unterschiedlichen Gründen vorgenommen.

Die Anzahl der eingeleiteten Maßnahmen der Stufe 1 hat sich von 1 (AJ 2024) auf 3 (AJ 2025) erhöht.

2 LAG haben diese Bewertung zu 2 verschiedenen Auffälligkeitskriterien vorgenommen. Mit einem Leistungserbringer fanden Fortbildungen zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials in Bezug auf das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation statt. Ein anderer Leistungserbringer hatte eine wiederholt auffällige Fehldokumentation, sodass er im Auffälligkeitskriterium „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation" als qualitativ auffällig bewertet wurde. Es erfolgte eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität. Mit dem dritten Leistungserbringer wurde ein kollegiales Gespräch geführt, da bei diesem Leistungserbringer über mehrere Auffälligkeitskriterien hinweg systematische Dokumentationsprobleme aufgefallen sind. Darüber hinaus erachtete die LAG die Stellungnahme als unzureichend.

Hüftendoprothesenversorgung

1 Hintergrund

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

Das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks gehört inzwischen zu den 20 häufigsten Operationen im Krankenhaus. Im Jahr 2024 wurde ein endoprothetischer Hüftgelenkersatz ungefähr 280.000-mal durchgeführt. Die mit Abstand häufigste Indikation für die Implantation einer Hüftgelenkendoprothese ist die Hüftgelenksarthrose (Koxarthrose). Die damit oftmals einhergehenden Ruhe- oder Belastungsschmerzen und Bewegungseinschränkungen treten vor allem im fortgeschrittenen Stadium auf und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Ein künstlicher Hüftgelenkersatz kann außerdem bei der Versorgung von hüftgelenknahen Brüchen des Oberschenkels (Femurfrakturen wie z. B. Schenkelhalsfraktur) durchgeführt werden. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Fälle werden im Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (*HGV-OSFRAK*) betrachtet.

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

Beim Einbau wird das künstliche Hüftgelenk in den körpereigenen Knochen eingebracht. In sehr seltenen Fällen können bei oder nach der Operation so schwerwiegende Komplikationen auftreten, dass ein Wechsel der Prothese oder einzelner Komponenten notwendig wird. Ein (vorzeitiger) Wechsel kann z. B. bei einer Lockerung des Implantats, einem Bruch des umliegenden Knochens oder einer Infektion erforderlich sein. Die Wechseloperationen selbst sind chirurgisch anspruchsvolle Eingriffe, die im Vorfeld eine präzise Indikationsstellung erfordern.

Bei oder nach den Operationen können darüber hinaus auch allgemeine Komplikationen wie Harnwegsinfekte, Schlaganfälle oder Herzinfarkte auftreten.

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

© IQTIG 2026

und Patienten sollten möglichst schnell und komplikationslos wiederhergestellt oder verbessert werden.

Aus dem Verfahren ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks aufgrund sehr spezifischer Erkrankungen nötig ist. Das sind beispielsweise Krebserkrankungen, bereits im Kindesalter aufgetretene Fehlbildungen bzw. Gelenkentzündungen. Die Operationen sind in diesen Fällen meist sehr komplex und nicht mit den Operationen der Regelversorgung zu vergleichen. Darüber hinaus werden auch Patientinnen und Patienten mit Polytrauma oder anderen Begleitverletzungen ausgeschlossen. Bei einem Polytrauma liegen gleichzeitig mehrere schwere Verletzungen an verschiedenen Körperregionen oder Organen vor, die gemeinsam potenziell lebensbedrohlich sind.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Das Auswertungsmodul *HGV-HEP* umfasst 14 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl. Betrachtet wird, ob die Operation nach einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 48 Stunden erfolgt (ID 54003) und ob die Indikationsstellung bei der geplanten Implantation (ID 54001) oder dem Wechsel (bzw. Komponentenwechsel) (ID 54002) einer Hüftendoprothese angemessen war. Darüber hinaus werden die mit der Operation zusammenhängenden allgemeinen (IDs 54015–54017) und spezifischen (IDs 54018–54020) Komplikationen erfasst. Die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig zu gehen (ID 54012) und Treppen zu steigen (ID 192300), wird ebenfalls abgebildet. Weiterhin wird beobachtet, ob nach der Hüftendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 90 Tagen ein Wechseleingriff durchgeführt wurde (ID 10271). Schließlich wird die Sterblichkeit nach Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel von Hüftendoprothesen (ID 54013) wie auch bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 191914) innerhalb des stationären Aufenthaltes erfasst.

Für die Indikatoren zur Indikationsstellung und zur Sturzprophylaxe werden aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung des GBA die Referenzbereiche für das Auswertungsjahr 2026 ausgesetzt.

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) – HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2025
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2025
54003	Präoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2025
54004	Sturzprophylaxe	QS-Dokumentation	2025

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Allgemeine Komplikationen			
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2025
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2025
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Spezifische Komplikationen			
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2025
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2025
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2025
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2025
192300	Kein Treppensteigen bei Entlassung	QS-Dokumentation	2025
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung			
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2025
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	QS-Dokumentation	2025
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	QS-Dokumentation	2025

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* gibt es 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit. 4 der 6 Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität und Vollständigkeit betreffen die Qualität der Erfassung von Komplikationen. Nicht angegebene Komplikationen fallen aus der Berechnung der Indikatorergebnisse heraus. Das kann eine Unterschätzung der Komplikationsraten nach sich ziehen.

Im ersten Auffälligkeitskriterium werden Patientenfälle erfasst, bei denen eine „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“ (ID 850151) eingegeben wurde. Im zweiten Auffälligkeitskriterium werden Fälle erfasst, bei denen Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen kodiert wurden

(ID 850152). Im dritten Auffälligkeitskriterium werden diejenigen Fälle erfasst, bei denen trotz hoher Verweildauer keine Komplikationen dokumentiert werden („Komplikationen bei hoher Verweildauer"; ID 851905). Da Folgeeingriffe nach Erstimplantationen meist aufgrund von Komplikationen durchgeführt werden, erfasst ein viertes Auffälligkeitskriterium die Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folgeeingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes (ID 851907).

Ein weiteres Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit (ID 852102) bezieht sich auf die Angabe der ASA-Kategorie 5.Die ASA-Klassifikation dient der Abschätzung des präoperativen Gesundheitszustands einer Patientin oder eines Patienten und wird in allen Risikoadjustierungsmodellen verwendet. Fehldokumentationen haben somit Einfluss auf die Einschätzung des Risikoprofils der Leistungserbringer.

Schließlich bezieht sich ein Auffälligkeitskriterium auf irrtümlich angelegte Prozedurbögen (ID 851804). Diese stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar, verzerren potenziell alle QI-Ergebnisse und sollten somit vermieden werden.

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

Folgende Auffälligkeitskriterien werden im Auswertungsjahr 2026 letztmalig ausgewertet:

- Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation (ID 850151)
- Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen (ID 850152)
- Komplikationen bei hoher Verweildauer (ID 851905)
- Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes (ID 851907)

Grund dafür sind die Integration von Sozialdaten in das Verfahren *QS HGV* ab dem Erfassungsjahr 2026 und die damit verbundenen Anpassungen des QS-Dokumentationsbogens.

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) – 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

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

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

2.1.1 Überblick

Die Anzahl der für das Auswertungsjahr 2026 übermittelten Datensätze und der entlassenden Standorte auf Bundesebene ist im Auswertungsmodul *HGV-HEP* geringfügig höher als erwartet. Die Vollzähligkeit der Datensätze liegt für das Auswertungsjahr 2026 bei 100,10 % und damit in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr. Insgesamt wurden im Vergleich zum Vorjahr 7.943 Datensätze mehr übermittelt. Dies ist v. a. auf eine Zunahme der elektiven Erstimplantationen zurückzuführen. Aufgrund der Bevölkerungspyramide in Deutschland (Destatis / Statistisches Bundesamt) ist davon auszugehen, dass der Fallzahlanstieg bei den elektiven Erstimplantationen bis voraussichtlich 2034 anhalten wird.

2.1.2 QS-Dokumentationsdaten

Die Anzahl der Leistungserbringer im Auswertungsmodul *HGV-HEP* nimmt seit mehreren Jahren ab (EJ 2025: 1.059; EJ 2024: 1.108). Dies ist vor allem auf die zunehmende Zentralisierung der Krankenhausversorgung zurückzuführen. Komplexe Behandlungen sollen dadurch stärker auf spezialisierte Zentren konzentriert werden. Aufgrund höherer Fallzahlen werden dort bessere Behandlungsergebnisse erwartet. Notfallbedingte oder elektive Operationen am Hüftgelenk werden somit zunehmend auf größere Leistungserbringer verlagert.

Tabelle 24: Datengrundlage (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	302.669 302.441 228	302.379	100,10
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.059		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.125	1.118	100,63
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	936	929	100,75

Zählleistungsbereiche

Auf Bundesebene zeigt sich mit einer Vollzähligkeit von ca. 100 % in beiden Zählleistungsbereichen ein hohes Niveau. Es kann davon ausgegangen werden, dass alle Prozeduren von den Leistungserbringern dokumentiert und an das IQTIG übermittelt wurden.

Tabelle 25: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	284.556 284.401 155	284.368	100,07
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.058		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.124	1.116	100,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	935	927	100,86

Tabelle 26: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (AJ 2026, EJ 2025) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2025		
		geliefert	**erwartet**	**Vollzähligkeit in %**
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	20.171 20.062 109	20.141	100,15
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	970		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	995	995	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	867	866	100,12

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl liegen auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Indikation von Erstimplantationen (ID 54001) liegt leicht unter dem Niveau des Vorjahres, das des Indikators zur Indikation eines Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. -Komponentenwechsels (ID 54002) leicht darüber. Die Referenzbereiche wurden wie im Vorjahr entsprechend der Empfehlung zur Abschaffung der Indikatoren zum Erfassungsjahr 2026 ausgesetzt.

Der Bundeswert des Indikators zur präoperativen Verweildauer (ID 54003) hat sich seit dem Erfassungsjahr 2016 (mit einer Ausnahme im Erfassungsjahr 2022) stetig verringert. Im Auswertungsjahr 2026 ist er erneut um 0,37 Prozentpunkte gesunken. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten wird also innerhalb des angestrebten Zeitraums operiert; die Zahl derjenigen, bei denen das nicht der Fall ist, sinkt kontinuierlich. Das IQTIG und das Expertengremium auf Bundesebene erachten diese Entwicklung als äußerst positiv. Sie ist auf die Arbeit aller Beteiligten (Leistungserbringer, LAG, Expertengremien und IQTIG) und die Umsetzung der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) zurückzuführen.

Im Ländervergleich der Ergebnisse dieses Indikators zeigen sich in einigen Ländern Verschlechterungen vom Erfassungsjahr 2024 zu 2025. Dieser Trend in einzelnen Ländern sollte weiter beobachtet werden, insbesondere vor dem Hintergrund der verringerten Anzahl an teilnehmenden Leistungserbringern und der damit einhergehenden Zentralisierung der Leistungen. Obwohl Klinikschließungen zur Folge haben können, dass sich die Fallzahl in den umliegenden Krankenhäusern erhöht, ist in vielen Bundesländern trotz geringerer Leistungserbringeranzahl keine Verschlechterung der präoperativen Verweildauer zu beobachten. Das IQTIG wird die Ergebnisse auf Landesebene weiterhin aufmerksam beobachten, bei Bedarf ergänzende Prüfungen durchführen und die Entwicklungen mit dem Expertengremium erörtern.

33 Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahres 2025 wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die Rückmeldungen aus den LAG zeigen, dass vor allem Defizite im Gerinnungsmanagement sowie fehlende OP-Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Qualitätsziel nicht eingehalten werden konnte. 11 der 33 Leistungserbringer hatten bereits im Vorjahr qualitativ auffällige Ergebnisse. In diesem Indikator wurden bei 15 Leistungserbringern insgesamt 17 Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Die rohen Bundesraten der Indikatoren zu den allgemeinen (IDs 54015, 54016 und 54017) und spezifischen Komplikationen (IDs 54018, 54019 und 54120) liegen im Auswertungsjahr 2026 auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Allgemeine Komplikationen treten v. a. nach endoprothetischer Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen auf. In 15 % der Fälle wurde mindestens eine allgemeine Komplikation dokumentiert. Grund dafür ist, dass die Patientinnen und Patienten häufig hochaltrig und multimorbide sind. Spezifische Komplikationen treten hingegen v. a. nach Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln auf. Aufgrund der Voroperation und der damit verbundenen Komplexität der Wechseloperation besteht bei diesen Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko für das Auftreten spezifischer Komplikationen bei oder nach dieser Operation.

Das Bundesergebnis des Indikators zur Sturzprophylaxe (ID 54004) hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 nicht verändert. Da der Indikator zum Erfassungsjahr 2026 zur Abschaffung empfohlen wurde, ist der Referenzbereich seit dem Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die gehunfähig aus dem Krankenhaus entlassen wurden (ID 54012), ist im Vergleich zum Auswertungsjahr 2025 unverändert. Über 97 % der in diesem Indikator betrachteten Patientinnen und Patienten konnten zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus wieder gehen.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht Treppen steigen (ID 192300) können, liegt im Auswertungsjahr 2026 bei unter 2 %. Zum Auswertungsjahr 2026 wurde die Transparenzkennzahl in einen Indikator umgewandelt und grundlegend überarbeitet. Der Indikator erhält zudem zum Auswertungsjahr 2026 eine Risikoadjustierung.

Der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten liegt für alle Eingriffsarten (elektive und akute Erstimplantation und Wechsel) auf dem Niveau des Vorjahres. Bei elektiven Operationen liegt dieser Anteil seit mehreren Jahren bei unter 1 % und bei den hüftgelenknahen Femurfrakturen bei etwas über 5 %. Dies ist vor allem auf die jeweils unterschiedliche Patientenklientel zurückzuführen. Den größten Einfluss hat dabei die Multimorbidität vieler Patientinnen und Patienten.

Frühzeitige Wechsel von Endoprothesen (also innerhalb von 90 Tagen) (ID 10271) fanden im Auswertungsjahr 2026 seltener als in den Vorjahren statt. Der häufigste Grund für diesen Eingriff war dabei mit 1.243 Fällen die periprothetische Fraktur, also ein Bruch in der Nähe der Hüftendoprothese.

2.2.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 27: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2026) - HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	97,73 % O = 201.806 N = 206.502	97,43 % O = 207.185 N = 212.657 (nicht definiert)	vergleichbar
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	90,84 % O = 18.408 N = 20.265	90,93 % O = 17.970 N = 19.762 (nicht definiert)	vergleichbar
54003	Präoperative Verweildauer	8,15 % O = 5.744 N = 70.479	7,78 % O = 5.641 N = 72.536 (≤ 15,00 %)	vergleichbar
54004	Sturzprophylaxe	97,64 % O = 211.773 N = 216.892	97,50 % O = 218.420 N = 224.015 (nicht definiert)	vergleichbar

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Allgemeine Komplikationen				
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 10.839 / 10.839,00 15,35 % O/N = 10.839 / 70.594	0,98 O/E = 10.957 / 11.158,62 15,08 % O/N = 10.957 / 72.653 (≤ 1,98; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,00 O/E = 3.363 / 3.363,00 1,64 % O/N = 3.363 / 204.985	0,92 O/E = 3.192 / 3.488,40 1,51 % O/N = 3.192 / 210.936 (≤ 3,18; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponenten-wechsel	1,00 O/E = 1.757 / 1.757,00 9,92 % O/N = 1.757 / 17.708	0,96 O/E = 1.697 / 1.764,84 9,72 % O/N = 1.697 / 17.457 (≤ 2,13; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Spezifische Komplikationen				
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,00 O/E = 3.360 / 3.360,00 4,75 % O/N = 3.360 / 70.745	0,96 O/E = 3.318 / 3.455,88 4,56 % O/N = 3.318 / 72.806 (≤ 2,20; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,00 O/E = 4.431 / 4.431,00 2,15 % O/N = 4.431 / 206.502	0,97 O/E = 4.416 / 4.552,16 2,08 % O/N = 4.416 / 212.657 (≤ 2,61; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponenten-wechsel	1,00 O/E = 3.348 / 3.348,00 16,52 % O/N = 3.348 / 20.265	0,98 O/E = 3.137 / 3.188,93 15,87 % O/N = 3.137 / 19.762 (≤ 1,91; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,00 O/E = 6.782 / 6.782,00 2,78 % O/N = 6.782 / 243.925	0,96 O/E = 6.786 / 7.063,64 2,70 % O/N = 6.786 / 251.248 (≤ 2,75; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
192300	Kein Treppensteigen bei Entlassung	1,00 O/E = 2.967 / 2.967,00 1,53 % O/N = 2.967 / 194.193	0,98 O/E = 2.869 / 2.923,84 1,45 % O/N = 2.869 / 197.683 (nicht definiert)	nicht vergleichbar

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2025	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung				
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,00 O/E = 782 / 782,00 0,35 % O/N = 782 / 222.693	0,89 O/E = 707 / 790,21 0,31 % O/N = 707 / 228.393 (≤ 4,18; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	1,00 O/E = 3.899 / 3.899,00 5,52 % O/N = 3.899 / 70.594	0,99 O/E = 3.968 / 3.997,31 5,46 % O/N = 3.968 / 72.653	eingeschränkt vergleichbar
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	0,99 O/E = 3.896 / 3.941,77 1,37 % O/N = 3.896 / 284.075	0,89 O/E = 3.600 / 4.044,22 1,25 % O/N = 3.600 / 288.755 (≤ 2,39; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

© IQTIG 2026

Tabelle 28: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2026) – HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54003	Präoperative Verweildauer	2024	117 / 988	11,84	59
		2025	90 / 935	9,63	38
Gruppe: Allgemeine Komplikationen					
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	53 / 990	5,35	15
		2025	46 / 935	4,92	10
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2024	67 / 1.053	6,36	10
		2025	55 / 1.012	5,43	11
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2024	114 / 966	11,80	29
		2025	103 / 932	11,05	25
Gruppe: Spezifische Komplikationen					
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2024	61 / 990	6,16	13
		2025	55 / 935	5,88	12
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2024	66 / 1.054	6,26	19
		2025	65 / 1.012	6,42	15
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2024	150 / 995	15,08	55
		2025	175 / 969	18,06	47

© IQTIG 2026

ID	Qualitätsindikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2024	64 / 1.102	5,81	11
		2025	56 / 1.056	5,30	14
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2024	56 / 1.065	5,26	10
		2025	52 / 1.023	5,08	6
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	2024	59 / 1.116	5,29	16
		2025	53 / 1.075	4,93	9

© IQTIG 2026

2.2.3 Detailergebnisse

Indikationsstellung (IDs 54001 und 54002)

Tabelle 29: QI 54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	97,60 % O = 195.111 N = 199.907	97,73 % O = 201.806 N = 206.502	**97,43 %** **O = 207.185** **N = 212.657**
rechnerische Auffälligkeiten	79 / 1.077 7,34 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 79 7,59 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 1.077 0,56 %	**n. a.**	n. a.

Tabelle 30: QI 54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	91,68 % O = 18.357 N = 20.022	90,84 % O = 18.408 N = 20.265	**90,93 %** **O = 17.970** **N = 19.762**
rechnerische Auffälligkeiten	251 / 1.026 24,46 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 251 3,98 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 1.026 0,97 %	**n. a.**	n. a.

Diese beiden Qualitätsindikatoren adressieren die Indikationsstellung bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven, nicht frakturbedingten Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54001) oder einem Hüftendoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54002). Das Bundesergebnis der beiden Indikatoren liegt auf dem Vorjahresniveau.

Die Qualitätsindikatoren werden aufgrund der Empfehlungen der Verfahrensüberprüfung gemäß Eckpunktebeauftragung zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da die Eignungskriterien Validität und Datenqualität nicht vollständig erfüllt sind. Die Referenzbereiche wurden deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

Aktuell wird am IQTIG im Auftrag des GBA eine Patientenbefragung zu primären Hüft- und Knieendoprothesen entwickelt. Dabei wird geprüft, ob sich Qualitätsaspekte, die über die QS-

Dokumentation nicht oder nur unzureichend adressiert werden können, z. B. die korrekte Indikationsstellung, über eine Patientenbefragung abbilden lassen.

Präoperative Verweildauer (ID 54003)

Tabelle 31: QI 54003: Präoperative Verweildauer

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	8,96 % O = 6.239 N = 69.665	8,15 % O = 5.744 N = 70.479	**7,78 %** **O = 5.641** **N = 72.536**
rechnerische Auffälligkeiten	162 / 1.034 15,67 %	117 / 988 11,84 %	**90 / 935** **9,63 %** **(Refbereich: ≤ 15,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	39 / 162 24,07 %	**33 / 117** **28,21 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	39 / 1.034 3,77 %	**33 / 988** **3,34 %**	n. a.

Mit diesem Indikator wird geprüft, ob die Patientinnen und Patienten innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme bzw. nach einem Inhouse-Sturz im Krankenhaus operativ versorgt werden. Das Bundesergebnis dieses Indikators hat sich zum Auswertungsjahr 2026 erneut verbessert. Dies folgt dem seit Jahren positiven Trend. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls gesunken (AJ 2026: 9,63 %; AJ 2025: 11,84 %). Im Auswertungsjahr 2026 hatten 42 % (38/90) der Leistungserbringer ein wiederholt rechnerisch auffälliges Ergebnis in diesem Indikator.

28 % (33/117) der im Auswertungsjahr 2025 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Damit nahmen die durch die LAG und Fachkommissionen bestätigten qualitativen Defizite um 4 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr zu (AJ 2024: 39/162). 24-mal erfolgte diese Bewertung aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass in vielen Fällen Schwierigkeiten beim Gerinnungsmanagement oder Kapazitätsprobleme zu dieser Bewertung führten. Auch aufgrund wiederholter Auffälligkeit und Verschlechterung des QI-Ergebnisses wurden Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Vereinzelt wurden von den LAG auch Verstöße gegen die QSFFx-RL und nicht nachvollziehbares konservatives Vorgehen zurückgemeldet. In 3 Fällen wurden von den Leistungserbringern keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, sodass ihre Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet wurden.

In diesem Qualitätsindikator werden häufig Leistungserbringer mit kleinerer und mittlerer Fallzahl in der Grundgesamtheit rechnerisch auffällig. Es gab aber auch beispielsweise drei Leistungserbringer, die im Auswertungsjahr 2025 QI-Ergebnisse zwischen 19 % und 25 % und jeweils

über 100 Patientinnen und Patienten operiert hatten. Diese Leistungserbringer wurden aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel als qualitativ auffällig bewertet.

Bei einem Leistungserbringer führte die LAG das QI-Ergebnis von ca. 19 % auf mangelnde Kapazitäten zurück. Laut der LAG war bereits im vierten Quartal des Erfassungsjahres 2024 eine Verbesserung der Kapazitäten erkennbar gewesen. Das QI-Ergebnis lag im Auswertungsjahr 2026 wieder im Referenzbereich.

Der zweite Leistungserbringer, der im Auswertungsjahr 2025 ein QI-Ergebnis von ca. 25 % aufwies, wurde von der LAG als qualitativ auffällig bewertet. Laut der LAG führten Kapazitätsprobleme und Probleme mit Antikoagulantien zu dem rechnerisch auffälligen Ergebnis. Das QI-Ergebnis des Leistungserbringers liegt im Auswertungsjahr 2026 mit 19 % zwar unterhalb des Vorjahresergebnisses, ist jedoch erneut rechnerisch auffällig.

Bei dem dritten großen Leistungserbringer, dessen QI-Ergebnis im Auswertungsjahr 2025 bei ca. 21 % lag, erkannte die Fachkommission das zweite Jahr in Folge Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Diese seien auf ein nicht nachvollziehbares perioperatives Gerinnungsmanagement, eine nicht erkennbare Priorisierung der Eingriffe sowie verzögerte Vorbereitungszeiten durch die Anästhesie zurückzuführen. Die LAG hat mit diesem Leistungserbringer im Kollegialgespräch Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet und eine Zielvereinbarung zum Festhalten der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen abgeschlossen. Das QI-Ergebnis des Leistungserbringers hat sich im Auswertungsjahr 2026 weiter verschlechtert und liegt bei 25 %.

Die Hälfte der Leistungserbringerergebnisse (60/117) sind als qualitativ unauffällig eingestuft worden, meist aufgrund von Einzelfällen. Für 3 der qualitativ unauffälligen Bewertungen haben die LAG weitere Informationen übermittelt. Bei einem Leistungserbringer sei in einem Fall die stationäre Aufnahme aufgrund einer angestrebten geriatrischen Komplexbehandlung erfolgt und dabei eine ältere Fraktur diagnostiziert worden. Bei einem anderen Leistungserbringer handelte es sich laut der LAG um einen Zentrumversorger mit nachvollziehbaren Organisationsproblemen und „besonders aktuellem Umgang mit den neuen Antikoagulanzien“. Der Leistungserbringer hat ca. 21 % der 170 operierten Patientinnen und Patienten nicht innerhalb von 48 Stunden operiert. Das QI-Ergebnis dieses Leistungserbringers liegt im Auswertungsjahr 2026 weiterhin bei ca. 21 %.

Bei einem Leistungserbringer habe sich das Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert.

Die Bewertungskategorie „Abweichungen aufgrund von Einzelfällen“ wurde wie im Vorjahr häufig vergeben, obwohl die Leistungserbringer viele Patientinnen und Patienten nicht zeitnah versorgten (hohe Zähleranzahl und Abweichung vom Referenzwert). Die Bewertung wird laut EXG-Mitgliedern jedoch auch dann gewählt, wenn es sich um jeweils nachvollziehbare Einzelfälle handle und keine strukturellen oder prozeduralen Defizite erkennbar seien. Neben dem beschriebenen Zentrumversorger mit nachvollziehbaren Organisationsproblemen wurden bei einem weiteren Leistungserbringer mit sehr vielen Fällen in der Grundgesamtheit und nicht zeitnah versorgten Patientinnen und Patienten keine Qualitätsdefizite festgestellt. Die LAG sah in diesem Fall keine Mängel in der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme.

© IQTIG 2026

Bei 18 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten die LAG keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität feststellen. Jedoch lagen vereinzelte Dokumentationsprobleme vor. Diese Bewertung als qualitativ unauffällig hat auch ein großer Leistungserbringer mit einem QI-Ergebnis von ca. 23 % erhalten. Das Leistungserbringerergebnis liegt im Auswertungsjahr 2026 bei ca. 19 %und somit weiterhin außerhalb des Referenzbereichs.

Bei 14 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringern wurden insgesamt 17 Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Dabei handelte es sich vornehmlich um „Sonstige" Maßnahmen (9-mal), gefolgt von der Implementierung von Behandlungspfaden (5-mal), Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien (2-mal) und einer Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien. Zu 5 Leistungserbringern hat eine LAG vermerkt, dass die festgelegten Maßnahmen zur Umsetzung des Verbesserungspotenzials beitragen sollen.

5 LAG haben zu 15 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (18/117). Begründet wurde dies von einer LAG in 8 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Bestehen von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle. 3 LAG führten in insgesamt 7 Fällen aufgrund von Einzelfallabweichungen oder geringer Anzahl auffälliger Vorgänge kein Stellungnahmeverfahren. Eine LAG hat bei 2 Leistungserbringern darauf verwiesen, dass im Vorjahr Stellungnahmeverfahren erfolgt seien. Bei qualitativ unauffälliger Bewertung und nun positiver Tendenz der rechnerischen Ergebnisse erfolge daher zunächst eine Verlaufskontrolle.

Mit einem Leistungserbringer wurde eine Maßnahme der Stufe 2 eingeleitet. Dabei handelte es sich um eine Korrektur der Vereinbarung im Einvernehmen mit dem Leistungserbringer (Maßnahme 2A). Laut der LAG hat der Leistungserbringer trotz Vorlage mehrerer SOPs gemäß der QSFFx-RL das angestrebte Qualitätsziel weiterhin nicht erreicht. Daher komme es zu nicht nachvollziehbaren Verzögerungen der Operationen.

Der zuletzt anhaltende positive Bundestrend, dass mehr Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur zeitnah versorgt werden, könnte sich in den Folgejahren verlangsamen, abebben oder sogar umkehren. Grund dafür sind die Entwicklungen in der bundesweiten Kliniklandschaft.

Die im Dezember 2024 beschlossene grundlegende Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) sieht eine weitere Zentralisierung der Leistungen vor. Bereits seit Jahren stellen immer mehr Leistungserbringer die Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen ein (siehe Abschnitt 2.1.2). Seit Inkrafttreten der Reform setzt sich der Trend weiter fort.

Die EXG-Mitglieder meldeten in der Frühjahrssitzung 2026 zurück, dass sich durch Klinikschließungen die Fallzahl in den jeweils umliegenden Krankenhäusern erhöhe. Dies kann zu Verzögerungen in den klinischen Strukturen und Prozessen führen.

Die Auswirkungen der Krankenhausreform und die Änderungen aufgrund der parallel geltenden QSFFx-RL sind jedoch nicht isoliert voneinander bewertbar.

Aufgrund der derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitswesen und der QI-Entwicklung sind die Auswirkungen weiterer Verschärfungen des Indikators schwer beurteilbar. Im Expertengremium besteht aktuell kein Konsens darüber, den Qualitätsindikator weiter zu verschärfen.

Sturzprophylaxe (ID 54004)

Tabelle 32: QI 54004: Sturzprophylaxe

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	97,29 % O = 205.692 N = 211.430	97,64 % O = 211.773 N = 216.892	**97,50 %** **O = 218.420** **N = 224.015**
rechnerische Auffälligkeiten	47 / 1.132 4,15 %	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 47 6,38 %	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	3 / 1.132 0,27 %	**n. a.**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Erfassung des Sturzrisikos sowie die Durchführung geeigneter Maßnahmen zur Sturzprophylaxe nach Erstimplantation oder Wechsel einer Hüftendoprothese bzw. einer Komponente. Der Anteil der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, für die nach der Operation keine Erfassung des Sturzrisikos und keine Sturzprophylaxe erfolgt ist, soll so gering wie möglich sein.

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

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

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

Bei diesen Indikatoren werden Leistungserbringerergebnisse am häufigsten nach Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. -Komponentenwechseln rechnerisch auffällig (ID 54017: ca. 11 %; ID 54120: ca. 18 %). Dies ist darauf zurückzuführen, dass bei Indikatoren, in denen viele Leistungserbringer nur wenig Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit haben, trotz perzentilbasiertem Referenzbereich anteilig mehr Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse haben, als vorgesehen ist.

Alle Qualitätsindikatoren zu allgemeinen und spezifischen Komplikationen wurden mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung, Gehstrecke/Gehhilfe, Komorbiditäten sowie Einnahme von Antikoagulanzien. Die Risikoadjustierungsmodelle wurden auf den Vorjahresdaten (EJ 2024) geschätzt. Eine Ausnahme bilden die Qualitätsindikatoren zu Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechseln bzw. Komponentenwechseln (IDs 54017 und 54120), bei denen wegen der geringen Fallzahl die Datensätze aus den Erfassungsjahren 2023 und 2024 zur Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle kombiniert wurden.

Die vollständigen Listen zu Risikofaktoren können den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 entnommen werden.

Die Indikatorergebnisse des Auswertungsjahrs 2026 zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen sind nur eingeschränkt vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Grund dafür ist die jährliche Aktualisierung der Risikoadjustierungsmodelle inklusive der Risikofaktoren.

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

Bei den allgemeinen und spezifischen Komplikationen stellt die Kategorie „Sonstige“ jeweils die größte Gruppe dar. Dabei handelt es sich um Komplikationen, die sich keiner vorgegebenen Kategorie zuordnen lassen und auch nicht in die Indikatorberechnung einfließen. Mit der Integration der Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren *QS HGV* entfällt die Angabe dieser Kategorien.

Der Großteil der allgemeinen und spezifischen Komplikationen wird zukünftig über die Sozialdaten gewonnen. Die manuelle QS-Dokumentation von Komplikationen ist nur noch notwendig, wenn durch die zugehörige Kodierung der ICD/OPS-Kodes nicht klar ist, ob es sich um eine bereits präoperativ vorliegende Diagnose handelt oder eine intra- oder postoperative Komplikation aufgetreten ist.

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

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

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

Tabelle 33: QI 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,95 O/E = 10.158 / 10.641,17 14,56 % O/N = 10.158 / 69.750	1,00 O/E = 10.839 / 10.839,00 15,35 % O/N = 10.839 / 70.594	**0,98** **O/E = 10.957 / 11.158,62** **15,08 %** **O/N = 10.957 / 72.653**
rechnerische Auffälligkeiten	54 / 1.033 5,23 %	53 / 990 5,35 %	**46 / 935** **4,92 %** **(Refbereich: ≤ 1,98; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 54 14,81 %	**7 / 53** **13,21 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 1.033 0,77 %	**7 / 990** **0,71 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur" liegt im Auswertungsjahr 2026 etwas unter der des Auswertungsjahrs 2025, jedoch über dem des Auswertungsjahrs 2024. Als Referenzbereich ist das 95. Perzentil definiert. Somit hatten ca. 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse. Im Gegensatz zum äquivalenten Qualitätsindikator in *HGV-OSFRAK* ist bei diesem Qualitätsindikator kein jährlicher Anstieg der rohen Rate zu beobachten.

Nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur treten anteilig mehr allgemeine Komplikationen auf als nach elektiven Erstimplantationen oder Wechseloperationen. Dies ist vor allem auf das höhere Alter und damit verbundene Morbidität der Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur sowie der Komplexität des Eingriffs bei vorliegender Fraktur zurückzuführen. Sie sind im Mittel 81 Jahre alt und somit 12 bzw. 6 Jahre älter als Patientinnen und Patienten mit elektiven Erstimplantationen (Mittelwert: 69 Jahre) oder Wechseloperationen (Mittelwert: 75,18 Jahre).

28 % (10/46) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. 13 % (7/53) der im Auswertungsjahr 2025 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass die Bewertung aufgrund von vermehrten Harnwegsinfekten und Niereninsuffizienzen erfolgte. Mit 3 der 7

Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen wurden Maßnahmen der Stufe 1 initiiert. Mit einem vereinbarte eine LAG die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien, mit einem weiteren die Einreichung der (hausinternen) Kriterien zur Definition eines akuten perioperativen Nierenversagens. Mit dem dritten Leistungserbringer soll die Maßnahme zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials führen. Dabei hat sich die LAG vom Leistungserbringer die fehlenden Epikrisen übermitteln lassen.

Fast die Hälfte der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Dies wurde in einem Fall begründet. Die LAG gab an, dass sich das Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr verbessert hätte.

5 LAG haben zu insgesamt einem Drittel aller bundesweit rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (18/53). 8-mal begründete eine LAG dies mit Ausreißer-Ergebnissen (> 3(O/E)) oder dem Ausschluss von Einzelfällen. Zu 6 nicht geführten Stellungnahmeverfahren meldete die dazugehörige LAG eine Liste verschiedener Gründe zurück. So könne es sich entweder um wenig ausgeprägte Abweichungen vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit, rechnerische Auffälligkeiten in nur einem Qualitätsindikator oder nur um eine auffällige Vorgangsnummer gehandelt haben.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 3 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen und zu einem Ergebnis mit Bewertung „Unvollständige oder falsche Dokumentation" eingeleitet. Bei letztgenanntem Leistungserbringer und bei einem Leistungserbringer mit vermehrtem Auftreten von Harnwegsinfekten wurde die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart. In den anderen beiden Fällen wurden sonstige Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Diese beinhalteten bei einem Leistungserbringer das Einholen von Epikrisen und beim anderen die Einreichung der (hausinternen) Kriterien zur Definition eines akuten perioperativen Nierenversagens.

Tabelle 34: QI 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,08 O/E = 3.556 / 3.294,71 1,79 % O/N = 3.556 / 198.372	1,00 O/E = 3.363 / 3.363,00 1,64 % O/N = 3.363 / 204.985	**0,92** **O/E = 3.192 / 3.488,40** **1,51 %** **O/N = 3.192 / 210.936**
rechnerische Auffälligkeiten	59 / 1.077 5,48 %	67 / 1.053 6,36 %	**55 / 1.012** **5,43 %** **(Refbereich: ≤ 3,18; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 59 18,64 %	**11 / 67** **16,42 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 1.077 1,02 %	**11 / 1.053** **1,04 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau des Vorjahres. 20 % (11/55) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Zu 9 der 11 als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorergebnisse wurden von den LAG Rückmeldungen übermittelt. Sie beziehen sich meist auf Struktur- und Prozessmängel, die zu Niereninsuffizienzen oder Harnwegsinfekten geführt haben. Die jeweiligen Probleme waren jedoch leistungserbringerspezifisch unterschiedlich.

Fast 60 % (39/67) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Zu 3 Ergebnissen wurden Gründe von den LAG genannt. Bei 2 Leistungserbringern führten laut den LAG Dokumentationsprobleme zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen; in einem Fall hat eine LAG aufgrund des Vorliegens von Einzelfällen einen Hinweis an den Leistungserbringer übermittelt.

3 LAG haben zu insgesamt 9 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen des Auswertungsjahrs 2025 kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründet wurde dies von einer LAG in 7 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Bestehen von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle.

Eine weitere LAG begründete die Entscheidung, kein Stellungnahmeverfahren zu führen, damit, dass das Ergebnis nicht signifikant vom Referenzwert abgewichen sei. Die dritte LAG führte gemäß der Empfehlung der Fachkommission Stellungnahmeverfahren nur bei Ausreißer-Ergebnissen (> 3(O/E)). Darüber hinaus erfolgt laut der LAG ein Ausschluss von rechnerisch auffälligen Ergebnissen aufgrund von Einzelfällen.

Eine LAG hat zu 3 qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen insgesamt 4 Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Dabei sollten die festgestellten Verbesserungspotenziale umgesetzt werden. Zur Vermeidung von postoperativen Harnwegsinfektionen hat die LAG mit einem Leistungserbringer die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart. Mit dem anderen vereinbarte die LAG zusätzlich die Implementierung von Behandlungspfaden, um das Auftreten von akuten Niereninsuffizienzen zu verringern.

Tabelle 35: QI 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,09 O/E = 1.887 / 1.730,38 10,77 % O/N = 1.887 / 17.528	1,00 O/E = 1.757 / 1.757,00 9,92 % O/N = 1.757 / 17.708	**0,96** **O/E = 1.697 / 1.764,84** **9,72 %** **O/N = 1.697 / 17.457**
rechnerische Auffälligkeiten	97 / 996 9,74 %	114 / 966 11,80 %	**103 / 932** **11,05 %** **(Refbereich: ≤ 2,13; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 96 8,33 %	**7 / 114** **6,14 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 996 0,80 %	**7 / 966** **0,72 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" liegt im Auswertungsjahr 2026 leicht unter dem Niveau des Vorjahres. Etwa 24 % (25/103) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

8,6 % (7/81) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Auswertungsjahrs 2025, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind als qualitativ auffällig bewertet worden. Bei 2 Leistungserbringern haben die LAG Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. In einem Fall sind laut der LAG Verbesserungsmaßnahmen beim Flüssigkeitsmanagement und beim Umgang mit Blasenkathetern und entzündungshemmenden Schmerzmitteln notwendig. In dem anderen Fall führte eine dreistündige Wechseloperation zu einem für die LAG nicht nachvollziehbaren Abfall des Hämoglobins. Dazu stellte die Fachkommission das operative Vorgehen zur Behandlung der Fraktur infrage. Bei den anderen 5 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt.

Fast 88 % (71 von 81) der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind als qualitativ unauffällig bewertet worden. 2 LAG haben zu insgesamt 6 Fällen zusätzliche Rückmeldungen übermittelt. Diese Bewertung erfolgte laut 6 Rückmeldungen aufgrund von gut begründeten Einzelfällen.

6 LAG haben zu 29 % (33/114) aller rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse in diesem Indikator im Auswertungsjahr 2025 kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Eine LAG führte gemäß der Empfehlung der Fachkommission Stellungnahmeverfahren nur bei Ausreißer-Ergebnissen (> 3(O/E)). Darüber hinaus erfolgt laut der LAG ein Ausschluss von rechnerisch auffälligen Ergebnissen aufgrund von Einzelfällen. Die LAG führte daher mit 13 Leistungserbringern keine

Stellungnahmeverfahren in diesem Indikator. Eine LAG begründete den Verzicht auf das Führen von Stellungnahmeverfahren in 14 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Bestehen von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle. In einem Fall wurde die Klinik geschlossen, sodass kein Stellungnahmeverfahren geführt werden konnte. Bei den restlichen Fällen lagen Abweichungen durch Einzelfälle, erstmalig geringe Abweichungen vom Referenzbereich oder kleine Fallzahlen vor.

Zu einem Ergebnis wurde aufgrund einer wiederholten Fehldokumentation eine sonstige Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Diese beinhaltete eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität.

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Tabelle 36: QI 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,04 O/E = 3.450 / 3.309,98 4,93 % O/N = 3.450 / 69.963	1,00 O/E = 3.360 / 3.360,00 4,75 % O/N = 3.360 / 70.745	**0,96** **O/E = 3.318 / 3.455,88** **4,56 %** **O/N = 3.318 / 72.806**
rechnerische Auffälligkeiten	62 / 1.034 6,00 %	61 / 990 6,16 %	**55 / 935** **5,88 %** **(Refbereich: ≤ 2,20; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 62 14,52 %	**16 / 61** **26,23 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	9 / 1.034 0,87 %	**16 / 990** **1,62 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ liegt im Auswertungsjahr 2026 leicht unter dem Niveau des Vorjahres. Etwa 22 % (12/55) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 52 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 16 als qualitativ auffällig bewertet worden; dies v. a. aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Bei einem Leistungserbringer erfolgte laut LAG bei mehreren Patienten trotz erheblicher Morbidität und Eingriffen mit hohem Thromboserisiko keine adäquate Antikoagulation. Die Fachkommission hat daher hinterfragt, ob interne Regelungen im Rahmen einer SOP vorhanden waren. Sie übermittelte entsprechende Empfehlungen und wird das Ergebnis des

Leistungserbringers in den Folgejahren besonders beobachten. Mängel im perioperativen sowie im Gerinnungsmanagement führten auch bei einem anderen Leistungserbringer zu einer qualitativ auffälligen Bewertung. In einem anderen Fall hat die LAG berichtet, dass die Fachkommission intraoperative Mängel aufgrund des auffällig häufigen Auftretens von Hämatoseromen erkannt habe. Das operative Vorgehen des Leistungserbringers solle daher dringend überarbeitet werden. In zwei Fällen führte das Auftreten von vermehrten Hüftluxationen zu dieser Bewertung. In 4 Fällen wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt. In einem Fall wurden darüber hinaus zudem die klinische Aufarbeitung und die Benennung konkreter Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung nicht ausreichend dargestellt. In einem anderen Fall führte ein krankheitsbedingter Ausfall des zuständigen Mitarbeiters / der zuständigen Mitarbeiterin dazu, dass der Leistungserbringer keine Antwort an die LAG übermittelt hat.

30 der 52 Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind als qualitativ unauffällig bewertet worden, vor allem aufgrund von Einzelfallabweichungen. Die LAG haben dazu keine Rückmeldungen übermittelt.

Zu etwa 15 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (9/61). Die LAG begründen dies mit einer wenig ausgeprägten Abweichung vom Referenzbereich, einer erstmaligen Auffälligkeit in diesem Indikator oder einer einzelnen rechnerischen Auffälligkeit in nur einem Qualitätsindikator. Lag lediglich eine auffällige Vorgangsnummer vor, erfolgte laut einer LAG zunächst eine Verlaufskontrolle.

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

Tabelle 37: QI 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,07 O/E = 4.654 / 4.335,89 2,33 % O/N = 4.654 / 199.907	1,00 O/E = 4.431 / 4.431,00 2,15 % O/N = 4.431 / 206.502	**0,97** **O/E = 4.416 / 4.552,16** **2,08 %** **O/N = 4.416 / 212.657**
rechnerische Auffälligkeiten	76 / 1.077 7,06 %	66 / 1.054 6,26 %	**65 / 1.012** **6,42 %** **(Refbereich: ≤ 2,61; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	19 / 76 25,00 %	**20 / 66** **30,30 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	19 / 1.077 1,76 %	**20 / 1.054** **1,90 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ liegt im Auswertungsjahr 2026 leicht unter dem Niveau des Vorjahres. Etwa 23 %

(15/65) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten bereits im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 54 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 20 als qualitativ auffällig bewertet worden; dies v. a. aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Häufig waren die vermehrten Komplikationen auf zu wenig Erfahrung aufgrund kleiner Fallzahlen zurückzuführen. Sehr komplexe Fälle mit orthopädischen Voroperationen und anatomischen Besonderheiten sollen laut der LAG an Endoprothesen-Zentren der Maximalversorgung weitergeleitet werden. Weiter berichtet wurden hohe Raten an Läsionen des Femoralnervs oder an periprothetischen Frakturen. Bei einigen Leistungserbringern lagen insuffiziente Prozesse vor, die das Auftreten von Komplikationen begünstigten. Bei einem Leistungserbringer habe beispielsweise der Verzicht auf Zementierung der Hüftendoprothese zu einer Häufung von periprothetischen Frakturen geführt. Laut der LAG hat der Leistungserbringer bereits Maßnahmen initiiert, um diese zukünftig zu vermeiden. Bei einem anderen Leistungserbringer empfahl die zuständige LAG, die Implantatwahl und das operative Vorgehen zu überprüfen und anzupassen.

Über 60 % (33/54) der geführten Stellungnahmeverfahren ergaben ein qualitativ unauffälliges Ergebnis und dies fast immer mit der Begründung „Abweichungen aufgrund von Einzelfällen". 2 LAG haben zu 2 Leistungserbringerergebnissen weitere Rückmeldungen übermittelt. Zu einem Fall hat die LAG zurückgemeldet, dass begründete Einzelfälle vorgelegen hätten. In dem anderen Fall hat sich die dazugehörige LAG für die Analyse der angefragten Fälle bedankt.

Zu 12 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden keine Stellungnahmeverfahren geführt. Begründet wurde dies von einer LAG in 4 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Vorhandensein von rechnerischen Auffälligkeiten in einem einzelnen Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG zunächst eine Verlaufskontrolle. In 6 Fällen haben die LAG darauf hingewiesen, dass es sich um Einzelfälle gehandelt habe. Bei einem Fall wich das Ergebnis nicht signifikant vom Referenzwert ab, sodass die LAG kein Stellungnahmeverfahren geführt hat. Bei einem Leistungserbringer erkannte die LAG eine positive Tendenz im Vergleich zum Vorjahr, in dem dessen Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet wurden. Daher erfolge zunächst eine Verlaufskontrolle.

Tabelle 38: QI 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,98 O/E = 3.247 / 3.297,61 16,22 % O/N = 3.247 / 20.022	1,00 O/E = 3.348 / 3.348,00 16,52 % O/N = 3.348 / 20.265	**0,98** **O/E = 3.137 / 3.188,93** **15,87 %** **O/N = 3.137 / 19.762**
rechnerische Auffälligkeiten	195 / 1.026 19,01 %	150 / 995 15,08 %	**175 / 969** **18,06 %** **(Refbereich: ≤ 1,91; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	21 / 195 10,77 %	**23 / 150** **15,33 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	21 / 1.026 2,05 %	**23 / 995** **2,31 %**	n. a.

Die Spezifikationsänderung zum Erfassungsjahr 2023 führte zwar zu einem Anstieg in den der rohen Raten des Indikators „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" vom Auswertungsjahr 2023 auf das Auswertungsjahr 2024. Seitdem liegt die rohe Rate jedoch auf einem ähnlichen Niveau.

In diesem Qualitätsindikator hatten regelhaft mehr als 5 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse, obwohl als Referenzbereich das 95. Perzentil festgelegt ist. Grund dafür ist, dass für die Berechnung des Referenzwerts nur Leistungserbringer mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators betrachtet werden. Da es hier jedoch eine große Anzahl an Leistungserbringern mit weniger als 20 Fällen im Nenner gibt, sind insgesamt deutlich mehr als 5 % der Ergebnisse rechnerisch auffällig.

27 % (47/175) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 110 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 23 als qualitativ auffällig bewertet worden; v. a. aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Zu 5 dieser Ergebnisse haben die LAG zurückgemeldet, dass diese Mängel zu infekt- und implantatassoziierten Komplikationen geführt haben. Zu einem anderen Leistungserbringerergebnis hat die LAG zurückgemeldet, dass bei unauffälligen Ergebnissen in den Vorjahren eine auffallend hohe Rate an Wundheilungsstörungen bzw. Infektionen vorlag. Die Fachkommission hat diesem Leistungserbringer u. a. ein unterjähriges Monitoring der Ergebnisse z. B. anhand der Quartalsauswertungen, empfohlen. Bei einem anderen Leistungserbringer hat die dazugehörige LAG berichtet, dass die Abläufe zwischen Praxen und dem Belegkrankenhaus nicht optimal seien. Sie hat dem Leistungserbringer empfohlen, die Keimbestimmung bei Frühinfektionen früher durchzuführen. Wegen der „kleinen" Fallzahlen empfiehlt die Fachkommission dem

Leistungserbringer außerdem, die komplexen Wechseleingriffe zukünftig an ein Zentrum zu verlegen.

Zu anderen qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen haben die LAG zurückgemeldet, dass die Leistungserbringer auch in einem der beiden anderen Indikatoren zu spezifischen Komplikationen rechnerisch auffällige Ergebnisse erzielt haben. Die Fachkommission empfiehlt den beiden Leistungserbringern u. a., die Prozesse zu analysieren und die SOP zu prüfen und zu überarbeiten. Die Fachkommission wird die Ergebnisse in den Folgejahren besonders aufmerksam beobachten.

62 % (69/110) der geführten Stellungnahmeverfahren führten zu einem qualitativ unauffälligen Ergebnis und dies häufig mit der Begründung „Abweichungen aufgrund von Einzelfällen". Zu einem Fall hat die LAG berichtet, dass keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität vorlagen, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme festgestellt wurden. Ein Leistungserbringerergebnis hat sich laut der LAG im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert. Das Ergebnis wurde von der LAG dennoch als qualitativ unauffällig (U99) bewertet.

Bei 10 % (16/110) der Leistungserbringer führten Dokumentationsfehler zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis. Dies ist der höchste Wert aller Indikatoren dieses Auswertungsmoduls.

Zu über einem Viertel der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (40/150). Begründet wurde dies von einer LAG in 19 Fällen damit, dass ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Empfehlung der Fachkommission nur bei Ausreißer-Ergebnissen (> 3(O/E)) erfolge und zu Einzelfällen keine Stellungnahmeverfahren geführt würden. Eine LAG begründete den Verzicht auf das Führen von Stellungnahmeverfahren in 13 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Vorhandensein von rechnerischen Auffälligkeiten in einem einzelnen Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu 2 qualitativ auffälligen und zu 3 nicht qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen eingeleitet. Zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis wurde laut der LAG zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials eine kritische Analyse durchgeführt. Bei diesem Leistungserbringer traten vermehrt postoperative Serome auf, prolongierte Wundsekretion und Wundinfektionen. Bei einem anderen als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringer sah die Fachkommission Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und vermisste eine kritische, strukturierte Analyse der Fälle. Zur Unterstützung, Begleitung und Prüfung der angestoßenen Maßnahmen wurde die Empfehlung der Maßnahmenstufe 1 ausgesprochen. Dies beinhaltete die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien, die Implementierung von Behandlungspfaden, Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und als sonstige Maßnahme die Prüfung der Quartalsergebnisse.

Mit 2 Leistungserbringern, bei denen es zu Problemen bei der Dokumentation kam (Bewertung D80), vereinbarte die für beide zuständige LAG die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen,

Fachgesprächen oder Kolloquien. Mit einem als qualitativ unauffällig bewerteten Leistungserbringer wurde zur Verbesserung der Dokumentationsqualität eine Zielvereinbarung geschlossen.

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54012)

Tabelle 39: QI 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,10 O/E = 7.228 / 6.544,37 3,07 % O/N = 7.228 / 235.424	1,00 O/E = 6.782 / 6.782,00 2,78 % O/N = 6.782 / 243.925	**0,96** **O/E = 6.786 / 7.063,64** **2,70 %** **O/N = 6.786 / 251.248**
rechnerische Auffälligkeiten	63 / 1.129 5,58 %	64 / 1.102 5,81 %	**56 / 1.056** **5,30 %** **(Refbereich: ≤ 2,75; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 63 3,17 %	**4 / 64** **6,25 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 1.129 0,18 %	**4 / 1.102** **0,36 %**	n. a.

Dieser Qualitätsindikator adressiert die Gehunfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung nach Erstimplantation einer Hüftendoprothese oder nach einem Wechsel, wenn die Patientin oder der Patient auch zum Aufnahmezeitpunkt gehen konnte. Seit dem Auswertungsjahr 2025 werden in diesem Indikator Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden oder in eine geriatrische Frührehabilitation entlassen wurden. Diese Patientinnen und Patienten müssen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Akutbehandlung für eine selbstständige Versorgung nicht zwingend gehen können, da die weitere Mobilisation und Versorgung im weiterbehandelnden Krankenhaus sichergestellt sind.

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

Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau der letzten 2 Vorjahre. 25 % (14/56) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 50 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 4 als qualitativ auffällig bewertet worden, 2 davon aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel (A71) und 2, weil die Leistungserbringer keine ausreichend erklärenden Gründe übermittelt haben. Bei einem Leistungserbringer konnte die LAG aus den Beschreibungen nicht nachvollziehen, weshalb die Gehfähigkeit nicht wieder hergestellt werden konnte. Bei dem anderen Leistungserbringer hat die Fachkommission nach Sichtung der Stellungnahme Mängel bei der Führung der Patientenakten in Bezug auf die präoperative Gehfähigkeit gesehen.

60 % (30/50) der geführten Stellungnahmeverfahren führten zu einem qualitativ unauffälligen Ergebnis und dies häufig mit der Begründung „Abweichungen aufgrund von Einzelfällen" oder „keine Mängel in der medizinischen Qualität, jedoch vereinzelte Dokumentationsprobleme". Zu einem Leistungserbringerergebnis meldete eine LAG zurück, dass sich das abweichende Ergebnis teilweise durch Übertragung- bzw. Dokumentationsfehler oder durch Besonderheiten im Krankheitsverlauf ergeben habe. Zu einem anderen Leistungserbringerergebnis hat die LAG berichtet, dass die Fachkommission begründete Einzelfälle gesehen hat.

Bei 13 % der Leistungserbringer wurden die rechnerisch auffälligen Ergebnisse von den LAG auf Dokumentationsfehler zurückgeführt. Nur im Qualitätsindikator „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" (ID 54120) wurde diese Bewertung häufiger vorgenommen. Das Expertengremium auf Bundesebene hat in der Frühjahrssitzung 2026 bestätigt, dass bei dem Qualitätsindikator zur Gehunfähigkeit bei Entlassung häufiger Dokumentationsprobleme auftreten.

Zu 22 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (14/64). In 4 Fällen hat eine LAG aufgrund der Empfehlung der zuständigen Fachkommission wegen statistischer, methodischer oder inhaltlicher Gründe kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Eine LAG begründete den Verzicht auf das Führen von Stellungnahmeverfahren in 3 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Vorhandensein von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle. Zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis konnte kein Stellungnahmeverfahren geführt werden, da die Klinik geschlossen wurde. In den anderen 6 Fällen wurden aufgrund der geringen Fallzahl oder aufgrund von Einzelfällen keine Stellungnahmeverfahren geführt.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet. Dieser hatte keine ausreichend erklärenden Gründe für das rechnerisch auffällige Ergebnis übermittelt. Zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials hat die LAG mit dem Leistungserbringer die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart.

Treppensteigen bei Entlassung (ID 192300)

Tabelle 40: QI 192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,02 O/E = 3.046 / 2.993,12 1,62 % O/N = 3.046 / 187.601	1,00 O/E = 2.967 / 2.967,00 1,53 % O/N = 2.967 / 194.193	**0,98** **O/E = 2.869 / 2.923,84** **1,45 %** **O/N = 2.869 / 197.683**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.** **(Refbereich: nicht definiert)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Dieser Indikator adressiert die durch eine elektive Erstimplantation einer Hüftendoprothese oder durch einen Hüftendoprothesen-Wechsel verursachte Unfähigkeit, bei Entlassung selbstständig Treppen zu steigen. Das Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau der beiden Vorjahre. Nach elektiven Erstimplantationen können 1,02 % Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung keine Treppen steigen. Nach Wechseloperationen ist dies bei 10,98 % (einzeitiger Wechsel) bzw. 7,51 % (zweizeitige Wechsel) der Fall.

Seit dem Erfassungsjahr 2025 gehen in den Zähler die Fälle ein, bei denen das Qualitätsziel „Treppensteigen bei Entlassung“ nicht erreicht wird. Das QI-Ergebnis kann dadurch als risikoadjustiertes Ergebnis (O/E) ausgewertet werden. Die Bezeichnung des Indikators wurde in „Kein Treppensteigen bei Entlassung“ geändert. Aufgrund der Überarbeitung wurde im Auswertungsjahr 2026 kein Referenzbereich festgelegt. Ab dem Auswertungsjahr 2027 wird als Referenzbereich das 95. Perzentil definiert.

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

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

Indikator und Kennzahl werden mittels indirekter Standardisierung per logistischer Regression risikoadjustiert. Die Risikoadjustierungsmodelle beinhalten z. B. Faktoren zu Alter, Geschlecht, ASA-Einstufung sowie Gehstrecke/Gehhilfe. Zur Schätzung der Risikoadjustierungsmodelle wurden die Vorjahresdaten (EJ 2024) verwendet.

Tabelle 41: QI 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,11 O/E = 850 / 766,27 0,39 % O/N = 850 / 215.900	1,00 O/E = 782 / 782,00 0,35 % O/N = 782 / 222.693	**0,89** **O/E = 707 / 790,21** **0,31 %** **O/N = 707 / 228.393**
rechnerische Auffälligkeiten	59 / 1.091 5,41 %	56 / 1.065 5,26 %	**52 / 1.023** **5,08 %** **(Refbereich: ≤ 4,18; 95. Perzentil)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 59 6,78 %	**5 / 56** **8,93 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	4 / 1.091 0,37 %	**5 / 1.065** **0,47 %**	n. a.

Die rohe Rate des Indikators „Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel" liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau der beiden Vorjahre. 12 % (6/52) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 50 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 5 als qualitativ auffällig bewertet worden. 4 davon, weil die Leistungserbringer keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit übermittelt haben. Zu einem Fall hat die LAG berichtet, dass der betroffene Leistungserbringer auf ihre Rückfrage nach den Gründen keine Antwort übermittelt habe. Die LAG berichtete außerdem, dass bei diesem Leistungserbringer über mehrere Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien hinweg systematische Dokumentationsprobleme vorlagen. Die LAG führte mit diesem Leistungserbringer ein kollegiales Gespräch als Maßnahme der Stufe 1. Eine andere LAG leitete bei einem Leistungserbringer mit qualitativ auffällig bewertetem Ergebnis ebenfalls eine Maßnahme der Stufe 1 ein. Die LAG gab hierzu an, dass der Leistungserbringer keine aussagekräftige Epikrise übermittelt hat.

Bei dem 5. Leistungserbringer hat die dazugehörige LAG Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Die LAG hat zusätzlich übermittelt, dass die Fachkommission den Fall, der zu dem rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt hat, sehr ausführlich und kritisch diskutiert habe. Die Fachkommission hat dem Leistungserbringer empfohlen, den Fall unter Einbeziehung aller am Fall beteiligten Akteure erneut intern aufzuarbeiten, und wird das Ergebnis im Folgejahr beobachten.

84 % (42/50) der geführten Stellungnahmeverfahren führten zu einem qualitativ unauffälligen Ergebnis und dies in fast allen Fällen aufgrund von Einzelfällen. Eine LAG hat einen Kommentar zurückgemeldet, wonach die Fachkommission gut begründete Einzelfälle gesehen habe.

Zu 11 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (6/56). In 4 Fällen hat eine LAG dies damit begründet, dass das rechnerisch auffällige Ergebnis auf einer Einzelfallkonstellation basiert. Die Leistungserbringer wurden von der LAG auf das Ergebnis hingewiesen und aufgefordert, die Hintergründe intern zu analysieren. Die andere LAG, die mit 2 rechnerisch auffälligen Leistungserbringern kein Stellungnahmeverfahren geführt hat, begründet dies ebenfalls mit dem Vorliegen von Einzelfällen.

Tabelle 42: TKez 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,07 O/E = 4.126 / 3.857,37 5,92 % O/N = 4.126 / 69.750	1,00 O/E = 3.899 / 3.899,00 5,52 % O/N = 3.899 / 70.594	**0,99** **O/E = 3.968 / 3.997,31** **5,46 %** **O/N = 3.968 / 72.653**
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	**n. a.**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	**n. a.**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	**n. a.**	n. a.

Im Auswertungsjahr 2026 sind fast so viele Patientinnen und Patienten nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur verstorben, wie anhand des Risikoadjustierungsmodells erwartet. Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2026 mit 5,46 % unter dem Niveau der beiden Vorjahre (AJ 2025: 5,52 %; AJ 2024: 5,92 %).

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

Tabelle 43: QI 10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	1,00 O/E = 3.845 / 3.850,70 1,39 % O/N = 3.845 / 275.694	0,99 O/E = 3.896 / 3.941,77 1,37 % O/N = 3.896 / 284.075	**0,89** **O/E = 3.600 / 4.044,22** **1,25 %** **O/N = 3.600 / 288.755**
rechnerische Auffälligkeiten	62 / 1.142 5,43 %	59 / 1.116 5,29 %	**53 / 1.075** **4,93 %** **(Refbereich: ≤ 2,39; 95. Perzentil)**

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 62 17,74 %	**9 / 59** **15,25 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	11 / 1.142 0,96 %	**9 / 1.116** **0,81 %**	n. a.

Der Indikator „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen" adressiert die frühen Wechsel von knochenverankerten Endoprothesenteilen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Da es sich um einen Follow-up-Indikator in Periodensichtweise handelt, wurde hier eine Risikoadjustierung mittels der Subject-Years-Methode verwendet, wobei die Art des Eingriffs als einziger Risikofaktor verwendet wurde. Die Schätzung des Risikoadjustierungsmodells erfolgte auf den Vorjahresdaten (EJ 2024).

Die rohe Rate liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau der beiden Vorjahre. 17 % (9/53) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis im Auswertungsjahr 2026 hatten auch im Auswertungsjahr 2025 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Von 49 Ergebnissen, zu denen Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 geführt wurden, sind 9 als qualitativ auffällig bewertet worden, dies v. a. aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel. Bei 2 Leistungserbringern hat die LAG eine kritische, strukturierte Auseinandersetzung bzw. eine Analyse der Fälle der Leistungserbringer vermisst.

Bei einem anderen Leistungserbringer fand laut der LAG eine hohe Anzahl implantat- und infektbedingter Wechsel statt. Die LAG hat dem Leistungserbringer empfohlen, dringend die Implantatwahl und das operative Vorgehen zu überprüfen. Bei einem weiteren Leistungserbringer hat eine andere LAG ebenfalls eine auffallend hohe Rate an Wundheilungsstörungen bzw. Infektionen registriert und ein unterjähriges Monitoring empfohlen. Bei einem Leistungserbringer war das rechnerisch auffällige Ergebnis laut LAG auf die niedrige Zahl an Belegärztinnen und -ärzten zurückzuführen. Die Abweichung lag nach Einschätzung der Fachkommission im Normalbereich, wobei die internen Prozesse jedoch durch den Leistungserbringer überprüft und evaluiert werden sollten. Zu einem Leistungserbringer hat die LAG berichtet, dass dieser ein Konzept zur Verhinderung von Komplikationen in Bezug auf die präoperative Risikostratifizierung und das operative Vorgehen (Wundverschluss, Zementierung) vorgelegt und implementiert habe.

78 % (38/49) der geführten Stellungnahmeverfahren führten zu einem qualitativ unauffälligen Ergebnis und dies fast immer aufgrund von Einzelfällen. 2 LAG haben weitere Informationen übermittelt. Bei einem Leistungserbringer, der diese Bewertung aufgrund „sonstiger" Gründe (U99) erhalten hat, hat die LAG bei der Hälfte der Zählerfälle eine falsche Kodierung erkannt. Zu einem anderen Leistungserbringer mit derselben Bewertung hat die LAG berichtet, dass der Leistungserbringer eigene Maßnahmen abgeleitet habe.

Zu 17 % der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (10/59). Begründet wurde dies von einer LAG in 3 Fällen mit einer Auflistung verschiedener Gründe: gering ausgeprägte Abweichung vom Referenzbereich, eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Indikator sowie das Bestehen von rechnerischen Auffälligkeiten in einem einzigen Qualitätsindikator. Bei nur einer auffälligen Vorgangsnummer erfolgt laut der LAG ebenfalls zunächst eine Verlaufskontrolle. In 2 Fällen berichtete eine LAG, dass eine positive Tendenz des rechnerischen Ergebnisses vorgelegen und eine Bewertung als qualitativ unauffällig im Vorjahr stattgefunden habe. Daher erfolge in beiden Fällen zunächst eine Verlaufskontrolle. Mit 4 Leistungserbringern wurden laut den LAG aufgrund des Vorliegens von Einzelfällen keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Maßnahmen der Stufe 1 wurden zu einem qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnis eingeleitet. Dies betraf einen Leistungserbringer, bei dem die LAG eine kritische, strukturierte Auseinandersetzung bzw. eine Analyse der Fälle der Leistungserbringer vermisst hat. Zur Unterstützung, Begleitung und Prüfung der angestoßenen Maßnahmen wurden 4 Maßnahmen der Stufe 1 ausgesprochen, u. a. die unterjährige Prüfung der Zwischenergebnisse. Dies ist jedoch nicht möglich, da der Qualitätsindikator im Auswertungsjahr 2026 letztmalig in dieser Form ausgewertet wird. Aufgrund der Überarbeitung des Verfahrens enthalten die Quartalsberichte im Auswertungsmodul *HGV-HEP* zum Auswertungsjahr 2027 nur Ergebnisse der Indikatoren zur präoperativen Verweildauer und zur Mobilität („Gehunfähigkeit bei Entlassung“ und „kein Treppensteigen bei Entlassung“).

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* werden im Auswertungsjahr 2026 insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. 16 % (186/1.132) der Leistungserbringer mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium weisen mindestens ein Ergebnis mit rechnerischer Auffälligkeit auf.

Alle 6 Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit haben Bezug zu den Qualitätsindikatoren zu den allgemeinen und/oder spezifischen Komplikationen. Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit liegen zwischen 0,01 % („Angabe von ASA“; ID 852102) und 63,38 % („Komplikationen bei hoher Verweildauer“; ID 851905). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt zwischen 0,47 % („Angabe von ASA 5“) und 3,75 % („Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“; ID 850151).

Die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit der Dokumentationsbögen liegen durchweg auf einem hohen Niveau. Somit werden bundesweit die QS-Fälle dokumentiert, die laut dem QS-Filter auch dokumentationspflichtig sind. Zwischen 0,18 % („Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)“; ID 850275) und 5,63 % („Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)“; ID 850276) aller Leistungserbringerergebnisse waren im Auswertungsjahr 2026 in diesen Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig.

Sofern Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind die Ergebnisse in den meisten Fällen als qualitativ auffällig bewertet worden. Bei diesen Leistungserbringern hat sich in fast allen Fällen bestätigt, dass manuelle Kodier- bzw. Dokumentationsfehler vorlagen. Bei dem Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten führten teilweise Softwarefehler zu Fehldokumentationen. Diese Fälle wurden jedoch ebenfalls als qualitativ auffällig bewertet.

Ca. 9,7 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Auswertungsjahrs 2025, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden als qualitativ unauffällig bewertet.

Bei der Hälfte der als qualitativ unauffällig bewerteten Ergebnisse wurde von den LAG zurückgemeldet, dass die Dokumentation korrekt gewesen sei. Bei der anderen Hälfte lagen „sonstige" Gründe vor. Diese Einstufung wurde von 2 verschiedenen LAG vorgenommen und betraf v. a. das Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)".

3 LAG haben zu insgesamt 42 rechnerisch auffälligen Ergebnissen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies betraf in 35 Fällen eine LAG. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien und den Qualitätsindikatoren befasse sich die Fachkommission dieser LAG verstärkt mit den Qualitätsindikatoren. Den Rückmeldungen dieser LAG ist darüber hinaus zu entnehmen, dass teilweise eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit vorgelegen habe oder der Leistungserbringer darüber hinaus nur in einem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis hatte. In einem Fall hat die LAG darauf hingewiesen, dass im Vorjahr bereits ein Stellungnahmeverfahren erfolgt sei. Aufgrund der Bewertung als qualitativ unauffällig und positiver Tendenz des rechnerischen Ergebnisses erfolge daher eine Verlaufskontrolle.

Die zweite LAG hat den Verzicht auf Stellungnahmeverfahren in 4 Fällen damit begründet, dass ein solches nicht erforderlich sei, jedoch ein Hinweis an den Leistungserbringer übermittelt wurde, dass die Dokumentationsqualität überprüft werden solle. Die dritte LAG hat in 3 Fällen kein Stellungnahmeverfahren geführt. In 2 Fällen seien die Ergebnisse aufgrund von Einzelfallabweichungen entstanden und in einem Fall wurde die Einrichtung unterjährig geschlossen. Aufgrund rechnerisch auffälliger AK-Ergebnisse wurden z. B. dann keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet, wenn es sich um eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit handelte oder nur eine geringe Abweichung vom Referenzwert vorlag. Der Fokus liegt laut einer LAG, die mehrfach keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet hat, im Falle der Auffälligkeitskriterien bei den wiederholt auffälligen Leistungserbringern.

Im Rahmen der Integration von Sozialdaten in das Verfahren *QS HGV* werden 4 der 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit nicht mehr benötigt und daher ab dem Auswertungsjahr 2027 nicht mehr ausgewertet. Die beiden Auffälligkeitskriterien „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen (ID 851904) und „Angabe von ASA 5" (ID 852102) werden weiterhin ausgewertet.

2.3.2 Tabellarische Übersicht der Ergebnisse

Tabelle 44: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2026) - HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	17,77 % 641/3.608 (≤ 50,00 %)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	15,10 % 368/2.437 (≤ 30,00 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	8,10 % 339/4.185 (≤ 200,00 %)
851905	Komplikationen bei hoher Verweildauer	63,38 % 8.475/13.372 (≤ 90,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	7,43 % 150/2.018 (= 0)
852102	Angabe von ASA 5	0,01 % 44/306.749 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,35 % 257.950/257.050 (≥ 95,00 %)
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	100,07 % 284.556/284.368 (≥ 95,00 %)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	100,07 % 284.556/284.368 (≤ 110,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	100,15 % 20.171/20.141 (≥ 95,00 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	100,15 % 20.171/20.141 (≤ 110,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2026 (Referenzbereich)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,08 % 228/302.379 (≤ 5,00 %)

Tabelle 45: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2026) – 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	2025	16 / 891	1,80	2
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	2025	27 / 720	3,75	4
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	29 / 842	3,44	2

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	2025	28 / 961	2,91	7
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2025	21 / 746	2,82	3

© IQTIG 2026

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 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 192300: Kein Treppensteigen bei Entlassung 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2025	5 / 1.059	0,47	1

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	2025	30 / 1.113	2,70	7
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.	2025	25 / 1.116	2,24	4
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.	2025	2 / 1.116	0,18	0
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.	2025	56 / 995	5,63	19
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.	2025	7 / 995	0,70	0
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2025	4 / 1.118	0,36	1

2.3.3 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 46: AK 850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	17,42 % O = 627 N = 3.599	16,82 % O = 600 N = 3.568	**17,77 %** **O = 641** **N = 3.608**
rechnerische Auffälligkeiten	16 / 929 1,72 %	9 / 881 1,02 %	**16 / 891** **1,80 %** **(Refbereich: ≤ 50,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 16 62,50 %	**5 / 9** **55,56 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	10 / 929 1,08 %	**5 / 881** **0,57 %**	n. a.

Die Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und postoperativer Komplikationen kann bei Wechseleingriffen sowohl postoperativ aufgetreten als auch der präoperative Grund (Indikation) für den Wechsel sein. Da dies in der QS-Dokumentation bis zum Erfassungsjahr 2026 nicht abgebildet wird, liegt der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums bei ≤ 50,00 %. Leistungserbringerergebnisse werden demnach rechnerisch auffällig, wenn in mehr als 50 % der Fälle mit den ICD-Diagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 keine spezifische Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben wurde und gleichzeitig mindestens 5 Fälle im Nenner vorlagen. Das Auffälligkeitskriterium hat Bezug zu den beiden Indikatoren zu spezifischen Komplikationen nach Erstimplantation (IDs 54018 und 54019).

Das Bundesergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums und die Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse liegen leicht über dem Niveau der beiden Vorjahre. 5 der 7 im Auswertungsjahr 2025 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet.1 rechnerisch auffälliges Leistungserbringerergebnis wurde als qualitativ unauffällig bewertet, da sich die Dokumentation des Leistungserbringers als richtig erwies.

Zu 2 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen im Auswertungsjahr 2025 wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die LAG begründet dies mit dem Vorliegen einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit. Darüber hinaus würde sich die Fachkommission der LAG aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten verstärkt mit den Qualitätsindikatoren befassen.

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

Tabelle 47: AK 850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	15,96 % O = 367 N = 2.300	13,98 % O = 313 N = 2.239	**15,10 %** **O = 368** **N = 2.437**
rechnerische Auffälligkeiten	27 / 710 3,80 %	23 / 693 3,32 %	**27 / 720** **3,75 %** **(Refbereich: ≤ 30,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	18 / 27 66,67 %	**18 / 23** **78,26 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	18 / 710 2,54 %	**18 / 693** **2,60 %**	n. a.

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

Das Bundesergebnis und die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse dieses Auffälligkeitskriteriums liegen im Auswertungsjahr 2026 auf dem Niveau der beiden Vorjahre.

Alle rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahres 2025, zu denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet. 3 LAG haben zu 8 dieser Bewertungen weitere Rückmeldungen übermittelt. Bei 4 Leistungserbringern erfolgten laut der LAG jeweils interne Analysen. Diese hätten die Dokumentationsfehler bestätigt. Die Leistungserbringer führten daraufhin Schulungen durch. Darüber hinaus sei bei den Leistungserbringern eine ergänzende Kontrolle der Dokumentation für die Qualitätssicherung geplant. Eine andere LAG hat zu 3 Leistungserbringerergebnissen die jeweilige Anzahl der Fehler übermittelt. Bei einem dieser Leistungserbringer sei versehentlich das Feld „sonstige spez. Komplikationen" ausgewählt worden. Die 3. LAG hat zu einem Ergebnis zurückgemeldet, dass sie den betreffenden Leistungserbringer darum gebeten hat, eine korrekte Dokumentation sicherzustellen.

Eine LAG hat zu 4 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt, da eine erstmalige rechnerische Auffälligkeit bestanden habe. Aufgrund

der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten werde sich die Fachkommission verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren befassen.

Tabelle 48: AK 851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	9,63 % O = 405 N = 4.205	7,20 % O = 303 N = 4.210	**8,10 %** **O = 339** **N = 4.185**
rechnerische Auffälligkeiten	29 / 864 3,36 %	20 / 845 2,37 %	**29 / 842** **3,44 %** **(Refbereich: ≤ 2)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	19 / 29 65,52 %	**18 / 20** **90,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	19 / 864 2,20 %	**18 / 845** **2,13 %**	n. a.

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

Das Bundesergebnis dieses Auffälligkeitskriteriums liegt seit mehreren Jahren auf einem ähnlichen Niveau zwischen 7 % und 10 %. Der Anteil rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse schwankt seit Auswertungsjahr 2021 zwischen 1,54 % (AJ 2023) und 3,44 % (AJ 2026).

Zu 18 der 20 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025 wurden Stellungnahmeverfahren geführt. Alle wurden aufgrund bestätigter Dokumentationsfehler als qualitativ auffällig bewertet. Zu 9 Bewertungen haben die LAG weitere Rückmeldungen übermittelt. In 3 Fällen führten Softwareprobleme zur Doppelanlage von Prozedurbögen. Bei 2 der 3 Fälle betraf das Softwareproblem die Schnittstelle zwischen OP-Dokumentation und QS-Dokumentation. In anderen Fällen hat eine LAG berichtet, dass Dokumentationsfehler bei der Datums- oder Seitenangabe zu einer Doppelanlage von Prozedurbögen geführt haben.

Zu 2 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Die LAG begründet dies mit dem Vorliegen einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit. Darüber hinaus werde sich die Fachkommission der LAG aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren befassen.

Tabelle 49: AK 851905: Komplikationen bei hoher Verweildauer

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	56,50 % O = 6.222 N = 11.013	60,31 % O = 7.292 N = 12.091	**63,38 %** **O = 8.475** **N = 13.372**
rechnerische Auffälligkeiten	13 / 1.013 1,28 %	21 / 981 2,14 %	**28 / 961** **2,91 %** **(Refbereich: ≤ 90,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 13 46,15 %	**12 / 21** **57,14 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 1.013 0,59 %	**12 / 981** **1,22 %**	n. a.

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

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

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

Das Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2026 liegt über den Ergebnissen der Vorjahre. 12 der 18 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse im Auswertungsjahr 2025, mit denen Stellungnahmeverfahren geführt wurden, sind als qualitativ auffällig bewertet worden. Bei einem dieser Leistungserbringer wurden bei 5 von 10 Patientinnen und Patienten behandlungsbedürftige Komplikationen nicht in den QS-Bogen dokumentiert. Die Fachkommission hat den Leistungserbringer gebeten, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. Bei einem anderen qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnis lag in einem Fall ein Dokumentationsfehler vor. Bei einem anderen Leistungserbringer blieb für die LAG trotz Rückfrage unklar, ob Dokumentationsfehler vorgelegen haben.

6 rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Bei einem Leistungserbringer erklärt sich das rechnerisch auffällige Ergebnis laut LAG durch das Vorliegen von Einzelfällen. Bei 5 Leistungserbringern führten Verzögerungen bei der Entlassung

in die Rehabilitation zur rechnerischen Auffälligkeit. Bei einem dieser Leistungserbringer werden laut LAG bewusst 10–12 Tage zwischen Operation und Beginn der Rehamaßnahme eingeplant. Der Leistungserbringer begründet dies damit, dass die teilweise morbiden und höher betagten Patientinnen und Patienten länger brauchten, um die Reha-Fähigkeit postoperativ zu erlangen. Eine Verschiebung der Rehamaßnahme wäre darüber hinaus meistens nur im Rahmen eines Neuantrages und mehrerer Wochen Wartezeit möglich. Der Leistungserbringer habe jedoch vor, die Operation zukünftig näher an den Beginn der Reha-Maßnahme zu legen, um zu lange Verweildauern zu vermeiden.

Zu 3 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründet wurde dies von einer LAG in 2 Fällen mit einer erstmaligen Auffälligkeit in einem Auffälligkeitskriterium sowie mit dem Bestehen von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Auffälligkeitskriterium. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten befasse sich die Fachkommission verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren. Mit dem 3. Leistungserbringer wurde im Vorjahr ein Stellungnahmeverfahren geführt, das zu einer qualitativ unauffälligen Bewertung führte. Aufgrund der positiven Tendenz des rechnerischen Ergebnisses erfolge daher eine Verlaufskontrolle.

Mit dem Leistungserbringer, bei dem der LAG trotz Rückfrage unklar blieb, ob Dokumentationsfehler vorgelegen haben, wurde eine sonstige Maßnahme der Stufe 1 eingeleitet. Es fanden ein kollegiales Gespräch und eine anschließende Zielvereinbarung zum Festhalten der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen statt.

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

Tabelle 50: AK 851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	7,36 % O = 157 N = 2.132	7,32 % O = 160 N = 2.185	**7,43 %** **O = 150** **N = 2.018**
rechnerische Auffälligkeiten	23 / 787 2,92 %	27 / 767 3,52 %	**21 / 746** **2,82 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	16 / 23 69,57 %	**21 / 27** **77,78 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	16 / 787 2,03 %	**21 / 767** **2,74 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft nach einer elektiven Erstimplantation ein ungeplanter Endoprothesen-Wechsel innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde, obwohl zur Erstimplantation keine Komplikationen angegeben wurden. Das Bundesergebnis

dieses Auffälligkeitskriteriums liegt im Auswertungsjahr 2026 auf dem Niveau des Vorjahres und unter dem des Auswertungsjahrs 2024.

Auch der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt über dem Niveau des Vorjahres, aber unter dem des Auswertungsjahrs 2024.

Von den 25 Leistungserbringerergebnissen, zu denen ein Stellungnahmeverfahren stattfand, wurden 21 als qualitativ auffällig bewertet. Laut Rückmeldung einer LAG zu einem Fall wurde der QS-Dokumentationsbogen nach der Übermittlung zwar um die Informationen zum Grund der Wechseloperation und zur Wechseloperation an sich ergänzt. Dieser korrigierte Bogen ist jedoch laut dem Leistungserbringer aufgrund eines technischen Problems nie versendet worden.

4 Leistungserbringer wurden als qualitativ unauffällig bewertet, zu 3 wurden weitere Rückmeldungen übermittelt. In einem Fall sah die LAG zwar vereinzelte Dokumentationsprobleme, jedoch lagen keine Hinweise auf Mängel in der medizinischen Qualität vor. Bei einem anderen Leistungserbringer konnte die LAG nachvollziehen, dass keine Komplikation aufgetreten ist. Beim 3. Leistungserbringer fand eine Fallzusammenführung nach Wiederaufnahme aufgrund eines Sturzes in der Anschlussheilbehandlung statt.

Zu 2 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Begründet wurde dies von der LAG mit einer erstmaligen Auffälligkeit in einem Auffälligkeitskriterium sowie mit dem Vorhandensein von rechnerischen Auffälligkeiten in nur einem Auffälligkeitskriterium. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten befasse sich die Fachkommission verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren.

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

Tabelle 51: AK 852102: Angabe von ASA 5

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,01 % O = 25 N = 291.074	0,01 % O = 28 N = 298.888	**0,01 %** **O = 44** **N = 306.749**
rechnerische Auffälligkeiten	2 / 1.134 0,18 %	4 / 1.108 0,36 %	**5 / 1.059** **0,47 %** **(Refbereich: = 0)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 2 50,00 %	**3 / 4** **75,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 1.134 0,09 %	**3 / 1.108** **0,27 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine zu hohe (unwahrscheinliche) Anzahl von ASA-5-Einstufungen zu detektieren. Die dem Auffälligkeitskriterium zugrunde liegende Hypothese ist,

dass es sich tatsächlich um eine niedrigere ASA-Einstufung handelt und ASA 5 somit falsch dokumentiert wurde.

Die ASA-Kategorie 5 ist die höchste Stufe der ASA-Kategorien. Patientinnen und Patienten mit diesem ASA-Wert sind gemäß der Definition moribund (todkrank) und würden ohne Operation voraussichtlich nicht überleben. Die operative Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur dient in den meisten Fällen nicht der Lebensrettung und stellt eine starke Belastung für die Patientin oder den Patienten dar. Daher sollten zuvor Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten ergriffen werden. Dies kann eine bessere Ausgangssituation mit einer ggf. niedrigeren ASA-Klassifikation für die operative Versorgung des Hüftgelenkes schaffen. Eine Angabe von ASA 5 in Zusammenhang mit der Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur erscheint vor diesem Hintergrund folglich unplausibel. Der Referenzbereich in diesem Auffälligkeitskriterium liegt entsprechend bei 0.

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

Das Bundesergebnis des Auswertungsjahrs 2026 und die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt auf dem Niveau des Vorjahres.

3 der 4 im Auswertungsjahr 2025 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Zu 2 dieser Leistungserbringer haben die LAG vermerkt, dass sie die Leistungserbringer gebeten haben, eine korrekte Dokumentation sicherzustellen.

Das Ergebnis eines Leistungserbringers wurde als qualitativ unauffällig bewertet, da die Dokumentation laut der LAG korrekt war.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 52: AK 850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,43 % O = 244.719 N = 243.664	99,69 % O = 249.755 N = 250.523	**100,35 %** **O = 257.950** **N = 257.050**
rechnerische Auffälligkeiten	17 / 1.170 1,45 %	42 / 1.151 3,65 %	**30 / 1.113** **2,70 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 17 76,47 %	**29 / 42** **69,05 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 1.170 1,11 %	**29 / 1.151** **2,52 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze zu GKV-Patientinnen und –Patienten erwartet wurden, vollständige und plausible Datensätze übermittelt wurden. Dies

war im Auswertungsjahr 2026 in 100,35 % der Fall. Bundesweit liegt somit eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt im Auswertungsjahr 2026 unter dem Niveau des Vorjahres, jedoch über dem Niveau des Auswertungsjahrs 2024.

29 der 30 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren stattfanden, wurden als qualitativ auffällig bewertet.

Tabelle 53: AK 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,54 % O = 268.877 N = 267.445	100,34 % O = 276.474 N = 275.547	**100,07 %** **O = 284.556** **N = 284.368**
rechnerische Auffälligkeiten	14 / 1.173 1,19 %	13 / 1.151 1,13 %	**25 / 1.116** **2,24 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 13 69,23 %	**12 / 13** **92,31 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	9 / 1.173 0,77 %	**12 / 1.151** **1,04 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob zu allen Fällen, zu denen Datensätze zu Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation erwartet wurden, diese Datensätze auch vollzählig übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2026 in 100,07 % der Fall. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Unterdokumentation liegt über dem Niveau der beiden Vorjahre. 12 der 13 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahrs 2025 wurden als qualitativ auffällig bewertet. Zu einem Fall berichtet die LAG, dass dem Leistungserbringer nicht bekannt gewesen sei, dass Überlieger eingesendet werden mussten. Der LAG sind bei diesem Leistungserbringer über mehrere Auffälligkeitskriterien hinweg systematische Dokumentationsprobleme sowie eine mangelnde Teilnahme an der datengestützten Qualitätssicherung aufgrund unzureichender Stellungnahmen aufgefallen. Daher hat die LAG bei diesem Leistungserbringer als Maßnahme der Stufe 1 ein kollegiales Gespräch geführt. Die erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen wurden anschließend in einer Zielvereinbarung festgehalten.

Mit einem anderen qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnis wurde ebenfalls eine Maßnahme der Stufe 1 initiiert. Dies beinhaltet die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien, um das festgestellte Verbesserungspotenzial umzusetzen.

Ein rechnerisch auffälliges Ergebnis wurde mit „Sonstiges“ bewertet. Die LAG hat zurückgemeldet, dass personelle Probleme ursächlich für die rechnerische Abweichung gewesen seien.

Tabelle 54: AK 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,54 % O = 268.877 N = 267.445	100,34 % O = 276.474 N = 275.547	**100,07 %** **O = 284.556** **N = 284.368**
rechnerische Auffälligkeiten	7 / 1.173 0,60 %	1 / 1.151 0,09 %	**2 / 1.116** **0,18 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 7 42,86 %	**1 / 1** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.173 0,26 %	**1 / 1.151** **0,09 %**	n. a.

Auch dieses Auffälligkeitskriterium misst, ob in allen infrage kommenden Fällen die erwarteten Datensätze zu Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation vollzählig übermittelt wurden. Dies war im Auswertungsjahr 2025 in 100,07 % der Fall. Bundesweit liegt somit wie in den beiden Vorjahren eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt hier auf dem Niveau des Vorjahres. Im Auswertungsjahr 2025 wurde ein Leistungserbringerergebnis rechnerisch auffällig. Es wurde als qualitativ auffällig bewertet. Die LAG hat dazu jedoch keine weiteren Rückmeldungen übermittelt.

Tabelle 55: AK 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,46 % O = 20.229 N = 20.137	100,04 % O = 20.491 N = 20.482	**100,15 %** **O = 20.171** **N = 20.141**
rechnerische Auffälligkeiten	63 / 1.052 5,99 %	69 / 1.028 6,71 %	**56 / 995** **5,63 %** **(Refbereich: ≥ 95,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	32 / 60 53,33 %	**47 / 69** **68,12 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	32 / 1.052 3,04 %	**47 / 1.028** **4,57 %**	n. a.

In dieses Auffälligkeitskriterium gehen Fälle ein, zu denen ein QS-Dokumentationsbogen zu einem Wechseleingriff erwartet, jedoch nicht übermittelt wurde. Das Bundesergebnis liegt mit 100,15 % auf dem Niveau der Vorjahre. Bundesweit betrachtet liegt somit eine leichte Überdokumentation vor. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt hier unter dem Niveau der beiden Vorjahre.

47 der 56 Leistungserbringerergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren stattfanden, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Zu 12 dieser Leistungserbringerergebnisse wurden weitere Rückmeldungen übermittelt. Bei 2 dieser Leistungserbringer lagen laut der LAG Softwarefehler vor, der bei einem von beiden die KIS-Auslösung betraf. Zu dem anderen Leistungserbringer hat die dazugehörige LAG den Softwarefehler nicht weiter beschrieben. Bei einem Leistungserbringer konnte die LAG die Begründung des Leistungserbringer nicht nachvollziehen. Zu 2 Leistungserbringern haben die LAG berichtet, dass die Ursache für die rechnerische Auffälligkeit nicht aufgeklärt werden konnte. Bei 2 Leistungserbringern lagen Fehlkodierungen vor. In einem Fall betraf dies die Kodierung eines zweizeitigen Wechsels. Bei dem anderen Leistungserbringer hat die LAG erläutert, dass zu diesem Fall keine QS-Dokumentation erforderlich gewesen wäre. Die LAG geht daher davon aus, dass die Unterdokumentation keinen Einfluss auf das Indikatorergebnis gehabt hätte.

6 Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Laut der LAG führten unterschiedliche Gründe zu dieser Bewertung: besondere Fallkonstellation, Fallzusammenführung, eine fehlende Liste zu den Fallnummern, Fehler im Dokumentationssystem, vereinzelte Dokumentationsprobleme, die jedoch keinen Einfluss auf die medizinische Qualität gehabt hätten, als auch Mehrfachaufenthalte. In einem Fall hat der Leistungserbringer bereits laut der LAG Maßnahmen zur Vermeidung der erneuten rechnerischen Abweichung eingeleitet.

Zu einem dieser Fälle hat die LAG darauf hingewiesen, dass eine konkrete Analyse nur bei Vorliegen einer Fallnummer möglich sei, die aber bei Unterdokumentation nicht vorliege. Laut der LAG konnte ein Softwarefehler ausgeschlossen werden. Das IQTIG stellt den Leistungserbringern und den LAG seit einigen Jahren Listen gelieferter Vorgänge zur Verfügung. Mithilfe dieser Listen und der in der QS-Software durch den Sollstatistik-Filter ermittelten Vorgänge können die Leistungserbringer die fehlenden Vorgänge identifizieren.

3 Leistungserbringerergebnisse wurden mit „Sonstiges“ bewertet. In einem Fall hatte der Leistungserbringer laut LAG aufgrund einer Systemumstellung und eines Systemausfalls keine Möglichkeit, die Unterdokumentation nachzuvollziehen. Bei einem anderen Leistungserbringer ist laut der LAG keine Bewertung möglich, da der Sachverhalt nicht nachprüfbar wäre. Beim 3. Leistungserbringer entstand das rechnerisch auffällige Ergebnis laut der LAG primär durch fehlerhafte ICD-Kodierungen.

Eine LAG hat zu 6 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen kein Stellungnahmeverfahren geführt. Bei diesen Leistungserbringern habe entweder eine erstmalige Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium bestanden oder diese hatten nur in einem Auffälligkeitskriterium ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten befasse sich die Fachkommission verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren.

Eine LAG hat zu 3 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet. Zu 2 Ergebnissen hat die LAG eine Rückmeldung gegeben. Bei einem Leistungserbringer konnte die LAG die Begründung nicht nachvollziehen und der andere habe ein wiederholt rechnerisch auffälliges Ergebnis gehabt. Bei beiden Leistungserbringern fielen laut LAG

über mehrere Auffälligkeitskriterien hinweg systematische Dokumentationsprobleme sowie eine mangelnde Teilnahme an der datengestützten Qualitätssicherung aufgrund unzureichender Stellungnahmen auf. Die LAG hat mit beiden Leistungserbringer kollegiale Gespräch geführt und Zielvereinbarungen zum Festhalten der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen abgeschlossen.

Bei dem dritten Leistungserbringer war die Ursache für die Unterdokumentation laut LAG unklar, da der verantwortliche QS-Beauftragte der Abteilung aus der Klinik ausgeschieden sei. Aufgrund der wiederholten Unterdokumentation hat die LAG eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität im Rahmen einer Maßnahme der Stufe 1 abgeschlossen.

Tabelle 56: AK 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	100,46 % O = 20.229 N = 20.137	100,04 % O = 20.491 N = 20.482	**100,15 %** **O = 20.171** **N = 20.141**
rechnerische Auffälligkeiten	9 / 1.052 0,86 %	4 / 1.028 0,39 %	**7 / 995** **0,70 %** **(Refbereich: ≤ 110,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 9 33,33 %	**4 / 4** **100,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 1.052 0,29 %	**4 / 1.028** **0,39 %**	n. a.

In dieses Auffälligkeitskriterium gehen wie bei demjenigen zur Unterdokumentation Fälle ein, zu denen ein QS-Dokumentationsbogen zu einem Wechseleingriff erwartet, jedoch nicht übermittelt wurde. Das Bundesergebnis liegt mit 100,15 % auf dem Niveau der Vorjahre. Bundesweit betrachtet liegt somit eine leichte Überdokumentation vor.

Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt hier auf einem ähnlich niedrigen Niveau wie in den Vorjahren. Alle 4 im Auswertungsjahr 2025 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die LAG haben keine weiteren Informationen zu diesen Ergebnissen übermittelt.

Tabelle 57: AK 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2024	AJ 2025	AJ 2026
Bundesergebnis	0,07 % O = 187 N = 285.290	0,07 % O = 194 N = 293.647	**0,08 %** **O = 228** **N = 302.379**
rechnerische Auffälligkeiten	1 / 1.174 0,09 %	4 / 1.155 0,35 %	**4 / 1.118** **0,36 %** **(Refbereich: ≤ 5,00 %)**
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 0,00 %	**1 / 4** **25,00 %**	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 1.174 0,00 %	**1 / 1.155** **0,09 %**	n. a.

Dieses Auffälligkeitskriterium misst, wie oft Minimaldatensätze (MDS) übermittelt wurden. Das Bundesergebnis liegt auf dem Niveau der beiden Vorjahre.

Zu einem rechnerisch auffälligen Ergebnis kommen Leistungserbringer, in denen in mehr als 5 % der Fälle ein MDS übermittelt wird. Zu einem der 4 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse des Auswertungsjahrs 2025 wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Es wurde als qualitativ auffällig bewertet. Die LAG hat zu diesem Ergebnis keine weiteren Informationen übermittelt.

Eine LAG hat zu 3 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Aufgrund der hohen Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten befasse sich die Fachkommission verstärkt mit den medizinischen Qualitätsindikatoren.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 58: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	13.874	-	14.519	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	13.874	100,00	10.319	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1.266	9,12	807	7,82
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,08	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1.265	100,00	807	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1.265	100,00	807	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	394	31,15	169	20,94
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	871	68,85	638	79,06
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	871	100,00	638	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	9	1,03	6	0,94
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,11	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	561	44,35	437	54,15
Bewertung als qualitativ auffällig	151	11,94	135	16,73
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	122	9,64	44	5,45
Sonstiges	37	2,92	22	2,73

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	54	n. a.	48	n. a.
Maßnahmenstufe 2	1	n. a.	1	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* wurden im Auswertungsjahr 2025 zwar insgesamt mehr Indikatorenergebnisse ausgewertet als im Vorjahr. Allerdings hatten weniger Indikatoren einen definierten Referenzbereich, da dieser für die Indikatoren zur Indikationsstellung (IDs 54001 und 54002) und zur Sturzprophylaxe (ID 54004) jeweils ausgesetzt war. Daher gab es weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse und damit auch weniger Stellungnahmeverfahren.

Der Anteil der geführten Stellungnahmeverfahren liegt über dem Niveau des Vorjahrs (AJ 2025: ca. 79 %; AJ 2024: ca. 69 %). Auch der Anteil an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen ist höher (AJ 2025: ca. 17 %; AJ 2024: ca. 12 %). Zugleich wurden mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet (AJ 2025: ca. 54 %; AJ 2024: ca. 44 %). Der Anteil nicht erfolgter Bewertungen aufgrund von Dokumentationsfehlern hat sich im Vergleich zum Vorjahr verringert.

Ungefähr 21 % (135/638) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Stellungnahmeverfahren stattfanden, wurden als qualitativ auffällig bewertet. Die meisten betrafen die Qualitätsindikatoren „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003) und „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54120). Qualitativ auffällige Bewertungen waren meist auf Struktur- und Prozessmängel bei den Qualitätsindikatoren dieses Auswertungsverfahrens zurückzuführen (88/135).

Fast 70 % (437/638) aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen ein Stellungnahmeverfahren geführt wurde, wurden als qualitativ unauffällig bewertet. Dies betrifft v. a. die Indikatoren „Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54017), „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (54120) und „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003). Die Bewertung als unauffällig erfolgte meistens aufgrund von Einzelfällen (325 von 437). Zu 31 der 325 Bewertungen haben die LAG zusätzliche Rückmeldungen übermittelt, die indikatorspezifische Begründungen beinhalteten.

Am häufigsten lagen Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54120) und „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54012) vor, weshalb keine Bewertung möglich war. Die von den LAG zurückgemeldeten Dokumentationsprobleme beim Qualitätsindikator zur Gehunfähigkeit bei Entlassung decken sich mit den Rückmeldungen des Expertengremiums auf Bundesebene aus der Frühjahrssitzung 2026.

Eine Bewertung als „Sonstiges“ wurde selten vorgenommen. In 16 von 22 Fällen wurde die Verwendung dieser Auswahl mit Klinikschließungen begründet. Das IQTIG beobachtet seit mehreren Jahren eine abnehmende Menge der Leistungserbringer im Verfahren *QS HGV*. Die Mitglieder des Expertengremiums gehen davon aus, dass sich dieser Trend aufgrund der Zentrierung von Leistungen fortsetzen wird.

Die LAG haben zu ca. 21 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies wurde z. B. mit einer erstmaligen rechnerischen Auffälligkeit, einer geringen oder nicht signifikanten Abweichung vom Referenzwert oder einer kleinen Fallzahl begründet.

Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden 2025 mit weniger Leistungserbringern Maßnahmen der Stufe 1 eingeleitet (AJ 2025: 48 Maßnahmen zu 37 Leistungserbringerergebnissen; AJ 2024: 54 Maßnahmen zu 47 Leistungserbringerergebnissen).

Zum Auswertungsjahr 2025 sind pro Leistungserbringer zwischen 1 und 4 Maßnahmen durchgeführt worden, am häufigsten davon Maßnahmen zum Qualitätsindikator zur präoperativen Verweildauer (15 von 37 Leistungserbringern). Dabei wurden v. a. sonstige Maßnahmen, z. B. Vorlage der nach der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) vorzuhaltenden Standardvorgehensweisen (SOP) oder Durchführung von kollegialen Gesprächen, eingeleitet oder die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart.

Wie zum Auswertungsjahr 2024 wurde auch 2025 zu einem Leistungserbringerergebnis beim Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ eine Maßnahme der Stufe 2 initiiert. Dabei handelte es sich um eine Korrektur der Vereinbarung im Einvernehmen mit dem Leistungserbringer. Laut der LAG hat der Leistungserbringer trotz Vorlage mehrerer SOPs gemäß der QSFFx-RL das angestrebte Qualitätsziel weiterhin nicht erreicht. Daher komme es zu nicht nachvollziehbaren Verzögerungen der Operationen.

Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 wurden 2025 weniger Gespräche durchgeführt. Begehungen fanden zum Auswertungsjahr 2025 nicht statt. Indikatorübergreifende Hinweise haben die LAG an die Leistungserbringer nicht übermittelt. Bei einzelnen Qualitätsindikatoren haben die LAG jedoch darum gebeten, auf die korrekte Dokumentation oder die Ausfüllhinweise zu achten. Teilweise wurde auch empfohlen, ein unterjähriges Monitoring der QS-Ergebnisse (z. B. Quartalsberichte) durchzuführen, um auf diesem Weg die Dokumentationsfehler kenntlich zu machen und möglichst zu beheben.

© IQTIG 2026

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

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

	Auswertungsjahr 2024		Auswertungsjahr 2025	
	Anzahl	**%**	**Anzahl**	**%**
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	12.308	100,00	11.989	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	221	1,80	237	1,98
davon ohne QSEB-Übermittlung	4	1,81	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	217	100,00	237	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	57	26,27	42	17,72
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	160	73,73	195	82,28
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	160	100,00	195	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	16	7,37	19	8,02
Bewertung als qualitativ auffällig	130	59,91	171	72,15
Sonstiges	14	6,45	5	2,11
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	7	n. a.	8	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2025 wurden im Auswertungsmodul *HGV-HEP* insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 6 zur Vollzähligkeit geprüft. Die Menge der AK-Ergebnisse des Auswertungsjahrs 2025 hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 leicht verringert. Der Anteil rechnerisch auffälliger AK-Ergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 lag bei unter 2 % und somit auf dem Vorjahresniveau.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurden häufiger Stellungnahmeverfahren eingeleitet als im Vorjahr. Der Anteil lag im Auswertungsjahr 2025 bei ca. 82 % (AJ 2024: ca. 74 %). 3 LAG haben mit Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen teilweise keine Stellungnahmeverfahren geführt. Eine LAG begründete dies mit dem Vorliegen von Einzelfällen oder damit, dass der Standort geschlossen wurde. Aufgrund der hohen Anzahl rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse bei den AK-Ergebnissen legte die zweite LAG den Fokus auf das Führen von Stellungnahmeverfahren zu rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen. Die dritte LAG meldete zurück, dass kein Stellungnahmeverfahren erforderlich gewesen sei, die Leistungserbringer jedoch darauf hingewiesen wurden, die Dokumentationsqualität zu überprüfen.

Der Anteil von Leistungserbringern mit als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen lag im Auswertungsjahr 2025 über dem des Vorjahres (AJ 2025: ca. 72 %; AJ 2024: ca. 60 %). In 11 der 12 Auffälligkeitskriterien (Ausnahme: Auffälligkeitskriterium zum MDS) wurden zwischen ca. 55 % und 100 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Bei 161 der 171 qualitativ auffälligen AK-Ergebnisse hat sich die fehlerhafte Dokumentation bestätigt (Bewertung A70). 6-mal wurden von den Leistungserbringern keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt (Bewertung A72) und 4-mal wurden Leistungserbringerergebnisse aufgrund sonstiger Gründe (A99) als qualitativ auffällig bewertet.

Die meisten qualitativ bewerteten Leistungserbringerergebnisse betrafen das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) (ID 850276). Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurden 47 der 69 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (siehe Abschnitt 2.3.3).

Der Anteil qualitativ unauffällig bewerteter Leistungserbringer zum Auswertungsjahr 2025 liegt auf dem Vorjahresniveau (AJ 2025: ca. 8 %, AJ 2024: ca. 7 %). 6 der 19 qualitativ unauffälligen Bewertungen beziehen sich auf das Auffälligkeitskriterium „Komplikationen bei hoher Verweildauer" (ID 851905). Bei diesen Leistungserbringern wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Hohe Verweildauern ohne Dokumentation von Komplikationen sind bei diesen Leistungserbringern laut den LAG-Rückmeldungen v. a. auf Verzögerungen bei der Entlassung in die Rehabilitation zurückzuführen.

Ebenfalls 6 qualitativ unauffällige Bewertungen betreffen das Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) (ID 850276). Bei den Leistungserbringern führten z. B. Fallzusammenführungen, besondere Fallkonstellationen oder Softwarefehler zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen.

Zum Auswertungsjahr 2025 wurden anteilig weniger Leistungserbringerergebnisse mit „Sonstiges" bewertet als zum Auswertungsjahr 2024 (AJ 2025: ca. 2 %; AJ 2024: ca. 6 %). 3 LAG haben diese Bewertung zu 3 verschiedenen Auffälligkeitskriterien aus jeweils unterschiedlichen Gründen vorgenommen.

Die Anzahl der eingeleiteten Maßnahmen der Stufe 1 hat sich im Vergleich zum Vorjahr um ein Leistungserbringerergebnis erhöht. Eine LAG hat zu 7 qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen Zielvereinbarungen geschlossen. Bei 6 davon fanden kollegiale Gespräche

statt. Die andere LAG hat mit einem Leistungserbringer zur Umsetzung des festgestellten Verbesserungspotenzials die Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien vereinbart.

4 Evaluation

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

Die in Teil 2 Verfahren 14 (*QS HGV*) § 1 Satz 2 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. Im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* werden die genannten Aspekte mittels 5 Qualitätsindikatoren und einer Transparenzkennzahl abgebildet und im Auswertungsmodul *HGV-HEP* mittels 14 Qualitätsindikatoren und einer Transparenzkennzahl. Die Indikationsstellung entfällt für das Modul *HGV-OSFRAK*, sie ist dort durch das Frakturgeschehen gegeben.

In der Eckpunktebeauftragung und der Beauftragung zur Integration von Sozialdaten in das Verfahren *QS HGV* wurden die Indikatoren des Verfahrens vor dem Hintergrund der Ziele intensiv geprüft und mithilfe von Expertinnen und Experten überarbeitet. Dabei wurden auch externe Rückmeldungen wie z. B. von LAG berücksichtigt. Die Ergebnisse dieser Beauftragungen stellen die Grundlage der zum Erfassungsjahr 2026 umgesetzten Weiterentwicklung des Verfahrens dar.

Ein zentrales Ergebnis der Eckpunktebeauftragung war die Abschaffung der Indikatoren zur Sturzprophylaxe in beiden Auswertungsmodulen. Grund war, dass die hierzu durchgeführten Maßnahmen nicht hinreichend für die Zwecke der externen Qualitätssicherung operationalisiert werden können.

Für das Auswertungsmodul *HGV-HEP* wurde darüber hinaus die Abschaffung der Indikatoren zur Indikationsstellung empfohlen. Die Messeigenschaften erwiesen sich als unzureichend, um eine bedarfsgerechte Indikation valide abzubilden. Darüber hinaus wurde die Dokumentationsqualität als zu niedrig erachtet. Die Erfassung der Indikation zum Wechsel konnte darüber hinaus nicht ausreichend mit Evidenz belegt werden.

Da sowohl die Sturzprophylaxe als auch die Indikationsstellung wichtige Qualitätsaspekte der Versorgung darstellen, empfahl das IQTIG eine Erfassung mittels Patientenbefragung. Der GBA beauftragte daraufhin das IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung (GBA 2024).

Neben der Streichung einzelner Indikatoren wurde in der Eckpunktebeauftragung empfohlen, die Risikoadjustierung der Indikatoren zu Komplikationen, zur Mobilität und zu frühzeitigen Wechseln zu überarbeiten. Insbesondere die Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten wurden bisher nicht ausreichend berücksichtigt, obwohl sie einen wesentlichen Einfluss auf das Auftreten von Komplikationen haben.

Weitergehend sollte geprüft werden, ob die Indikatoren zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen sowie zur Sterblichkeit und zu den frühzeitigen Wechseln auf Basis von Sozialdaten erfasst werden könnten. Bislang konnten diese Qualitätsaspekte nur bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus abgebildet werden. Aufgrund der immer kürzeren postoperativen Verweildauern ist die Aussagekraft dieser Indikatoren jedoch eingeschränkt.

Parallel zur Eckpunktebeauftragung war das IQTIG bereits mit der Prüfung der Integration von Sozialdaten bei den Krankenkassen in das Verfahren beauftragt. Ergänzend untersuchte das IQTIG in einem internen Projekt die Erweiterung der Risikoadjustierung unter Nutzung von Sozialdaten (IQTIG 2025).

Beide Projekte kamen zu dem Ergebnis, dass sowohl die Integration von Sozialdaten als auch deren Nutzung für die Risikoadjustierung grundsätzlich möglich sind. Auf dieser Grundlage wurde das IQTIG 2024 mit der Entwicklung einer Sozialdatenspezifikation beauftragt. Ab dem Erfassungsjahr 2026 sind die Sozialdaten bei den Krankenkassen eine zusätzliche Datenquelle im Verfahren *QS HGV*.

Zur Evaluation des Verfahrens hat eine LAG für die beiden Auswertungsmodule *HGV-HEP* und *HGV-OSFRAK* Rückmeldungen zu Fehldokumentationen übermittelt. Demnach wurden allgemeine und spezifische Komplikationen teilweise fehlerhaft dokumentiert. Präoperative Diagnosen oder Vorerkrankungen wurden fälschlicherweise als intra- oder postoperative Komplikationen erfasst. Außerdem wurden im Erfassungsmodul *HEP* Inhouse-Stürze, Cut-Out und Pseudarthrosen nicht korrekt dokumentiert. In weiteren Fällen wurde die Verlegung in eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nicht dokumentiert. Diese Fälle werden somit im Qualitätsindikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54012) in *HGV-HEP* eingeschlossen, obwohl sie gemäß der Rechenregel ausgeschlossen werden sollten.

Fehldokumentationen lassen sich nicht vollständig vermeiden. Die Dokumentationsbögen wurden wegen der Aufnahme von Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Erfassungsjahr 2026 überarbeitet. Bis einschließlich 2025 mussten Leistungserbringer in jedem QS-Dokumentationsbogen manuell angeben, ob allgemeine oder spezifische Komplikationen aufgetreten waren. Aktuell müssen Datenfelder zu Komplikationen nur noch dann ausgefüllt werden, wenn entsprechende ICD- und/oder OPS-Kodes vorliegen. Ein Fehler in der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2026 führte dazu, dass nicht alle Dokumentationskonstellationen eindeutig abbildbar werden. Die Fragestellungen wurden daher zum Erfassungsjahr 2027 erneut angepasst.

Insgesamt entfällt insbesondere bei elektiven Erstimplantationen die manuelle Beantwortung vieler der Komplikationsdatenfelder. Bei Wechseloperationen sind hingegen weiterhin Angaben entsprechend ihrem zeitlichen Bezug erforderlich. Ohne QS-Dokumentationsbogen kann nicht ermittelt werden, ob die über die Sozialdaten übermittelte Diagnose der Grund für den Wechsel war oder eine Komplikation der Wechseloperation.

5 Ausblick

Das Verfahren *QS HGV* befindet sich aktuell in einer Umwandlungsphase. Zum einen nimmt die Anzahl der Leistungserbringer im Verfahren weiterhin deutlich ab. Dies ist vor allem auf die zunehmende Zentralisierung der Krankenhausversorgung zurückzuführen. Höhere Fallzahlen in spezialisierten Zentren sollen die Behandlungsergebnisse verbessern. Zum anderen wurde das Verfahren selbst umfassend überarbeitet. Die wichtigste Weiterentwicklung ist die Integration der Sozialdaten bei den Krankenkassen als weitere Datenquelle. Dieser Schritt wurde durch die Beauftragung zur Prüfung der Integration von Sozialdaten und durch das IQTIG-interne Projekt zur Risikoadjustierung mittels Sozialdaten vorbereitet.

Da die Patientenperspektive im Verfahren abgebildet werden soll, wird derzeit am IQTIG im Auftrag des GBA eine Patientenbefragung entwickelt. Die Abgabe des Abschlussberichts ist im Januar 2027 vorgesehen. Damit werden sich Qualitätsaspekte adressieren lassen, die über die Datenquellen QS-Dokumentation und Sozialdaten nicht oder nur ungenügend abgebildet werden können, z. B. die Indikationsstellung bei elektiven Eingriffen oder die Mobilität zu einem gewissen Zeitpunkt nach der Operation.

Aufgrund der Weiterentwicklung wurden im Verfahren *QS HGV* u. a. alle Indikatoren und Kennzahlen zu den allgemeinen und spezifischen Komplikationen, zur Sterblichkeit und zum frühzeitigen Wechsel abgeschafft. Stattdessen werden seit dem Erfassungsjahr 2026 Informationen aus QS-Dokumentations- und Sozialdaten erfasst. Diese werden im Auswertungsjahr 2027 erstmalig in Form von folgenden Kennzahlen ausgewertet:

Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK*:

- Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 542603)
- Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 542600)
- Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen (ID 542606)

Auswertungsmodul *HGV-HEP*:

- Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 192600)
- Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 192601)
- Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 192602)
- Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 192603)

- Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 192604)
- Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 192605)
- Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen (ID 192607)
- Sterblichkeit bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen (ID 192606)
- Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf (ID 192608)
- Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 192610)
- Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf (ID 192609)

Zum Erfassungsjahr 2027 werden die sozialdatenbasierten Kennzahlen in risikoadjustierte Qualitätsindikatoren umgewandelt. Somit ist dann auch wieder ein fairer Vergleich der Leistungserbringer möglich. Es ist vorgesehen, dass ab dem Auswertungsjahr 2028 Stellungnahmeverfahren zu den sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren durchgeführt werden können.

Literatur

GBA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): 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: GBA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6444/2024-01-31_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Patientenbefragung-Knie-Hueftendoprothesenversorgung.pdf (abgerufen am: 29.06.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Forschungsprojekt Risikoadjustierung mit Sozialdaten bei den Krankenkassen. Abschlussbericht. [Stand:] 31.01.2025. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2025/IQTIG_Forschungsprojekt_Risikoadjustierung-mit-Sozialdaten_Abschlussbericht_2025-01-31_01.pdf (abgerufen am: 11.08.2026).