

QS-Verfahren

Hüftgelenkversorgung

Bundesqualitätsbericht 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung*. Bundesqualitätsbericht 2023

Ansprechperson Christine Krabbe

Datum der Abgabe 15. August 2023

Datum aktualisierte Abgabe 25. Oktober 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLE UND BETRACHTETER ZEITRAUM

QS-Dokumentationsdaten Erfassungsjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

Informationen zum Bericht.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis.....	9
Vorbemerkung.....	10
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	11
1 Hintergrund.....	12
2 Einordnung der Ergebnisse.....	14
2.1 Datengrundlage	14
2.2 Risikoadjustierung	15
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	17
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	22
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit.....	28
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	29
3.1 Hintergrund	29
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	29
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	34
4 Evaluation	41
5 Fazit und Ausblick.....	45
Anhang: Ergebnisse des QSEB.....	46
Hüftendoprothesenversorgung.....	66
1 Hintergrund.....	67
2 Einordnung der Ergebnisse.....	71
2.1 Datengrundlage	71
2.2 Risikoadjustierung	73
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	76
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	84
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit.....	98

3	Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	99
3.1	Hintergrund	99
3.2	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	99
3.3	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	106
4	Evaluation	116
5	Fazit und Ausblick.....	120
	Anhang: Ergebnisse des QSEB.....	121
	Literatur	157

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – HGV-OSFRAK	12
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) –HGV-OSFRAK.....	13
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023) – HGV-OSFRAK.....	15
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) – HGV-OSFRAK	17
Tabelle 5: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – HGV-OSFRAK	19
Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – HGV-OSFRAK.....	23
Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) – HGV-OSFRAK.....	24
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK.....	29
Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2021) – HGV-OSFRAK.....	32
Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	33
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK.....	34
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	38
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – HGV-OSFRAK.....	39
Tabelle 14: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	40
Tabelle 15: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation	46
Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – HGV-OSFRAK.....	47
Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – HGV-OSFRAK.....	47
Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	48
Tabelle 19: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK.....	49
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	50
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK.....	51

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	54
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK.....	54
Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK.....	55
Tabelle 25: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK.....	56
Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	57
Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – HGV-OSFRAK.....	58
Tabelle 28: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	59
Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	59
Tabelle 30: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	60
Tabelle 31: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	62
Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	64
Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – HGV-OSFRAK	65
Tabelle 34: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – HGV-HEP	68
Tabelle 35: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) –HGV-HEP	69
Tabelle 36: Datengrundlage (AJ 2023) – HGV-HEP	72
Tabelle 37: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation	73
Tabelle 38: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel ...	73
Tabelle 39: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) – HGV-HEP	76
Tabelle 40: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – HGV-HEP	78
Tabelle 41: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – HGV-HEP	85
Tabelle 42: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) – HGV-HEP	87
Tabelle 43: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP	99
Tabelle 44: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – HGV-HEP	102

Tabelle 45: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern – HGV-HEP	105
Tabelle 46: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP	106
Tabelle 47: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – HGV-HEP	111
Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – HGV-HEP	114
Tabelle 49: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – HGV-HEP	115
Tabelle 50: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation	121
Tabelle 51: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – HGV-HEP	122
Tabelle 52: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – HGV-HEP	123
Tabelle 53: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP	125
Tabelle 54: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP	126
Tabelle 55: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP	127
Tabelle 56: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP	128
Tabelle 57: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP	134
Tabelle 58: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP	136
Tabelle 59: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP	137
Tabelle 60: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP	139
Tabelle 61: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – HGV-HEP	143
Tabelle 62: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – HGV-HEP	144
Tabelle 63: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – HGV-HEP	145
Tabelle 64: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – HGV-HEP	146
Tabelle 65: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – HGV-HEP ..	148
Tabelle 66: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – HGV-HEP	149

Tabelle 67: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – HGV-HEP.....	151
Tabelle 68: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – HGV-HEP.....	152
Tabelle 69: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – HGV- HEP	155

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
ASA	American Society of Anesthesiologists
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
EKIT	Evidenz- und konsensbasierte Indikation Totalendoprothese
esQS	externe stationäre Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HGV-HEP	Auswertungsmodul Hüftendoprothesenversorgung
HGV-OSFRAK	Auswertungsmodul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
M-DB	mandantenfähige Datenbank
MDS	Minimaldatensatz
O/E	Verhältnis aus der beobachteten und der erwarteten Rate (<i>observed to expected ratio</i>)
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS HGV	QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SOP	Standardvorgehensweise (<i>Standard Operating Procedure</i>)
STNV	Stellungnahmeverfahren

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* beinhaltet zwei Module: Im Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)* werden aktuell die hüftgelenknahen Femurfrakturen der hüftkopferhaltenden (osteosynthetischen) Versorgung ausgewertet. Die hüftkopfersetzende (endoprothetische) Methode dieser Fraktur ist ein Bestandteil des Auswertungsmoduls *Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)*.

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

1 Hintergrund

Das Auswertungsmodul *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (HGV-OSFRAK) des QS-Verfahrens *Hüftgelenkversorgung* bildet die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten ab, die nach einem Bruch des Oberschenkels im Hüftbereich (hüftgelenknahe Femurfraktur) mit einer Osteosynthese versorgt worden sind. Ein Bruch (Fraktur) im oberen, d. h. zum Hüftgelenk gewendeten Teil des normalerweise sehr stabilen Oberschenkelknochens (Femur) wird als hüftgelenknahe Femurfraktur bezeichnet. Diese Brüche sind meist unfallbedingt. Je nach Lage des Bruchs wird zwischen einer Schenkelhalsfraktur und einer sog. pertrochantären Fraktur unterschieden. Das Ziel der operativen Behandlung der hüftgelenknahen Femurfraktur ist eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung der Mobilität und körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten. Die insgesamt 5 Qualitätsindikatoren fokussieren sowohl auf Behandlungsabläufe als auch -ergebnisse. Die Sterblichkeit wird in Form einer Kennzahl dargestellt.

Die Tabellen im Bundesqualitätsbericht werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – HGV-OSFRAK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54030	Präoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2022
54050	Sturzprophylaxe	QS-Dokumentation	2022
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2022
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2022
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2022
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	QS-Dokumentation	2022

* Transparenzkennzahl

Zudem werden im Bericht auch Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt, die gemäß Teil 1 § 16 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 19.06.2023).

u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien umfasst. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Unterschieden wird dabei zwischen Auffälligkeitskriterien zur *Plausibilität und Vollständigkeit* und Auffälligkeitskriterien zur *Vollzähligkeit*. Auffälligkeitskriterien haben einen Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, einen Referenzbereich und z. T. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Auffälligkeitskriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Prüfung auf Vollzähligkeit erfolgt mittels eines Abgleichs der gelieferten Daten mit der Sollstatistik (siehe Abschnitt 2.1). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und wird anstelle des regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.

Im Auswertungsmodul HGV-OSFRAK gibt es im Auswertungsjahr 2023 (EJ 2022) 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit (Tabelle 2).

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) –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 Underdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Tabelle 3 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2022 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundesweit sowohl auf Ebene der Institutskennzeichennummer (IKNR) als auch auf Standortebene ausgegeben. Auf Standortebene wiederum wird zwischen Auswertungsstandort und entlassendem Standort unterschieden. „Auswertungsstandort“ bedeutet, dass zu diesem Standort Indikatorberechnungen erfolgten; „entlassender Standort“ bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Da die Sollstatistik für das Erfassungsjahr 2022 nur für die entlassenden Standorte vorliegt, kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Für das Verfahren QS-HGV erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2022 von 1.106 entlassenden Standorten 64.546 QS-Datensätze inklusive 86 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Es wurden 679 Datensätze mehr geliefert als anhand der Sollstatistik erwartet. Es gab einen entlassenden Standort weniger (= geliefert) als erwartet. Von Erfassungsjahr 2021 zu Erfassungsjahr 2022 kam es zu einem größeren Anstieg (5.532 mehr) der gelieferten QS-Daten. Auch die Überdokumentation ist leicht angestiegen (von 100,35 auf 101,06 %). Der Anstieg der QS-Daten kann teilweise durch den Einschluss der Überlieger im Erfassungsjahr 2022 erklärt werden (2.339 Überlieger), die im Erfassungsjahr 2021 nicht enthalten waren.

Es gab 4 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassender Standorte), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023) - HGV-OSFRAK

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	64546	63867	101,06
	Basisdatensatz	64460		
	MDS	86		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene (gesamt)		915		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) (gesamt)		1042		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) (gesamt)		1106	1107	99,91

2.2 Risikoadjustierung

Die Analyse von Qualitätsindikatoren hat das Ziel, die Behandlungsergebnisse einzelner Leistungserbringer zu bewerten und miteinander zu vergleichen. Die Ergebnisse sollen dabei die tatsächliche Behandlungsqualität widerspiegeln, unabhängig von der Zusammensetzung des Patientenkollektivs des untersuchten Leistungserbringers. Die zentrale Herausforderung bei der statistischen Analyse von Behandlungsergebnissen besteht deshalb darin, durch geeignete Risikoadjustierungsverfahren einen fairen Vergleich der Leistungserbringer zu ermöglichen. Für das Verfahren QS HGV wird dafür die indirekte Standardisierung mittels logistischer Regression verwendet, wobei in der Regel die Fälle des Erfassungsjahres 2020 als Referenzpopulation genutzt wurden.

Der folgende Indikator in diesem Auswertungsmodul ist mit der Referenzpopulation des Erfassungsjahres 2021 risikoadjustiert:

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54033)

Die Gehfähigkeit der Patientinnen und Patienten bei Entlassung wird nicht nur durch den Leistungserbringer (u. a. durch frühzeitige postoperative Mobilisierung, Physiotherapie, Entlassungszeitpunkt) beeinflusst. Patientenseitige Faktoren spielen darüber hinaus eine wichtige Rolle dafür, welches Entlassungsziel definiert und erreicht werden kann. Folgende Einflussfaktoren werden bei diesem Indikator in der Risikoadjustierung verwendet:

- Geschlecht
- Gehstrecke vor der Fraktur
- Verwendung von Gehhilfen vor der Fraktur
- ASA-Klassifikation zur Operation
- Pflegegrad
- Lokalisation der Femurfraktur

- vorbestehende Koxarthrose
- Wundkontamination

Folgende 2 Indikatoren in diesem Auswertungsmodul sind mit der Referenzpopulation des Erfassungsjahres 2020 risikoadjustiert:

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

Das Auftreten von allgemeinen Komplikationen wird nicht nur durch den Leistungserbringer beeinflusst, sondern auch durch patientenseitige Faktoren. So hängt das Risiko, eine allgemeine Komplikation zu entwickeln, ab von:

- Alter
- Geschlecht
- ASA-Klassifikation zur Operation
- Pflegegrad
- Gehfähigkeit vor der Fraktur
- vorbestehender antithrombotischer Dauertherapie
- Lokalisation der Femurfraktur
- vorbestehender Koxarthrose

Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54046)

In einer Studie von 417.657 Patientinnen und Patienten mit großen Operationen („major surgery“) lagen bei Patientinnen und Patienten mit Komplikationen im Mittel 6,5 Begleiterkrankungen vor (Iezzoni et al. 1994, Roche et al. 2005). Da die Begleiterkrankungen im Spezifikationsmodul 17/1 noch nicht erfasst werden, ist das Risikomodell zur „Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ nicht ausreichend, um einen fairen Leistungserbringervergleich zu gewährleisten. Deswegen wird die Sterblichkeit als Kennzahl und nicht als Qualitätsindikator dargestellt

In der Literatur wiesen Patientinnen und Patienten im Alter von 65 bis 84 Jahren mit einer ASA-3-Einstufung eine deutlich höhere standardisierte 1-Jahres-Letalitätsrate auf als Patientinnen und Patienten mit ASA 1 und 2 (Richmond et al. 2003). Circa zwei Drittel aller proximalen Femurfrakturen betreffen Frauen (Lofthus et al. 2001, Sanders et al. 1999). Männer weisen jedoch eine höhere Letalität auf (Fransen et al. 2002, Trombetti et al. 2002). Hohes Lebensalter korreliert eng mit Komorbiditäten, Komplikationsraten und Letalitätsraten (Iezzoni et al. 1994).

Im Risikoadjustierung-Modell des IQTIG zeigen sich folgende Faktoren als Risikofaktoren:

- Alter
- Geschlecht
- Gehfähigkeit vor der Fraktur

- Verwendung von Gehhilfen vor der Fraktur
- ASA-Klassifikation zur Operation
- vorbestehende antithrombotische Dauertherapie
- Wundkontaminationsklasse
- Lokalisation der Femurfraktur
- Vorbestehende Koxarthrose
- Pflegegrad

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Modul HGV-OSFRAK werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Von insgesamt 1.116 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium weisen 113 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

In Tabelle 4 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) - HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850147	Angabe von ASA 5	0,05 % 34/64460 (= 0)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	49,12 % 28/57 (= 0)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	43,96 % 302/687 (≤ 50,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	101,06 % 64546/63867 (≥ 95,00 %)
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	101,06 % 64546/63867 (≤ 110,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,13 % 86/63867 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 5 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Der Anteil umfasst alle Leistungserbringer, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums hatten. Zusätzlich wird auch die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, die bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig waren.

Tabelle 5: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850147	Angabe von ASA 5	54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54046: Sterblichkeit im Krankenhaus	2022	32 von 1038	3,08	2
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	23 von 50	46,00	1
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	18 von 421	4,28	2
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	15 von 1107	1,36	0
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	26 von 1107	2,35	2
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	4 von 1107	0,36	0

Im Folgenden werden die jeweiligen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bzw. zur Vollzähligkeit näher beschrieben.

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2022 werden im Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK 3* Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewiesen.

Angabe von ASA 5 (ID 850147)

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

Von allen 64.460 Fällen in diesem Auswertungsmodul wurde ASA 5 34-mal (0,05 %) angegeben. Da der anzahlbasierte Referenzbereich jedoch bei 0 liegt und keine Mindestanzahl im Nenner oder Zähler vorliegt, wurden dadurch bei 32 Leistungserbringern (3,08 %) die Ergebnisse rechnerisch auffällig. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen (EJ 2021: 21 von 1.061 Leistungserbringer = 1,98 %). Dies ist wahrscheinlich auf die Erhöhung der Fallzahlen in diesem Modul zurückzuführen.

Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation (ID 850148)

Die Diagnose M96.6 beschreibt eine „Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“ und müsste entsprechend im QS-Boogen als Komplikation der Operation angegeben werden.

Von den 57 Fällen in diesem Modul, für die im stationären Aufenthalt der ICD-Code M96.6 kodiert worden ist, wurde bei 28 (49,12 %) keine Fraktur als intraoperative Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben. Da der anzahlbasierte Referenzbereich bei 0 liegt und keine Mindestanzahl im Nenner oder Zähler vorliegt, wurden die Ergebnisse von 23 der insgesamt 50 Leistungserbringer, die M96.6 kodiert haben, rechnerisch auffällig (46,00 %). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr angestiegen (EJ 2021: 18 von 49 Leistungserbringer = 36,73 %). Dies ist wahrscheinlich auf die Erhöhung der Fallzahlen in diesem Modul zurückzuführen.

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

Von den 687 Fällen, für die im stationären Aufenthalt eine der definierten Komplikationsdiagnosen (T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.14, T84.6, T84.7 oder T84.8) kodiert wurde, wurde für 302 (43,96 %) Fälle in der QS-Dokumentation keine spezifische Komplikation angegeben. Da diese Diagnosen bei Wechsel-Eingriffen auch bereits bei Aufnahme vorliegen können und keine spezifische postoperative Komplikationen darstellen, liegt der Referenzbereich bei $\leq 50,00$ %. So werden die Ergebnisse der Leistungserbringer auffällig, die in mehr als 50 % der Fälle mit den o. g. ICD-

Diagnosen keine spezifische Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben haben und die mindestens 3 Fälle in der Grundgesamtheit hatten (Mindestanzahl Nenner). Dadurch wurden die Ergebnisse von 18 der 421 Leistungserbringer, die im Jahr 2022 die o. g. Diagnosen kodiert haben, rechnerisch auffällig (4,28 %). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen (2021: 24 von 420 Leistungserbringern = 5,71 %).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100%ige Vollzähligkeit vorlag (siehe Datengrundlage in Abschnitt 2.1). Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Überdokumentation, Unterdokumentation oder eine erhöhte Anzahl an angelegten Minimaldatensätzen vorgelegen haben.

Da, wie im Abschnitt 2.1 beschrieben, die Sollstatistik durch entlassende Standorte erstellt wird, beziehen sich folgende Ausführungen zu Leistungserbringern immer auf die Ebene der entlassenden Standorte. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Erfassungsjahr 2021 nicht sinnvoll.

Das letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 geprüfte „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation“ (ID 850351) wurde zum Erfassungsjahr 2022 wieder eingeführt. Ziel ist es, eine valide Datengrundlage für die Berechnung der Indikatorergebnisse zu gewährleisten und auch bei Unterdokumentation den Gründen nachzugehen. Die Wiedereinführung dieses Auffälligkeitskriteriums erfolgt in seiner letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 angewandten Form (Rechenregeln, Referenzbereiche).

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850351)

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 95,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* eine Dokumentationsrate von 101,06 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 15 von 1.107 Leistungserbringern (1,36 %) (Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Das Auffälligkeitskriterium wurde zum Erfassungsjahr 2022 wiedereingeführt.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850352)

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,0\%$ mit mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich eine Dokumentationsrate von 101,06 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene waren die Ergebnisse von 26 der 1.107 (2,35 %) (Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällig.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (850368)

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 5,0\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,13 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS angelegt wurde. Auf Leistungserbringerebene waren die Ergebnisse von 4 der 1.107 Leistungserbringer (0,36 %) rechnerisch auffällig.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul HGV-OSFRAK werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt fünf Indikatoren und eine Kennzahl ausgewiesen. Von insgesamt 1.038 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Indikator weisen 333 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) - HGV-OSFRAK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54030	Präoperative Verweildauer	9,83 % 6324/64344 (≤ 15,00 %)	9,11 % 5361/58818	eingeschränkt vergleichbar
54050	Sturzprophylaxe	97,35 % 55019/56514 (≥ 90,00 %)	97,54 % 50035/51296	eingeschränkt vergleichbar
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,02 9645/9452,16 (≤ 2,22; 95. Perzentil)	1,09 8748/8032,18	eingeschränkt vergleichbar
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,89 % 1217/64445 (≤ 6,35 %; 95. Perzentil)	1,85 % 1091/58921	eingeschränkt vergleichbar
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,03 6065/5863,72 (≤ 2,42; 95. Perzentil)	1,08 5813/5373,70	eingeschränkt vergleichbar
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	1,07 3322/3117,75	1,05 3023/2865,95	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

In Tabelle 7 ist für alle Qualitätsindikatoren der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2022 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) - HGV-OSFRAK

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54030	Präoperative Verweildauer	2022	204 von 1038	19,65	80
		2021	185 von 1061	17,44	_*
54050	Sturzprophylaxe	2022	50 von 1035	4,83	17
		2021	39 von 1053	3,70	_*
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2022	54 von 1031	5,24	18
		2021	57 von 1051	5,42	_*
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	61 von 1038	5,88	11
		2021	60 von 1061	5,66	_*
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	55 von 1038	5,30	21
		2021	58 von 1061	5,47	_*

* Da das Verfahren erst seit dem EJ 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann an dieser Stelle kein Ergebnis ausgegeben werden.

Präoperative Verweildauer (ID 54030)

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

Das Bundesergebnis dieses Indikators liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 9,83 %. Das bedeutet, dass 9,83 % der 64.344 Patientinnen und Patienten, die die Grundgesamtheit dieses Indikators darstellen, nicht innerhalb von 24 bzw. 48 Stunden operiert worden sind. 19,65 % der Leistungserbringer erzielten ein rechnerisch auffälliges Ergebnis (204 / 1.038).

Im Bundesergebnis zeigt sich eine Verschlechterung von 9,11 % im Erfassungsjahr 2021 auf 9,83 % im Erfassungsjahr 2022 und ein Anstieg an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligem Ergebnis von 17,44 % auf 19,65 %.

Sturzprophylaxe (ID 54050)

Der Indikator „Sturzprophylaxe“ misst die Erfassung von individuellen Sturzrisikofaktoren sowie Präventionsmaßnahmen, die zur Verhinderung von Stürzen ergriffen werden.

Das Bundesergebnis dieses Indikators liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 97,35 %. Das bedeutet, dass bei 97,35 % der 56.514 Patientinnen und Patienten, die die Grundgesamtheit dieses Indikators darstellen, eine strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und die Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe erfolgten. 4,83 % der Leistungserbringer erzielten ein rechnerisch auffälliges Ergebnis (50 / 1.035). Bei 2,42 % lag das Ergebnis statistisch signifikant außerhalb des Referenzbereichs (25 / 1.035).

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54033)

Mit diesem Indikator wird von allen Patientinnen und Patienten, die vor der Fraktur gehen konnten, der Anteil derjenigen Patientinnen und Patienten gemessen, die zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung gehunfähig waren (immobil oder nur im Zimmer mobil).

Das Indikatorergebnis ist mit den Daten aus dem Vorjahr risikoadjustiert, sodass patientenseitige Risikofaktoren berücksichtigt werden und ein fairer Vergleich ermöglicht wird. Es wird als Verhältnis zwischen der beobachteten und der erwarteten Rate an gehunfähigen Patienten und Patientinnen und Patienten dargestellt.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten im Erfassungsjahr 2022, die zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung gehunfähig waren, obwohl sie vor der Fraktur gehen konnten, liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 19,00 % (9.645 / 50.837). Das O/E-Ergebnis beträgt 1,02. Es gab dementsprechend 2 % mehr Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit im Erfassungsjahr 2022, als anhand der Referenzpopulation (EJ 2021) zu erwarten gewesen wäre. Der Vorjahreswert liegt mit 1,03 höher. Es handelt sich um das O/E-Ergebnis für das Erfassungsjahr 2021 mit

der Referenzpopulation des Erfassungsjahrs 2021. Dieser Wert überschreitet systematisch 1, weil fehlende Angaben des Pflegegrads zulasten der Leistungserbringer gewertet werden.

Dieser Indikator hat einen verteilungsbasierten Referenzbereich. Die 5,24 % Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (54 / 1.031) hatten im Erfassungsjahr 2022 mindestens 2,22-mal mehr Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit als erwartet.

Das Erheben dieses Indikators trug nach Einschätzungen aus dem Expertengremium zur Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation in den Krankenhäusern bei und führte somit zur Verbesserung der postoperativen Versorgung.

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

Das Auftreten bzw. Nichtauftreten spezifischer Komplikationen ist ein Maßstab dafür, wie sorgfältig eine Operation und die weitere chirurgische Versorgung im Krankenhaus durchgeführt werden. Insbesondere gehören hierzu Nachblutungen, Implantatfehlagen oder Wundinfektionen. Komplikationen können trotz umfassender Vorkehrungen und sorgfältigen Handelns nicht immer vermieden werden, sie sollten aber möglichst selten auftreten.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten im Erfassungsjahr 2022, bei denen nach der osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Rahmen des stationären Aufenthaltes mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 1,89 % (1.217 / 64.445).

Dieser Indikator hat keinen festen, sondern einen verteilungsbasierten Referenzbereich. Die 5,88 % Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (61 / 1.038) hatten im Erfassungsjahr 2022 eine Komplikationsrate von 6,35 % oder höher.

Für die Ergebnisse des Indikators wird vom Expertengremium auf Bundesebene angenommen, dass einige Komplikationen in der Qualitätssicherung unterdokumentiert sind. Zurzeit wird die Datenqualität zu den spezifischen Komplikationen mit 2 verschiedenen Auffälligkeitskriterien geprüft (siehe Abschnitt 2.3). Ab dem Erfassungsjahr 2023 werden die Datenfelder zu Komplikationen mit entsprechenden ICD-Kodes aus den Entlassdiagnosen über eine Plausibilitätsregel geprüft, sodass bei vorliegenden ICD-Kodes die Angaben zu Komplikationen im QS-Bogen überprüft werden sollen.

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

In diesem Indikator werden allgemeine Komplikationen wie katheterassoziierte Harnwegsinfektionen, Pneumonien oder tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen erfasst.

Das Indikatorergebnis ist mit den Daten des Erfassungsjahres 2020 risikoadjustiert, sodass patientenseitige Risikofaktoren berücksichtigt werden und ein fairer Vergleich ermöglicht wird. Dieser Indikator hat einen verteilungsbasierten Referenzbereich.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten im Erfassungsjahr 2022, bei denen nach der osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 9,87 % (6.065 / 64.445).

Das O/E-Ergebnis von 1,03 liegt unter dem Vorjahreswert von 1,08 (Ergebnis zum EJ 2021 mit Referenzpopulation EJ 2020). Es gab dementsprechend 3 % mehr Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen im Erfassungsjahr 2022; als anhand der Vorjahresergebnisse zu erwarten gewesen wäre.

Die 5,30 % Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (55 / 1.038) hatten im Erfassungsjahr 2022 eine O/E-Rate von 2,42 oder mehr.

Das Expertengremium geht von einer deutlichen Unterdokumentation der allgemeinen Komplikationen (v. a. Delir) aus, da internationale Studien höhere Komplikationsraten nahelegen. Ab dem Erfassungsjahr 2023 werden die QS-Datenfelder der Komplikationen mit entsprechenden ICD-Kodes aus den Entlassdiagnosen plausibilisiert, sodass bei vorliegenden ICD-Kodes die Angaben zu Komplikationen bereits während der Dokumentation beim Leistungserbringer überprüft werden sollen.

Uneinheitliche Definitionen der zugrunde liegenden Diagnosen könnten ebenfalls als Ursache für die vermutete Unterdokumentation von allgemeinen Komplikationen infrage kommen. Dies betraf z. B. das Auftreten akuter Niereninsuffizienzen, da im Ausfüllhinweis diese Komplikation nicht definiert ist und somit Interpretationsspielraum bietet.

Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54046)

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation versterben, wird in Form einer Kennzahl dargestellt (vgl. Abschnitt 2.2).

Das Kennzahlergebnis ist mit den Daten des Erfassungsjahres 2020 risikoadjustiert, sodass patientenseitige Risikofaktoren berücksichtigt werden und auf Leistungserbringerebene ein fairer Vergleich ermöglicht wird.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten im Erfassungsjahr 2022, die vor der Krankenhausentlassung verstorben sind, liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 5,15 % (3.322 / 64.445).

Das O/E-Ergebnis von 1,07 liegt leicht über dem Vorjahreswert von 1,05 (Ergebnis zum EJ 2021 mit Referenzpopulation EJ 2020). Es gab dementsprechend 7 % mehr Todesfälle im Erfassungsjahr 2022, als anhand der Vorjahresergebnisse zu erwarten gewesen wäre.

2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Für dieses Auswertungsmodul wurden für das Erfassungsjahr 2022 keine Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit festgestellt.

Für den Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) wurde in den vergangenen Jahren ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Der Anteil der Leistungserbringer, bei denen eine statistisch signifikante Abweichung des Indikatorwerts vom Referenzbereich vorlag, lag in den letzten drei Jahren unterhalb von 10 % (Prüfgröße 1a). Der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringer lag im Erfassungsjahr 2020 noch bei 6,46 %, konnte sich zum Erfassungsjahr 2021 auf 4,15 % verbessern (Prüfgröße 1b). Darüber hinaus handelt es sich um einen Indikator, für den bereits weitere geeignete Anforderungen und Maßnahmen in Form der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)² in die Wege geleitet wurden.

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 22. November 2019; zuletzt geändert am 7. Dezember 2022; in Kraft getreten am 1. Januar 2023: <https://www.g-ba.de/richtlinien/118> (abgerufen am: 28.06.2023).

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL im Jahr 2022 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2021 bezogen. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß Teil 1 § 19 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Das Verfahren QS HGV wird seit dem Erfassungsjahr 2021 unter der DeQS-RL geführt. Die Datenvalidierung gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Für das Auswertungsmodul HGV-OSFRAK haben zum Erfassungsjahr 2021 alle LAG den QSEB fristgerecht an das IQTIG übermittelt. Allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten QSEB-Datensätze zugeordnet werden. Insgesamt wurden im Auswertungsmodul HGV-OSFRAK im Erfassungsjahr 2021 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 2 zur Vollzähligkeit geprüft.

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

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3396	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	70	2,06
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	70	100
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	20	28,57
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	50	71,43
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	50	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	2
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	19	27,14
Bewertung als qualitativ auffällig	30	42,86
Sonstiges	0	0
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Die Übersicht über Auffälligkeiten zum Erfassungsjahr 2021 zeigt, dass insgesamt wenige rechnerisch auffällige Ergebnisse (Anzahl 70 von 3.396; Anteil 2,06 %) vorliegen und für alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse eine QSEB-Übermittlung stattfand. Für 20 der 70 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Alle Stellungnahmen wurden schriftlich durchgeführt, zu keinem Ergebnis fand ein Gespräch oder eine Begehung statt. Ein Stellungnahmeverfahren wurde noch nicht abgeschlossen. Als qualitativ auffällig wurden 30 Ergebnisse bewertet (vgl. Tabelle 8).

Mängel der Dokumentationsqualität konnten vorwiegend bei 3 Auffälligkeitskriterien festgestellt werden:

- „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen“ (ID 850149): Anteil der qualitativen an rechnerischen Auffälligkeiten: 58,33 %
- „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“ (ID 850148): Anteil der qualitativen an rechnerischen Auffälligkeiten: 50 %

- „Angabe von ASA 5“ (ID 850147): Anteil der qualitativen an rechnerischen Auffälligkeiten: 28,57 %

Gründe für die mangelnde Dokumentationsqualität wurden nicht angegeben. Die vom Auffälligkeitskriterium ID 850148 betroffenen Leistungserbringer wurden aufgefordert, sich zur Kodierung der Diagnose M96.6 zu informieren. Zudem wurden Leistungserbringer mit einer qualitativen Auffälligkeit in den weiteren Kriterien von den Fachkommissionen aufgefordert, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten (vgl. Tabelle 9). Bei 28 Leistungserbringern wurde genau ein AK-Ergebnis als qualitativ auffällig bewertet. Nur bei einem Leistungserbringer wurden 2 AK-Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (EJ 2021) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit											
850147	Angabe von ASA 5	21 / 1061 (1,98 %)	7	0 / 21 (0,00 %)	0 / 1061 (0,00 %)	8 / 21 (38,10 %)	8 / 1061 (0,75 %)	6 / 21 (28,57 %)	6 / 1061 (0,57 %)	0 / 21 (0,00 %)	0 / 1061 (0,00 %)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	18 / 49 (36,73 %)	4	0 / 18 (0,00 %)	0 / 49 (0,00 %)	5 / 18 (27,78 %)	5 / 49 (10,20 %)	9 / 18 (50,00 %)	9 / 49 (18,37 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 49 (0,00 %)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	24 / 420 (5,71 %)	5	0 / 24 (0,00 %)	0 / 420 (0,00 %)	5 / 24 (20,83 %)	5 / 420 (1,19 %)	14 / 24 (58,33 %)	14 / 420 (3,33 %)	0 / 24 (0,00 %)	0 / 420 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2 / 933 (0,21 %)	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 933 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 933 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 933 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 933 (0,00 %)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	5 / 933 (0,54 %)	2	1 / 5 (20,00 %)	1 / 933 (0,11 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 933 (0,11 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 933 (0,11 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 933 (0,00 %)

Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
60	5	0	28	1	0

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Für das Auswertungsmodul HGV-OSFRAK haben zum Erfassungsjahr 2021 alle LAG den QSEB fristgerecht dem IQTIG übermittelt. Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Modul- und Indikatorebene, werden in tabellarischer Form erstellt und sind nachfolgend in Tabelle 11, Tabelle 12, Tabelle 13 und Tabelle 14 sowie im Anhang ab Tabelle 15 zu finden. Jedem rechnerisch auffälligen Ergebnis konnten QSEB-Datensätze zugeordnet werden.

Deskriptive Auswertung zum Stellungnahmeverfahren

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-OSFRAK

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	5287	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	399	7,55
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	399	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	399	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	108	27,07
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	291	72,93
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	287	98,63
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	7	2,41
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	0,34
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	197	49,37
Bewertung als qualitativ auffällig	59	14,79
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	32	8,02
Sonstiges	2	0,5

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	21	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Insgesamt gab es 5.287 Indikatorenergebnisse für das Auswertungsmodul HGV-OSFRAK im Erfassungsjahr 2021, von denen 399 Ergebnisse rechnerisch auffällig waren (7,55 %). Bei 73 % (291 von 399) wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, eins wurde nicht abgeschlossen. Für 59 der 399 rechnerisch auffälligen Ergebnisse erfolgte nach dem Stellungnahmeverfahren eine Bewertung als qualitativ auffällig, was einem Anteil von 14,79 % an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen entspricht (siehe Tabelle 11).

In Tabelle 12 und

Tabelle 17 im Anhang werden für jeden Qualitätsindikator die rechnerischen Auffälligkeiten und die Bewertungsergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens sowohl bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse als auch bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Qualitätsindikator dargestellt. Am häufigsten wurde zum Indikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet (82,7 %). Bei 57 Leistungserbringern wurde genau ein QI-Ergebnis als qualitativ auffällig bewertet. Nur bei einem Leistungserbringer wurden 2 QI-Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (vgl. Tabelle 13).

Trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit zwischen dem Strukturierten Dialog und dem Stellungnahmeverfahren ist erkennbar, dass wie in den Jahren zuvor die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse auf den Indikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) entfallen (44 / 185; 23,78 %). Im Indikator „Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54042) wurde bei 10,34 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ein Qualitätsmangel festgestellt (6/58). Die Anteile der anderen Indikatoren liegen zwischen 5 % und 7 %.

Begründungen für qualitativ auffällige und qualitativ unauffällige Ergebnisse

Bewertung für qualitativ auffällige Ergebnisse

Bei knapp 15 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Indikators „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) wurden Prozess- und Strukturängel als Begründungen für die Einstufung als qualitativ auffällig identifiziert, während bei 7 % der Ergebnisse keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit angegeben wurden (vgl. Tabelle 20 im Anhang).

Aus den Berichten zu den Stellungnahmen geht hervor, dass Verbesserungsbedarfe beim Gerinungsmanagement, bei der OP-Planung, insbesondere der Einstufung der Dringlichkeiten von Operationen und Personalressourcen am Wochenende, sowie bei der Planung der postoperativen

Überwachung bestehen. Zudem wurden fehlende Bettenkapazitäten festgestellt (vgl. Tabelle 21 im Anhang).

In einem Fall wurde empfohlen, mit dem Krankenhaus eine Zielvereinbarung abzuschließen, in der dieses eine SOP zur perioperativen Planung (Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams) sowie eine SOP zum Umgang mit gerinnungshemmender Medikation vorlegen sollte. Zudem wurde das Krankenhaus gebeten, eine hausinterne Analyse hinsichtlich der Priorisierung von Operationen durchzuführen und mögliche Platzhalter im OP und für die postoperative Überwachung zu prüfen.

In einem anderen Fall wurde von einer LAG berichtet, dass vom betroffenen Leistungserbringer nach Einschätzung der Fachexperten aufgrund unzureichender Strukturen eine Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten mit Femurfraktur nicht gewährleistet werden könne. Nach einem Gespräch mit dem Lenkungsgremium und den Planungsbehörden sollten keine entsprechenden Leistungen mehr in 2022 durchgeführt werden.

Für andere Qualitätsindikatoren haben die Fachkommissionen ebenfalls Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität formuliert, wenn Qualitätsmängel festgestellt wurden. Beispielsweise wurde vorgeschlagen, das perioperative Konzept für geriatrische Patientinnen und Patienten zu überprüfen, um spezifische Komplikationen zu vermeiden. Des Weiteren wurde empfohlen, eine standardisierte Vorgehensweise zur postoperativen Mobilisation zu erstellen und betroffene Extremitäten sofort voll zu belasten. Um Harnwegsinfektionen zu vermeiden, sollte das Schulungsprogramm für das Personal zur Einhaltung entsprechender Standards intensiviert werden.

Bewertung für qualitativ unauffällige Ergebnisse

197 QI-Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, von denen 17 Bewertungen im Freitext begründet wurden.

Die LAG begründeten die Bewertung als qualitativ unauffällig im Indikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54030) bei manchen Leistungserbringern mit der erheblichen Herausforderung während der COVID-19-Pandemie, aber auch mit einer besonderen klinischen Situation.

Eine Bewertung als qualitativ unauffällig erfolgte im Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033) mit der Begründung, dass die Patientinnen und Patienten in die hausinterne Akutgeriatrie, in die geriatrische Frührehabilitation oder in die Kurzzeitpflege verlegt wurden und zum Zeitpunkt der Verlegung noch nicht wieder mobil waren. Nach Auffassung der Fachkommission werden diese Konstellationen in Verbindung mit der angestrebten immer kürzeren Verweildauer nicht ausreichend in diesem Indikator berücksichtigt. Zudem schien die bestehende Risikoadjustierung nicht auszureichen, da Patientinnen und Patienten mit Delir und Demenz darin keine Berücksichtigung fänden, aber beide Faktoren Einfluss auf die Mobilität hätten (vgl. Tabelle 24 im Anhang).

Eine LAG meldete zurück, dass ein Ergebnis im Indikator „Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54042) als qualitativ unauffällig bewertet wurde, da es sich um ein geriatrisches und teils multimorbides Patientenkollektiv gehandelt habe, sich die Komplikationen divers gestaltet hätten und keine Häufung einzelner Komplikationen festzustellen gewesen sei.

Zur Sturzprophylaxe wurden Dokumentationsprobleme festgestellt und die Leistungserbringer darum gebeten, verstärkt auf die korrekte Dokumentation zu achten.

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	60 / 1061 (5,66 %)	19	0 / 60 (0,00 %)	0 / 1061 (0,00 %)	32 / 60 (53,33 %)	32 / 1061 (3,02 %)	4 / 60 (6,67 %)	4 / 1061 (0,38 %)	5 / 60 (8,33 %)	5 / 1061 (0,47 %)	0 / 60 (0,00 %)	0 / 1061 (0,00 %)
54030	Präoperative Verweildauer	185 / 1061 (17,44 %)	32	0 / 185 (0,00 %)	0 / 1061 (0,00 %)	103 / 185 (55,68 %)	103 / 1061 (9,71 %)	44 / 185 (23,78 %)	44 / 1061 (4,15 %)	5 / 185 (2,70 %)	5 / 1061 (0,47 %)	1 / 185 (0,54 %)	1 / 1061 (0,09 %)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	57 / 1051 (5,42 %)	19	0 / 57 (0,00 %)	0 / 1051 (0,00 %)	28 / 57 (49,12 %)	28 / 1051 (2,66 %)	3 / 57 (5,26 %)	3 / 1051 (0,29 %)	7 / 57 (12,28 %)	7 / 1051 (0,67 %)	0 / 57 (0,00 %)	0 / 1051 (0,00 %)
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	58 / 1061 (5,47 %)	27	1 / 58 (1,72 %)	1 / 1061 (0,09 %)	22 / 58 (37,93 %)	22 / 1061 (2,07 %)	6 / 58 (10,34 %)	6 / 1061 (0,57 %)	1 / 58 (1,72 %)	1 / 1061 (0,09 %)	1 / 58 (1,72 %)	1 / 1061 (0,09 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
54050	Sturzprophylaxe	39 / 1053 (3,70 %)	11	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1053 (0,00 %)	12 / 39 (30,77 %)	12 / 1053 (1,14 %)	2 / 39 (5,13 %)	2 / 1053 (0,19 %)	14 / 39 (35,90 %)	14 / 1053 (1,33 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 1053 (0,00 %)

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
240	58	14	57	1	0

Tabelle 14: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) - HGV-OSFRAK

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffällige Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1-12)	83	46 (55.42 %)	4 (4.82 %)
2. Quintil (13-27)	78	61 (78.21 %)	11 (14.10 %)
3. Quintil (28-41)	76	52 (68.42 %)	9 (11.84 %)
4. Quintil (42-67)	77	61 (79.22 %)	13 (16.88 %)
5. Quintil (68-189)	85	71 (83.53 %)	22 (25.88 %)
Gesamt	399	291 (72.93 %)	59 (14.79 %)

4 Evaluation

Für dieses Auswertungsmodul wurde im Jahr 2022 zum Erfassungsjahr 2022 erstmals eine Evaluation von den LAG übermittelt. Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datengrundlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 14 (QS HGV) § 2 Abs. 5 DeQS-RL). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen muss der G-BA in Zusammenarbeit mit dem Institut nach § 137a SGB V noch entscheiden.

Vorgaben zur fortlaufenden Evaluation im jährlichen Bundesqualitätsbericht werden nicht näher definiert. Um die Evaluationsergebnisse eines jeden Jahres sinnvoll für eine Bewertung des gesamten Verfahrens zum 30. Juni 2026 effizient nutzen zu können, hat das IQTIG ein über die Jahre hinweg gleich strukturiertes Vorgehen empfohlen. Für die fortlaufende Evaluation sollen der Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den erfasst und berichtet werden. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anzupassen zu können. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgt für die LAG auf freiwilliger Basis.

Die Rückmeldungen aus den Bundesländern werden jährlich im Rahmen einer strukturierten Abfrage über eine vordefinierte Excel-Datei erfasst. Die LAG sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen auch die Rückmeldungen der jeweiligen Fachkommission auf Landesebene sowie der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) berücksichtigen. Die Evaluationsfragen beinhalten folgende Dimensionen:

- Einschätzung von **Prozessen** (Erfassung, Spezifikation, Export, Plausibilisierung etc.)
- Einschätzung zu **Indikatoren und Ergebnissen** (Indikatorergebnisse, qualitätssichernde Maßnahmen, Rechenregeln etc.)
- Einschätzungen zu **sonstigen Themen**

Die erhobenen Informationen zu den Prozessen auf Landesebene und die Rückmeldungen der Leistungserbringer und Fachkommissionen werden im Anschluss zusammengeführt und ausgewertet. Unter anderem dienen diese Rückmeldungen der Landesebene dem IQTIG dazu, etwaigen Verbesserungsbedarf bei den Prozessen des QS-Verfahrens zu erkennen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Für das Erfassungsjahr 2022 haben 6 der insgesamt 16 LAG³ die Evaluationsfragen beantwortet und die Antworten an das IQTIG übermittelt. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden aufbereitet und werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

1. Gab es für das Erfassungsjahr leistungserbringerübergreifend auftretende Probleme hinsichtlich des QS-Dokumentationsbogens / der QS-Dokumentationsbögen (Fragen zur Dokumentation, zu Ausfüllhinweisen, zu Plausibilitätsregeln u. ä.)?

Zu dieser Frage haben zwei LAG Rückmeldungen zum Spezifikationsmodul 17/1 (zugehörig zum Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK*) übermittelt.

Laut einer LAG müsste bei der Frage „Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?“ ausführlich beschrieben werden, ob nur postoperative Komplikationen gemeint sind. Das IQTIG verweist in diesem Zusammenhang auf die Abschnittsüberschrift im Dokumentationsbogen „intra- und postoperativer Verlauf“, wodurch der zeitliche Bezug der Komplikationserfassung definiert wird.

Eine andere LAG berichtet, dass es bei der Frage „Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?“ speziell zur „revisionsbedürftigen Nachblutung/Wundhämatom“ häufige Rückfragen von Leistungserbringern gebe, ob bspw. oberflächige Wundhämatome als Komplikation zu dokumentieren seien.

Die LAG bittet außerdem darum, Anfragen bzw. komplexe Fälle aus den Sitzungen des Expertengremiums auf Bundesebene in Form von FAQ auf der IQTIG-Website zu veröffentlichen, damit gewährleistet werden könne, dass komplexe Fälle von den Leistungserbringern einheitlich dokumentiert würden.

Darüber hinaus würden die Leistungserbringer häufig zurückmelden, dass die Bekanntgabe der Auffälligkeitskriterien –Ergebnisse sowie das Ausweisen von auffälligen Vorgängen in den Quartalsauswertungen dringend erwünscht seien.

2. Gab es im Erfassungsjahr in den genutzten Softwarelösungen, unabhängig vom Softwareanbieter (ambulant und/oder stationär), auftretende Probleme hinsichtlich der Spezifikation (Probleme beim Auslösefilter, QS-Dokumentationsbögen, Export o. ä.)?

Zu dieser Frage hat keine LAG Rückmeldungen zum Spezifikationsmodul 17/1 übermittelt.

3. Gab es sonstige Hinweise zu Problemen bezüglich der Durchführung der QS-Verfahren?

Zu dieser Frage hat keine LAG Rückmeldungen zum Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* übermittelt.

4. Gab es Probleme hinsichtlich einzelner Indikatoren, den dazugehörigen Rechenregeln oder der Indikatorenergebnisse?

Zu dieser Frage haben zwei LAG Rückmeldungen zum Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* übermittelt.

³ Bayern, Bremen, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Schleswig-Holstein

Eine LAG meldete zurück, dass die endgültigen Rechenregeln zum Auswertungszeitpunkt und zum Stellungnahmeverfahren nicht vorlagen.

Eine andere LAG meldete zu verschiedenen Indikatoren Probleme zurück.

- 1. **„Sturzprophylaxe“ (ID 54050)**: Die LAG beschreibt hier einen sehr hohen Anteil an Dokumentationsfehlern. In 100 % aller angeforderten Stellungnahmen lagen demnach zumindest einzelne Dokumentationsfehler vor, in etwa 85 % war die rechnerische Auffälligkeit einzig auf eine fehlerhafte Dokumentation der Felder zur Sturzprophylaxe zurückzuführen.
- 2. **„Präoperative Verweildauer“ (ID 54030)**: In einigen wenigen Fällen sei die Möglichkeit zur Angabe eines Inhouse-Sturzes in der QS-Dokumentation übersehen worden, wodurch rechnerische Auffälligkeiten aufgrund dieser Fehldokumentationen entstanden.
- 3. **„Gehunfähigkeit bei Entlassung“ (ID 54033)**: Die Leistungserbringer gingen laut der LAG in den Stellungnahmen häufig davon aus, dass der Qualitätsindikator auf die Felder zum Treppensteigen zugreife. Dies führe zu Missverständnissen und einer schwierigen Bewertungssituation im Stellungnahmeverfahren.
- 4. **„Allgemeine Komplikationen bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54042)**: Hinsichtlich dieses Indikators sieht die Fachkommission eine differenzierte Tragweite bzw. Relevanz von Harnwegsinfekten und von Schlaganfällen. Eine Stratifizierung der allgemeinen Komplikationen könne dieser Problematik entgegenwirken.

5. Gab es Probleme hinsichtlich der qualitätssichernden Maßnahmen bzw. des Stellungnahmeverfahrens?

Zu dieser Frage hat keine LAG Rückmeldungen zum Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* übermittelt.

6. Gibt es aus Ihrer Sicht anderweitige Themen oder Probleme?

Zu dieser Frage hat eine LAG Rückmeldungen zum Auswertungsmodul *HGV-OSFRAK* übermittelt.

Die LAG berichtet, dass fehlende Datenfelder in der mandantenfähigen Datenbank (M-DB) das Stellungnahmeverfahren erschweren würden. Da die Leistungserbringer in der Regel die Patientenakte der Stellungnahme zugrunde legten, werde in der Stellungnahme oft nicht ersichtlich, ob und wo der Dokumentationsfehler anzusiedeln sei. Dementsprechend werde in den seltensten Fällen die Stellungnahme auf den Kern des Problems gebracht.

Aus Sicht der LAG müssten in solchen Fällen aufwendige Einzelfallanalysen für die Fachkommissionen anhand der theoretisch vorhandenen Felder der M-DB und ein anschließender Vergleich mit den Angaben in der Stellungnahme vorbereitet werden, da der dafür notwendige Zeitaufwand den Rahmen jeder Fachkommissionssitzung sprengen würde. Für alle Beteiligten (LE, LAG, Fachkommission) wäre es demnach wünschenswert, wenn die LE-Auswertung auch Auskunft darüber geben bzw. transparenter darstellen würde, worin konkret die Auffälligkeit jedes angegebenen Vorgangs bestehe, sodass im Stellungnahmeverfahren explizit darauf eingegangen werden könne.

Darüber hinaus konnten laut der LAG Leistungserbringer im Falle einer inkorrekten Dokumentation Auffälligkeiten in den betreffenden Kriterien unterjährig nicht korrigieren, da weder die Ergebnisse noch die auffälligen Vorgangsnummern der AKs zur Zuordnung der Fälle in den Quartalsauswertungen übermittelt wurden. Dies führe auch in der LAG-Geschäftsstelle zu einem erheblichen Mehraufwand.

5 Fazit und Ausblick

Fünf Qualitätsindikatoren und eine Transparenzkennzahl wurden im Auswertungsmodul *OSFRAK* des Verfahrens *QS HGV* für das Erfassungsjahr 2022 berechnet.

Von 2021 zu 2022 kam es zu einem relevanten Anstieg der Fallzahlen um ca. 9 %. Dieser Anstieg der QS-Daten kann in 2 von 5 Fällen mit dem Einschluss der Überlieger im Erfassungsjahr 2022 erklärt werden, die 2021 nicht enthalten waren.

Grundsätzlich stellt sich bei der Betrachtung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2022 im Modul *HGV-OSFRAK* ein stabiles Bild guter Versorgungsqualität dar. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unterscheiden sich nicht wesentlich von denen des Vorjahres, der Anteil der Leistungserbringer mit als rechnerisch auffällig bewerteten Ergebnissen ist gering.

Für die allgemeinen und spezifischen Komplikationsraten gehen die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene weiterhin von einer deutlichen Unterdokumentation aus. Ursachen liegen sehr wahrscheinlich in einer ausbleibenden Diagnostik, fehlender Dokumentation in der Patientenakte sowie in der mangelnden Sorgfalt beim Ausfüllen der QS-Dokumentation. Limitierend kommt hinzu, dass nicht alle Komplikationen im stationären Aufenthalt entstehen und somit nicht in den Qualitätsindikatoren abgebildet werden können. Patientenseitige Faktoren sollten stärker berücksichtigt werden. Vorwiegend ist eine umfangreichere und somit bessere Risikoadjustierung für die Abbildung der Sterblichkeit, der spezifischen und allgemeinen Komplikationen sowie für die Gefährlichkeit erstrebenswert.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* sowie *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Bericht ist dem G-BA bis zum 15. März 2024 vorzulegen. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung vorgesehen.

Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 15: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung	Geltungsbereich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
		61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	QI
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	QI
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
		71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	QI
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollständige oder falsche Dokumentation	QI
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK

Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850147	Angabe von ASA 5	7 / 21 (33,33 %)	14 / 21 (66,67 %)	0 / 21 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	4 / 18 (22,22 %)	14 / 18 (77,78 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 18 (0,00 %)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	5 / 24 (20,83 %)	19 / 24 (79,17 %)	0 / 24 (0,00 %)	0 / 24 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit					
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	2 / 5 (40,00 %)	3 / 5 (60,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
54030	Präoperative Verweildauer	32 / 185 (17,30 %)	153 / 185 (82,70 %)	3 / 185 (1,62 %)	0 / 185 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahme- verfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
54050	Sturzprophylaxe	11 / 39 (28,21 %)	28 / 39 (71,79 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	19 / 57 (33,33 %)	38 / 57 (66,67 %)	0 / 57 (0,00 %)	0 / 57 (0,00 %)
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	19 / 60 (31,67 %)	39 / 60 (65,00 %)	2 / 60 (3,33 %)	0 / 60 (0,00 %)
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	27 / 58 (46,55 %)	29 / 58 (50,00 %)	2 / 58 (3,45 %)	0 / 58 (0,00 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Fehlerhafte/unvoll- zählige Dokumenta- tion wird bestätigt	Keine (ausreichend erklären- den) Gründe für die rechneri- sche Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850147	Angabe von ASA 5	21	6 / 21 (28,57 %)	0 / 21 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	18	9 / 18 (50,00 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 18 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation wird bestätigt	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	24	14 / 24 (58,33 %)	0 / 24 (0,00 %)	0 / 24 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit					
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	5	1 / 5 (20,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)

Tabelle 19: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850147	Angabe von ASA 5	A70	Unter Bezugnahme auf den Hinweis in Ihrer Stellungnahme, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist, bittet die Fachkommission verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. (1x berichtet)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	A70	Hinweis an den LE: Bitte achten Sie zukünftig verstärkt auf die korrekte Dokumentation. (1x berichtet) Hinweis an den LE: Bitte informieren Sie sich, wann die Diagnose M 96.6 zu kodieren ist, damit die Auffälligkeit im nächsten Jahr nicht erneut auftritt. (1x berichtet) Unter Bezugnahme auf den Hinweis in Ihrer Stellungnahme, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist, bittet die Fachkommission verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. (1x berichtet)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	A70	Auch die zweite Rückfrage hat keine zufriedenstellende Antwort für die Fachkommission ergeben. Die Frage nach der Grundgesamtheit wurde auch nicht beantwortet. (1x berichtet) Unter Bezugnahme auf den Hinweis in Ihrer Stellungnahme, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist, bittet die Fachkommission verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. (1x berichtet)

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - HGV-OSFRAK

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	60	2 / 60 (3,33 %)	2 / 60 (3,33 %)	0 / 60 (0,00 %)
54030	Präoperative Verweildauer	185	27 / 185 (14,59 %)	13 / 185 (7,03 %)	4 / 185 (2,16 %)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	57	2 / 57 (3,51 %)	1 / 57 (1,75 %)	0 / 57 (0,00 %)
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	58	1 / 58 (1,72 %)	4 / 58 (6,90 %)	1 / 58 (1,72 %)
54050	Sturzprophylaxe	39	2 / 39 (5,13 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54030	Präoperative Verweildauer	A71	<p>24h Grenze _ präop VWD_Priorisierung OP (1x berichtet)</p> <p>Aus der Stellungnahme geht hervor, dass Verbesserungsbedarf im Hinblick auf das Gerinnungsmanagement, die OP-Planung, insbesondere die Einstufung der Dringlichkeiten von Operationen, sowie die Planung der postoperativen Überwachung besteht. Zudem wurden fehlende OP- und Betten-Kapazitäten festgestellt. Um zukünftig das Qualitätsziel erreichen zu können, empfiehlt die Fachkommission mit dem Krankenhaus eine Zielvereinbarung abzuschließen. Dabei soll das Krankenhaus eine SOP bezüglich der perioperativen Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams sowie eine SOP zum Umgang mit gerinnungshemmender Medikation vorlegen. Zudem wird das Krankenhaus gebeten, eine hausinterne Analyse hinsichtlich der Priorisierung von Operationen durchzuführen und mögliche Platzhalter für den OP und der postoperativen Überwachung zu prüfen. In Bezug auf die Zielvereinbarung setzen wir uns gesondert mit Ihnen in Verbindung. (1x berichtet)</p> <p>Bei der Mehrzahl der auffälligen Fälle war die verlängerte postoperative Verweildauer medizinisch nicht nachvollziehbar. (1x berichtet)</p> <p>Das Management des perioperativen Umganges mit Antikoagulantien ist offenbar nicht geeignet die Vorgaben einzuhalten. (1x berichtet)</p> <p>Die Begründung für die verlängerte präoperative Verweildauer erscheint der Fachkommission in vielen Fällen nicht nachvollziehbar. (1x berichtet)</p> <p>Die Mitglieder der Fachkommission sehen keine ausreichenden, nachvollziehbaren Gründe für die wiederholt auffälligen Ergebnisse. (1x berichtet)</p> <p>Die Problematik der mangelnden OP-Kapazitäten muss verbessert werden (1x berichtet)</p> <p>Die präoperative Verweildauer muss eingehalten werden. (1x berichtet)</p> <p>Für Patienten mit proximalen Femurfrakturen sollte in der Klinik so viel OP-Kapazität vorgehalten werden, dass die operative Versorgung trotz konkurrierender Notfall-Eingriffe regelhaft innerhalb von 24/48 Stunden nach der stationären Aufnahme durchgeführt werden kann. (1x berichtet)</p> <p>In den dargestellten Fällen konnten keine zwingenden Gründe einer verlängerten präoperativen Verweildauer erkannt werden. Es wird u.a. ein Austausch mit der Inneren Medizin bzw. Anästhesie bezüglich des Gerinnungsmanagements empfohlen. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>Klärung und Organisation von OP-Slots schon umgesetzt. Bei fraglich sicherem Slot soll Verlegung erfolgen. (1x berichtet)</p> <p>Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (3x berichtet)</p> <p>OP Dringlichkeit offenbar nicht ausreichend umgesetzt (1x berichtet)</p> <p>OP Kapazitäten noch zu gering, werden derzeit aufgebaut. (1x berichtet)</p> <p>OP-Management (1x berichtet)</p> <p>Qualitätsmängel: Logistische Gründe, kein erkennbares klares Management vor bestehender Antikoagulation. (1x berichtet)</p> <p>Schnittstellenproblem, Organisation (1x berichtet)</p> <p>Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet)</p> <p>Umgang mit Inhouse-Stürzen (1x berichtet)</p> <p>Umgang mit fehlender Einwilligungsfähigkeit (1x berichtet)</p> <p>Verzögerung des Operationszeitpunktes aufgrund von Strukturproblemen und zusätzlich Dokumentationsprobleme. (1x berichtet)</p> <p>fehlende OP-Kapazitäten und teilweise Marcumarisierung (1x berichtet)</p> <p>mangelnde OP-Kapazität bzw. Personalressource am Wochenende (1x berichtet)</p> <p>mangelnde OP/ITS-Kapazität (1x berichtet)</p> <p>teilweise a) Kapazitätengpässe und b) Prozessverzögerungen nach rechtzeitigem Einschleusen (1x berichtet)</p>
54030	Präoperative Verweildauer	A99	<p>Aufgrund der unzureichenden Strukturen kann nach Einschätzung der Fachexperten eine Notfallversorgung von PatientInnen mit Femurfraktur nicht gewährleistet werden. (1x berichtet)</p> <p>Die Erläuterungen sind nicht ausreichend, die Abweichung von über 38 % ist nicht akzeptabel. (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			Nach Gespräch mit dem Lenkungsgremium und den Planungsbehörden keine entsprechenden Leistungen mehr in 2022 durchgeführt. (1x berichtet)
54050	Sturzprophylaxe	A71	Die Abstimmung zwischen den Fachgruppen zur Dokumentation ist zu verbessern (1x berichtet) Struktur der QS-Dokumentation ist nicht erkennbar (1x berichtet)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	A71	Aus Sicht der Fachkommission sollte die SOP zur postoperativen Mobilisation überarbeitet werden. (1x berichtet) Bei pertrochantären Oberschenkelfrakturen sollte beim geriatrischen Patienten eine osteosynthetische oder endoprothetische Versorgung erfolgen, die regelhaft eine sofortige Vollbelastung der betroffenen Extremität erlaubt. (1x berichtet)
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	A71	Die Fachkommission sieht Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel beim Auftreten von spezifischen Komplikationen und bittet um Überprüfung des perioperativen Konzeptes für das geriatrische Patientengut. (1x berichtet) Die Fachkommission sieht Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und bittet um Überprüfung des perioperativen Gerinnungsmanagment. (1x berichtet)
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	A71	Der Stellungnahme war zu entnehmen, dass bei den Fällen als allgemeine Komplikationen relativ häufig Harnwegsinfektionen aufgetreten sind. Die Fachkommission bittet daher, die Schulungen des Personals zur Einhaltung der SOP zu intensivieren. (1x berichtet)
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	A99	Nach Wechsel in der Dokumentationszuständigkeit wurden anfangs einige postoperative Auffälligkeiten unnötig als Komplikation dokumentiert. Mittlerweile werden die Ausfüllhinweise genauer beachtet. Dennoch scheint eine Schulung zum Thema Harnwegskatheterismus und Harnwegsinfektionen sinnvoll. (1x berichtet)

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung	
			Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850147	Angabe von ASA 5	21	6 / 21 (28,57 %)	2 / 21 (9,52 %)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	18	3 / 18 (16,67 %)	2 / 18 (11,11 %)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	24	5 / 24 (20,83 %)	0 / 24 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	5	1 / 5 (20,00 %)	0 / 5 (0,00 %)

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850147	Angabe von ASA 5	U99	Hinweis: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit. (1x berichtet)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
			Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (1x berichtet)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	U99	Es liegen vereinzelt Dokumentationsprobleme vor. (1x berichtet) Korrekte QS-Dokumentation bei fehlerhafter ICD-Kodierung. (1x berichtet)

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	60	0 / 60 (0,00 %)	29 / 60 (48,33 %)	3 / 60 (5,00 %)	0 / 60 (0,00 %)
54030	Präoperative Verweildauer	185	1 / 185 (0,54 %)	82 / 185 (44,32 %)	18 / 185 (9,73 %)	2 / 185 (1,08 %)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	57	1 / 57 (1,75 %)	14 / 57 (24,56 %)	9 / 57 (15,79 %)	4 / 57 (7,02 %)
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	58	1 / 58 (1,72 %)	18 / 58 (31,03 %)	3 / 58 (5,17 %)	0 / 58 (0,00 %)
54050	Sturzprophylaxe	39	2 / 39 (5,13 %)	0 / 39 (0,00 %)	10 / 39 (25,64 %)	0 / 39 (0,00 %)

Tabelle 25: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54030	Präoperative Verweildauer	U61	Erhebliche Herausforderung durch die Covid-19-Pandemie. (1x berichtet)
54030	Präoperative Verweildauer	U99	Besondere klinische Situation. (1x berichtet) In Anbetracht der erklärten Einzelfälle kommt die Fachkommission insgesamt zu einer unauffälligen Bewertung. Die Fachkommission möchte dennoch darauf hinweisen, dass fehlende OP-Kapazitäten auf Dauer auf ein Strukturproblem hinweisen, das frühzeitig behoben werden sollte. (1x berichtet)
54050	Sturzprophylaxe	U61	Internes Dokumentationsproblem wurde bereits erkannt. (1x berichtet) Überschneidung. Mit Maßnahmen wurde begonnen. (1x berichtet)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	U61	Verlegung in die hausinterne Akutgeriatrie. Zum Zeitpunkt der Verlegung sind die Patienten noch nicht wieder mobil. (1x berichtet)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	U99	Besondere klinische Situation. (1x berichtet) Der Stellungnahme war zu entnehmen, dass es sich um multimorbide Patienten mit hohem Lebensalter handelte, die im Anschluss des stationären Aufenthaltes in die geriatrische Frührehabilitation oder Kurzzeitpflege verlegt wurden. Nach Auffassung der Fachkommission werden diese Konstellationen in Verbindung mit der angestrebten immer kürzeren Verweildauer nicht ausreichend in den Indikatoren zur Gehunfähigkeit bei Entlassung berücksichtigt. Zudem scheint die bestehende Risikoadjustierung nicht ausreichend zu sein, da Patienten mit Delir und Demenz keine Berücksichtigung finden, aber beide Faktoren Einfluss auf die Mobilität haben. (2x berichtet) unterschiedliche Gründe, fachlicher Hinweis wurde gegeben (1x berichtet)
54042	Allgemeine Komplikationen bei os-teosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	U61	In Anbetracht des geriatrischen und teils multimorbiden Patientenkollektivs kommt die Fachkommission noch zu einer unauffälligen Bewertung. Die aufgetretenen Komplikationen gestalten sich divers, es ist keine Häufung einzelner Komplikationen festzustellen. (1x berichtet)

Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850147	Angabe von ASA 5	21	0 / 21 (0,00 %)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	18	0 / 18 (0,00 %)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	24	0 / 24 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2	0 / 2 (0,00 %)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	5	0 / 5 (0,00 %)

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
54030	Präoperative Verweildauer	185	5 / 185 (2,70 %)	0 / 185 (0,00 %)	1 / 185 (0,54 %)
54050	Sturzprophylaxe	39	14 / 39 (35,90 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	57	7 / 57 (12,28 %)	0 / 57 (0,00 %)	0 / 57 (0,00 %)
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	60	5 / 60 (8,33 %)	0 / 60 (0,00 %)	0 / 60 (0,00 %)
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	58	1 / 58 (1,72 %)	0 / 58 (0,00 %)	1 / 58 (1,72 %)

Tabelle 28: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850147	Angabe von ASA 5	0 / 6 (0,00 %)	0 / 8 (0,00%)	6 / 6 (100,00 %)
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	0 / 9 (0,00 %)	0 / 5 (0,00%)	9 / 9 (100,00 %)
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	0 / 14 (0,00 %)	0 / 6 (0,00%)	14 / 14 (100,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00%)	1 / 1 (100,00 %)

Tabelle 29: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
54030	Präoperative Verweildauer	16 / 44 (36,36 %)	0 / 117 (0,00 %)	28 / 44 (63,64 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
54050	Sturzprophylaxe	1 / 2 (50,00 %)	0 / 27 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	0 / 3 (0,00 %)	0 / 37 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0 / 4 (0,00 %)	1 / 39 (2,56 %)	4 / 4 (100,00 %)
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1 / 6 (16,67 %)	2 / 27 (7,41 %)	5 / 6 (83,33 %)

Tabelle 30: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	162	12 / 524 (2,29 %)	12 / 12 (100,00 %)	7 / 12 (58,33 %)	7 / 12 (58,33 %)
Brandenburg	39	1 / 116 (0,86 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Berlin	37	4 / 110 (3,64 %)	4 / 4 (100,00 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 4 (75,00 %)
Baden-Württemberg	101	7 / 334 (2,10 %)	6 / 7 (85,71 %)	4 / 7 (57,14 %)	4 / 6 (66,67 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bremen	9	0 / 30 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
Hessen	74	2 / 242 (0,83 %)	2 / 2 (100,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
Hamburg	19	3 / 66 (4,55 %)	2 / 3 (66,67 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	27	3 / 90 (3,33 %)	3 / 3 (100,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	3 / 3 (100,00 %)
Niedersachsen	98	10 / 347 (2,88 %)	10 / 10 (100,00 %)	6 / 10 (60,00 %)	6 / 10 (60,00 %)
Nordrhein-Westfalen	260	18 / 814 (2,21 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / - (-)
Rheinland-Pfalz	63	1 / 194 (0,52 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Schleswig-Holstein	30	2 / 93 (2,15 %)	2 / 2 (100,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	2 / 2 (100,00 %)
Saarland	15	1 / 51 (1,96 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Sachsen	61	3 / 193 (1,55 %)	3 / 3 (100,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 3 (66,67 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Sachsen-Anhalt	34	1 / 95 (1,05 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Thüringen	32	2 / 97 (2,06 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Gesamt	1061	70 / 3396 (2,06 %)	50 / 70 (71,43 %)	30 / 70 (42,86 %)	30 / 50 (60,00 %)

Tabelle 31: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	162	57 / 808 (7,05 %)	41 / 57 (71,93 %)	5 / 57 (8,77 %)	5 / 41 (12,20 %)
Brandenburg	39	18 / 195 (9,23 %)	18 / 18 (100,00 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 18 (0,00 %)
Berlin	37	9 / 184 (4,89 %)	9 / 9 (100,00 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)
Baden-Württemberg	101	31 / 504 (6,15 %)	19 / 31 (61,29 %)	7 / 31 (22,58 %)	7 / 19 (36,84 %)
Bremen	9	1 / 45 (2,22 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Hessen	74	27 / 369 (7,32 %)	17 / 27 (62,96 %)	6 / 27 (22,22 %)	6 / 17 (35,29 %)
Hamburg	19	8 / 95 (8,42 %)	3 / 8 (37,50 %)	1 / 8 (12,50 %)	1 / 3 (33,33 %)
Mecklenburg-Vorpommern	27	14 / 135 (10,37 %)	7 / 14 (50,00 %)	2 / 14 (14,29 %)	2 / 7 (28,57 %)
Niedersachsen	98	45 / 486 (9,26 %)	45 / 45 (100,00 %)	8 / 45 (17,78 %)	8 / 45 (17,78 %)
Nordrhein-Westfalen	260	90 / 1.295 (6,95 %)	36 / 90 (40,00 %)	14 / 90 (15,56 %)	14 / 36 (38,89 %)
Rheinland-Pfalz	63	35 / 314 (11,15 %)	31 / 35 (88,57 %)	7 / 35 (20,00 %)	7 / 31 (22,58 %)
Schleswig-Holstein	30	14 / 150 (9,33 %)	14 / 14 (100,00 %)	2 / 14 (14,29 %)	2 / 14 (14,29 %)
Saarland	15	4 / 75 (5,33 %)	4 / 4 (100,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)
Sachsen	61	14 / 303 (4,62 %)	14 / 14 (100,00 %)	4 / 14 (28,57 %)	4 / 14 (28,57 %)
Sachsen-Anhalt	34	22 / 169 (13,02 %)	22 / 22 (100,00 %)	2 / 22 (9,09 %)	2 / 22 (9,09 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Thüringen	32	10 / 160 (6,25 %)	10 / 10 (100,00 %)	1 / 10 (10,00 %)	1 / 10 (10,00 %)
Gesamt	1.061	399 / 5.287 (7,55 %)	291 / 399 (72,93 %)	59 / 399 (14,79 %)	59 / 291 (20,27 %)

Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - HGV-OSFRAK

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54030	Präoperative Verweildauer	S99	Die Rest-Aktivität für DOAK wurde mit geeigneten Testverfahren bestimmt und aufgrund der Laborwerte wurden die Operationen medizinische begründet verzögert. (1x berichtet)
54050	Sturzprophylaxe	D80 / S80	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass das individuelle Sturzrisiko erfasst wurde und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen wurden, diese jedoch nicht korrekt im QS-Bogen dokumentiert wurden. Die Fachkommission bittet daher, verstärkt auf die Dokumentation zu achten. (1x berichtet)
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	S99	Patienten und Patientinnen überwiegend multimorbide mit Anteil katheterassoziierter Harnwegsinfekte an den allgemeinen Komplikationen (1x berichtet)

Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – HGV-OSFRAK

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0	0	0	0	0	0	1
54030	Präoperative Verweildauer	2	0	1	0	0	0	13
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1	0	1	0	0	0	1
54050	Sturzprophylaxe	0	0	0	0	0	0	1

* Mehrfachnennungen möglich

Hüftendoprothesenversorgung

1 Hintergrund

Das Auswertungsmodul *Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)* des QS-Verfahrens *Hüftgelenkversorgung* untersucht die Versorgungsqualität in Krankenhäusern bei Erstimplantationen eines künstlichen Hüftgelenks sowie bei Eingriffen, bei denen ein bestehendes Implantat bzw. Teile des Implantats gewechselt werden.

Die häufigste Erkrankung des Hüftgelenks, die endoprothetisch versorgt wird, ist die Hüftgelenk-arthrose (Koxarthrose). Ruhe- oder Belastungsschmerzen und zum Teil große Bewegungseinschränkungen treten oft erst im fortgeschrittenen Stadium auf und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Außer zur Behandlung des Gelenkverschleißes wird der künstliche Hüftgelenkersatz auch bei der Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen (z. B. Schenkelhalsfraktur) durchgeführt. Bei der Implantation wird das künstliche Hüftgelenk mit den körpereigenen Knochen verbunden. Der Indikation einer Erstimplantation liegen unterschiedliche, sowohl traumatische als auch degenerative Ursachen zugrunde, wobei auch Komplikationen aufgrund der Erstimplantation zu den wichtigen Indikationskriterien für einen Hüftendoprothesenwechsel zählen. Ein (vorzeitiger) Wechsel kann dann notwendig werden, wenn es zu einer Lockerung des Implantats, zur Instabilität des künstlichen Gelenks oder einer ausgedehnten bakteriellen Infektion kommt.

Die 13 Qualitätsindikatoren und 2 Kennzahlen bilden sowohl die Indikation und Komplikationen im intra- und postoperativen Verlauf, Ergebnisse bei Entlassung wie Beweglichkeit und Gehunfähigkeit als auch die Sterblichkeit im Krankenhaus und Wechsel-Eingriffe im Verlauf ab.

Ab dem Auswertungsjahr 2023 ändert sich die Auswertungsmethodik bei dem Follow-up-Indikator (ID 10271). Zuletzt wurden alle Ersteingriffe (Erstimplantation einer Prothese) innerhalb eines Erfassungsjahres als Indexeingriffe betrachtet. Da der Wechseleingriff bis zu 3 Monate nach dem Ersteingriff (FU-Zeitraum) auftreten kann, ließ sich das Stellungnahmeverfahren erst im zweiten Jahr nach dem Ersteingriff durchführen. Mit der Umstellung der Betrachtung auf den Wechseleingriff (Prothesenwechsel) als Fixpunkt der Auswertung ist das Stellungnahmeverfahren zukünftig nun im Folgejahr möglich. Durch die zeitliche Annäherung des Vorgangs und des zugehörigen Stellungnahmeverfahrens wird aus fachlicher Sicht eine erhebliche Effizienzsteigerung des Stellungnahmeverfahrens erwartet.

Die Tabellen im Bundesqualitätsbericht werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 34: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – HGV-HEP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2022
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2022
54003	Präoperative Verweildauer	QS-Dokumentation	2022
54004	Sturzprophylaxe	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Allgemeine Komplikationen			
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2022
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2022
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Spezifische Komplikationen			
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QS-Dokumentation	2022
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QS-Dokumentation	2022
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2022
54010	Beweglichkeit bei Entlassung*	QS-Dokumentation	2022
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung			
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QS-Dokumentation	2022
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	QS-Dokumentation	2022
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	QS-Dokumentation	2022

* Transparenzkennzahl

Zudem werden im Bericht auch Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt, die gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien umfasst. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Män-

gel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Unterschieden wird dabei zwischen Auffälligkeitskriterien zur *Plausibilität und Vollständigkeit* und Auffälligkeitskriterien zur *Vollzähligkeit*. Auffälligkeitskriterien haben einen Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, einen Referenzbereich und z. T. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Auffälligkeitskriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. seltenen Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Prüfung auf Vollzähligkeit erfolgt mittels eines Abgleichs der gelieferten Daten mit der Sollstatistik (siehe Abschnitt 2.1). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und kann anstelle des regulären Datensatzes übermittelt werden, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.

Im Auswertungsmodul *HGV-HEP* gibt es im Auswertungsjahr 2023 (EJ 2022) 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit.

Tabelle 35: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) -HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	QS-Dokumentation
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	QS-Dokumentation
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	QS-Dokumentation
851905	Häufig keine 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

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
850276	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (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

Die nachfolgende Tabelle 36 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2022 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundesweit sowohl auf Ebene der Institutskennzeichennummer (IKNR) als auch auf Standortebene ausgegeben. Auf Standortebene wiederum wird zwischen Auswertungsstandort und entlassendem Standort unterschieden. „Auswertungsstandort“ bedeutet, dass zu diesem Standort Indikatorberechnungen erfolgten; „entlassender Standort“ bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Da die Sollstatistik für das Erfassungsjahr 2022 nur für die entlassenden Standorte vorliegt, kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Für das Verfahren QS HGV Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2022 von 1.211 entlassenden Standorten 267.871 QS-Datensätze inklusive 158 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Es wurden 1.661 Datensätze mehr geliefert als anhand der Sollstatistik erwartet. Es gab 5 mehr entlassende Standorte (= geliefert) als erwartet. Von Erfassungsjahr 2021 zu Erfassungsjahr 2022 kam es zu einem großen Anstieg (28.010 mehr) der gelieferten QS-Daten, die Vollzähligkeit ist im ähnlichen Bereich geblieben. Der Fallzahlenanstieg bei den Hüftendoprothesen-Erstimplantationen lag somit von 2021 zu 2022 bei ca. 13 % und bei den Wechsellagerungen bei ca. 8 %. Der Anstieg der QS-Daten kann teilweise durch den Einschluss der Überlieger im Erfassungsjahr 2022 erklärt werden (4.087 Überlieger), die im Erfassungsjahr 2021 nicht enthalten waren. Deutlich stärker beeinflusste die Dynamik des Pandemiegeschehens die Entwicklung. Von 2019 zu 2020 sanken die Fallzahlen der Erstimplantationen um ca. 8 %, blieben 2021 auf einem ähnlichen Niveau und zeigten nun zu 2022 einen deutlichen Nachholeffekt.

Es gab 6 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassender Standorte), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik.

Tabelle 36: Datengrundlage (AJ 2023) - HGV-HEP

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	267871	266210	100,62
	Basisdatensatz	267713		
	MDS	158		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene (gesamt)		999		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) (gesamt)		1143		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) (gesamt)		1211	1206	100,41

Übersicht über die eingegangenen Zählleistungsbereiche

Zur differenzierten Auswertung der hüftendoprothetischen Eingriffe werden zwei sogenannte Zählleistungsbereiche ausgewiesen, die als weitergehende Differenzierung spezifisch die Anzahl der Eingriffe zur Hüftendoprothesen-Erstimplantation und zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel erfassen. Diese in der Spezifikation definierten Zählleistungsbereiche dienen dazu, bestimmte Leistungen als Teilmenge eines QS-Verfahrens zu quantifizieren. Die Sollzahlen basieren bei den Zählleistungsbereichen jeweils auf spezifischen Angaben zu den Operationen (OPS-Kodes), die in der Spezifikation zum QS-Filter definiert sind. Da alle hüftendoprothetischen Eingriffe mit einem einheitlichen Dokumentationsbogen erfasst werden, müssen bei den erhaltenen QS-Datensätzen jeweils die korrespondierenden Teilmengen gezählt werden, bei denen die gleichen Operationen wie bei den entsprechenden Zählleistungsbereichen der Sollstatistik erfasst wurden. Auf dieser Basis lässt sich die Vollzähligkeit für die Teilmengen der Zählleistungsbereiche ermitteln. Alle Informationen sind auf der Website des IQTIG zum Verfahren QS HGV zu finden.⁴

⁴ <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hgv/>

Tabelle 37: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	251001	249635	100,55
	Basisdatensatz	250882		
	MDS	119		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene (gesamt)		999		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) (gesamt)		1141		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) (gesamt)		1209	1204	100,42

Tabelle 38: Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	18858	18697	100,86
	Basisdatensatz	18797		
	MDS	61		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene (gesamt)		918		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) (gesamt)		1030		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) (gesamt)		1070	1071	99,91

2.2 Risikoadjustierung

Die Analyse von Qualitätsindikatoren hat das Ziel, die Behandlungsergebnisse einzelner Leistungserbringer zu bewerten und miteinander zu vergleichen. Die Ergebnisse sollen dabei die tatsächliche Behandlungsqualität widerspiegeln, unabhängig von der Zusammensetzung des Patientenkollektivs des untersuchten Leistungserbringers. Die zentrale Herausforderung bei der statistischen Analyse von Behandlungsergebnissen besteht deshalb darin, durch geeignete Risikoadjustierungsverfahren einen fairen Vergleich der Leistungserbringer zu ermöglichen. Am IQTIG wird derzeit dafür die indirekte Standardisierung mittels logistischer Regression verwendet, wobei im Verfahren QS HGV in der Regel die Fälle des Erfassungsjahres 2020 als Referenzpopulation genutzt wurden.

Folgende 5 Indikatoren in diesem Auswertungsmodul sind risikoadjustiert:

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

Eine vergleichende Bewertung von Einrichtungen hinsichtlich des QI-Ergebnisses der allgemeinen Komplikationen ist eher möglich, wenn bestimmte Prognose- oder Einflussfaktoren auf das Ergebnis berücksichtigt werden. Folgende Einflussfaktoren wurden als Variablen zur Risikoadjustierung, die patientenseitig zu Beginn der Behandlung bereits bestanden, verwendet:

- Alter
- Geschlecht
- Gehstrecke vor der Fraktur
- ASA-Klassifikation zur Operation
- der Pflegegrad
- Art der antithrombotischen Dauertherapie
- vorbestehende Koxarthrose
- die Lokalisation der Femurfraktur

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

Das Auftreten von spezifischen Komplikationen wie der periprothetischen Fraktur oder Wundhämatomen/Nachblutungen wird nicht nur durch den Leistungserbringer beeinflusst, sondern auch durch patientenseitige Faktoren wie die Knochenstruktur und den Allgemeinzustand. So ändert sich das Risiko, eine implantatassoziierte Komplikation zu entwickeln, durch folgende Faktoren:

- bei eingeschränkter Gehstrecke vor der Aufnahme
- bei hoher ASA-Klassifikation zur Operation
- bei erhöhtem Pflegegrad
- bei zweizeitigem Wechsel
- nach der Indikation zum Wechsel

Das Risiko, eine Weichteilkomplikation zu entwickeln, steigt mit den oben genannten Risikofaktoren der implantatassoziierten Komplikationen, jedoch spielen zusätzlich folgende Einflussfaktoren eine Rolle:

- Alter
- Verwendung von Gehhilfen bei der Aufnahme
- die präoperative Wundkontaminationsklassifikation

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54012)

Die Gehfähigkeit der Patientinnen und Patienten bei Entlassung wird nicht nur durch den Leistungserbringer (u. a. durch frühzeitige postoperative Mobilisierung, Physiotherapie, Entlassungszeitpunkt) beeinflusst. Patientenseitige Faktoren spielen darüber hinaus eine wichtige Rolle dafür, welches Entlassungsziel definiert werden und erreichbar sein kann.

Folgende Einflussfaktoren werden bei diesem Indikator in der Risikoadjustierung verwendet:

- Geschlecht
- Gehstrecke vor der Fraktur bzw. Aufnahme
- Gehhilfen vor der Fraktur bzw. Aufnahme
- ASA-Klassifikation zur Operation,
- Pflegegrad
- Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
- periprothetische Fraktur als Indikation zum Wechsel
- Frakturlokalisierung bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
- Koxarthrose
- Alter
- Wundkontaminationsklasse 3 oder 4 (kontaminiert oder septisch) vor dem Eingriff

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

Eine vergleichende Bewertung von Einrichtungen hinsichtlich des QI-Ergebnisses der Sterblichkeit ist eher möglich, wenn bestimmte Prognose- oder Einflussfaktoren auf die Sterblichkeit berücksichtigt werden. Folgende Einflussfaktoren wurden als Variablen zur Risikoadjustierung, die patientenseitig zu Beginn der Behandlung bereits bestanden, verwendet:

- Alter
- Geschlecht
- Gehfähigkeit bei Aufnahme
- Gehhilfen bei Aufnahme
- Pflegegrad
- ASA-Klassifikation zur Operation
- Wundkontamination vor dem Eingriff
- Wechseloperationen im Vergleich zur Erstimplantation
- periprothetische Fraktur als Indikation zum Wechsel
- bei Erstimplantationen eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah

Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 191914)

Folgende Einflussfaktoren wurden als Variablen zur Risikoadjustierung, die patientenseitig zu Beginn der Behandlung bereits bestanden, verwendet:

- Alter
- Geschlecht
- Gehfähigkeit vor der Fraktur
- ASA-Klassifikation zur Operation
- Art der antithrombotischen Dauertherapie
- Wundkontamination vor dem Eingriff
- Frakturlokalisierung
- Voroperationen am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah
- Pflegegrad

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Modul HGV-HEP werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 6 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Von insgesamt 1.215 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium weisen 217 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

In Tabelle 39 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 39: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) - HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	24,53 % 831/3388 (≤ 50,00 %)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	18,53 % 396/2137 (≤ 30,00 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	8,84 % 327/3698 (≤ 2,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	65,28 % 7854/12031 (≤ 90,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	11,00 % 214/1946 (= 0)
852102	Angabe von ASA 5	0,02 % 57/271514 (= 0)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	100,44 % 229042/228040 (≥ 95,00 %)
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	100,55 % 251001/249635 (≥ 95,00 %)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	100,55 % 251001/249635 (≤ 110,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	100,86 % 18858/18697 (≥ 95,00 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	100,86 % 18858/18697 (≤ 110,00 %)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,06 % 158/266210 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 40 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Der Anteil umfasst alle Leistungserbringer, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums hatten. Zusätzlich wird auch die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, die bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig waren.

Tabelle 40: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfas- sungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850152	Kodierung von Komplikationsdiagno- sen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplika- tionen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versor- gung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothe- sen-Erstimplantation	2022	29 von 921	3,15	5
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versor- gung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothe- sen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	28 von 715	3,92	2
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	13 von 846	1,54	5
851905	Häufig keine Komplikationen bei ho- her Verweildauer	54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothe- sen-Erstimplantation 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wech- sel bzw. -Komponentenwechsel 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothe- sen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	37 von 1032	3,59	6

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
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	2022	34 von 744	4,57	6
852102	Angabe von ASA 5	54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	4 von 1142	0,35	0
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	2022	11 von 1202	0,92	2
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.	2022	9 von 1204	0,75	0
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.	2022	13 von 1204	1,08	0
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.	2022	69 von 1071	6,44	15

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.	2022	16 von 1071	1,49	1
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	1 von 1206	0,08	0

Im Folgenden werden die jeweiligen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bzw. zur Vollzähligkeit näher beschrieben.

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2022 werden im Auswertungsmodul HGV-HEP 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewiesen.

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

Von den 3.388 Fällen, für die im stationären Aufenthalt eine der definierten Komplikationsdiagnosen (T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8) kodiert wurde, wurde für 831 (24,53 %) Fälle in der QS-Dokumentation keine spezifische Komplikation angegeben. Da diese Diagnosen bei Wechsel-Eingriffen auch bereits bei Aufnahme vorliegen können und dann keine spezifischen postoperativen Komplikationen darstellen, liegt der Referenzbereich bei $\leq 50,00\%$. So werden Ergebnisse eines Leistungserbringers auffällig, für die in mehr als 50 % der Fälle mit den o. g. ICD-Diagnosen keine spezifische Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben wurde und die mindestens 5 Fälle in der Grundgesamtheit hatten (Mindestanzahl Nenner). Dadurch wurden bei 29 von 921 Leistungserbringern, die im Jahr 2022 die o. g. Diagnosen kodiert haben, die Ergebnisse rechnerisch auffällig (3,15 %). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr ähnlich geblieben (EJ 2021: 24 von 930 Leistungserbringern = 2,58 %).

Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation (ID 850151)

Die Diagnose M96.6 beschreibt eine „Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“ und müsste entsprechend im QS-Bogen als Komplikation der Operation angegeben werden.

Von den 2.137 Fällen in diesem Modul, für die im stationären Aufenthalt der ICD-Code M96.6 kodiert worden ist, wurde bei 396 Fällen (18,53 %) keine Fraktur als intraoperative Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben. Bei einem Referenzbereich von $\leq 30,00\%$ werden die Ergebnisse der Leistungserbringer auffällig, die in mehr als 30,00 % der Fälle zum ICD-Code M96.6 keine Fraktur als Komplikation in der QS-Dokumentation angegeben haben und die mindestens 5 Fälle in der Grundgesamtheit hatten (Mindestanzahl Nenner). Dadurch hatten 28 von 715 Leistungserbringer, die im Jahr 2022 den ICD-Code M96.6 kodiert haben, rechnerisch auffällige Ergebnisse (3,92 %). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr auf angestiegen (EJ 2021: 19 von 701 Leistungserbringern = 2,71 %).

Irrtümlich angelegte Prozedurbögen (ID 851804)

Von den 3.698 Fällen mit mehr als einer OP in diesem Modul wurden bei 327 Fällen (8,84 %) im stationären Aufenthalt entweder Prozedurbögen als Erstimplantation angelegt, obwohl für diese nicht der früheste OP-Zeitpunkt hinterlegt war, oder es wurden mehrere Prozedur-Bögen mit gleichem Zeitpunkt auf der gleichen Seite angelegt. Bei einem Referenzbereich von ≤ 2 werden

die Ergebnisse eines Leistungserbringers auffällig, wenn bei mehr als 2 Fällen Bögen irrtümlich angelegt wurden. Dadurch wurden die Ergebnisse von 13 der 846 Leistungserbringern rechnerisch auffällig (1,54 %). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen (EJ 2021: 17 von 798 Leistungserbringern = 2,13 %).

Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer (ID 851905)

Von den 12.031 Fällen mit elektiven Eingriffen in diesem Modul ohne geriatrische Komplexbehandlung mit einer postoperativen Verweildauer oberhalb des eingriffsspezifischen Schwellenwertes wurden für 7.854 Fälle keine allgemeinen und keine spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen dokumentiert. Dies lässt eine Unterdokumentation der Komplikationen vermuten, welche zu der verlängerten postoperativen Verweildauer geführt haben können. Je nach Eingriffsart wird der Schwellenwert für eine hohe postoperative Verweildauer als 95. Perzentil unter allen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung festgelegt. Bei einem Referenzbereich von $\leq 90,00$ % werden die Ergebnisse eines Leistungserbringers auffällig, wenn in mehr als 90 % der elektiven Fälle ohne geriatrische Komplexbehandlung mit langer postoperativer Verweildauer keine Komplikationen in der QS-Dokumentation angegeben wurde und mindestens 10 Fälle in der Grundgesamtheit sind (Mindestanzahl Nenner). Dadurch wurden die Ergebnisse von 37 der 1.032 Leistungserbringer rechnerisch auffällig (3,59 %). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen (EJ 2021: 31 von 1.030 Leistungserbringer = 3,01 %).

Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes (ID 851907)

Von den 1.946 Fällen mit Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und anschließender Wechsel-Operation am selben behandelten Gelenk innerhalb des selben stationären Aufenthaltes wurden für 214 keine post- oder intraoperativen Komplikationen sowie postoperative Wundinfektionen dokumentiert. In diesen Fällen kann die Indikation des Wechseleingriffs i. d. R. einer Komplikation der Erstimplantation zugeordnet werden, die beim Ersteingriff hätte dokumentiert werden müssen. Bei einem anzahlbasierten Referenzbereich von 0 und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 wurden die Ergebnisse von 34 der 744 Leistungserbringer rechnerisch auffällig (4,57 %). Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen (EJ 2021: 22 von 701 Leistungserbringern = 3,14 %).

Angabe von ASA 5 (ID 852102)

Eine falsche, zu hohe ASA-Einstufung führt zu einem zu hoch prognostizierten Risikoprofil des Leistungserbringers, insbesondere ASA 5 führt mit den Regressionskoeffizienten 9,2 beim Indikator „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ und 14,2 beim Indikator „Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ zu einem deutlich erhöhten Risiko.

Von allen 271.514 Fällen in diesem Auswertungsmodul wurde 57-mal (0,02 %) ASA 5 angegeben. Bei einem anzahlbasierten Referenzbereich von Null und mindestens 2 Fällen im Zähler (Mindestanzahl Zähler) wurden dadurch die Ergebnisse von 4 der 1.142 Leistungserbringern (0,35 %)

rechnerisch auffällig. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken (EJ 2021: 12 von 1.155 Leistungserbringern = 1,04 %).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100 ige Vollzähligkeit vorlag (siehe Datengrundlage in Abschnitt 2.1). Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Überdokumentation, Underdokumentation oder eine erhöhte Anzahl an angelegten Minimaldatensätzen vorgelegen haben.

Da, wie im Abschnitt 2.1 beschrieben, die Sollstatistik durch entlassende Standorte erstellt wird, beziehen sich folgende Ausführungen zu Leistungserbringern immer auf die Ebene der entlassenden Standorte. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Erfassungsjahr 2021 nicht sinnvoll.

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850273) wird zum Erfassungsjahr 2022 nicht mehr erhoben, da die Überdokumentation genauer schon pro Zählleistungsbereich (Erstimplantation, Wechsel) abgebildet wird.

Underdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten (ID 850376)

Das Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten prüft, ob weniger GKV-Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 95\%$ mit mindestens 20 Fällen im Nenner. Im Ergebnis zeigt sich eine Dokumentationsrate von 100,44 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Es gibt somit auf Bundesebene eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene waren die Ergebnisse von 11 der 1.202 Leistungserbringer (0,92 %) rechnerisch auffällig.

Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Erstimplantation) (ID 850274)

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 95\%$ mit mindestens 5 Fällen im Nenner. Im Ergebnis zeigt sich für den Teildatensatz Erstimplantation eine Dokumentationsrate von 100,55 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene waren die Ergebnisse von 9 der 1.204 Leistungserbringer (0,75 %) rechnerisch auffällig.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation) (ID 850275)

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,0\%$ mit mindestens 20 Fällen im Zähler. Somit waren die Ergebnisse von 13 der 1.204 Leistungserbringer (1,08 %) rechnerisch auffällig.

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) (ID 850276)

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 95\%$ mit mindestens 5 Fällen im Nenner. Im Ergebnis zeigt sich für den Teildatensatz Wechsel-Eingriffe eine Dokumentationsrate von 100,86 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene waren die Ergebnisse von 69 der 1.071 Leistungserbringer (6,44 %) rechnerisch auffällig.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel) (ID 850277)

Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,0\%$ mit mindestens 20 Fällen im Zähler. Somit waren auf Leistungserbringerebene die Ergebnisse von 16 der 1.071 Leistungserbringer (1,49 %) rechnerisch auffällig.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850369)

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 5,0\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,06 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS angelegt wurde. Auf Leistungserbringerebene waren die Ergebnisse von einem der 1.206 Leistungserbringer (0,08 %) rechnerisch auffällig.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul HGV werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 13 Indikatoren und 2 Kennzahlen ausgewiesen. Von insgesamt 1.149 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Indikator weisen 687 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Tabelle 41: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) - HGV-HEP

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	97,67 % 179797/184080 (≥ 90,00 %)	97,65 % 159584/163429	eingeschränkt vergleichbar
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	91,85 % 17622/19185 (≥ 86,00 %)	92,06 % 16426/17843	eingeschränkt vergleichbar
54003	Präoperative Verweildauer	9,27 % 6294/67886 (≤ 15,00 %)	8,82 % 5414/61362	eingeschränkt vergleichbar
54004	Sturzprophylaxe	96,97 % 192720/198751 (≥ 90,00 %)	97,09 % 171798/176951	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Allgemeine Komplikationen				
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1,01 7384/7326,20 (≤ 2,25; 95. Perzentil)	1,03 6841/6630,92	eingeschränkt vergleichbar
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	1,36 % 2485/182794 (≤ 5,77 %; 95. Perzentil)	1,44 % 2342/162410	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	7,84 % 1320/16837 (≤ 20,00 %; 95. Perzentil)	7,48 % 1183/15817	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Spezifische Komplikationen				
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	4,53 % 3086/68177 (≤ 11,63 %; 95. Perzentil)	4,69 % 2892/61608	eingeschränkt vergleichbar
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2,27 % 4185/184080 (≤ 8,01 %; 95. Perzentil)	2,31 % 3775/163429	eingeschränkt vergleichbar
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1,02 % 2356/2311,82 (≤ 2,02; 95. Perzentil)	0,99 % 2110/2132,30	eingeschränkt vergleichbar
54010	Beweglichkeit bei Entlassung*	97,00 % 177008/182488	97,17 % 157582/162170	eingeschränkt vergleichbar
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	1,02 % 10185/9974,98 (≤ 2,42; 95. Perzentil)	1,06 % 9449/8879,15	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung				
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0,05 % 83/160306 (Sentinel Event)	0,04 % 62/142786	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur*	1,07 4206/3926,31	1,04 3733/3579,17	eingeschränkt vergleichbar
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	0,83 3486/256186 (≤ 2,27; 95. Perzentil)	- -/-	QI im Vorjahr nicht berechnet

* Transparenzkennzahl

In Tabelle 42 ist für alle Qualitätsindikatoren der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2022 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 42: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) - HGV-HEP

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2022	62 von 1088	5,70	21
		2021	63 von 1099	5,73	_*
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	217 von 1029	21,09	81
		2021	231 von 1042	22,17	_*

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54003	Präoperative Verweildauer	2022	174 von 1058	16,45	74
		2021	180 von 1079	16,68	_*
54004	Sturzprophylaxe	2022	65 von 1140	5,70	25
		2021	65 von 1153	5,64	_*
Gruppe: Allgemeine Komplikationen					
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	60 von 1058	5,67	17
		2021	61 von 1080	5,65	_*
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2022	71 von 1088	6,53	16
		2021	67 von 1099	6,10	_*
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	103 von 990	10,40	35
		2021	144 von 1005	14,33	_*
Gruppe: Spezifische Komplikationen					
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	2022	60 von 1058	5,67	11
		2021	62 von 1080	5,74	_*
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2022	83 von 1088	7,63	19
		2021	82 von 1099	7,46	_*

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	160 von 1029	15,55	49
		2021	171 von 1042	16,41	_*
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	2022	61 von 1138	5,36	16
		2021	66 von 1153	5,72	_*
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung					
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2022	72 von 1073	6,71	2
		2021	63 von 1086	5,80	_*
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	2022	57 von 1146	4,97	0
		2021	-	-	_*

* Da das Verfahren erst seit dem EJ 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann an dieser Stelle kein Ergebnis ausgegeben werden.

Indikation

Bei der Hüftendoprothesen-Erstimplantation handelt es sich um einen elektiven Eingriff, bei dem eine strenge Indikationsstellung zu fordern ist. Ziel eines solchen Eingriffs ist es, der Patientin oder dem Patienten wieder zu Schmerzfreiheit und zu größtmöglicher Hüftgelenksbeweglichkeit zu verhelfen.

Es gibt eine Vielzahl an Komplikationen und medizinischen Sachverhalten (u. a. aseptische und septische Lockerung, rezidivierende Luxationen, periprothetische Frakturen, Implantatbruch etc.), die einen teilweisen oder vollständigen Wechsel des künstlichen Hüftgelenks begründen. Beeinflusst werden diese durch patienten-, produkt- und prozedurenbezogene Faktoren. Dennoch ist die Indikation für einen Hüftendoprothesen-Wechsel streng anhand klinischer, radiologischer und laborchemisch/mikrobiologisch/histopathologischer Kriterien zu stellen (Bonnaire et al. 2014).

Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54001)

Dieser Indikator misst, ob die Indikationsstellung für die Operation angemessen war. Kriterien einer angemessenen Indikation sind vor allem konkrete Angaben zu Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der Patientinnen und Patienten. Auffälligkeiten im Röntgenbild können die Diagnose einer schweren Arthrose sichern. Die Qualitätssicherung fordert für mindestens 90 % der operierten Patientinnen und Patienten das Vorliegen nachweislicher Indikationskriterien.

Anhand des hohen Bundesergebnisses im Erfassungsjahr 2022 (97,67 %; 179.797 / 184.080) ist erkennbar, dass für den Großteil der Patientinnen und Patienten eine angemessene Indikation zur Hüftendoprothesen-Erstimplantation nach QS-Kriterien vorliegt.

Da im Rahmen der Qualitätssicherung nur Mindestanforderungen zur Indikationsstellung (Schmerzen, Funktionseinschränkungen, fortgeschrittene radiologische Befunde) erfasst werden und ohne Patientenbefragung nicht alle Hauptkriterien abgebildet werden können, kann die Einschätzung einer „angemessenen“ Indikationsstellung in Einzelfällen abweichen (siehe „Bewertung der Indikationsstellung in der Hüftgelenkversorgung“).

Im Erfassungsjahr 2022 waren die Ergebnisse bei 5,70 % (62 / 1.088) der Leistungserbringer rechnerisch auffällig. Bei 2,85 % (31 / 1.088) lag das Ergebnis statistisch signifikant außerhalb des Referenzbereichs.

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

Der Wechsel einer Hüftendoprothese kann aufgrund einer Vielzahl von Problemen erforderlich sein, beispielweise bei einer Lockerung des Implantats oder einer tiefen Wundinfektion nach einer Erstimplantation. Im Zähler des Qualitätsindikators werden nur die Indikationskriterien gezählt, die als gravierend genug für einen Wechseleingriff eingeschätzt wurden.

Anhand des hohen Bundesergebnisses im Erfassungsjahr 2022 (91,85 %; 17.622 / 19.185) ist erkennbar, dass für den Großteil der Patientinnen und Patienten eine angemessene Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach QS-Kriterien vorliegt.

21,09 % (217 / 1.029) der Leistungserbringer erzielten jedoch im Erfassungsjahr 2022 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Bei 4,18 % (43 / 1.029) lag das Ergebnis statistisch signifikant außerhalb des Referenzbereichs.

Bewertung der Indikationsstellungen in der Hüftgelenkversorgung

Nach Erfahrungen aus den vorherigen Jahren bestätigen sich die rechnerisch auffälligen Ergebnisse hinsichtlich der Indikationsstellung bei Erstimplantation nur selten als qualitativ auffällig. Einige Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene sowie der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) führen die Fälle, in denen die QS-Indikationskriterien nicht erfüllt werden, v. a. auf Dokumentationsprobleme z. B. bei der Übertragung des Kellgren-Lawrence-Scores in den QS-Dokumentationsbogen zurück. Qualitätsdefizite bei der Indikationsstellung der Erstimplantationen würden selten über die Qualitätssicherung festgestellt. Nach rechnerischen Auffälligkeiten bei der Indikationsstellung würden vor allem die Prozesse der Dokumentation angepasst werden. Bei der Bewertung der Indikationsstellung spielen hingegen insbesondere die Patientenperspektive eine ausschlaggebende Rolle. Die Einführung von Patientenbefragungen wird als äußerst erstrebenswert bei elektiven Hüft- oder Knieendoprothesen-Erstimplantationen eingeschätzt.

Auch für die Indikationsstellung bei Wechseloperationen liegen vorwiegend Dokumentationsprobleme vor, die auf Prozessproblemen (Übertragungsfehlern) beruhen und letztlich zu rechnerischen Auffälligkeiten führen. Der Erfahrung der Mitglieder des Expertengremiums nach würde bspw. die Indikation zum Wechsel bei der Explantation des Implantats gestellt. Die Übertragung dieser Information in den QS-Dokumentationsbogen, der erst bei der Wiederimplantation ausgelöst wird, findet jedoch teilweise aufgrund von Prozessproblemen nicht statt. Davon sind zweizeitige Wechsel betroffen. Das Vorliegen von Dokumentationsproblemen bei den Indikationsstellungen hat laut einigen Mitgliedern des Expertengremiums keinen Bezug zur eigentlichen Qualität der Operationen. Verbesserungspotenziale bei der Erfassung der Indikationsstellung in der QS-Dokumentation werden nicht gesehen.

Die Einführung von Patientenbefragungen könnte nach Einschätzung des IQTIG und des Expertengremiums auf Bundesebene ein valides Bild insbesondere zur Qualitätsbeurteilung der Erwartungen der Patientinnen und Patienten, der Indikationsstellung und der Nachsorge bei elektiven Hüft- oder Knieendoprothesen-Erstimplantation schaffen. Damit könnte beurteilt werden, wie sich die Lebensqualität und Schmerzen vor und nach der OP darstellten und ob die Erwartungen an das neue Gelenk erfüllt wurden.

Präoperative Verweildauer (ID 54003)

Das Bundesergebnis liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 9,27 %. Das bedeutet, dass 9,27 % (6.294 / 67.886) der Patientinnen und Patienten, bei denen eine hüftgelenknahe Femurfraktur endoprothetisch versorgt wurde, nicht innerhalb von 48 Stunden operiert worden sind. Der Anteil der Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis beträgt 16,45 % (174 / 1.058).

Im Bundesergebnis zeigt sich zwar eine Verschlechterung von 8,82 % im Erfassungsjahr 2021 auf 9,27 % im Erfassungsjahr 2022, jedoch ein leichte Verringerung an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligem Ergebnis von 16,68 % auf 16,45 %.

Sturzprophylaxe (ID 54004)

Herrscht bei der Verwendung von Unterarmgehstützen oder einem Rollator Unsicherheit, so sollte das Krankenhaus Unterstützung anbieten und einen sicheren Umgang mit diesen Hilfsmitteln einüben. Eine vorübergehende Beeinträchtigung der Beweglichkeit stellt für alle Patientinnen und Patienten ein Sturzrisiko dar. Dabei ist es zunächst irrelevant, ob eine Patientin oder ein Patient als Notfall oder als geplanter Krankenhausfall aufgenommen wurde. Vor der Operation oder unmittelbar zum Versorgungsbeginn sollte das Krankenhaus die individuellen Risikofaktoren der Patientin oder des Patienten kennen. Auch sollten diese dahingehend geschult werden, wie sie selbst Risikosituationen erkennen und vermeiden können.

Anhand des hohen Bundesergebnisses im Erfassungsjahr 2022 (96,97 %; 192.720 / 198.751) ist erkennbar, dass für den Großteil der Patientinnen und Patienten eine strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und die Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe erfolgten.

Im Erfassungsjahr 2022 erzielten 5,70 % (65 / 1.140) der Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Bei 4,04 % (46 / 1.140) lag das Ergebnis statistisch signifikant außerhalb des Referenzbereichs.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Komplikationen, die nicht spezifisch mit endoprothetischen Operationen verbunden sind, sondern nach den meisten großen Operationen auftreten können, werden „allgemeine Komplikationen“ genannt und mit 3 Indikatoren erfasst (ID 54015, 54016 und 54017). Dazu gehören bspw. tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen, Pneumonien und kardiovaskuläre Komplikationen. Das Auftreten dieser teilweise schweren Komplikationen kann durch geeignete Prophylaxemaßnahmen auf ein Minimum reduziert werden. Die Qualitätssicherung misst, wie oft diese Komplikationen bei den Patientinnen und Patienten auftraten. Zurzeit wird die Datenqualität zu den allgemeinen Komplikationen mit einem Auffälligkeitskriterium geprüft (siehe Abschnitt 2.3). Die 3 Indikatoren haben verteilungsbasierte Referenzbereiche. Risikoadjustiert ist nur der Qualitätsindikator zu den allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.

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

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis für diesen Indikator bei 1,01. Es ist mit den Daten aus dem Jahr 2020 risikoadjustiert, sodass patientenseitige Risikofaktoren berücksichtigt werden und ein fairer Vergleich ermöglicht wird. Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Pati-

enten im Erfassungsjahr 2022, bei denen nach der endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, liegt bei 10,86 % (7.384/68.012).

Das O/E-Ergebnis beträgt 1,01. Es gab dementsprechend 1 % mehr Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen im Erfassungsjahr 2022, als anhand der Referenzpopulation des Erfassungsjahrs 2020 zu erwarten gewesen wäre. Der Vorjahreswert liegt mit 1,03 leicht höher.

Die 5,67 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (60/1.058) hatten im Erfassungsjahr 2022 eine O/E-Rate von 2,25 oder mehr.

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54016)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis für diesen Indikator bei 1,36 %. Es lag also bei 1,36 % (2.485/182.794) der Patientinnen und Patienten mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation während des stationären Aufenthalts vor.

Die 6,53 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (71/1.088) hatten im Erfassungsjahr 2022 eine Komplikationsrate von 5,77 % oder mehr.

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

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis für diesen Indikator bei 7,84 %. Es lag also bei 7,84 % (1.320/16.837) der Patientinnen und Patienten mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation während des stationären Aufenthalts vor.

Die 10,40 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (103/990) hatten im Erfassungsjahr 2022 eine Komplikationsrate von 20,00 % oder mehr. Dass auch bei perzentilbasierten Referenzbereichen manchmal ein deutlich größerer Anteil als 5 % auffällig werden kann, ist der Tatsache geschuldet, dass der Referenzwert nur anhand von Krankenhäusern mit einer Fallzahl > 20 berechnet wird.

Bewertung der allgemeinen Komplikationen

Das Expertengremium geht von einer deutlichen Unterdokumentation der allgemeinen Komplikationen (v. a. Delir) aus, da internationale Studien höhere Komplikationsraten nahelegen. Ab dem Erfassungsjahr 2023 werden die QS-Datenfelder der Komplikationen mit entsprechenden ICD-Kodes aus den Entlassdiagnosen plausibilisiert, sodass bei vorliegenden ICD-Kodes die Angaben zu Komplikationen bereits während der Dokumentation beim Leistungserbringer überprüft werden sollen.

Uneinheitliche Definitionen der zugrunde liegenden Diagnosen könnten ebenfalls als Ursache für die vermutete Unterdokumentation von allgemeinen Komplikationen infrage kommen. Dies betraf z. B. das Auftreten akuter Niereninsuffizienzen, da im Ausfüllhinweis eine akute Niereninsuffizienz nicht definiert ist und somit Interpretationsspielraum bietet.

Weitergehende Ausführungen sind im Abschnitt 2.4 des Auswertungsmoduls HGV-OSFRAK zu finden.

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Komplikationen, die spezifisch nach endoprothetischen Operationen auftreten können, werden „spezifische Komplikationen“ genannt und mit 3 Indikatoren erfasst (ID 54018, 54019 und 54120). Hierzu zählen bspw. Wundinfektionen, Wundhämatome/Nachblutungen oder auch periprothetische Frakturen. Ab dem Erfassungsjahr 2023 werden die Datenfelder mit entsprechenden ICD-Kodes aus den Entlassdiagnosen plausibilisiert. Zurzeit wird die Datenqualität zu den spezifischen Komplikationen mit vier verschiedenen Auffälligkeitskriterien geprüft (siehe Abschnitt 2.3). Alle 3 Indikatoren haben verteilungsbasierte Referenzbereiche. Risikoadjustiert ist ausschließlich der Qualitätsindikator zu den spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.

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

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis für diesen Indikator bei 4,53 %. Somit lag bei 4,53 % (3.086 /68.177) der Patientinnen und Patienten mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation während des stationären Aufenthalts vor.

Die 5,67 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (60/1.058) wiesen im Erfassungsjahr 2022 eine Komplikationsrate von 11,63 % oder mehr auf.

Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54019)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis für diesen Indikator bei 2,27 %. Somit lag bei 2,27 % (4.185 /184.080) der Patientinnen und Patienten mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation während des stationären Aufenthalts vor.

Die 7,63 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (83/1.088) wiesen im Erfassungsjahr 2022 eine Komplikationsrate von 8,01 % oder mehr auf.

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

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis für diesen Indikator bei 1,02. Das Indikatorergebnis ist risikoadjustiert mit den Daten aus insgesamt 4 Vorjahren (da die Grundgesamtheit pro Jahr relativ klein ist), sodass patientenseitige Risikofaktoren berücksichtigt werden und ein fairer Vergleich ermöglicht wird.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten im Erfassungsjahr 2022, bei denen nach einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, liegt bei 12,28 % (2.356/19.185).

Das O/E-Ergebnis von 1,02 liegt leicht über dem Vorjahreswert von 0,99 (Ergebnis zum Erfassungsjahr 2021 mit Referenzpopulation des Erfassungsjahrs 2020). Es gab dementsprechend 2 % mehr Patienten mit spezifischen Komplikationen im Erfassungsjahr 2022 als anhand der Vorjahresergebnissen zu erwarten gewesen wäre.

Die 15,55 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (160/1.029) hatten im Erfassungsjahr 2022 eine O/E-Rate von 2,02 oder mehr. Dass auch bei perzentilbasierten Referenzbereichen manchmal ein deutlich größerer Anteil als 5 % auffällig werden kann, ist der Tatsache geschuldet, dass der Referenzwert nur anhand von Krankenhäusern mit einer Fallzahl > 20 berechnet wird.

Bewertung der spezifischen Komplikationen

Für die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu den spezifischen Komplikationen wird vom Expertengremium auf Bundesebene angenommen, dass einige Komplikationen unterdokumentiert sind. Zurzeit wird die Datenqualität zu den spezifischen Komplikationen mit vier Auffälligkeitskriterien geprüft (siehe Abschnitt 2.3), und ab Erfassungsjahr 2023 ist eine Plausibilitätsprüfung mit ICD-Kodes bei Dateneingabe vorgesehen. Bei der Versorgungsqualität bestehe weiterhin Verbesserungspotenzial. Die Beeinflussbarkeit wird beim Leistungserbringer gesehen, jedoch spielen für das Auftreten einer spezifischen Komplikation z. B. auch die Knochenqualität (Osteoporose) und das Alter der Patientinnen und Patienten eine Rolle. Die Einführung einer Risikoadjustierung für ID 54018 und 54019 wird geprüft.

Es wird eine eingeschränkte Vergleichbarkeit von Leistungserbringern, die Wechseleingriffe durchführen, angenommen. Kompliziertere Wechsel bzw. Mehrfachwechsel mit einem höheren Komplikationsrisiko, das nicht über die derzeit erfassten Risikofaktoren abgebildet ist, werden mitunter in spezialisierten Einrichtungen häufiger als im Durchschnitt durchgeführt und könnten zu höheren und somit auffälligen Komplikationsraten führen.

Beweglichkeit bei Entlassung (ID 54010)

Ziel des künstlichen Hüftgelenkersatzes ist die Wiederherstellung einer schmerzfreien Hüftgelenkbeweglichkeit und -belastbarkeit. Während in der unmittelbaren postoperativen Phase Schmerzfreiheit erfahrungsgemäß nicht erreicht werden kann, so ist doch eine freie und vollständige passive Streckung (bis 0 Grad) und Beugung bis 70 Grad zu fordern, auf der die weitere aktive Übungstätigkeit der Patientin oder des Patienten aufbauen kann. Für Patientinnen und Patienten mit einer planbaren Hüftendoprothesen-Erstimplantation misst die Kennzahl „Beweglichkeit bei Entlassung“ (ID 54010) dieses Qualitätsziel, das durch eine gute medizinische, pflegerische und physiotherapeutische Unterstützung erreicht werden kann.

Der Bundeswert dieser Kennzahl liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 97,00 %. Das bedeutet, dass bei 97,00 % der Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Erstimplantation eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde. Die passive Bestimmung des postoperativen Bewegungsausmaßes wird anhand der Neutral-Null-Methode erfasst. Diese wurde nach hüftgelenknahen Femurfrakturen in 85,34 % der Fälle angewandt, nach elektiven Erstimplantationen in 97,65 % und nach Wechseleingriffen in 90,78 % (einzeitige Wechsel) bzw. 92,65 % (zweizeitige Wechsel).

Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54012)

Mit diesem Indikator wird von allen Patientinnen und Patienten, die vor einer elektiven Endoprothesenimplantation bzw. vor der notfallbedingten Implantation bei Femurfrakturen gehen konnten, der Anteil derjenigen Patientinnen und Patienten gemessen, die zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung gehunfähig waren (immobil oder nur im Zimmer mobil).

Das Indikatorergebnis ist mit den Daten des Erfassungsjahres 2020 risikoadjustiert, sodass patientenseitige Risikofaktoren berücksichtigt werden und ein fairer Vergleich ermöglicht wird. Es stellt das Verhältnis zwischen der beobachteten und der erwarteten Rate an gehunfähigen Patientinnen und Patienten dar.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten im Erfassungsjahr 2022, die zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung gehunfähig waren, obwohl sie vor der Aufnahme bzw. vor der Fraktur gehen konnten, liegt im Erfassungsjahr 2022 über alle Eingriffsarten hinweg bei 4,25 % (10.185/239.743). Das O/E-Ergebnis von 1,02 liegt leicht unter dem Vorjahreswert von 1,06 (Ergebnis zum Erfassungsjahr 2021 mit Referenzpopulation des Erfassungsjahrs 2020). Es gab dementsprechend 2 % mehr Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit im Erfassungsjahr 2022, als anhand den Vorjahresergebnissen zu erwarten gewesen wäre.

Dieser Indikator hat einen verteilungsbasierten Referenzbereich. Die 5,36 % Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (61/1.138) hatten im Erfassungsjahr 2022 mindestens 2,42-mal mehr Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung als erwartet.

Die Gehstrecke insbesondere vor der Fraktur ist teilweise schwer zu erfassen. Diese Information ist z. B. bei dementen Patientinnen und Patienten erschwert einzuholen und kann erst im Verlauf des Aufenthalts nachträglich bspw. über Angehörige oder den Sozial- oder Pflegedienst ermittelt werden. Zudem sind die Angaben aus den Anamnesebögen in der Notaufnahme einiger Einrichtungen teilweise schwer in die Auswahlmöglichkeiten des QS-Dokumentationsbogens übertragbar. Einige Krankenhäuser etablierten die Auswahlmöglichkeiten des QS-Dokumentationsbogens in die Anamnesebögen der Notaufnahme, wodurch die Datenqualität laut Rückmeldung des Expertengremiums auf Bundesebene zunahm.

Die Erhebung dieses Indikators trug nach Rückmeldungen aus dem Expertengremium zur Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation in den Krankenhäusern bei und führte somit zur Verbesserung der postoperativen Versorgung.

Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung

Trotz prophylaktischer Maßnahmen können Komplikationen während oder nach der Operation auftreten, die zum Tod der Patientin bzw. des Patienten führen. Die Sterblichkeit nach elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und -Wechseln bzw. -Komponentenwechseln wird zum einen in Form eines Qualitätsindikators (Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstim-

plantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel; ID 54013), vgl. Abschnitt 2.2) und zum anderen in Form einer Kennzahl (Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur; ID 191914, vgl. Abschnitt 2.2) dargestellt.

Da die Begleiterkrankungen bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur noch nicht erfasst werden und insbesondere in dieser Gruppe zu einer erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit führen, ist das Risikomodell zur „Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ nicht ausreichend, um auffällige Ergebnisse der Leistungserbringer von unauffälligen zu unterscheiden. Dies ist der Grund dafür, dass die Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur als Kennzahl dargestellt wird.

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

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators stellt den Anteil der vor der Krankenhausentlassung verstorbenen Patientinnen und Patienten dar, die eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufwiesen. Das Bundesergebnis liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 0,05 % (83 / 160.306). Dieser Indikator ist ein Sentinel-Event-Indikator, d. h., dass alle verstorbenen Patientinnen und Patienten mit einer geringen Sterbewahrscheinlichkeit (10 % aller Todesfälle mit der geringsten prognostizierten Sterbewahrscheinlichkeit) als rechnerisch auffällig gelten.

6,71 % (72 / 1.073) der Leistungserbringer erzielten dabei ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Erfahrungen aus den Vorjahren zeigen jedoch, dass die Ergebnisse dieser Leistungserbringer selten auch qualitativ auffällig werden, meistens handelt es sich dabei um schicksalshafte Ereignisse, die dem Krankenhausstandort nicht zugeschrieben werden können.

Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 191914)

Das Bundesergebnis dieser Kennzahl ist risikoadjustiert, sodass patientenseitige Risikofaktoren berücksichtigt werden und ein fairer Vergleich ermöglicht wird. Es stellt das Verhältnis zwischen der beobachteten und erwarteten Sterblichkeitsrate bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur dar und liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 1,07. Demnach wurden 7 % mehr Todesfälle dokumentiert, als anhand der Vorjahresergebnisse zu erwarten gewesen wäre.

Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten im Erfassungsjahr 2022, die nach einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 6,18 % (4.206/68.012).

Bewertung der Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung

Die Bewertung der QI-Ergebnisse ist eingeschränkt, da sich die Betrachtung ausschließlich auf den stationären Aufenthalt beschränkt. Um diesen Qualitätsaspekt u. U. sinnvoller abbilden zu können, präferiert das IQTIG dazu die Nutzung von Sozialdaten. Damit könnte die Sterblichkeit über den Krankenhausaufenthalt hinaus erfasst werden.

Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf (ID 10271)

Mit diesem Indikator kann die Erstimplantation einer Hüftendoprothese dahingehend nachbeobachtet werden, dass der frühzeitige, ungeplante Wechsel in der Qualitätssicherung betrachtet werden kann. Der Indikator erfasst ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, und noch in einen engen Zusammenhang mit der Hüftendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das O/E-Bundesergebnis für diesen Indikator bei 0,83. Es ist mit den Daten des Erfassungsjahres 2020 risikoadjustiert, sodass patientenseitige Risikofaktoren berücksichtigt werden und ein fairer Vergleich ermöglicht wird. Der bundesweite Anteil der Patientinnen und Patienten im Erfassungsjahr 2022, bei denen ein ungeplanter Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation auftrat, liegt bei 1,36 % (3.486 / 256.186).

Das O/E-Ergebnis beträgt 0,83. Es gab dementsprechend 17 % weniger Patientinnen und Patienten mit ungeplanten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen im Erfassungsjahr 2022, als anhand der Referenzpopulation des Erfassungszeitraums 2021-2022 zu erwarten gewesen wäre.

Die 4,97 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (57/ 1.146) hatten im Erfassungsjahr 2022 eine O/E-Rate von 2,27 oder mehr.

2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Für dieses Auswertungsmodul wurden für das Erfassungsjahr 2022 keine Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit festgestellt.

Der Qualitätsindikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003) wurde in den vergangenen Jahren mit einem besonderen Handlungsbedarf belegt. Der Anteil der Leistungserbringer, bei denen eine statistisch signifikante Abweichung des Indikatorwerts vom Referenzbereich vorlag, lag in den letzten 3 Jahren unterhalb von 10 % (Prüfgröße 1a). Der Anteil der als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringer lag im Erfassungsjahr 2020 noch bei 4,27 % und konnte sich zum Erfassungsjahr 2021 weiter auf 4,08 % verbessern (Prüfgröße 1b). Darüber hinaus handelt es sich um einen Indikator, für den schon weitere geeignete Anforderungen und Maßnahmen in Form der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QS-FFx-RL⁵) in die Wege geleitet wurden.

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 22. November 2019; zuletzt geändert am 7. Dezember 2022; in Kraft getreten am 1. Januar 2023: <https://www.g-ba.de/richtlinien/118> (abgerufen am: 28.06.2023).

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL im Jahr 2022 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2021 bezogen. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß Teil 1 § 19 DeQS-RL durch die LAG für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Das Verfahren QS HGV wird seit dem Erfassungsjahr 2021 unter der DeQS-RL geführt. Die Datenvalidierung gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Für das Auswertungsmodul HGV-HEP haben zum Erfassungsjahr 2021 alle LAG den QSEB fristgerecht an das IQTIG übermittelt. Allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen konnten QSEB-Datensätze zugeordnet werden. Insgesamt werden im Auswertungsmodul HGV-HEP im Erfassungsjahr 2021 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 6 zur Vollzähligkeit geprüft.

Tabelle 43: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	12186	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	207	1,7
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	207	100
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	51	24,64
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	156	75,36
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	156	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	40	19,32
Bewertung als qualitativ auffällig	109	52,66
Sonstiges	7	3,38
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Die Übersicht über Auffälligkeiten zum Erfassungsjahr 2021 zeigt, dass insgesamt wenige rechnerisch auffällige Ergebnisse (Anzahl 207 von 12186; Anteil 1,7 %) vorliegen und für alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse eine QSEB-Übermittlung stattfand. Für 51 der 207 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Alle Stellungnahmen wurden schriftlich durchgeführt, zu keinem Ergebnis fand ein Gespräch oder eine Begehung statt. Alle Stellungnahmeverfahren konnten abgeschlossen werden. Als qualitativ auffällig wurden 109 Ergebnisse bewertet (vgl. Tabelle 43).

Mängel der Dokumentationsqualität konnten bei einem Großteil der Auffälligkeitskriterien festgestellt werden (vgl. Tabelle 44 und Tabelle 53):

- „Angabe von ASA 5“ (ID 852102): Anteil der qualitativen an rechnerischen Auffälligkeiten: 75 %
- „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)“ (ID 850274): Anteil der qualitativen an rechnerischen Auffälligkeiten: 75 %
- „Irrtümlich angelegte Prozedurbögen“ (ID 851804): Anteil der qualitativen an rechnerischen Auffälligkeiten: 70,59 %

- „Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten“ (ID 850376): Anteil der qualitativen an rechnerischen Auffälligkeiten: 66,67 %
- „Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation“ (ID 850151): Anteil der qualitativen an rechnerischen Auffälligkeiten: 63,16 %
- „Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes“ (ID 851907): Anteil der qualitativen an rechnerischen Auffälligkeiten: 59,09 %
- „Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen“ (ID 850149): Anteil der qualitativen an rechnerischen Auffälligkeiten: 54,17 %

Laut den QSEB-Rückmeldungen begründet sich die mangelnde Dokumentationsqualität unter anderem darin, dass bei Fallzusammenführungen Komplikationen nicht dokumentiert wurden. Zur ASA-Klassifikation wurde berichtet, dass die klinischen Angaben nicht zur Definition der ASA-Klassifikation passten. Die von den Auffälligkeitskriterien ID 850151 und ID 851804 betroffenen Leistungserbringer wurden von den Fachkommissionen aufgefordert, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten (vgl. Tabelle 54).

Tabelle 44: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit											
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	24 / 930 (2,58 %)	7	0 / 24 (0,00 %)	0 / 930 (0,00 %)	3 / 24 (12,50 %)	3 / 930 (0,32 %)	14 / 24 (58,33 %)	14 / 930 (1,51 %)	0 / 24 (0,00 %)	0 / 930 (0,00 %)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	19 / 701 (2,71 %)	4	0 / 19 (0,00 %)	0 / 701 (0,00 %)	2 / 19 (10,53 %)	2 / 701 (0,29 %)	12 / 19 (63,16 %)	12 / 701 (1,71 %)	1 / 19 (5,26 %)	1 / 701 (0,14 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	17 / 798 (2,13 %)	2	0 / 17 (0,00 %)	0 / 798 (0,00 %)	1 / 17 (5,88 %)	1 / 798 (0,13 %)	12 / 17 (70,59 %)	12 / 798 (1,50 %)	2 / 17 (11,76 %)	2 / 798 (0,25 %)
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	31 / 1030 (3,01 %)	12	0 / 31 (0,00 %)	0 / 1030 (0,00 %)	11 / 31 (35,48 %)	11 / 1030 (1,07 %)	8 / 31 (25,81 %)	8 / 1030 (0,78 %)	0 / 31 (0,00 %)	0 / 1030 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	22 / 701 (3,14 %)	3	0 / 22 (0,00 %)	0 / 701 (0,00 %)	6 / 22 (27,27 %)	6 / 701 (0,86 %)	13 / 22 (59,09 %)	13 / 701 (1,85 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 701 (0,00 %)
852102	Angabe von ASA 5	12 / 1155 (1,04 %)	3	0 / 12 (0,00 %)	0 / 1155 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 1155 (0,00 %)	9 / 12 (75,00 %)	9 / 1155 (0,78 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 1155 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	12 / 1001 (1,20 %)	2	0 / 12 (0,00 %)	0 / 1001 (0,00 %)	2 / 12 (16,67 %)	2 / 1001 (0,20 %)	8 / 12 (66,67 %)	8 / 1001 (0,80 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 1001 (0,00 %)
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	1 / 1004 (0,10 %)	0	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1004 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1004 (0,10 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1004 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1004 (0,00 %)
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	4 / 1002 (0,40 %)	1	0 / 4 (0,00 %)	0 / 1002 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 1002 (0,00 %)	3 / 4 (75,00 %)	3 / 1002 (0,30 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 1002 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	1 / 1002 (0,10 %)	0	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1002 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1002 (0,10 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1002 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1002 (0,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	57 / 922 (6,18 %)	15	0 / 57 (0,00 %)	0 / 922 (0,00 %)	11 / 57 (19,30 %)	11 / 922 (1,19 %)	27 / 57 (47,37 %)	27 / 922 (2,93 %)	4 / 57 (7,02 %)	4 / 922 (0,43 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	7 / 922 (0,76 %)	2	0 / 7 (0,00 %)	0 / 922 (0,00 %)	2 / 7 (28,57 %)	2 / 922 (0,22 %)	3 / 7 (42,86 %)	3 / 922 (0,33 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 922 (0,00 %)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 1004 (0,00 %)	0	0 / - (-)	0 / 1004 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 1004 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 1004 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 1004 (0,00 %)

Tabelle 45: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern – HGV-HEP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
149	26	2	86	10	1

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Für das Auswertungsmodul HEP haben zum Erfassungsjahr 2021 alle LAG den QSEB fristgerecht dem IQTIG übermittelt. Die Auswertungen zum QSEB erfolgen auf Bundesebene je QS-Verfahren bzw. auf Modul- und Indikatorebene, werden in tabellarischer Form erstellt und sind nachfolgend in Tabelle 46, Tabelle 47, Tabelle 48, Tabelle 49 sowie im Anhang ab Tabelle 52 zu finden. Jedem rechnerisch auffälligen Ergebnis konnten QSEB-Datensätze zugeordnet werden.

Deskriptive Auswertung zum Stellungnahmeverfahren

Tabelle 46: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul HGV-HEP

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	13017	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	1255	9,64
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	1255	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	1255	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	497	39,6
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	758	60,4
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	747	98,55
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	14	1,85
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	2	0,26

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	534	42,55
Bewertung als qualitativ auffällig	119	9,48
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	96	7,65
Sonstiges	7	0,56
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	31	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Insgesamt gab es 13.017 Indikatorenergebnisse für das Auswertungsmodul HEP im Erfassungsjahr 2021, von denen 1.255 Ergebnisse rechnerisch auffällig waren (9,64 %). Bei 60,40 % (758 von 1.255) wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen. Für 119 der 1.255 rechnerisch auffälligen Ergebnisse erfolgte <nach dem Stellungnahmeverfahren eine Bewertung als qualitativ auffällig, was einem Anteil von 9,48 % an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen entspricht (siehe Tabelle 46).

In Tabelle 47 und Tabelle 52 im Anhang werden für jeden Qualitätsindikator die rechnerischen Auffälligkeiten und die Bewertungsergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens bezogen sowohl auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse als auch auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Qualitätsindikator dargestellt. In jedem Fall wurde ein Stellungnahmeverfahren bei einer rechnerischen Auffälligkeit im Indikator zur Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54013) eingeleitet. Zum Qualitätsindikator zur Präoperativen Verweildauer wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren bei 83,33 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse eingeleitet.

Trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit zwischen dem Strukturierten Dialog und dem Stellungnahmeverfahren ist erkennbar, dass wie in den Jahren zuvor die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse auf den Indikator zur Präoperativen Verweildauer entfallen 44 / 180 (24,44 %). In den Indikatoren zu Spezifischen Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation wurden bei 14,63 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ein Qualitätsmangel festgestellt (12 / 82). Die Anteile der anderen Indikatoren liegen zwischen 4 % und 11 % (vgl. Tabelle 47).

Begründungen für qualitativ auffällige und qualitativ unauffällige Ergebnisse

Bewertung für qualitativ auffällige Ergebnisse

Bei knapp 14 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Indikators „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003) wurden Prozess- und Strukturängel als maßgebliche Begründungen für die Einstufung als qualitativ auffällig identifiziert, während bei 7 % der Ergebnisse keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit angegeben wurden (vgl. Tabelle 55).

Aus den Berichten zu den Stellungnahmen geht hervor, dass Verbesserungsbedarfe beim Gerinnungsmanagement, bei der OP-Planung, insbesondere der Einstufung der Dringlichkeiten von Operationen und Personalressourcen am Wochenende, sowie bei der Planung der postoperativen Überwachung bestehen. Zudem wurden häufig fehlende Materialien (z. B. Prothesenteile), OP- und Betten-Kapazitäten festgestellt, die zu Verzögerungen in der präoperativen Verweildauer geführt hatten. Darüber hinaus wurde ein Leistungserbringer gebeten, die Prozesse hinsichtlich der Häufigkeit an Cut-Outs zu überprüfen. Ein Leistungserbringer wurde angewiesen, die Indikation zum konservativen Vorgehen neu zu überdenken. Bei einem Leistungserbringer wurde das Abwarten des PCR-Tests als unzureichende Erklärung für die Verzögerungen der OPs gewertet. Aus der Sicht der Fachkommission hätte ein Schnelltest ausgereicht. Die Überschreitung des Referenzwertes von über 30 % wurde in dem Fall von der Fachkommission als zu groß erachtet (vgl. Tabelle 56).

Zweimal wurde von einer LAG berichtet, dass aufgrund der unzureichenden Strukturen nach Einschätzung der Fachexpertinnen und -experten eine Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten mit Femurfraktur nicht gewährleistet werden kann. In einem Fall wurde empfohlen, mit dem Krankenhaus eine Zielvereinbarung abzuschließen, in der das Krankenhaus eine SOP bezüglich der perioperativen Planung (Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams) sowie eine SOP zum Umgang mit gerinnungshemmender Medikation vorlegen sollte. Zudem wurde das Krankenhaus gebeten, eine hausinterne Analyse hinsichtlich der Priorisierung von Operationen durchzuführen und mögliche Platzhalter im OP und für die postoperative Überwachung zu prüfen.

In einem anderen Fall wurde von einer LAG berichtet, dass vom betroffenen Leistungserbringer nach Einschätzung der Fachkommission aufgrund unzureichender Strukturen eine Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten mit Femurfraktur nicht gewährleistet werden könne. Nach einem Gespräch mit dem Lenkungsgremium und den Planungsbehörden sollten keine entsprechenden Leistungen mehr in 2022 durchgeführt werden.

Zum Indikator „Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ (ID 54001) sah die Fachkommission in einem Fall Hinweise auf Struktur- und Prozessängel, da nicht nachvollziehbar war, weshalb die auffälligen Fälle der belegärztlichen Abteilung nicht aufgearbeitet werden konnten. Bei einem anderen Leistungserbringer musste von einem erheblichen Qualitätsdefizit bei der Indikationsstellung ausgegangen werden. Aus diesem Grund wurde auf Initiative einer LAG ein krankenhausaufsichtsrechtliches Verfahren eingeleitet.

Für andere Qualitätsindikatoren haben die Fachkommissionen ebenfalls Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität formuliert, wenn Qualitätsmängel festgestellt wurden. So wurde zur Sturzprophylaxe und Gehunfähigkeit zurückgemeldet, die vorhandenen Standards zu beachten und die Dokumentation zu verbessern.

Um Harnwegsinfektionen zu vermeiden, sollte das Schulungsprogramm für das Personal zur Einhaltung entsprechender Standards intensiviert werden. Zudem sollten die Komplikationsraten analysiert als auch darauf aufbauend Vermeidungsstrategien entwickelt werden. Bei einem Leistungserbringer wurde eine Häufung von Fällen mit intraoperativen Fett- bzw. Zementembolien festgestellt, eine verstärkte Abstimmung mit Anästhesie war bereits erfolgt.

Zu einer Auffälligkeit im Indikator „Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ (ID 54019) wurde dem Leistungserbringer der Hinweis gegeben, dass bei medialer Schenkelhalsfraktur zukünftig die Verwendung eines zementierten Implantats als Standard eingeführt werden sollte. Die Verwendung eines zementfreien Implantates in besonderen Fällen müsste begründet werden. In einem anderen Fall erhielt ein Leistungserbringer den Hinweis, die Tripolarpfanne für primäre Implantationen häufiger zu erwägen. Zu Auffälligkeiten beim Indikator „Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ (ID 54019) wurde bei zwei Leistungserbringern von systematischen Problemen in der OP-Technik ausgegangen, in einem anderen Fall von Problemen im perioperativen Gerinnungsmanagement.

Zum Indikator „Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54013) wurde berichtet, dass es bei einem Leistungserbringer in einem von drei Sterbefällen Hinweise auf Prozessversäumnisse durch zu späte Einbindung der orthopädischen Fachabteilung nach Verlegung auf die Intensivstation bei allgemeinen Komplikationen gab. Dadurch verzögerte sich die Indikationsstellung zur operativen Revision. Ohne diese hätte die Wahrscheinlichkeit für das Versterben zumindest gesenkt werden können.

Bei einem weiteren Leistungserbringer wurden Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet, die die Pflege-Arzt-Kommunikation und Überprüfung der EKIT-Checklisten betrafen, wodurch die Sterbewahrscheinlichkeit gemindert werden könnte. Des Weiteren wurde bei einem Leistungserbringer die Risikokonstellation präoperativ nicht erkannt und ausreichend gewürdigt. Zukünftig sollten auch die Aufnahmelaborbefunde im Rahmen der Indikationsbesprechung am OP-Vortrag einbezogen werden.

Zum Indikator „Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54120) wurde mehrfach von den LAG zurückgemeldet, dass bei der jeweils festgestellten geringen Anzahl an Wechseleingriffen die Übernahme der Versorgung durch den Leistungserbringer infrage zu stellen sei und die Patientinnen und Patienten ggf. an größere Zentren verlegt werden sollten.

Bewertung für qualitativ unauffällige Ergebnisse

534 QI-Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, von denen 48 Bewertungen im Freitext begründet wurden.

Die LAG übermittelten selten per Freitext (7 von 102), warum die rechnerisch auffälligen QI-Ergebnisse im Indikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003) als qualitativ unauffällig eingeschätzt wurden. Einer Rückmeldung ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich im Wesentlichen auf eine Fehlkodierung des Leistungserbringers zurückzuführen ist. So handelte es sich oftmals nicht um primäre Schenkelhalsfrakturen. In einigen Fällen wurde ein Cut-out eines Gammanagels behandelt (T84.1-); diese fallen unter die elektive Erstimplantation und zählen somit nicht zum Indikator „Präoperative Verweildauer“ (ID 54003). Weiterhin wurde trotz des Hinweises an den Leistungserbringer, dass eine Überprüfung des klinikinternen Gerinnungsmanagements erforderlich ist, die Einschätzung als qualitativ unauffällig getroffen. Die Fachkommission empfahl eine Befassung mit und zukünftige Berücksichtigung der SOP zum Umgang mit gerinnungshemmender Medikation. Bei einem anderen Leistungserbringer war im initialen Röntgen keine sichere Schenkelhalsfraktur erkennbar. Die Fachkommission weist jedoch darauf hin, dass die Erstbefundung der Röntgenbilder immer durch einen Radiologen erfolgen sollte (Befundungsmonitor). In einem Fall wies die Fachkommission zudem darauf hin, dass ein CT notwendig gewesen wäre.

Eine Bewertung hingegen als qualitativ unauffällig erfolgte zum Indikator „Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ (ID 54001) teilweise aufgrund von falschen Kodierungen der Fälle. Zum Indikator „Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (ID 54002) wurde zurückgemeldet, dass hochkomplexe Verläufe unter ungünstigen Situationen zur Auffälligkeit geführt hätten oder auch Dokumentationsdefizite vorlägen. Trotz einer unauffälligen Bewertung wurden Leistungserbringer bei einer Häufung von Komplikationen zur Analyse durch das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement aufgerufen. Begründet wurde die Bewertung zum Teil mit einer besonderen klinischen Situation oder einem komplexen Patientengut, was zur Häufung von Komplikationen bei Leistungserbringern geführt habe. Die als qualitativ unauffällig bewerteten Sterbefälle bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel stellten Einzelfälle mit schicksalhafter Verlauf mit zuvor nicht bekannten Nebenerkrankungen dar.

Tabelle 47: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	63 / 1099 (5,73 %)	13	0 / 63 (0,00 %)	0 / 1099 (0,00 %)	26 / 63 (41,27 %)	26 / 1099 (2,37 %)	7 / 63 (11,11 %)	7 / 1099 (0,64 %)	16 / 63 (25,40 %)	16 / 1099 (1,46 %)	1 / 63 (1,59 %)	1 / 1099 (0,09 %)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	231 / 1042 (22,17 %)	106	1 / 231 (0,43 %)	1 / 1042 (0,10 %)	89 / 231 (38,53 %)	89 / 1042 (8,54 %)	9 / 231 (3,90 %)	9 / 1042 (0,86 %)	26 / 231 (11,26 %)	26 / 1042 (2,50 %)	0 / 231 (0,00 %)	0 / 1042 (0,00 %)
54003	Präoperative Verweildauer	180 / 1079 (16,68 %)	30	0 / 180 (0,00 %)	0 / 1079 (0,00 %)	102 / 180 (56,67 %)	102 / 1079 (9,45 %)	44 / 180 (24,44 %)	44 / 1079 (4,08 %)	3 / 180 (1,67 %)	3 / 1079 (0,28 %)	1 / 180 (0,56 %)	1 / 1079 (0,09 %)
54004	Sturzprophylaxe	65 / 1153 (5,64 %)	20	0 / 65 (0,00 %)	0 / 1153 (0,00 %)	17 / 65 (26,15 %)	17 / 1153 (1,47 %)	5 / 65 (7,69 %)	5 / 1153 (0,43 %)	23 / 65 (35,38 %)	23 / 1153 (1,99 %)	0 / 65 (0,00 %)	0 / 1153 (0,00 %)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	66 / 1153 (5,72 %)	33	0 / 66 (0,00 %)	0 / 1153 (0,00 %)	20 / 66 (30,30 %)	20 / 1153 (1,73 %)	4 / 66 (6,06 %)	4 / 1153 (0,35 %)	9 / 66 (13,64 %)	9 / 1153 (0,78 %)	0 / 66 (0,00 %)	0 / 1153 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	63 / 1086 (5,80 %)	0	0 / 63 (0,00 %)	0 / 1086 (0,00 %)	58 / 63 (92,06 %)	58 / 1086 (5,34 %)	4 / 63 (6,35 %)	4 / 1086 (0,37 %)	0 / 63 (0,00 %)	0 / 1086 (0,00 %)	1 / 63 (1,59 %)	1 / 1086 (0,09 %)
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	61 / 1080 (5,65 %)	29	0 / 61 (0,00 %)	0 / 1080 (0,00 %)	22 / 61 (36,07 %)	22 / 1080 (2,04 %)	6 / 61 (9,84 %)	6 / 1080 (0,56 %)	3 / 61 (4,92 %)	3 / 1080 (0,28 %)	1 / 61 (1,64 %)	1 / 1080 (0,09 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	67 / 1099 (6,10 %)	39	0 / 67 (0,00 %)	0 / 1099 (0,00 %)	24 / 67 (35,82 %)	24 / 1099 (2,18 %)	3 / 67 (4,48 %)	3 / 1099 (0,27 %)	1 / 67 (1,49 %)	1 / 1099 (0,09 %)	0 / 67 (0,00 %)	0 / 1099 (0,00 %)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	144 / 1005 (14,33 %)	88	0 / 144 (0,00 %)	0 / 1005 (0,00 %)	49 / 144 (34,03 %)	49 / 1005 (4,88 %)	3 / 144 (2,08 %)	3 / 1005 (0,30 %)	3 / 144 (2,08 %)	3 / 1005 (0,30 %)	1 / 144 (0,69 %)	1 / 1005 (0,10 %)
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	62 / 1080 (5,74 %)	17	0 / 62 (0,00 %)	0 / 1080 (0,00 %)	37 / 62 (59,68 %)	37 / 1080 (3,43 %)	5 / 62 (8,06 %)	5 / 1080 (0,46 %)	3 / 62 (4,84 %)	3 / 1080 (0,28 %)	0 / 62 (0,00 %)	0 / 1080 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	82 / 1099 (7,46 %)	28	0 / 82 (0,00 %)	0 / 1099 (0,00 %)	40 / 82 (48,78 %)	40 / 1099 (3,64 %)	12 / 82 (14,63 %)	12 / 1099 (1,09 %)	2 / 82 (2,44 %)	2 / 1099 (0,18 %)	0 / 82 (0,00 %)	0 / 1099 (0,00 %)
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	171 / 1042 (16,41 %)	94	1 / 171 (0,58 %)	1 / 1042 (0,10 %)	50 / 171 (29,24 %)	50 / 1042 (4,80 %)	17 / 171 (9,94 %)	17 / 1042 (1,63 %)	7 / 171 (4,09 %)	7 / 1042 (0,67 %)	2 / 171 (1,17 %)	2 / 1042 (0,19 %)

Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) - HGV-HEP

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
374	193	138	94	9	2

Tabelle 49: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) - HGV-HEP

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffällige Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1-4)	216	76 (35.19 %)	13 (6.02 %)
2. Quintil (5-9)	238	124 (52.10 %)	13 (5.46 %)
3. Quintil (10-23)	267	167 (62.55 %)	24 (8.99 %)
4. Quintil (24-60)	274	198 (72.26 %)	33 (12.04 %)
5. Quintil (61-1874)	260	193 (74.23 %)	36 (13.85 %)
Gesamt	1255	758 (60.40 %)	119 (9.48 %)

4 Evaluation

Für dieses Auswertungsmodul wurde im Jahr 2022 zum Erfassungsjahr 2022 erstmals eine Evaluation von den LAG übermittelt. Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datengrundlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 14 (QS HGV) § 2 Abs. 5 DeQS-RL). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen muss der G-BA in Zusammenarbeit mit dem Institut nach § 137a SGB V noch entscheiden.

Vorgaben zur fortlaufenden Evaluation im jährlichen Bundesqualitätsbericht werden nicht näher definiert. Um die Evaluationsergebnisse eines jeden Jahres sinnvoll für eine Bewertung des gesamten Verfahrens zum 30. Juni 2026 effizient nutzen zu können, hat das IQTIG ein über die Jahre hinweg gleich strukturiertes Vorgehen empfohlen. Für die fortlaufende Evaluation sollen der Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den Bundesländern erfasst und berichtet werden. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anzupassen zu können. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgt für die LAG auf freiwilliger Basis.

Die Rückmeldungen aus den Bundesländern werden jährlich im Rahmen einer strukturierten Abfrage über eine vordefinierte Excel-Datei erfasst. Die LAG sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen auch die Rückmeldungen der jeweiligen Fachkommission auf Landesebene sowie der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) berücksichtigen. Die Evaluationsfragen beinhalten folgende Dimensionen:

- Einschätzung von **Prozessen** (Erfassung, Spezifikation, Export, Plausibilisierung etc.)
- Einschätzung zu **Indikatoren und Ergebnissen** (Indikatorergebnisse, qualitätssichernde Maßnahmen, Rechenregeln etc.)
- Einschätzungen zu **sonstigen Themen**

Die erhobenen Informationen zu den Prozessen auf Landesebene und die Rückmeldungen der Leistungserbringer und Fachkommissionen werden im Anschluss zusammengeführt und ausgewertet. Unter anderem dienen diese Rückmeldungen der Landesebene dem IQTIG dazu, etwaigen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Prozesse des QS-Verfahrens zu erkennen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Für das Erfassungsjahr 2022 haben 6 der insgesamt 16 LAG⁶ die Evaluationsfragen beantwortet und die Antworten an das IQTIG übermittelt. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden aufbereitet und werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

1. Gab es für das Erfassungsjahr leistungserbringerübergreifend auftretende Probleme hinsichtlich des QS-Dokumentationsbogens / der QS-Dokumentationsbögen (Fragen zur Dokumentation, zu Ausfüllhinweisen, zu Plausibilitätsregeln u. ä.)?

Zu dieser Frage haben 2 LAG Rückmeldungen zum Spezifikationsmodul *HEP* (zugehörig zum Auswertungsmodul *HGV-HEP*) übermittelt.

Eine LAG weist darauf hin, dass bei Zustand nach Schenkelhalsfraktur mit Osteosynthese und nachfolgendem Osteosyntheseversagen die weitere Versorgung mit einer Hüftendoprothese als elektive Hüftendoprothesenerstimplantation zu dokumentieren ist. Laut der LAG unterscheiden sich diese Patientinnen und Patienten klinisch deutlich von denen, die eine Hüftendoprothese z. B. wegen Koxarthrose implantiert bekommen, und sollten in den QI-Auswertungen berücksichtigt werden.

Darüber hinaus müssen bei zweizeitigen Wechsel-OPs für die Dokumentation des Wiedereinbaus der Endoprothese die indikationsbegründenden Befunde von vor dem Ausbau der Prothese dokumentiert werden. Dies wird vor allem bei mikrobiologischen und entzündlichen Befunden fehlerhaft dokumentiert, da die Infektion behandelt wurde, um den Wiedereinbau zu ermöglichen. Die Dokumentation folgt laut dieser LAG daher nicht dem klinischen Alltag, da die Auslösung des Bogens zum Wiedereinbau erfolgt, sich Datenfelder aber teilweise auf vergangene Zustände beziehen.

Eine andere LAG berichtet, dass es bei der Frage „Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?“ speziell zur „revisionsbedürftigen Nachblutung/Wundhämatom“ häufige Rückfragen von Leistungserbringern gebe, ob bspw. oberflächige Wundhämatome als Komplikation zu dokumentieren seien.

Die LAG bittet außerdem darum, Anfragen bzw. komplexe Fälle aus den Sitzungen des Expertengremiums auf Bundesebene in Form von FAQ auf der IQTIG-Website zu veröffentlichen, damit gewährleistet werden könne, dass komplexe Fälle von den Leistungserbringern einheitlich dokumentiert würden.

Darüber hinaus würden die Leistungserbringer häufig zurückmelden, dass die Bekanntgabe der Auffälligkeitskriterien und -Ergebnisse sowie das Ausweisen von auffälligen Vorgängen in den Quartalsauswertungen dringend erwünscht seien.

Ein weiteres Problem ist laut dieser LAG, dass viele Unklarheiten bei den Leistungserbringern bezüglich des Umgangs mit der Dokumentation von periprothetischen Frakturen bestünden. Die

⁶ Bayern, Bremen, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Schleswig-Holstein

LAG-Geschäftsstelle bittet daher, dies z. B. in den Ausfüllhinweisen oder auf der Website zu spezifizieren.

2. Gab es im Erfassungsjahr in den genutzten Softwarelösungen, unabhängig vom Softwareanbieter (ambulant und/oder stationär), auftretende Probleme hinsichtlich der Spezifikation (Probleme beim Auslösefilter, QS-Dokumentationsbögen, Export o. ä.)?

Zu dieser Frage hat keine LAG Rückmeldungen zum Spezifikationsmodul HEP übermittelt.

3. Gab es sonstige Hinweise zu Problemen bezüglich der Durchführung der QS-Verfahren?

Zu dieser Frage hat eine LAG Rückmeldungen zum Auswertungsmodul *HGV-HEP* übermittelt. Bei den Follow-up-Indikatoren ergaben sich demnach Probleme bei Patienten, die in einem anderen Krankenhaus behandelt wurden. Die dazugehörigen AV-Listen wurden verspätet geliefert.

4. Gab es Probleme hinsichtlich einzelner Indikatoren, der dazugehörigen Rechenregeln oder der Indikatorenergebnisse?

Zu dieser Frage haben 2 LAG Rückmeldungen zum Auswertungsmodul *HGV-HEP* übermittelt.

Eine LAG meldete zurück, dass die endgültigen Rechenregeln zum Auswertungszeitpunkt und zum Stellungnahmeverfahren nicht vorgelegen hätten.

Eine andere LAG meldete zu verschiedenen Indikatoren Probleme zurück.

1. Sturzprophylaxe (ID 54004): Die LAG beschreibt hierzu einen sehr hohen Anteil an Dokumentationsfehlern. In 100 % aller angeforderten Stellungnahmen lagen demnach zumindest einzelne Dokumentationsfehler vor, in etwa 85 % war die rechnerische Auffälligkeit einzig auf eine fehlerhafte Dokumentation der Felder zur Sturzprophylaxe zurückzuführen.
2. Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation (ID 54001): Die LAG berichtet von extrem häufigen Fehldokumentationen in den Feldern zum Kellgren-Lawrence-Score. In nahezu allen schriftlich angeforderten Stellungnahmen sei die rechnerische Auffälligkeit auf diese Dokumentationsproblematik zurückzuführen.
3. Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (ID 54002): Laut der LAG liegen häufige Fehldokumentationen in den Feldern der Indikationskriterien vor, da diese durchaus nachlässig dokumentiert würden. In vielen schriftlich angeforderten Stellungnahmen sei die rechnerische Auffälligkeit auf diese Dokumentationsproblematik zurückzuführen.
4. Gehunfähigkeit bei Entlassung (ID 54012): Die Leistungserbringer gingen laut der LAG in den Stellungnahmen häufig davon aus, dass der Qualitätsindikator auf die Felder zum Treppensteigen zugreife. Dies führe zu Missverständnissen und einer schwierigen Bewertungssituation im Stellungnahmeverfahren.
5. Allgemeine Komplikationen bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur (ID 54015, 54016 und 54017): Hinsichtlich dieser Indikatoren zu den allgemeinen Komplikationen sieht die Fachkommission eine differenzierte Tragweite bzw. Relevanz von Harnwegsinfekten und von

Schlaganfällen. Eine Stratifizierung der allgemeinen Komplikationen könne dieser Problematik entgegenwirken.

5. Gab es Probleme hinsichtlich der qualitätssichernden Maßnahmen bzw. des Stellungnahmeverfahrens?

Zu dieser Frage hat keine LAG Rückmeldungen zum Auswertungsmodul *HGV-HEP* übermittelt.

6. Gibt es aus Ihrer Sicht anderweitige Themen oder Probleme?

Zu dieser Frage hat eine LAG Rückmeldungen zum Auswertungsmodul *HGV-HEP* übermittelt.

Die LAG berichtet, dass fehlende Datenfelder in der mandantenfähigen Datenbank (M-DB) Stellungnahmeverfahren erschweren würden. Insbesondere bei den Indikationsindikatoren ID 54001 und 54002 konnte im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens die Diskrepanz zwischen den Angaben im QS-Bogen und den Angaben in der Stellungnahme vonseiten der LAG-Geschäftsstelle nicht überprüft werden. Da die Leistungserbringer in der Regel die Patientenakte der Stellungnahme zugrunde legten, werde in der Stellungnahme oft nicht ersichtlich, ob und wo der Dokumentationsfehler anzusiedeln sei. Dementsprechend werde in den seltensten Fällen die Stellungnahme auf den Kern des Problems gebracht.

Aus Sicht der LAG müssten in solchen Fällen aufwendige Einzelfallanalysen für die Fachkommissionen anhand der theoretisch vorhandenen Felder der M-DB und ein anschließender Vergleich mit den Angaben in der Stellungnahme vorbereitet werden, da der dafür notwendige Zeitaufwand den Rahmen jeder Fachkommissionssitzung sprengen würde. Für alle Beteiligten (LE, LAG, Fachkommission) wäre es laut der LAG demnach wünschenswert, wenn die LE-Auswertung auch Auskunft darüber geben bzw. transparenter darstellen würde, worin konkret die Auffälligkeit jedes angegebenen Vorgangs bestehe, sodass im Stellungnahmeverfahren explizit darauf eingegangen werden könne.

Darüber hinaus konnten laut der LAG Leistungserbringer im Falle einer inkorrekten Dokumentation Auffälligkeiten in den betreffenden Kriterien unterjährig nicht korrigieren, da weder die Ergebnisse noch die auffälligen Vorgangsnummern der AKs zur Zuordnung der Fälle in den Quartalsauswertungen übermittelt wurden. Dies führe auch in der LAG-Geschäftsstelle zu einem erheblichen Mehraufwand.

5 Fazit und Ausblick

13 Qualitätsindikatoren und 2 Transparenzkennzahlen wurden im Auswertungsmodul *HGV-HEP* des Verfahrens *QS-HGV* für das Erfassungsjahr 2022 berechnet.

Grundsätzlich stellt sich bei der Betrachtung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2022 im Modul *HEP* ein stabiles Bild guter Versorgungsqualität dar. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unterscheiden sich nicht wesentlich von denen des Vorjahrs, der Anteil der Leistungserbringer mit als rechnerisch auffällig bewerteten Ergebnissen ist gering.

Für einige Qualitätsindikatoren wird vom Expertengremium auf Bundesebene vor allem von Dokumentationsproblemen ausgegangen, die zu rechnerischen Auffälligkeiten führen. Das Vorliegen von Dokumentationsproblemen bedeute jedoch keinen Mangel an Qualität bei diesen Fällen.

Für die allgemeinen und spezifischen Komplikationsraten gehen die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene weiterhin von einer deutlichen Unterdokumentation aus. Ursachen liegen sehr wahrscheinlich in einer ausbleibenden Diagnostik, fehlender Dokumentation in der Patientenakte sowie in der mangelnden Sorgfalt beim Ausfüllen der QS-Dokumentation. Limitierend kommt hinzu, dass nicht alle Komplikationen im stationären Aufenthalt entstehen und somit nicht in den Qualitätsindikatoren abgebildet werden können. Patientenseitige Faktoren sollten stärker berücksichtigt werden. Vorwiegend ist eine umfangreichere und somit bessere Risikoadjustierung für die Abbildung der Sterblichkeit, der spezifischen und allgemeinen Komplikationen sowie für die Gefährlichkeit erstrebenswert.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG die Qualitätssicherungsverfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* sowie *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Bericht ist dem G-BA bis zum 15. März 2024 vorzulegen. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung vorgesehen.

Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 50: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung	Geltungsbereich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
		61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	QI
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	QI
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
		71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	QI
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollzählige oder falsche Dokumentation	QI
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK

Tabelle 51: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	kein Stellungnahme- verfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	7 / 24 (29,17 %)	17 / 24 (70,83 %)	0 / 24 (0,00 %)	0 / 24 (0,00 %)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	4 / 19 (21,05 %)	15 / 19 (78,95 %)	0 / 19 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	2 / 17 (11,76 %)	15 / 17 (88,24 %)	0 / 17 (0,00 %)	0 / 17 (0,00 %)
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	12 / 31 (38,71 %)	19 / 31 (61,29 %)	0 / 31 (0,00 %)	0 / 31 (0,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	3 / 22 (13,64 %)	19 / 22 (86,36 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)
852102	Angabe von ASA 5	3 / 12 (25,00 %)	9 / 12 (75,00 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit					
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	2 / 12 (16,67 %)	10 / 12 (83,33 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	1 / 4 (25,00 %)	3 / 4 (75,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	kein Stellungnahme- verfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	15 / 57 (26,32 %)	42 / 57 (73,68 %)	0 / 57 (0,00 %)	0 / 57 (0,00 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	2 / 7 (28,57 %)	5 / 7 (71,43 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 52: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahme- verfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	13 / 63 (20,63 %)	49 / 63 (77,78 %)	1 / 63 (1,59 %)	0 / 63 (0,00 %)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	106 / 231 (45,89 %)	125 / 231 (54,11 %)	0 / 231 (0,00 %)	0 / 231 (0,00 %)
54003	Präoperative Verweildauer	30 / 180 (16,67 %)	150 / 180 (83,33 %)	3 / 180 (1,67 %)	0 / 180 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahme- verfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
54004	Sturzprophylaxe	20 / 65 (30,77 %)	45 / 65 (69,23 %)	0 / 65 (0,00 %)	0 / 65 (0,00 %)
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	29 / 61 (47,54 %)	30 / 61 (49,18 %)	2 / 61 (3,28 %)	0 / 61 (0,00 %)
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	39 / 67 (58,21 %)	26 / 67 (38,81 %)	2 / 67 (2,99 %)	0 / 67 (0,00 %)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	88 / 144 (61,11 %)	55 / 144 (38,19 %)	1 / 144 (0,69 %)	0 / 144 (0,00 %)
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	17 / 62 (27,42 %)	43 / 62 (69,35 %)	2 / 62 (3,23 %)	0 / 62 (0,00 %)
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	28 / 82 (34,15 %)	52 / 82 (63,41 %)	2 / 82 (2,44 %)	0 / 82 (0,00 %)
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	94 / 171 (54,97 %)	76 / 171 (44,44 %)	1 / 171 (0,58 %)	0 / 171 (0,00 %)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	33 / 66 (50,00 %)	33 / 66 (50,00 %)	0 / 66 (0,00 %)	0 / 66 (0,00 %)
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0 / 63 (0,00 %)	63 / 63 (100,00 %)	0 / 63 (0,00 %)	0 / 63 (0,00 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 53: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Fehlerhafte/unvoll-zählige Dokumentation wird bestätigt	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	19	12 / 19 (63,16 %)	0 / 19 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	24	13 / 24 (54,17 %)	1 / 24 (4,17 %)	0 / 24 (0,00 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	17	12 / 17 (70,59 %)	0 / 17 (0,00 %)	0 / 17 (0,00 %)
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	31	7 / 31 (22,58 %)	1 / 31 (3,23 %)	0 / 31 (0,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	22	13 / 22 (59,09 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)
852102	Angabe von ASA 5	12	9 / 12 (75,00 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit					
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	4	3 / 4 (75,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Fehlerhafte/unvollständige Dokumentation wird bestätigt	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	57	24 / 57 (42,11 %)	3 / 57 (5,26 %)	0 / 57 (0,00 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	7	3 / 7 (42,86 %)	0 / 7 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	12	8 / 12 (66,67 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)

Tabelle 54: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	A70	Unter Bezugnahme auf den Hinweis in Ihrer Stellungnahme, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist, bittet die Fachkommission verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. (1x berichtet)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	A70	Unter Bezugnahme auf den Hinweis in Ihrer Stellungnahme, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist, bittet die Fachkommission verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. (1x berichtet)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	A70	Bei Fallzusammenführungen sind alle Komplikationen zu dokumentieren. (1x berichtet)
852102	Angabe von ASA 5	A70	Die klinischen Angaben passen nicht zur Definition der ASA-Klassifikation. (1x berichtet)

Tabelle 55: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - HGV-HEP

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	63	3 / 63 (4,76 %)	3 / 63 (4,76 %)	1 / 63 (1,59 %)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	231	2 / 231 (0,87 %)	7 / 231 (3,03 %)	0 / 231 (0,00 %)
54003	Präoperative Verweildauer	180	25 / 180 (13,89 %)	13 / 180 (7,22 %)	6 / 180 (3,33 %)
54004	Sturzprophylaxe	65	3 / 65 (4,62 %)	2 / 65 (3,08 %)	0 / 65 (0,00 %)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	66	1 / 66 (1,52 %)	3 / 66 (4,55 %)	0 / 66 (0,00 %)
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	63	3 / 63 (4,76 %)	1 / 63 (1,59 %)	0 / 63 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	61	3 / 61 (4,92 %)	2 / 61 (3,28 %)	1 / 61 (1,64 %)
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	67	1 / 67 (1,49 %)	2 / 67 (2,99 %)	0 / 67 (0,00 %)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	144	1 / 144 (0,69 %)	2 / 144 (1,39 %)	0 / 144 (0,00 %)
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	62	3 / 62 (4,84 %)	2 / 62 (3,23 %)	0 / 62 (0,00 %)
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	82	7 / 82 (8,54 %)	5 / 82 (6,10 %)	0 / 82 (0,00 %)
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	171	7 / 171 (4,09 %)	9 / 171 (5,26 %)	1 / 171 (0,58 %)

Tabelle 56: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	A71	<p>Der Fachkommission erscheint die Indikation in einem Fall nicht nachvollziehbar. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission sieht Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, da nicht nachvollziehbar ist, weshalb die auffälligen Fälle der belegärztlichen Abteilung nicht aufgearbeitet werden können. (1x berichtet)</p> <p>Struktur der QS-Dokumentation ist nicht erkennbar (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	A99	Bei der Klinik muss aktuell von einem erheblichen Qualitätsdefizit hinsichtlich der Indikationsstellung ausgegangen werden. Aus diesem Grund wurde auf Initiative des Lenkungsgremiums der LAGQH von Seiten des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration ein krankenhausaufsichtsrechtliches Verfahren eingeleitet. (1x berichtet)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	A71	Gemäß den Erläuterungen in der Stellungnahme kann die Fachkommission die Indikationsstellung zu Wechseleingriffen aufgrund von Infekten in einigen Fällen nicht nachvollziehen. (1x berichtet) Luxationsrate nicht plausibel (1x berichtet)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	A72	Die eigentliche Anfrage wurde mit der Stellungnahme nicht beantwortet. (1x berichtet)
54003	Präoperative Verweildauer	A71	- Assistenz für derzeitige OP-Methode ist außerhalb der Regelarbeitszeiten nicht durchgängig abrufbar, - Marcumarisierung/DOAK als Begründung der Nichteinhaltung (1x berichtet) Aus der Stellungnahme geht hervor, dass Verbesserungsbedarf im Hinblick auf das Gerinnungsmanagement, die OP-Planung, insbesondere die Einstufung der Dringlichkeiten von Operationen, sowie die Planung der postoperativen Überwachung besteht. Zudem wurden fehlende OP- und Betten-Kapazitäten festgestellt. Um zukünftig das Qualitätsziel erreichen zu können, empfiehlt die Fachkommission mit dem Krankenhaus eine Zielvereinbarung abzuschließen. Dabei soll das Krankenhaus eine SOP bezüglich der perioperativen Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams sowie eine SOP zum Umgang mit gerinnungshemmender Medikation vorlegen. Zudem wird das Krankenhaus gebeten, eine hausinterne Analyse hinsichtlich der Priorisierung von Operationen durchzuführen und mögliche Platzhalter für den OP und der postoperativen Überwachung zu prüfen. In Bezug auf die Zielvereinbarung setzen wir uns gesondert mit Ihnen in Verbindung. (1x berichtet) Bei der Mehrzahl der auffälligen Fälle war die verlängerte postoperative Verweildauer medizinisch nicht nachvollziehbar. (2x berichtet) Das Management des perioperativen Umganges mit Antikoagulantien ist offenbar nicht geeignet die Vorgaben einzuhalten. (1x berichtet) Die Dauertherapie mit Antikoagulantien ist keine ausreichende Begründung für die verzögerte Versorgung. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>Die Fachkommission erkennt eine mangelnde Implantatlogistik. Die fehlender Protheseteile führen häufig zu Verzögerungen in der präoperativen Verweildauer. Die Fachkommission bittet um Überprüfung des perioperativen Managements. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission sieht Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und bittet die Prozesse hinsichtlich der Häufigkeit an Cutting-Outs zu überprüfen. (1x berichtet)</p> <p>Die Indikation zum konservativen Vorgehen muss neu überdacht werden. (1x berichtet)</p> <p>Die Verzögerungen bei der Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen können in einigen Fällen von der Fachkommission nicht nachvollzogen werden. (1x berichtet)</p> <p>Einhaltung präoperativer Verweildauer muss sichergestellt werden (1x berichtet)</p> <p>Es liegen Mängel im Gerinnungsmanagement vor. (1x berichtet)</p> <p>Es liegen Strukturprobleme vor. Es sind bei den Fällen keine expliziten Gründe genannt, die eine Verzögerung rechtfertigen. (1x berichtet)</p> <p>Gerinnungsmanagement hinterfragen (1x berichtet)</p> <p>In den auffälligen Fällen konnte die verlängerte präoperative Verweildauer nicht nachvollzogen werden. (1x berichtet)</p> <p>In den auffälligen Fällen wurden keine zwingenden Gründe einer verlängerten präoperativen Verweildauer erkannt. Es wird der Austausch mit der Inneren Medizin bzw. Anästhesie zur Versorgung von PatientInnen mit Femurfraktur empfohlen. (1x berichtet)</p> <p>Kapazitätsengpässe und späte Freigaben durch Anästhesie (1x berichtet)</p> <p>Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (5x berichtet)</p> <p>Prozessproblem: Verzögerung des Operationszeitpunktes aufgrund nicht vorhandener OP-Materialien. (1x berichtet)</p> <p>Verzögerung des Operationszeitpunktes aufgrund von Strukturproblemen und zusätzlich Dokumentationsprobleme. (1x berichtet)</p> <p>Überprüfung bzw. Aktualisierung der SOP zum Management von Patienten unter Therapie mit Antikoagulationen bzw. anti-thrombotischer Therapie. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
54003	Präoperative Verweildauer	A99	<p>Argumentation, dass bestehende Antikoagulation eine verlängerte präoperative Verweildauer begründet. Es wurden bereits Maßnahmen zum veränderten Umgang eingeleitet. (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund der unzureichenden Strukturen kann nach Einschätzung der Fachexperten eine Notfallversorgung von PatientInnen mit Femurfraktur nicht gewährleistet werden. (2x berichtet)</p> <p>Das Abwarten des PCR-Test ist keine ausreichende Erklärung. Aus der Sicht der Fachkommission hätte ein Schnelltest ausgereicht. Die Überschreitung des Referenzwertes von über 30 % wird von der Fachkommission als zu groß erachtet. Insgesamt wären detailliertere Stellungnahmen wünschenswert gewesen. (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (1x berichtet)</p> <p>Nach Gespräch mit dem Lenkungsgremium und den Planungsbehörden keine entsprechenden Leistungen mehr in 2022 durchgeführt. (1x berichtet)</p>
54004	Sturzprophylaxe	A71	<p>Die Abstimmung zwischen den Fachgruppen zur Dokumentation ist zu verbessern (1x berichtet)</p> <p>Erfassung des Sturzrisikos und Maßnahmenplanung zur Sturzprophylaxe sind Standard, wurden aber nicht konsequent umgesetzt. (1x berichtet)</p> <p>Geschäftsführung mit Struktur-SOP beauftragen (1x berichtet)</p>
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	A71	<p>Die Anzahl an Harnwegsinfekten erscheint der Fachkommission verhältnismäßig hoch. Die Fachkommission sieht daher Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und bittet um Überprüfung der Prozesse hinsichtlich der Vermeidung von Harnwegsinfekten sowie um Analyse des Blutgerinnungsmanagements. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission sieht Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und bittet um eine Analyse der Komplikationsraten sowie um Entwicklung von Vermeidungsstrategien. (1x berichtet)</p> <p>Die Stellungnahme weist auf einen Struktur- oder Prozessmangel hin, weil bei diesem risikoadjustierten Qualitätsindikator keine ausreichende Begründung angegeben ist für eine dreifach erhöhte Komplikationsrate. (1x berichtet)</p>
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	A99	<p>Nach Wechsel in der Dokumentationszuständigkeit wurden einige postoperative Auffälligkeiten unnötig als Komplikation dokumentiert. Mittlerweile werden die Ausfüllhinweise bei der QS-Dokumentation genauer beachtet. Dennoch scheint eine Schulung zum Thema Harnwegskatheterismus und Harnwegsinfektionen sinnvoll. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	A71	Häufig HWI bei großzügigem Legen von Harnwegskathetern. Durch die ergriffenen Maßnahmen wird bereits für 2022 ein Ergebnis im Referenzbereich erwartet. (1x berichtet)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	A71	Häufung (3 von 4) von Fällen mit intraop. Fett- bzw. Zementembolien, Abstimmung mit Anästhesie erfolgt (1x berichtet)
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	A71	Bei medialer Schenkelhalsfraktur zukünftig die Verwendung eines zementierten Implantats als Standard eingeführt. Die Verwendung eines zementfreien Implantates in besonderen Fällen muss begründet werden. (1x berichtet) Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet) Tripolarpfanne sollte für primäre Implantation häufiger erwogen werden (1x berichtet)
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	A71	Bei der erhöhten Anzahl spezifischer Komplikationen wird von einem systematischen Problem ausgegangen, welches mutmaßlich durch die OP-Technik bedingt ist. (1x berichtet) Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet) Die Fachkommission sieht Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und bittet um Überprüfung des perioperativen Gerinnungsmanagement. (1x berichtet) Gehäuft Frakturen am Adam'schen Bogen. (1x berichtet) Hinweis auf operationstechnischen Verbesserungsbedarf in Einzelfällen (1x berichtet) Mängel Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet) Mängel der Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	A71	<p>Aufgrund der geringen Fallzahl regt die Fachkommission an zu überdenken, ob Patienten für Wechseleingriffe an größere Zentren verlegt werden sollten. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet)</p> <p>Die Komplikation einer intraoperativen Spiralfraktur nach Endoprothesen(sub)luxation sowie die Luxation eines Duokopfes bei Vorliegen einer Pfannendysplasie waren in beiden Fällen vermeidbare Komplikationen und sollten nicht auftreten. (1x berichtet)</p> <p>Ein grundlegendes Behandlungskonzept lässt sich von der Fachkommission aus den vorliegenden Fallbeschreibungen nicht nachvollziehen. (1x berichtet)</p> <p>Es wurde ein Defizit im Luxationsmanagement festgestellt. (1x berichtet)</p> <p>In einer Klinik mit Erfahrungen wären diese Komplikationen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht so gravierend ausgefallen. Daher ist die Klinik bei ihren geringen Mengen an Hüftendoprothesenwechseln gut beraten zu überlegen, ob solche Wechsel hier durchzuführen werden sollen. Der zweite Fall muss als schicksalhaft betrachtet werden. (1x berichtet)</p> <p>Primär Implantation einer tripolaren Pfanne bei geschädigtem Acetabulum wäre angezeigt gewesen (1x berichtet)</p>
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	A99	Aufgrund der geringen Fallzahl wird angemessene Regelversorgung von Hüft-TEP-Wechseln angezweifelt. (1x berichtet)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	A71	Die Fachkommission sieht Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und bittet um Überprüfung des Konzeptes zur Mobilität sowie der Dokumentation zur Gehunfähigkeit. (1x berichtet)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	A72	Die eigentliche Anfrage wurde mit der Stellungnahme nicht beantwortet. (1x berichtet)
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstim-	A71	Einer von 3 Sterbefällen gab Hinweise auf Prozessversäumnisse durch zu späte Einbindung der orthopädischen Fachabteilung nach Verlegung auf Intensivstation bei allgemeinen Komplikationen. Dadurch verzögerte sich die Indikationsstellung

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
	plantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel		zur operativen Revision. Ohne diese hätte die Wahrscheinlichkeit für das Versterben zumindest gesenkt werden können. (1x berichtet) Maßnahmen zur Verbesserung wurden abgeleitet (Pflege-Arzt Kommunikation, Überprüfung EKIT-Checklisten). Nach Risikobewertung / Risikoabschätzung kann die Auftretenswahrscheinlichkeit gemindert werden (1x berichtet) Risikokonstellation wurde präop. nicht erkannt und ausreichend gewürdigt => zukünftig Einbezug auch der Aufnahmelaborbefunde im Rahmen der Indikationsbesprechung am OP-Vortag (1x berichtet)

Tabelle 57: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung	
			Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	19	1 / 19 (5,26 %)	1 / 19 (5,26 %)
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	24	1 / 24 (4,17 %)	2 / 24 (8,33 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	17	1 / 17 (5,88 %)	0 / 17 (0,00 %)
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	31	11 / 31 (35,48 %)	0 / 31 (0,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	22	2 / 22 (9,09 %)	4 / 22 (18,18 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung	
			Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
852102	Angabe von ASA 5	12	0 / 12 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	1	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	4	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	1	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	57	5 / 57 (8,77 %)	6 / 57 (10,53 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	7	0 / 7 (0,00 %)	2 / 7 (28,57 %)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0 / - (-)	0 / - (-)
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	12	1 / 12 (8,33 %)	1 / 12 (8,33 %)

Tabelle 58: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	U99	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle. (1x berichtet) Hinweis: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit. (1x berichtet)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	U99	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (1x berichtet)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	U99	Hinweis: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit. (1x berichtet) Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (3x berichtet)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	U99	vereinzelt gibt es administrative Probleme (1x berichtet)
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	U99	Ergebnis stimmt nicht mit der Soll-Ist-Statistik des Leistungserbringers überein. (1x berichtet)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	U99	Ergebnis stimmt nicht mit der Soll-Ist-Statistik des Leistungserbringers überein. (1x berichtet)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	U60	Hinweis an den LE: Keine Nennung von Klarnamen in der Stellungnahme. (1x berichtet)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	U99	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle. (2x berichtet) Es liegen vereinzelt Dokumentationsprobleme vor. (1x berichtet)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
			Hinweis: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit. (1x berichtet) Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (1x berichtet) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht. (1x berichtet)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	U99	Es liegen vereinzelt Dokumentationsprobleme vor. (1x berichtet) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht (1x berichtet)

Tabelle 59: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	63	1 / 63 (1,59 %)	10 / 63 (15,87 %)	13 / 63 (20,63 %)	2 / 63 (3,17 %)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	231	1 / 231 (0,43 %)	29 / 231 (12,55 %)	58 / 231 (25,11 %)	1 / 231 (0,43 %)
54003	Präoperative Verweildauer	180	0 / 180 (0,00 %)	87 / 180 (48,33 %)	12 / 180 (6,67 %)	3 / 180 (1,67 %)
54004	Sturzprophylaxe	65	3 / 65 (4,62 %)	6 / 65 (9,23 %)	7 / 65 (10,77 %)	1 / 65 (1,54 %)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	66	0 / 66 (0,00 %)	11 / 66 (16,67 %)	7 / 66 (10,61 %)	2 / 66 (3,03 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	63	4 / 63 (6,35 %)	52 / 63 (82,54 %)	2 / 63 (3,17 %)	0 / 63 (0,00 %)
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	61	1 / 61 (1,64 %)	16 / 61 (26,23 %)	5 / 61 (8,20 %)	0 / 61 (0,00 %)
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	67	1 / 67 (1,49 %)	19 / 67 (28,36 %)	4 / 67 (5,97 %)	0 / 67 (0,00 %)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	144	0 / 144 (0,00 %)	43 / 144 (29,86 %)	4 / 144 (2,78 %)	2 / 144 (1,39 %)
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	62	0 / 62 (0,00 %)	32 / 62 (51,61 %)	5 / 62 (8,06 %)	0 / 62 (0,00 %)
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	82	1 / 82 (1,22 %)	35 / 82 (42,68 %)	4 / 82 (4,88 %)	0 / 82 (0,00 %)
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	171	0 / 171 (0,00 %)	44 / 171 (25,73 %)	5 / 171 (2,92 %)	1 / 171 (0,58 %)

Tabelle 60: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	U61	Abteilung wurde geschlossen (1x berichtet)
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	U63	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich z. T. auf eine Fehlkodierung zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf die korrekte Dokumentation zu achten. (1x berichtet)
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	U99	Hinweis: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit. (1x berichtet) Stattdahabte, mittlerweile behobene fehlerhafte Zuordnung zum Teildatensatz elektive Erstimplantation. (1x berichtet)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	U61	Offenbar sind dies im wesentlichen hochkomplexe Verläufe unter ungünstigsten Situationen und auch teilweise extern anbehandelt. (1x berichtet)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	U62	Dieser Bogen ist für septische Chirurgie nicht geeignet. (1x berichtet) Hinweis an den LE: Keine Nennung von Klarnamen in der Stellungnahme. (1x berichtet)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	U63	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich z. T. auf Dokumentationsdefizite zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf die korrekte Dokumentation zu achten. Für zukünftige Stellungnahmeverfahren wird zudem darum gebeten, die Stellungnahmen beider Fachabteilungen zusammenzufassen. (1x berichtet)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	U99	vereinzelt administrative Probleme (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54003	Präoperative Verweildauer	U62	Hinweis an den LE: Bitte verwenden Sie zukünftig den Fragebogen zur Beantwortung. (1x berichtet) Hinweis an den LE: Bitte zukünftig bei der Beantwortung der Stellungnahmen auch das Aufnahme- und Op-Datum mit angeben. (1x berichtet)
54003	Präoperative Verweildauer	U63	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich im Wesentlichen auf eine Fehlkodierung zurückzuführen ist. So handelte es sich oftmals nicht um primäre Schenkelhalsfrakturen. In einigen Fällen wurde ein Cut-out eines Gammanagels vorgenommen (T84.1-). Die Fachkommission vertritt die Auffassung, dass diese Fälle aus dem Nenner auszuschließen sind. (1x berichtet)
54003	Präoperative Verweildauer	U99	Bei zwei der vier Fälle war im primären Röntgen keine sichere SH-Fraktur erkennbar. Die Fachkommission weist jedoch darauf hin, dass die Erstbefundung der Röntgenbilder immer durch einen Radiologen erfolgen sollte (Befundungsmonitor). Bezüglich eines Falles weist die Fachkommission zudem darauf hin, dass hier ein CT notwendig gewesen wäre. (1x berichtet) Eine Überprüfung des klinikinternen Gerinnungsmanagements ist erforderlich. Die Fachkommission empfiehlt eine Befassung mit und zukünftige Berücksichtigung der SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“, Version 2.0 der Akademie für Unfallchirurgie GmbH. (1x berichtet) Hinweis: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit. (1x berichtet)
54004	Sturzprophylaxe	U61	Keine Priorität der Aufklärung zur Sturzprophylaxe in der Covid-19-Pandemie. (1x berichtet) Wenn in eine Geriatrie verlegt wird, entbindet dies die Klinik nicht von den Maßnahmen zur Sturzprophylaxe. (1x berichtet) Überschneidung. Die Klinik hat mit Maßnahmen begonnen. (1x berichtet)
54004	Sturzprophylaxe	U63	Erfassungsfehler durch Software-Schnittstellen-Fehler (Daten-Übergabe: EndoDok => GeDoWinQS) (1x berichtet)
54004	Sturzprophylaxe	U99	Der Indikator hat die strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe zum Ziel. Er wurde als wichtiger Aspekt der Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenversorgung entwickelt. Die S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU) empfiehlt für die postope (1x berichtet)
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	U61	In Anbetracht des geriatrischen und teils multimorbiden Patientenkollektivs kommt die Fachkommission noch zu einer unauffälligen Bewertung. Die aufgetretenen Komplikationen gestalten sich divers, es ist keine Häufung einzelner Komplikationen festzustellen. (1x berichtet)
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	U63	in Aufnahmelabor bereits nitritpositiver Harnwegsinfekt oder kein BDK (1x berichtet)
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	U61	Besondere klinische Situation (1x berichtet)
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	U63	54015+16+17: Häufung kardiovask. Kompl. mit SNV (1x berichtet)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	U99	Hinweis: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit. (2x berichtet)
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	U61	Leistungserbringer mit komplexen Patientengut (1x berichtet)
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	U62	Hinweis an den LE: Keine Nennung von Klarnamen in der Stellungnahme. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	U99	Hinweis: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit. (1x berichtet)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	U62	Es handelt sich um ein Gesundheitsstrukturproblem unter der Pandemiesituation, welches der Leistungserbringer nicht lösen kann. (1x berichtet)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	U99	Der Stellungnahme war zu entnehmen, dass es sich um multimorbide Patienten mit hohem Lebensalter handelte, die im Anschluss des stationären Aufenthaltes in die geriatrische Frührehabilitation oder Kurzzeitpflege verlegt wurden. Nach Auffassung der Fachkommission werden diese Konstellationen in Verbindung mit der angestrebten immer kürzeren Verweildauer nicht ausreichend in den Indikatoren zur Gehunfähigkeit bei Entlassung berücksichtigt. Zudem scheint die bestehende Risikoadjustierung nicht ausreichend zu sein, da Patienten mit Delir und Demenz keine Berücksichtigung finden, aber beide Faktoren Einfluss auf die Mobilität haben. (2x berichtet)
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	U61	<p>Einzelfall. Schicksalhafter Verlauf einer zuvor nicht bekannten Nebenerkrankung, Stellungnahme schlüssig. (2x berichtet)</p> <p>Einzelfall. Schicksalhafter Verlauf einer zuvor nicht bekannten Nebenerkrankung. Stellungnahme schlüssig. (1x berichtet)</p> <p>Einzelfälle. Schicksalhafter Verlauf einer zuvor nicht bekannten Nebenerkrankung, Stellungnahme schlüssig. Aufarbeitung in Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen Konferenz empfohlen. (1x berichtet)</p>

Tabelle 61: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	24	0 / 24 (0,00 %)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	19	1 / 19 (5,26 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	17	2 / 17 (11,76 %)
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	31	0 / 31 (0,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	22	0 / 22 (0,00 %)
852102	Angabe von ASA 5	12	0 / 12 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	12	0 / 12 (0,00 %)
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	1	0 / 1 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	4	0 / 4 (0,00 %)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	1	0 / 1 (0,00 %)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	57	4 / 57 (7,02 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	7	0 / 7 (0,00 %)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0 / - (-)

Tabelle 62: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	S99	Die Aussage der Klinik wird dem IQTIG zurückgespiegelt. (1x berichtet)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	S99	Softwarebedingt (Gibt es dafür keine separate D-Bewertung?) (1x berichtet) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht. (1x berichtet)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	S99	Die Antwort ist für die Fachkommission nicht nachvollziehbar. In dessen Erinnerung wurde damals beim kollegialen Dialog so nicht geantwortet. Daher ist der Fall so nicht bewertbar. (1x berichtet) Softwareprobleme (3x berichtet)

Tabelle 63: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollzählige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	63	15 / 63 (23,81 %)	1 / 63 (1,59 %)	1 / 63 (1,59 %)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	231	26 / 231 (11,26 %)	0 / 231 (0,00 %)	0 / 231 (0,00 %)
54003	Präoperative Verweildauer	180	2 / 180 (1,11 %)	1 / 180 (0,56 %)	1 / 180 (0,56 %)
54004	Sturzprophylaxe	65	23 / 65 (35,38 %)	0 / 65 (0,00 %)	0 / 65 (0,00 %)
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	61	3 / 61 (4,92 %)	0 / 61 (0,00 %)	1 / 61 (1,64 %)
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	67	1 / 67 (1,49 %)	0 / 67 (0,00 %)	0 / 67 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	144	3 / 144 (2,08 %)	0 / 144 (0,00 %)	1 / 144 (0,69 %)
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer Hüftgelenknahen Femurfraktur	62	3 / 62 (4,84 %)	0 / 62 (0,00 %)	0 / 62 (0,00 %)
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	82	2 / 82 (2,44 %)	0 / 82 (0,00 %)	0 / 82 (0,00 %)
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	171	7 / 171 (4,09 %)	0 / 171 (0,00 %)	2 / 171 (1,17 %)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	66	9 / 66 (13,64 %)	0 / 66 (0,00 %)	0 / 66 (0,00 %)
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	63	0 / 63 (0,00 %)	0 / 63 (0,00 %)	1 / 63 (1,59 %)

Tabelle 64: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - HGV-HEP

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	S99	Gemäß der Stellungnahme wurde die Abteilung zum 01.01.2022 geschlossen. (1x berichtet)
54003	Präoperative Verweildauer	S99	Die Restaktivität von NOAK wurde mit geeigneten Testverfahren bestimmt und aufgrund der Laborwerte wurden die Operationen medizinisch begründet verzögert. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
54004	Sturzprophylaxe	D80 / S80	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass das individuelle Sturzrisiko erfasst wurde und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen wurden, diese jedoch nicht korrekt im QS-Bogen dokumentiert wurden. Die Fachkommission bittet daher, verstärkt auf die Dokumentation zu achten. (2x berichtet)
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	S99	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht (1x berichtet)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	S99	Die Einrichtung kann die übermittelte Vorgangsnummer intern nicht zuordnen, sodass eine Analyse nicht erfolgen konnte. (1x berichtet)
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	S99	Das Ergebnis hat sich verbessert, liegt aber noch außerhalb des Referenzbereichs. (1x berichtet) Vier Fälle mit periprothetischer Fraktur, drei Fälle mit Implantatfehlage. In diesen drei Fällen wurden die Implantate intraoperativ nach Einbau als nicht geeignet angesehen und in derselben OP-Sitzung gewechselt. Dies ist keine Komplikation, sondern ein normaler Vorgang während einer endprothetischen Operation. Der Operateur hat dafür Sorge zu tragen, dass das Implantat richtig eingebaut wird und fest greift. Somit ist eine adäquate Patientenversorgung gewährleistet. (1x berichtet)
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	S99	Fall liegt bei der Staatsanwaltschaft, kann somit nicht bewertet werden. (1x berichtet)

Tabelle 65: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	0 / 14 (0,00 %)	0 / 3 (0,00%)	14 / 14 (100,00 %)
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	0 / 12 (0,00 %)	0 / 3 (0,00%)	12 / 12 (100,00 %)
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	0 / 12 (0,00 %)	0 / 3 (0,00%)	12 / 12 (100,00 %)
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	0 / 8 (0,00 %)	0 / 11 (0,00%)	8 / 8 (100,00 %)
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	0 / 13 (0,00 %)	0 / 6 (0,00%)	13 / 13 (100,00 %)
852102	Angabe von ASA 5	0 / 9 (0,00 %)	0 / 0 (-)	9 / 9 (100,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	0 / 8 (0,00 %)	0 / 2 (0,00%)	8 / 8 (100,00 %)
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / 0 (-)	0 / 1 (0,00%)	0 / 0 (-)

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 0 (-)	3 / 3 (100,00 %)
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	0 / 0 (-)	0 / 1 (0,00%)	0 / 0 (-)
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	0 / 27 (0,00 %)	0 / 15 (0,00%)	27 / 27 (100,00 %)
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 2 (0,00%)	3 / 3 (100,00 %)
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)

Tabelle 66: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	2 / 7 (28,57 %)	2 / 46 (4,35 %)	5 / 7 (71,43 %)
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	2 / 9 (22,22 %)	2 / 128 (1,56 %)	7 / 9 (77,78 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
54003	Präoperative Verweildauer	10 / 44 (22,73 %)	1 / 109 (0,92 %)	34 / 44 (77,27 %)
54004	Sturzprophylaxe	1 / 5 (20,00 %)	0 / 40 (0,00 %)	4 / 5 (80,00 %)
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1 / 6 (16,67 %)	1 / 27 (3,70 %)	5 / 6 (83,33 %)
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	0 / 3 (0,00 %)	1 / 28 (3,57 %)	3 / 3 (100,00 %)
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0 / 3 (0,00 %)	1 / 61 (1,64 %)	3 / 3 (100,00 %)
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0 / 5 (0,00 %)	1 / 40 (2,50 %)	5 / 5 (100,00 %)
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	0 / 12 (0,00 %)	1 / 46 (2,17 %)	12 / 12 (100,00 %)
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	1 / 17 (5,88 %)	1 / 65 (1,54 %)	16 / 17 (94,12 %)
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	0 / 4 (0,00 %)	2 / 30 (6,67 %)	4 / 4 (100,00 %)
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0 / 4 (0,00 %)	0 / 59 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)

Tabelle 67: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – HGV-HEP

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	190	35 / 1979 (1,77 %)	35 / 35 (100,00 %)	31 / 35 (88,57 %)	31 / 35 (88,57 %)
Brandenburg	43	3 / 417 (0,72 %)	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 3 (33,33 %)
Berlin	39	9 / 397 (2,27 %)	9 / 9 (100,00 %)	2 / 9 (22,22 %)	2 / 9 (22,22 %)
Baden-Württemberg	115	19 / 1219 (1,56 %)	13 / 19 (68,42 %)	13 / 19 (68,42 %)	13 / 13 (100,00 %)
Bremen	11	2 / 122 (1,64 %)	2 / 2 (100,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	2 / 2 (100,00 %)
Hessen	82	16 / 881 (1,82 %)	16 / 16 (100,00 %)	15 / 16 (93,75 %)	15 / 16 (93,75 %)
Hamburg	26	8 / 294 (2,72 %)	8 / 8 (100,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	27	3 / 292 (1,03 %)	3 / 3 (100,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 3 (66,67 %)
Niedersachsen	106	19 / 1231 (1,54 %)	19 / 19 (100,00 %)	15 / 19 (78,95 %)	15 / 19 (78,95 %)
Nordrhein-Westfalen	268	45 / 2793 (1,61 %)	0 / 45 (0,00 %)	0 / 45 (0,00 %)	0 / - (-)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Rheinland-Pfalz	65	13 / 664 (1,96 %)	13 / 13 (100,00 %)	13 / 13 (100,00 %)	13 / 13 (100,00 %)
Schleswig-Holstein	38	5 / 359 (1,39 %)	5 / 5 (100,00 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 5 (80,00 %)
Saarland	15	6 / 168 (3,57 %)	6 / 6 (100,00 %)	4 / 6 (66,67 %)	4 / 6 (66,67 %)
Sachsen	63	10 / 651 (1,54 %)	10 / 10 (100,00 %)	7 / 10 (70,00 %)	7 / 10 (70,00 %)
Sachsen-Anhalt	35	9 / 363 (2,48 %)	9 / 9 (100,00 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)
Thüringen	32	5 / 356 (1,40 %)	5 / 5 (100,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)
Gesamt	1155	207 / 12186 (1,70 %)	156 / 207 (75,36 %)	109 / 207 (52,66 %)	109 / 156 (69,87 %)

Tabelle 68: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – HGV-HEP

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	190	218 / 2.144 (10,17 %)	82 / 218 (37,61 %)	19 / 218 (8,72 %)	19 / 82 (23,17 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Brandenburg	43	44 / 445 (9,89 %)	44 / 44 (100,00 %)	4 / 44 (9,09 %)	4 / 44 (9,09 %)
Berlin	39	34 / 447 (7,61 %)	34 / 34 (100,00 %)	2 / 34 (5,88 %)	2 / 34 (5,88 %)
Baden-Württemberg	115	119 / 1.293 (9,20 %)	56 / 119 (47,06 %)	24 / 119 (20,17 %)	24 / 56 (42,86 %)
Bremen	11	4 / 120 (3,33 %)	4 / 4 (100,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)
Hessen	82	94 / 917 (10,25 %)	45 / 94 (47,87 %)	14 / 94 (14,89 %)	14 / 45 (31,11 %)
Hamburg	26	34 / 289 (11,76 %)	23 / 34 (67,65 %)	1 / 34 (2,94 %)	1 / 23 (4,35 %)
Mecklenburg-Vorpommern	27	35 / 304 (11,51 %)	20 / 35 (57,14 %)	1 / 35 (2,86 %)	1 / 20 (5,00 %)
Niedersachsen	106	109 / 1.224 (8,91 %)	109 / 109 (100,00 %)	16 / 109 (14,68 %)	16 / 109 (14,68 %)
Nordrhein-Westfalen	268	287 / 3.046 (9,42 %)	88 / 287 (30,66 %)	12 / 287 (4,18 %)	12 / 88 (13,64 %)
Rheinland-Pfalz	65	91 / 747 (12,18 %)	74 / 91 (81,32 %)	9 / 91 (9,89 %)	9 / 74 (12,16 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Schleswig-Holstein	38	39 / 408 (9,56 %)	32 / 39 (82,05 %)	4 / 39 (10,26 %)	4 / 32 (12,50 %)
Saarland	15	15 / 166 (9,04 %)	15 / 15 (100,00 %)	1 / 15 (6,67 %)	1 / 15 (6,67 %)
Sachsen	63	56 / 696 (8,05 %)	56 / 56 (100,00 %)	11 / 56 (19,64 %)	11 / 56 (19,64 %)
Sachsen-Anhalt	35	55 / 396 (13,89 %)	55 / 55 (100,00 %)	1 / 55 (1,82 %)	1 / 55 (1,82 %)
Thüringen	32	21 / 375 (5,60 %)	21 / 21 (100,00 %)	0 / 21 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)
Gesamt	1.155	1.255 / 13.017 (9,64 %)	758 / 1.255 (60,40 %)	119 / 1.255 (9,48 %)	119 / 758 (15,70 %)

Tabelle 69: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – HGV-HEP

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	0	0	0	0	0	0	4
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0	0	1	0	0	0	3
54003	Präoperative Verweildauer	2	0	1	0	0	1	8
54004	Sturzprophylaxe	0	0	0	0	0	0	1
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	0	0	0	0	0	0	2
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1	0	0	0	0	0	1
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	0	0	0	0	0	0	1
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0	0	0	0	0	0	1

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0	0	0	0	0	0	1
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	0	0	0	0	0	0	1
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	0	0	0	0	0	0	2

* Mehrfachnennungen möglich

Literatur

- Bonnaire, F; Weber, A; Stürmer, KM; Dresing, K; Frosch, K-H; Kuderna, H; et al. (2014): AWMF-Registernummer 012-010. S1-Leitlinie: Bakterielle Gelenkinfektionen [*Langfassung*].
Überarbeitung von: Juni 2014. Berlin [u. a.]: DGU [Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-010I_S1_Bakterielle_Gelenkinfektionen_2014-06.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).
- Fransen, M; Woodward, M; Norton, R; Robinson, E; Butler, M; Campbell, AJ (2002): Excess Mortality or Institutionalization After Hip Fracture: Men Are at Greater Risk Than Women. *Journal of the American Geriatrics Society* 50(4): 685-690. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2002.50163.x.
- Iezzoni, LI; Daley, J; Heeren, T; Foley, SM; Fisher, ES; Duncan, C; et al. (1994): Identifying Complications of Care Using Administrative Data. *Medical Care* 32(7): 700-715.
- Lofthus, CM; Osnes, EK; Falch, JA; Kaastad, TS; Kristiansen, IS; Nordsletten, L; et al. (2001): Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone* 29(5): 413-418. DOI: 10.1016/S8756-3282(01)00603-2.
- Richmond, J; Aharonoff, GB; Zuckerman, JD; Koval, KJ (2003): Mortality Risk After Hip Fracture. *Journal of Orthopaedic Trauma* 17(1): 53-56.
- Roche, JJW; Wenn, RT; Sahota, O; Moran, CG (2005): Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ* 331(7529): 1374. DOI: 10.1136/bmj.38643.663843.55.
- Sanders, KM; Seeman, E; Ugoni, AM; Pasco, JA; Martin, TJ; Skoric, B; et al. (1999): Age- and Gender-Specific Rate of Fractures in Australia: A Population-Based Study. *Osteoporosis International* 10(3): 240-247. DOI: 10.1007/s001980050222.
- Trombetti, A; Herrmann, F; Hoffmeyer, P; Schurch, MA; Bonjour, JP; Rizzoli, R (2002): Survival and Potential Years of Life Lost After Hip Fracture in Men and Age-matched Women. *Osteoporosis International* 13(9): 731-737. DOI: 10.1007/s001980200100.



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Juli 2023

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022	7
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022	8
Einleitung	10
Datengrundlagen	12
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	12
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	14
54030: Präoperative Verweildauer	14
Details zu den Ergebnissen	17
54050: Sturzprophylaxe	21
Details zu den Ergebnissen	23
54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung	24
Details zu den Ergebnissen	27
54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	28
Details zu den Ergebnissen	30
54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	32
Details zu den Ergebnissen	35
54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	38
Details zu den Ergebnissen	41
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien	43
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	43
850147: Angabe von ASA 5	43
850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	45
850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	47
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	49
850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	49

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	51
850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	53
Basisauswertung.....	55
Basisdokumentation.....	55
Inhouse-Sturz.....	55
Patient.....	56
Präoperative Anamnese/Befunde.....	56
Gefähigkeit.....	57
Pflegegrad.....	58
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation.....	58
Antithrombotische Dauertherapie.....	59
Voroperation.....	60
Frakturlokalisierung und -typ.....	60
Fraktur nach ICD-Kode.....	61
Behandlungsverlauf.....	62
Angabe von Prozeduren.....	62
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren.....	62
Allgemeine Komplikationen.....	63
Spezifische Komplikationen.....	64
Behandlungszeiten.....	65
Entlassung.....	66
Gefähigkeit.....	66
Entlassungsgrund.....	67

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Datensätze werden immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RLWechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. In den Leistungserbringerberichten können ebenfalls Ergebnisse fehlen, wenn Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst haben und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen

zu den Vorjahren vorliegen.

Die nachfolgenden Tabellen beinhalten die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2022.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HGV finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hgv/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2022.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	9,83 % O = 6.324 N = 64.344	9,60 % - 10,06 %
54050	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	97,35 % O = 55.019 N = 56.514	97,22 % - 97,48 %
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,22 (95. Perzentil)	1,02 9.645 / 9.452,16 N = 50.837	1,00 - 1,04
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 6,35 % (95. Perzentil)	1,89 % O = 1.217 N = 64.445	1,79 % - 2,00 %
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,42 (95. Perzentil)	1,03 6.065 / 5.863,72 N = 64.445	1,01 - 1,06
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	1,07 3.322 / 3.117,75 N = 64.445	1,03 - 1,10

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850147	Angabe von ASA 5	= 0	0,05 % 34 / 64.460	3,08 % 32 / 1.038
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0	49,12 % 28 / 57	46,00 % 23 / 50
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	43,96 % 302 / 687	4,28 % 18 / 421

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	101,06 % 64.546 / 63.867	1,36 % 15 / 1.107
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	101,06 % 64.546 / 63.867	2,35 % 26 / 1.107
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,13 % 86 / 63.867	0,36 % 4 / 1.107

Einleitung

Das QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (HGV) hat die alten Verfahren zur Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HUEFTFRAK-OSTEO) und Hüftendoprothesenversorgung (HEP) zum 1. Januar 2021 ersetzt. Die neue Struktur wird durch die "Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung" (DeQS-RL) [1] geregelt. Das Auswertungsmodul Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) enthält ausschließlich die Prozeduren zur osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.

Ein Bruch (Fraktur) im oberen, d. h. zum Hüftgelenk gewendeten, Teil des normalerweise sehr stabilen Oberschenkelknochens (Femur) wird als hüftgelenknahe Femurfraktur bezeichnet. Diese Brüche sind meist unfallbedingt. Je nach Lage des Bruchs wird zwischen einer Schenkelhalsfraktur und einer sog. pertrochantären Fraktur unterschieden.

Schenkelhalsfrakturen sind Brüche zwischen dem Hüftkopf und dem großen Rollhügel (Trochanter major) des Oberschenkelknochens. Eine pertrochantäre Femurfraktur ist ein Bruch, der schräg durch die Trochanterregion des Oberschenkelknochens unterhalb des Schenkelhalses und oberhalb des kleinen Rollhügels (Trochanter minor) verläuft.

Aufgrund der im Alter abnehmenden Festigkeit der Knochensubstanz bis hin zum Knochenschwund (Osteoporose) und gleichzeitig zunehmender Bewegungsunsicherheit sind die hüftgelenknahen Femurfrakturen eine typische und häufige Verletzung älterer Menschen. Hier kann bereits ein kleiner, z. B. durch Gangunsicherheit verursachter Sturz, zu einem Bruch führen. Von den jährlich etwa 120.000 Brüchen, die in Deutschland beobachtet werden, entfallen ca. 85 % auf Menschen, die 70 Jahre und älter sind. Angesichts der demographischen Entwicklung ist hier also von zunehmenden Fallzahlen auszugehen.

Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahen Femurfraktur unterscheidet man grundsätzlich zwischen hüftkopferhaltenden (osteosynthetischen) und hüftkopfersetzenden (endoprothetischen) Methoden. Das Ziel ist in jedem Fall eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung der Mobilität und körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten. Gerade auch für ältere Menschen ist die schnelle Genesung sehr wichtig, weil sonst infolge der Erkrankung nicht selten ein Verlust der Selbstständigkeit bis hin zur dauerhaften Pflegebedürftigkeit eintritt. Die Indikatoren dieses Leistungsbereichs fokussieren überwiegend auf Komplikationen im Zusammenhang mit der operativen Versorgung der Femurfraktur sowie auf die Sterblichkeit. Weitere Indikatoren beziehen sich auf Wartezeiten bis zur Operation und die erreichte Gehfähigkeit der Patientinnen und Patienten bei der Entlassung.

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 21. Juli 2022, in Kraft getreten am 01. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 13.04.2023)

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollständigkeit auf Leistungserbringer-/Landes-/Bundesebene dar.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundes-/landesweit sowohl auf IKNR-Ebene als auch auf Standortebene ausgegeben. Die Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort QI-Berechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für den entlassenen Standort vor und es kann auch nur für diesen in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Zusätzlich wird die erwartete Anzahl (SOLL) für die IKNR-Ebene bei Vorhandensein mehrerer (entlassender) Standorte ermittelt und entsprechend ausgegeben.

Für das QS-Verfahren HGV (Auswertungsmodul OSFRAK) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort.

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten nach Standort“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2022 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten nach entlassenem Standort“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollständigkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2022 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb

einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

Die Auswertung zur Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen an, wie viele Fälle gemäß QS-Filter für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

Seit dem Erfassungsjahr 2022 wird die Sollstatistik der Krankenhäuser wieder standortbezogen geführt. Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenden Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer im Unterschied zum entlassenden Standort nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Vollzähligkeitsanalyse wird ausschließlich anhand von entlassenen Fällen durchgeführt. Daher sind die in der Zeile „Ihre Daten nach entlassendem Standort“)“ als „gelieferte“ QS-Daten aufgeführten Fälle nur diejenigen, die am entsprechenden Standort entlassen wurden.

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	64.546	63.867	101,06
	Basisdatensatz	64.460		
	MDS	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	915		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.042		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.106	1.107	99,91

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54030: Präoperative Verweildauer

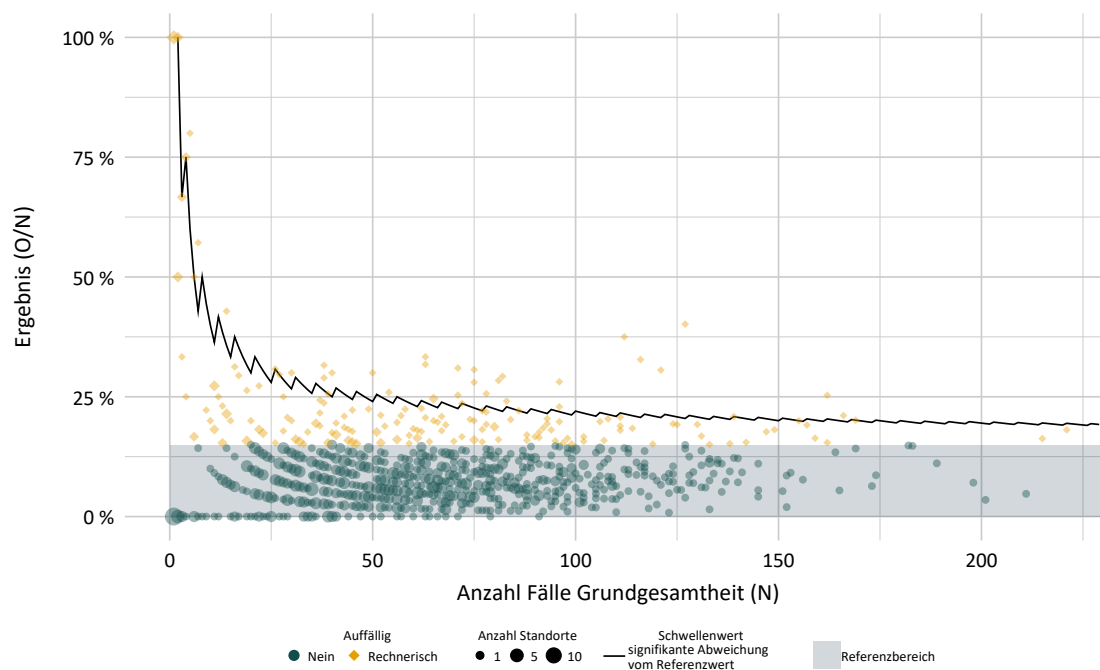
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
ID	54030
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion und Oberschenkel; ICD 10 T84.14) in Kombination mit der Angabe einer osteosynthetische Voroperation und ohne Angabe einer postoperativen Implantatfehlage oder Implantatdislokation sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahe Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte ODER Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	6.777 / 60.990	11,11 %	10,86 % - 11,36 %
	2021	5.361 / 58.818	9,11 %	8,88 % - 9,35 %
	2022	6.324 / 64.344	9,83 %	9,60 % - 10,06 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 54030 Präoperative Verweildauer > 24 Stunden oder > 48 Stunden bei Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	9,83 % 6.324/64.344
1.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag	
1.1.1.1	ID: 54_22103 Montag bis Donnerstag	10,15 % 3.822/37.651
1.1.1.2	ID: 54_22123 Freitag	9,85 % 918/9.323
1.1.1.3	ID: 54_22143 Samstag	9,08 % 814/8.967
1.1.1.4	ID: 54_22163 Sonntag	9,16 % 770/8.403
1.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie	
1.1.2.1	ID: 54_22183 ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	9,55 % 3.657/38.299
1.1.2.2	ID: 54_22184 mit gerinnungshemmender Dauertherapie ¹	10,24 % 2.667/26.045
1.1.2.2.1	ID: 54_22185 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	31,67 % 589/1.860
1.1.2.2.2	ID: 54_22186 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	5,87 % 682/11.615
1.1.2.2.3	ID: 54_22187 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	10,70 % 1.345/12.575
1.1.2.2.4	ID: 54_22188 sonstige	21,56 % 105/487
1.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation	
1.1.3.1	ID: 54_22190 ASA 1	4,28 % 92/2.152
1.1.3.2	ID: 54_22191 ASA 2	7,43 % 1.224/16.472
1.1.3.3	ID: 54_22192 ASA 3	10,22 % 4.209/41.193
1.1.3.4	ID: 54_22193 ASA 4	17,54 % 788/4.493
1.1.3.5	ID: 54_22194 ASA 5	32,35 % 11/34

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.4	Verteilung nach Pflegegrad	
1.1.4.1	ID: 54_22195 kein Pflegegrad	8,75 % 2.361/26.977
1.1.4.2	ID: 54_22196 Pflegegrad 1	10,43 % 259/2.484
1.1.4.3	ID: 54_22197 Pflegegrad 2	10,71 % 1.226/11.444
1.1.4.4	ID: 54_22198 Pflegegrad 3	10,40 % 1.190/11.437
1.1.4.5	ID: 54_22199 Pflegegrad 4	10,51 % 635/6.042
1.1.4.6	ID: 54_22200 Pflegegrad 5	10,53 % 102/969
1.1.4.7	ID: 54_22201 Information zum Pflegegrad liegt nicht vor	11,04 % 551/4.991

¹ Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 54_22223 Frakturereignis vor stationärer Aufnahme	98,08 % 63.110/64.344
1.2.1	ID: 54_22224 verlängerte präoperative Verweildauer	9,68 % 6.112/63.110

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 54_22225 Frakturereignis während des stationären Aufenthaltes	1,92 % 1.234/64.344
1.3.1	ID: 54_22226 verlängerte präoperative Verweildauer	17,18 % 212/1.234

1.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 54_22227 27,20 % 17.501/64.344	ID: 54_22233 30,13 % 15.885/52.729	ID: 54_22239 13,91 % 1.616/11.615
≤ 12 Stunden	ID: 54_22228 46,78 % 30.101/64.344	ID: 54_22234 50,92 % 26.848/52.729	ID: 54_22240 28,01 % 3.253/11.615

1.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 24 Stunden	ID: 54_22229 85,98 % 55.322/64.344	ID: 54_22235 89,30 % 47.087/52.729	ID: 54_22241 70,90 % 8.235/11.615
≤ 36 Stunden	ID: 54_22230 93,47 % 60.143/64.344	ID: 54_22236 94,91 % 50.047/52.729	ID: 54_22242 86,92 % 10.096/11.615
≤ 48 Stunden	ID: 54_22231 96,26 % 61.940/64.344	ID: 54_22237 96,73 % 51.007/52.729	ID: 54_22243 94,13 % 10.933/11.615
> 48 Stunden	ID: 54_22232 3,74 % 2.404/64.344	ID: 54_22238 3,27 % 1.722/52.729	ID: 54_22244 5,87 % 682/11.615

1.5 Zeit zwischen Aufnahme und Operation (ohne Inhouse-Stürze) Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 54_22245 25,94 % 16.689/64.344	ID: 54_22249 28,77 % 15.169/52.729	ID: 54_22253 13,09 % 1.520/11.615
≤ 24 Stunden	ID: 54_22246 81,62 % 52.520/64.344	ID: 54_22250 84,95 % 44.794/52.729	ID: 54_22254 66,52 % 7.726/11.615
≤ 48 Stunden	ID: 54_22247 91,51 % 58.884/64.344	ID: 54_22251 92,14 % 48.587/52.729	ID: 54_22255 88,65 % 10.297/11.615
> 48 Stunden	ID: 54_22248 4,86 % 3.124/64.344	ID: 54_22252 4,30 % 2.269/52.729	ID: 54_22256 7,36 % 855/11.615

1.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 54_22257 0,25 % 161/64.344	ID: 54_22261 0,25 % 132/52.729	ID: 54_22265 0,25 % 29/11.615
≤ 24 Stunden	ID: 54_22258 1,40 % 904/64.344	ID: 54_22262 1,33 % 703/52.729	ID: 54_22266 1,73 % 201/11.615

1.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 48 Stunden	ID: 54_22259 1,68 % 1.079/64.344	ID: 54_22263 1,54 % 811/52.729	ID: 54_22267 2,31 % 268/11.615
> 48 Stunden	ID: 54_22260 0,15 % 94/64.344	ID: 54_22264 0,13 % 67/52.729	ID: 54_22268 0,23 % 27/11.615

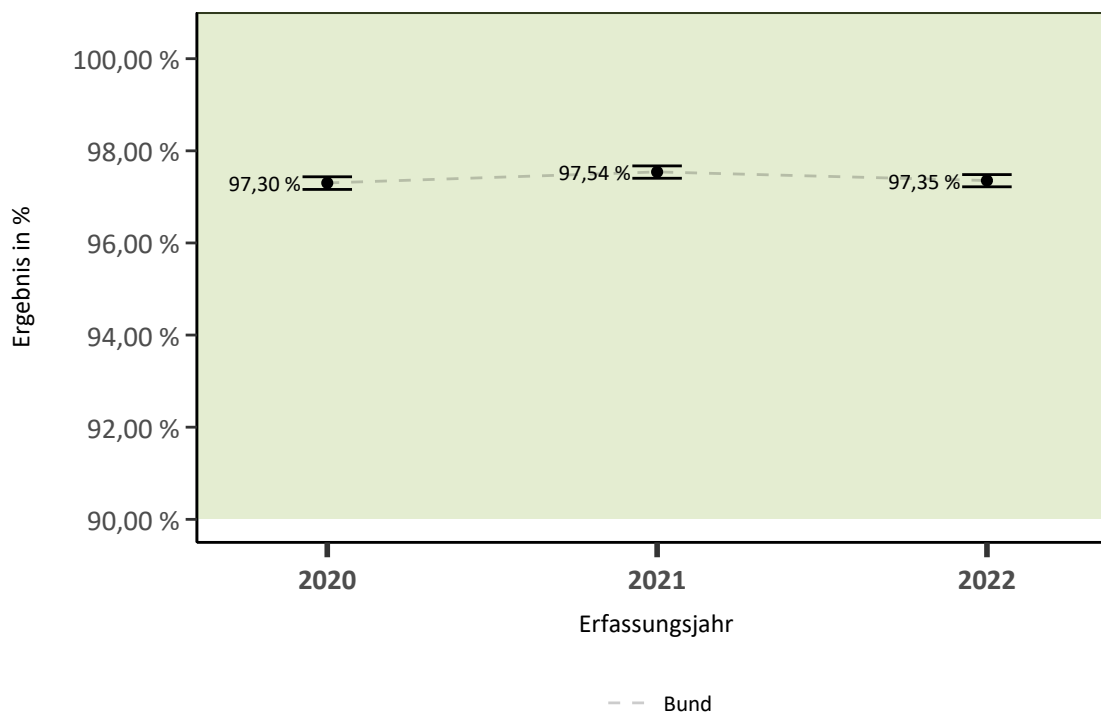
1.7 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation bei medialer Schenkelhalsfraktur Ergebnis Bund (gesamt)	Garden I	Garden II	Garden III	Garden IV	Mediale Schenkelhalsfraktur gesamt
< 24 Stunden	ID: 54_22269 87,61 % 1.845/2.106	ID: 54_22272 86,66 % 2.630/3.035	ID: 54_22275 93,21 % 1.482/1.590	ID: 54_22278 95,59 % 195/204	ID: 54_22281 88,71 % 6.152/6.935
24 - 48 Stunden	ID: 54_22270 8,97 % 189/2.106	ID: 54_22273 8,86 % 269/3.035	ID: 54_22276 4,47 % 71/1.590	ID: 54_22279 2,94 % 6/204	ID: 54_22282 7,71 % 535/6.935
> 48 Stunden	ID: 54_22271 3,42 % 72/2.106	ID: 54_22274 4,48 % 136/3.035	ID: 54_22277 2,33 % 37/1.590	ID: 54_22280 x % ≤3/204	ID: 54_22283 3,58 % 248/6.935

54050: Sturzprophylaxe

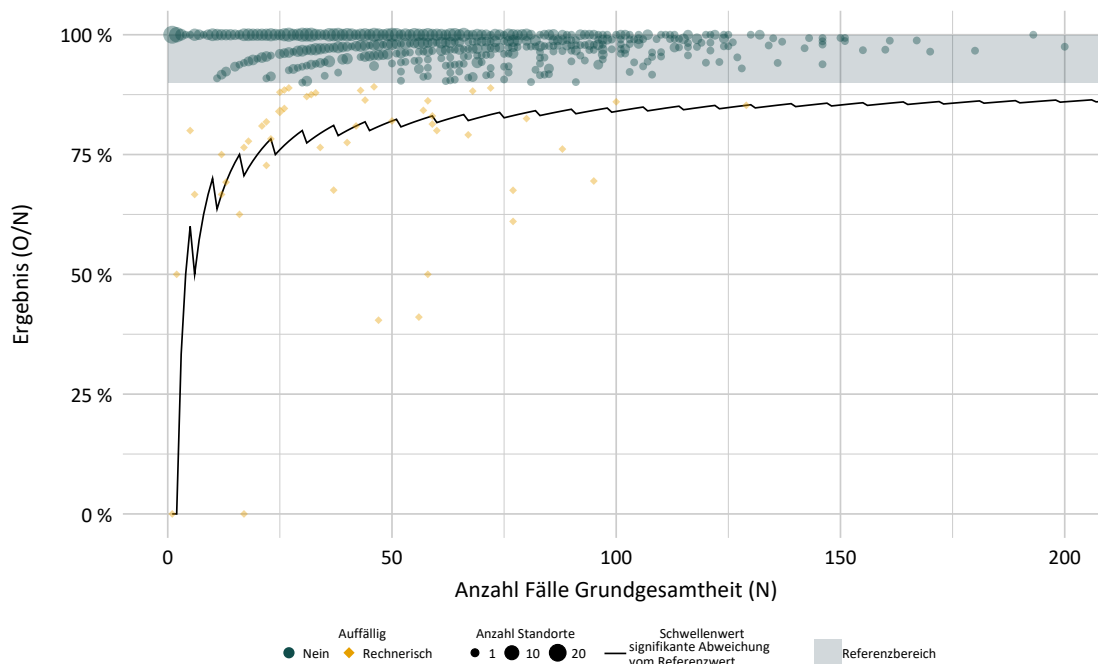
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
ID	54050
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahe Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	51.975 / 53.416	97,30 %	97,16 % - 97,44 %
	2021	50.035 / 51.296	97,54 %	97,40 % - 97,67 %
	2022	55.019 / 56.514	97,35 %	97,22 % - 97,48 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren ²	
2.1.1	ID: 54_22284 Sturzrisikofaktoren erfasst	97,89 % 55.324/56.514
2.1.2	ID: 54_22285 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	97,67 % 55.195/56.514
2.1.3	ID: 54050 Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)	97,35 % 55.019/56.514

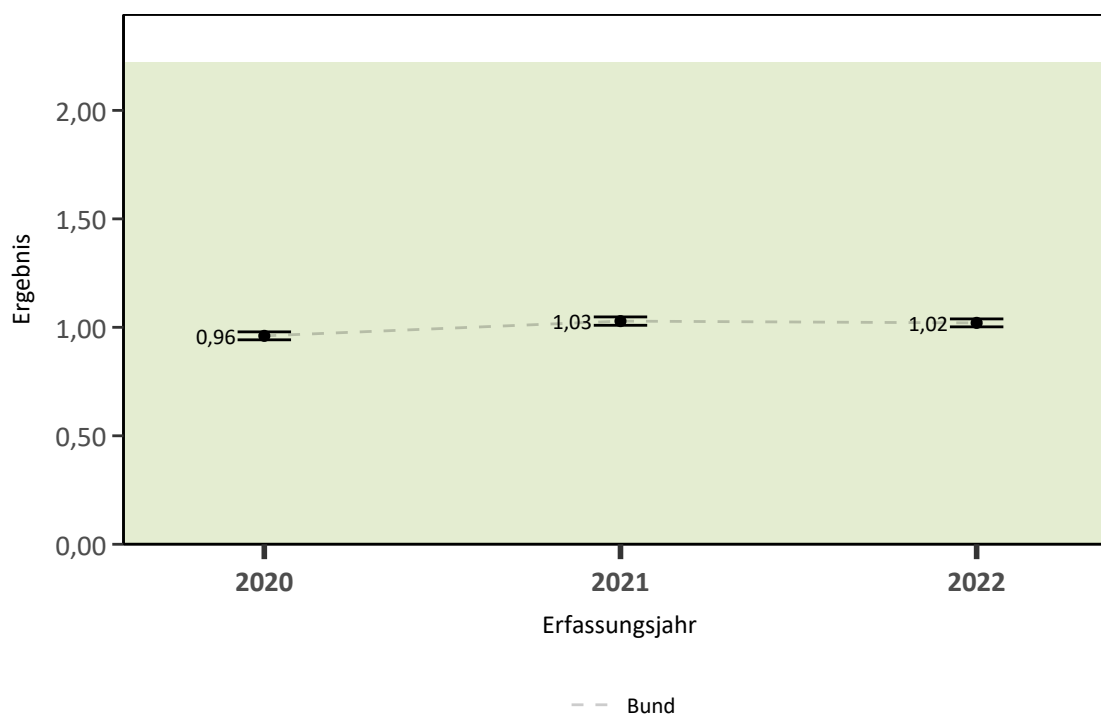
² Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

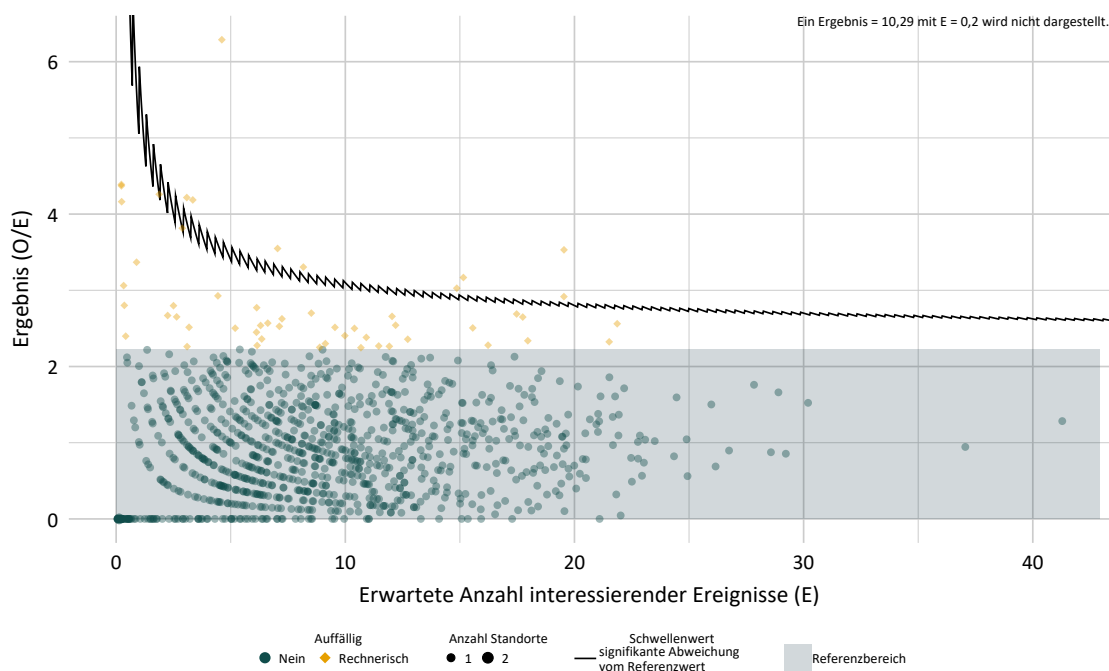
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
ID	54033
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54033
Referenzbereich	≤ 2,22 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

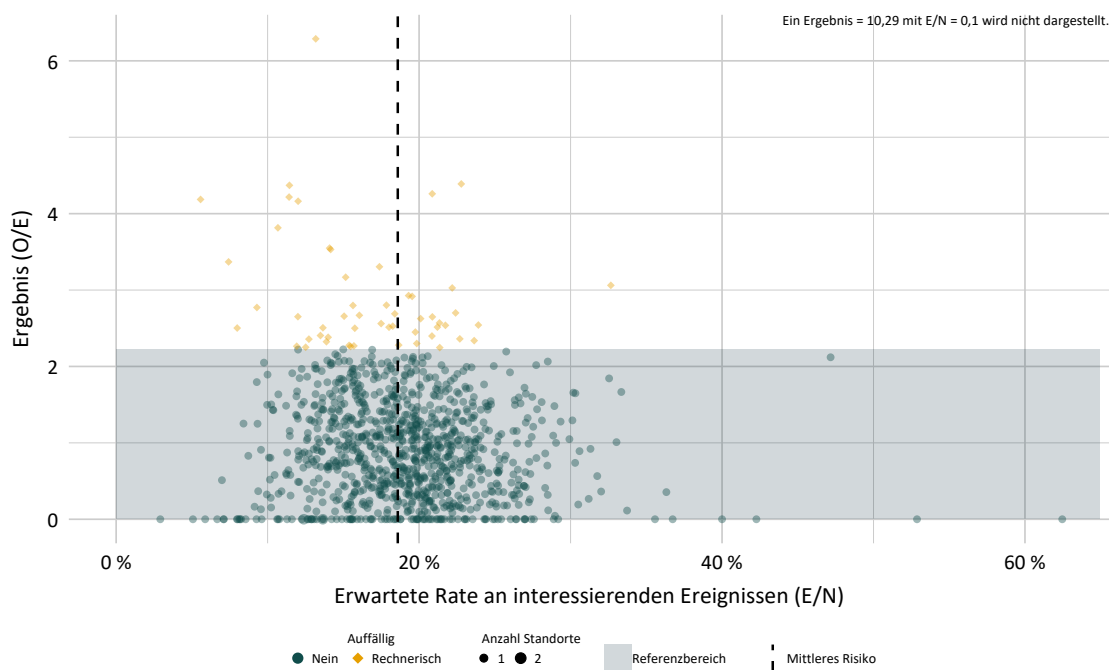
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	46.923	8.631 / 8.984,88	0,96	0,94 - 0,98
	2021	45.703	8.748 / 8.505,18	1,03	1,01 - 1,05
	2022	50.837	9.645 / 9.452,16	1,02	1,00 - 1,04

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Gehunfähigkeit bei Entlassung	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ³	
3.1.1.1	ID: O_54033 O/N (observed, beobachtet)	18,97 % 9.645/50.837
3.1.1.2	ID: E_54033 E/N (expected, erwartet)	18,59 % 9.452,16/50.837
3.1.1.3	ID: 54033 O/E	1,02

³ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 54_22304 Gehunfähigkeit bei Entlassung	18,97 % 9.645/50.837
3.2.2	Verteilung nach postoperativer Verweildauer	
3.2.2.1	ID: 54_22305 ≤ 5 Tage	19,10 % 1.356/7.100
3.2.2.2	ID: 54_22306 6-10 Tage	17,87 % 3.423/19.152
3.2.2.3	ID: 54_22307 11-15 Tage	19,63 % 1.750/8.916
3.2.2.4	ID: 54_22308 16-20 Tage	18,80 % 1.322/7.031
3.2.2.5	ID: 54_22309 > 20 Tage	20,77 % 1.794/8.638

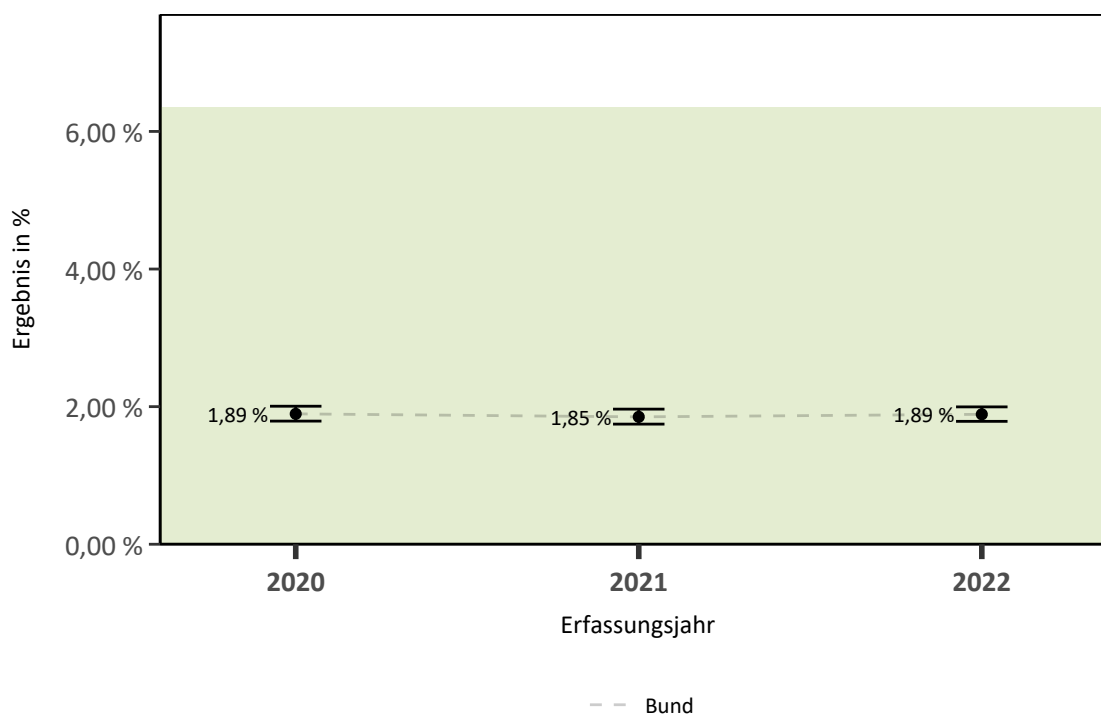
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 54_22310 Gehunfähigkeit vor der Fraktur	100,00 % 10.286/10.286
3.3.1	ID: 54_22311 gehfähig bei Entlassung	12,48 % 1.284/10.286
3.3.2	ID: 54_22312 gehunfähig bei Entlassung	87,52 % 9.002/10.286

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

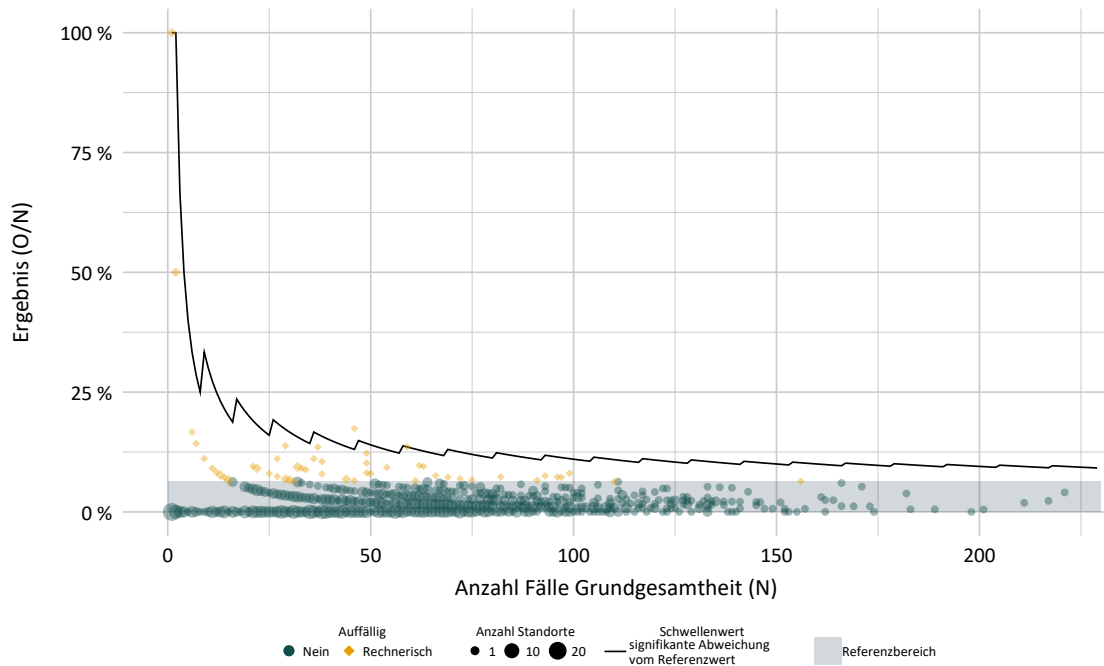
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
ID	54029
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation
Referenzbereich	≤ 6,35 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	1.158 / 61.111	1,89 %	1,79 % - 2,01 %
	2021	1.091 / 58.921	1,85 %	1,75 % - 1,96 %
	2022	1.217 / 64.445	1,89 %	1,79 % - 2,00 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Spezifische Komplikationen	
4.1.1	ID: 54029 Mindestens eine spezifische Komplikation ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	1,89 % 1.217/64.445
4.1.2	ID: 54_22315 Implantatfehlage	0,15 % 95/64.445
4.1.3	ID: 54_22316 Implantatdislokation	0,35 % 228/64.445
4.1.4	ID: 54_22317 Wundhämatom	0,87 % 558/64.445
4.1.5	ID: 54_22318 Gefäßläsion	0,03 % 21/64.445
4.1.6	ID: 54_22319 Nervenschaden	0,05 % 33/64.445
4.1.7	ID: 54_22320 Fraktur	0,12 % 76/64.445
4.1.8	ID: 54_22322 reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,23 % 146/64.445
4.1.9	ID: 54_22323 reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0,02 % 12/64.445
4.1.10	ID: 54_22324 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen ⁴	0,56 % 358/64.445
4.1.11	ID: 54_22325 Postoperative Wundinfektion	0,53 % 344/64.445
4.1.11.1	ID: 54_22326 A1 (oberflächliche Wundinfektion) ⁵	37,50 % 129/344
4.1.11.2	ID: 54_22327 A2 (tiefe Wundinfektion)	57,56 % 198/344
4.1.11.3	ID: 54_22328 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	4,94 % 17/344
4.1.12	ID: 54_22329 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen ⁶	1,40 % 904/64.445

⁴ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

⁵ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

⁶ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

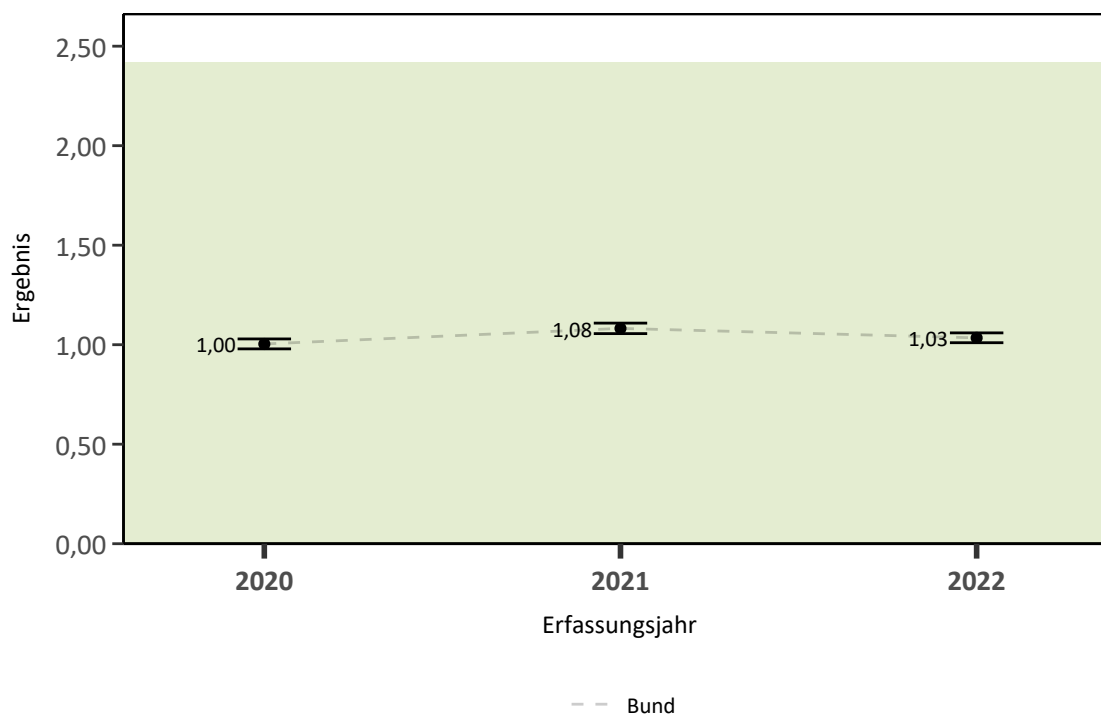
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 54_22330 Wundhämatome/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	0,87 % 558/64.445
4.2.1	ID: 54_22331 Aufnahme mit gerinnungshemmender Dauertherapie	57,71 % 322/558
4.2.1.1	ID: 54_22332 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	5,02 % 28/558
4.2.1.2	ID: 54_22334 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	33,33 % 186/558
4.2.1.3	ID: 54_22335 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	20,61 % 115/558
4.2.1.4	ID: 54_22336 sonstige	1,25 % 7/558

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

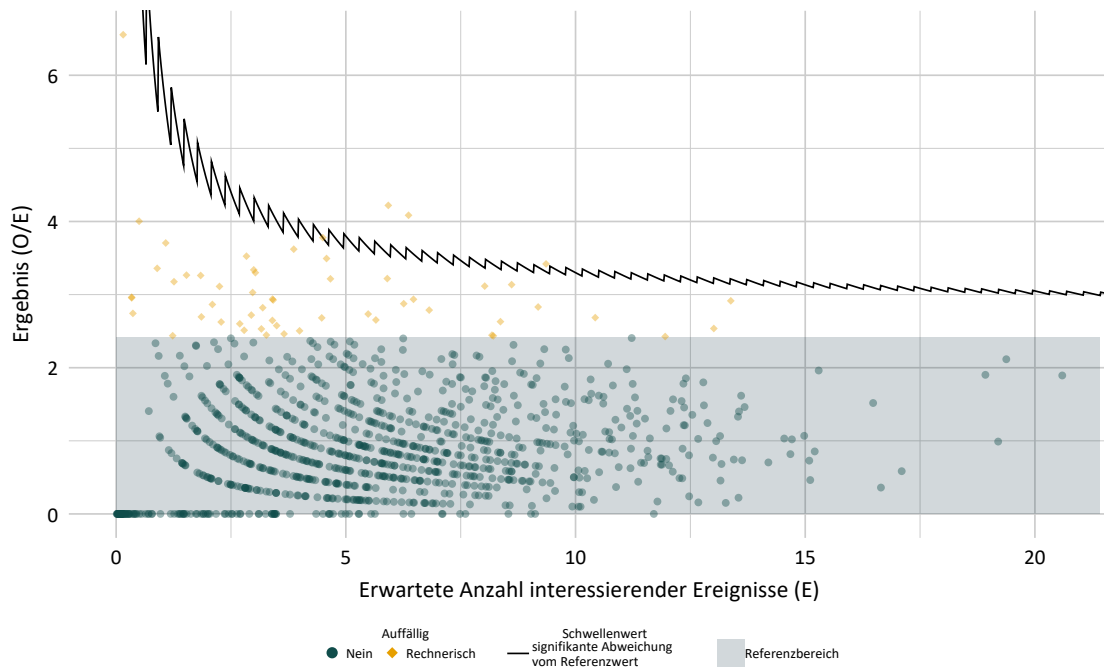
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
ID	54042
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54042
Referenzbereich	≤ 2,42 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

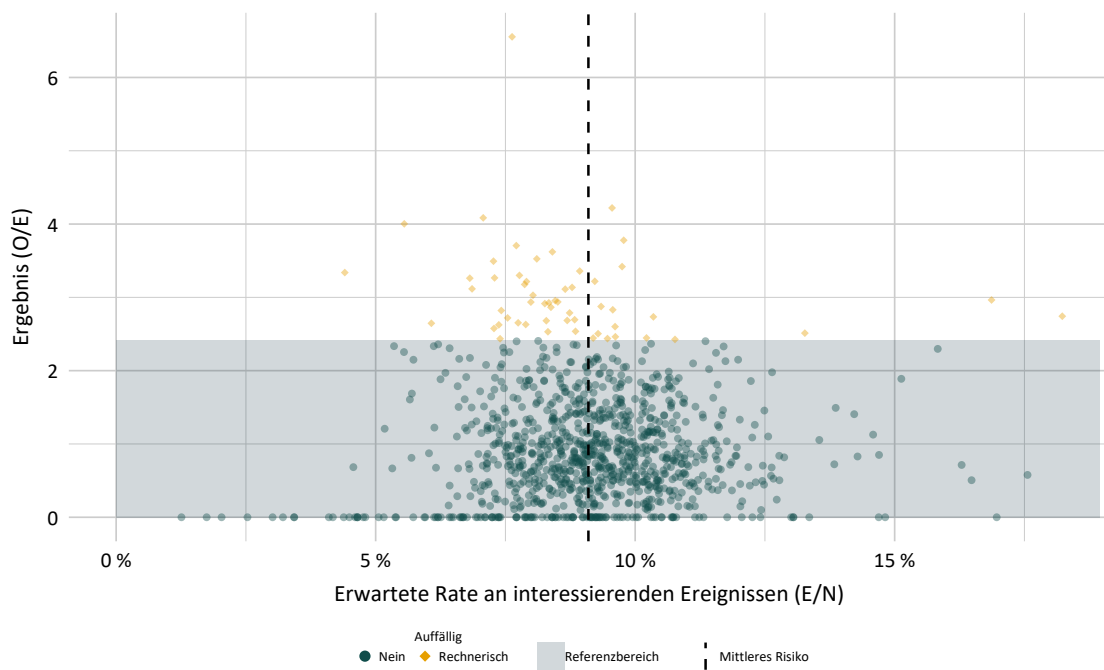
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	61.111	5.627 / 5.606,86	1,00	0,98 - 1,03
	2021	58.921	5.813 / 5.373,70	1,08	1,06 - 1,11
	2022	64.445	6.065 / 5.863,72	1,03	1,01 - 1,06

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Allgemeine postoperative Komplikationen ohne sonstige Komplikationen	
5.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation ⁷	
5.1.1.1	ID: O_54042 O/N (observed, beobachtet)	9,41 % 6.065/64.445
5.1.1.2	ID: E_54042 E/N (expected, erwartet)	9,10 % 5.863,72/64.445
5.1.1.3	ID: 54042 O/E	1,03

⁷ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Allgemeine postoperative Komplikationen	
5.2.1	ID: 54_22350 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	8,82 % 5.681/64.445
5.2.2	ID: 54_22351 Pneumonie	2,75 % 1.771/64.445
5.2.3	ID: 54_22352 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	2,86 % 1.846/64.445
5.2.4	ID: 54_22353 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,10 % 67/64.445
5.2.5	ID: 54_22354 Lungenembolie	0,35 % 225/64.445
5.2.6	ID: 54_22355 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1,57 % 1.011/64.445
5.2.7	ID: 54_22356 Schlaganfall	0,41 % 266/64.445
5.2.8	ID: 54_22357 akute gastrointestinale Blutung	0,48 % 308/64.445
5.2.9	ID: 54_22358 akute Niereninsuffizienz	2,04 % 1.315/64.445
5.2.10	ID: 54_22359 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,89 % 571/64.445
5.2.11	ID: 54_22360 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ⁸	5,04 % 3.251/64.445

⁸ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2	
5.3.1	ID: 54_22362 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2 (ohne sonstige Komplikation)	3,36 % 627/18.660
5.3.2	ID: 54_22363 Pneumonie	0,76 % 141/18.660
5.3.3	ID: 54_22364 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	0,77 % 143/18.660
5.3.4	ID: 54_22365 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,09 % 17/18.660
5.3.5	ID: 54_22366 Lungenembolie	0,20 % 37/18.660
5.3.6	ID: 54_22367 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	0,86 % 161/18.660
5.3.7	ID: 54_22368 Schlaganfall	0,22 % 41/18.660
5.3.8	ID: 54_22369 akute gastrointestinale Blutung	0,21 % 40/18.660
5.3.9	ID: 54_22371 akute Niereninsuffizienz	0,73 % 137/18.660
5.3.10	ID: 54_22372 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,55 % 103/18.660
5.3.11	ID: 54_22373 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ⁹	2,31 % 431/18.660

⁹ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit ASA 3 - 4	
5.4.1	ID: 54_22374 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 3 - 4 (ohne sonstige Komplikation)	11,03 % 5.047/45.751
5.4.2	ID: 54_22375 Pneumonie	3,56 % 1.629/45.751
5.4.3	ID: 54_22376 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,71 % 1.698/45.751

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4.4	ID: 54_22377 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,11 % 50/45.751
5.4.5	ID: 54_22378 Lungenembolie	0,41 % 188/45.751
5.4.6	ID: 54_22379 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1,86 % 850/45.751
5.4.7	ID: 54_22380 Schlaganfall	0,49 % 225/45.751
5.4.8	ID: 54_22381 akute gastrointestinale Blutung	0,59 % 268/45.751
5.4.9	ID: 54_22383 akute Niereninsuffizienz	2,57 % 1.175/45.751
5.4.10	ID: 54_22384 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	1,02 % 467/45.751
5.4.11	ID: 54_22385 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ¹⁰	6,15 % 2.812/45.751

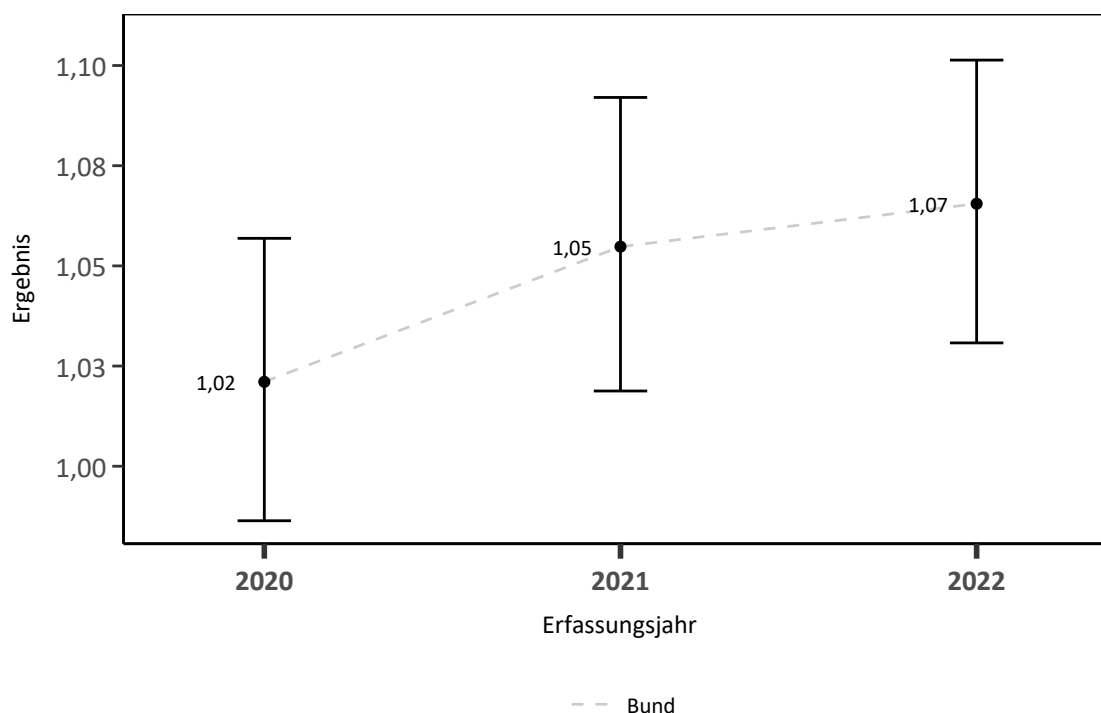
¹⁰ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

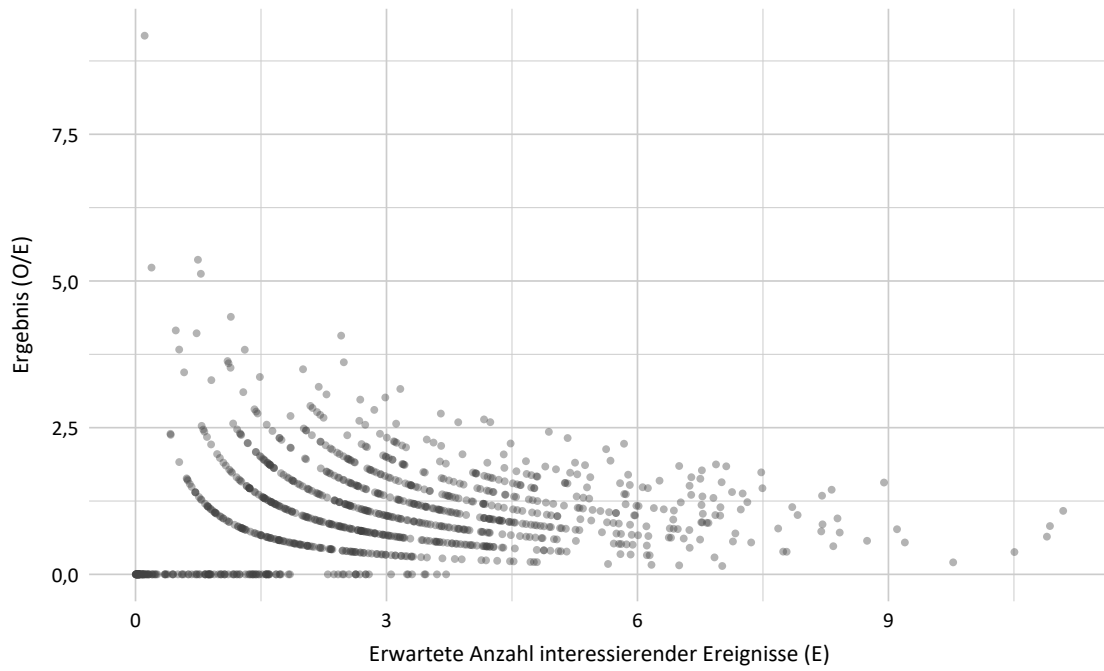
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
ID	54046
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54046
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

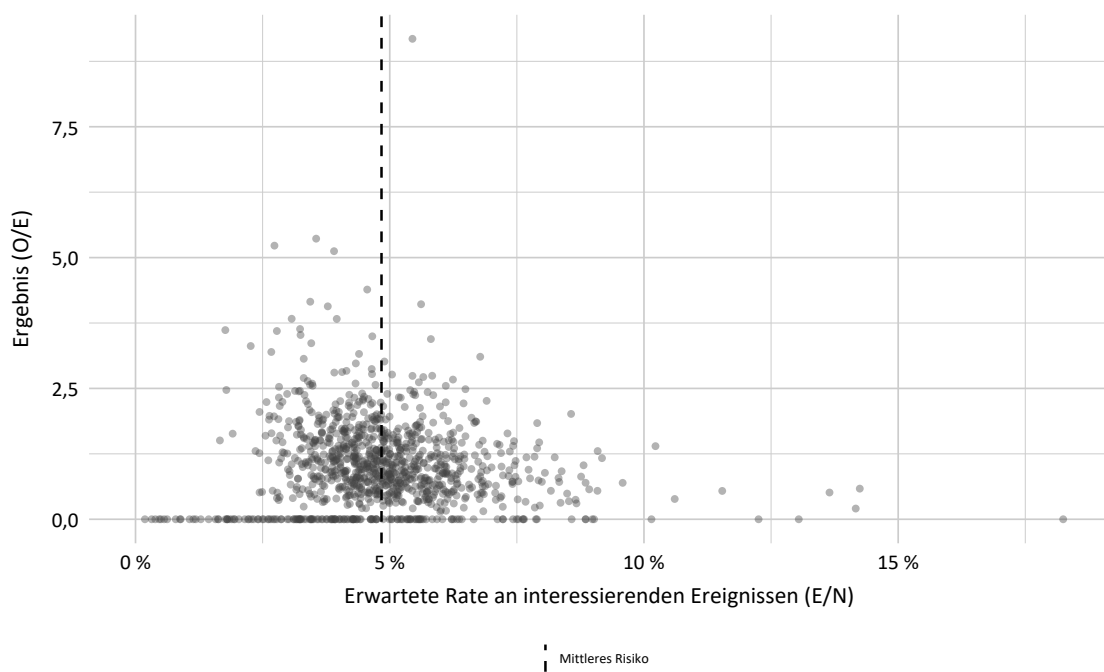
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	61.111	3.064 / 3.000,81	1,02	0,99 - 1,06
	2021	58.921	3.023 / 2.865,95	1,05	1,02 - 1,09
	2022	64.445	3.322 / 3.117,75	1,07	1,03 - 1,10

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Sterblichkeit	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹¹	
6.1.1.1	ID: O_54046 O/N (observed, beobachtet)	5,15 % 3.322/64.445
6.1.1.2	ID: E_54046 E/N (expected, erwartet)	4,84 % 3.117,75/64.445
6.1.1.3	ID: 54046 O/E	1,07

¹¹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 54_22389 Sterblichkeit	5,15 % 3.322/64.445
6.2.1	Verteilung der Todesfälle nach ASA-Klassifikation	
6.2.1.1	ID: 54_22390 ASA 1	x % ≤3/2.158
6.2.1.2	ID: 54_22391 ASA 2	0,82 % 136/16.502
6.2.1.3	ID: 54_22392 ASA 3	5,57 % 2.296/41.253
6.2.1.4	ID: 54_22393 ASA 4	19,43 % 874/4.498
6.2.1.5	ID: 54_22394 ASA 5	38,24 % 13/34
6.2.2	Verteilung der Todesfälle nach Pflegebedarfsgraden	
6.2.2.1	ID: 54_22395 Pflegegrad 0	2,35 % 635/27.035
6.2.2.2	ID: 54_22396 Pflegegrad 1	4,62 % 115/2.487
6.2.2.3	ID: 54_22397 Pflegegrad 2	6,78 % 777/11.459
6.2.2.4	ID: 54_22398 Pflegegrad 3	7,97 % 912/11.448
6.2.2.5	ID: 54_22399 Pflegegrad 4	7,44 % 450/6.047
6.2.2.5	ID: 54_22400 Pflegegrad 5	6,91 % 67/970

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2.2.6	ID: 54_22401 Information zum Pflegegrad ist dem Krankenhaus nicht bekannt	7,32 % 366/4.999

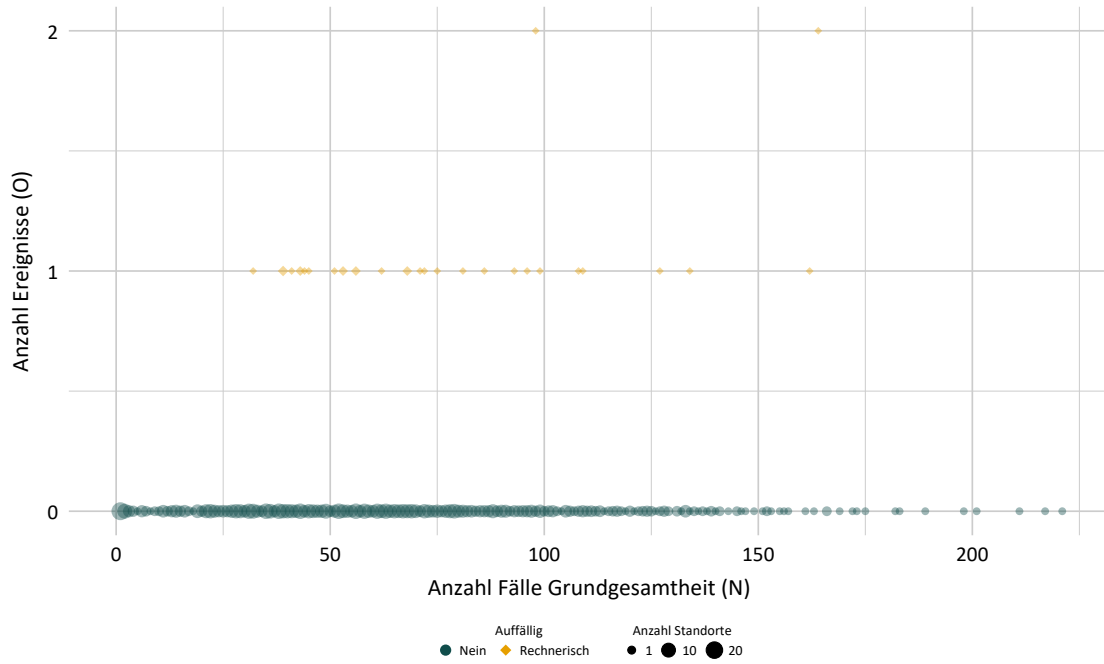
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850147: Angabe von ASA 5

ID	850147
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. Hypothese Fehldokumentation. Laut Patientenakte liegt eine niedrigere ASA-Einstufung vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur 54046: Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit	Alle Fälle
Zähler	Alle Fälle mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



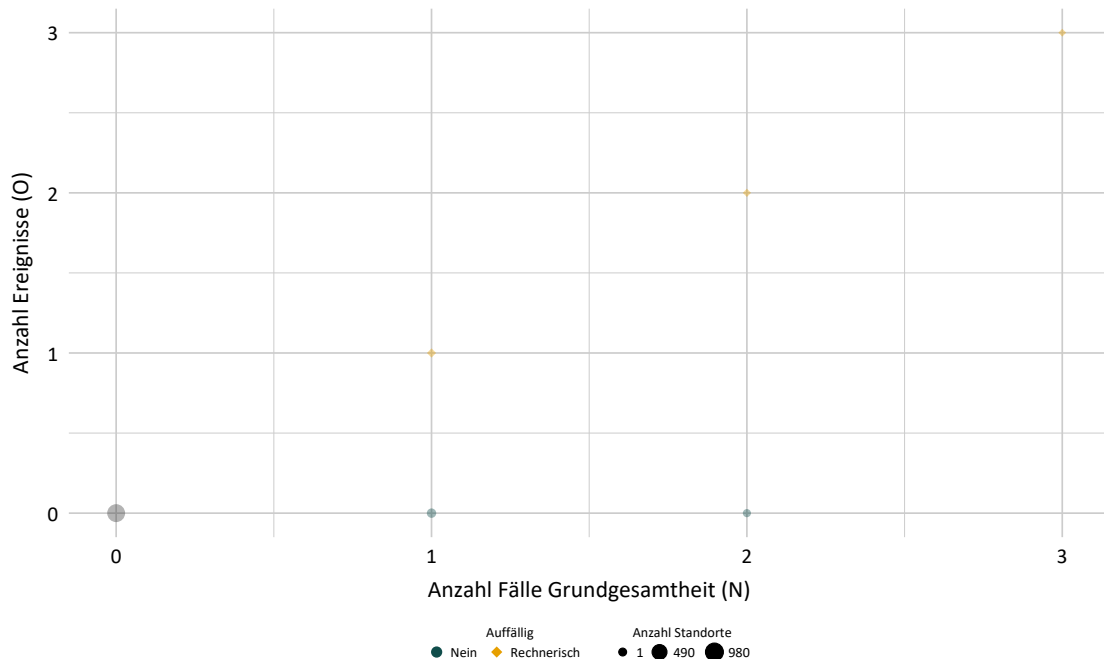
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	34 / 64.460	0,05 %	3,08 % 32 / 1.038

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

ID	850148
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. Hypothese Fehlende Dokumentation von Frakturen (als Komplikation).
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Grundgesamtheit	Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)
Zähler	Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



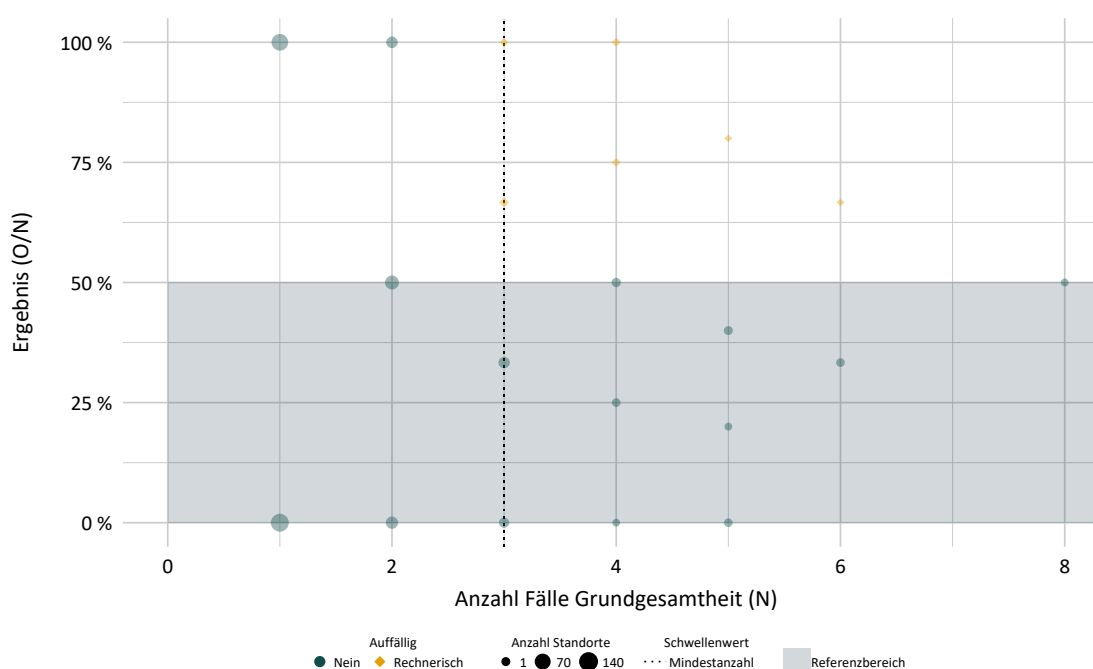
Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		28 / 57	49,12 %	46,00 % 23 / 50

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

ID	850149
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl zur Messung der Komplikationsraten heraus. Hypothese Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, und für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.14, T84.6, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde
Zähler	Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 50,00 %
Mindestanzahl Nenner	3
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

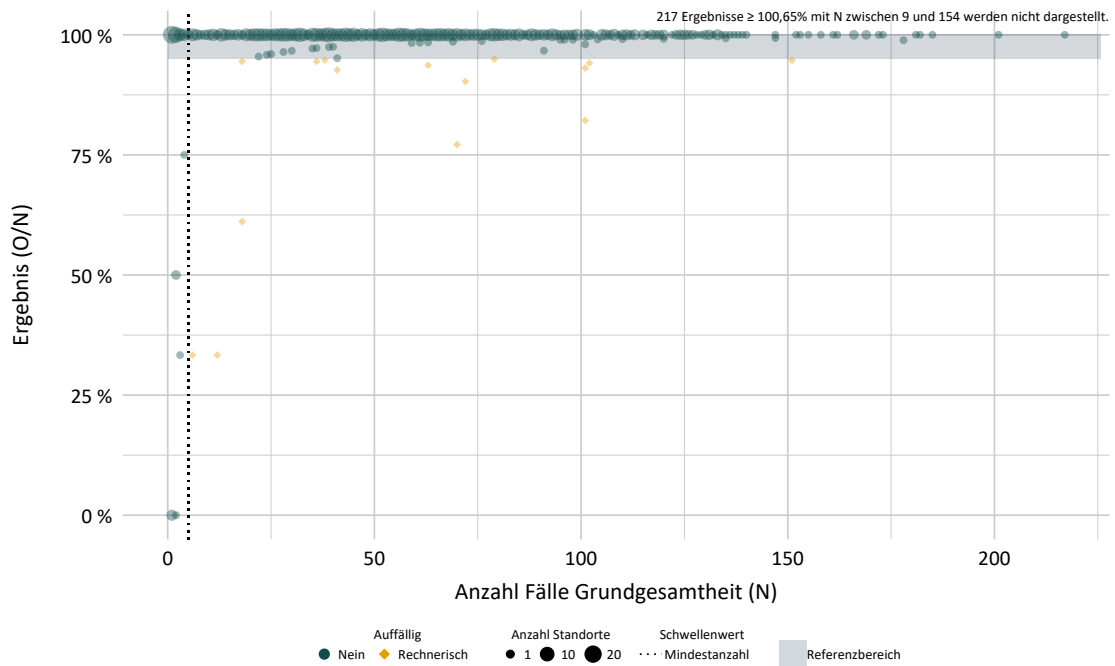
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		302 / 687	43,96 %	4,28 % 18 / 421

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850351
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



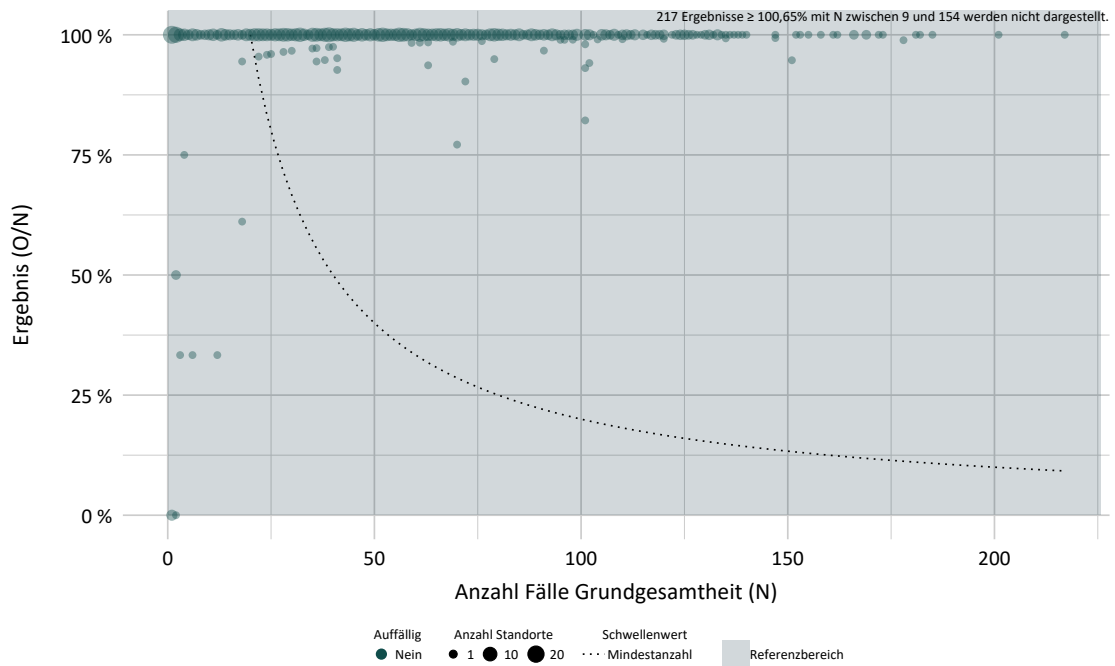
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	64.546 / 63.867	101,06 %	1,36 % 15 / 1.107

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850352
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



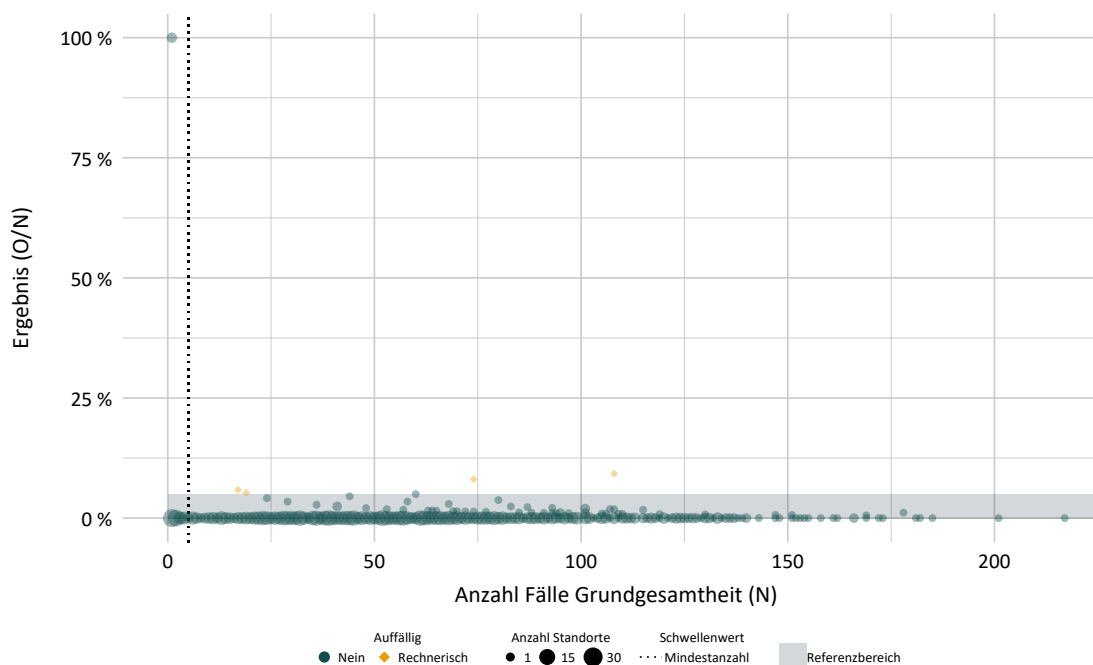
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	64.546 / 63.867	101,06 %	2,35 % 26 / 1.107

850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850368
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		86 / 63.867	0,13 %	0,36 % 4 / 1.107

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Quartal des Aufnahmetages		
1. Quartal	15.461	23,99
2. Quartal	15.530	24,09
3. Quartal	16.019	24,85
4. Quartal	17.450	27,07
Gesamt	64.460	100,00

Inhouse-Sturz

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		
(0) nein	63.226	98,09
(1) ja	1.234	1,91

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	1.322	2,05
50 - 59 Jahre	3.346	5,19
60 - 69 Jahre	7.160	11,11
70 - 79 Jahre	11.371	17,64
80 - 89 Jahre	27.936	43,34
≥ 90 Jahre	13.325	20,67

Bund (gesamt)	
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.460
Mittelwert	80,07

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Geschlecht		
(1) männlich	21.220	32,92
(2) weiblich	43.239	67,08
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	0	0,00

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	18.973	29,43
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	18.247	28,31
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	16.131	25,02
(4) im Zimmer mobil	8.757	13,59
(5) immobil	2.352	3,65
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	26.911	41,75
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	7.525	11,67
(2) Rollator/Gehbock	26.263	40,74
(3) Rollstuhl	2.730	4,24
(4) bettlägerig	1.031	1,60

Pflegegrad

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Pflegegrad bei Aufnahme		
(0) nein, liegt nicht vor	27.043	41,95
(1) ja, Pflegegrad 1	2.488	3,86
(2) ja, Pflegegrad 2	11.460	17,78
(3) ja, Pflegegrad 3	11.450	17,76
(4) ja, Pflegegrad 4	6.048	9,38
(5) ja, Pflegegrad 5	970	1,50
(9) Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	5.001	7,76
Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt (gemäß OPS 9-984.b)		
(0) nein	60.038	93,14
(1) ja	4.422	6,86

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	2.161	3,35
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	16.505	25,61
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	41.261	64,01
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	4.499	6,98
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	34	0,05

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	63.989	99,27
(2) bedingt aseptische Eingriffe	310	0,48
(3) kontaminierte Eingriffe	85	0,13
(4) septische Eingriffe	76	0,12

Antithrombotische Dauertherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Antithrombotische Dauertherapie		
(0) nein	38.369	59,52
(1) ja	26.091	40,48
davon: Art der Medikation¹²		
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	1.862	7,14
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	12.596	48,28
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	11.636	44,60
sonstige	489	1,87

¹² Mehrfachnennung möglich

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah bereits vor Eingriff		
(0) nein	63.259	98,14
(1) ja	1.201	1,86
Vorbestehende Koxarthrose		
(0) nein	39.562	61,37
(1) ja	24.898	38,63

Frakturlokalisierung und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Frakturlokalisierung		
(1) medial	6.941	10,77
davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden		
(1) Abduktionsfraktur	2.106	30,34
(2) unverschoben	3.039	43,78
(3) verschoben	1.591	22,92
(4) komplett verschoben	205	2,95
(2) lateral	1.410	2,19
(3) pertrochantär	53.972	83,73
(9) sonstige	2.137	3,32

Fraktur nach ICD-Kode

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Schenkelhalsfrakturen		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	9.452	14,66
davon:¹³		
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	999	10,57
(S72.01) Intrakapsulär	5.907	62,49
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	6	0,06
(S72.03) Subkapital	431	4,56
(S72.04) Mediozervikal	793	8,39
(S72.05) Basis	571	6,04
(S72.08) Sonstige Teile	1.077	11,39
Petrochantäre Frakturen		
(S72.1-) Petrochantäre Frakturen	55.732	86,46
davon:¹⁴		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	34.367	61,66
(S72.11) Intertrochantär	22.664	40,67

¹³ Mehrfachnennung möglich

¹⁴ Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	44	0,07
(5-986*) Minimalinvasive Technik	166	0,26
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	0	0,00
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	4	0,01
Operationsverfahren		
(1) DHS, Winkelplatte	5.529	8,58
(2) Intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)	55.034	85,38
(3) Verschraubung	2.729	4,23
(9) sonstige	1.168	1,81
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	14.122	21,91
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	15	0,02

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten im Alter ab 65 Jahren	N = 56.578	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten		
(0) nein	1.191	2,11
(1) ja	55.387	97,89

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten im Alter ab 65 Jahren	N = 56.578	
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	1.373	2,43
(1) ja	55.205	97,57

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	55.569	86,21
(1) ja ¹⁵	8.891	13,79
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	1.771	2,75
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1.846	2,86
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	67	0,10
Lungenembolie	225	0,35
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	1.011	1,57
Schlaganfall	266	0,41
akute gastrointestinale Blutung	308	0,48
akute Niereninsuffizienz	1.315	2,04
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	1.481	2,30
davon: Demenz		
(0) nein	571	38,56
(1) ja	910	61,44
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	3.252	5,04

¹⁵ Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	63.037	97,79
(1) ja ¹⁶	1.423	2,21
primäre Implantatfehlage	95	0,15
sekundäre Implantatdislokation	228	0,35
Nachblutung/Wundhämatom	558	0,87
Gefäßläsion	21	0,03
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	33	0,05
Fraktur	76	0,12
Wunddehiszenz	146	0,23
sekundäre Nekrose der Wundränder	12	0,02
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	358	0,56
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	64.116	99,47
(1) ja	344	0,53
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	129	37,50
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	198	57,56
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	17	4,94
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	682	1,06
(1) = ja	904	1,40

¹⁶ Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

Bund (gesamt)	
Stationärer Aufenthalt (Tage)¹⁷	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.460
Median	11,00
Mittelwert	13,53
Präoperative Verweildauer (Stunden)¹⁸	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.460
Median	13,32
Mittelwert	18,26
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.460
Median	42,00
Mittelwert	48,24
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.460
Median	10,00
Mittelwert	12,66

¹⁷ Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

¹⁸ Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme bzw. des Inhouse-Sturzes zum Eingriff

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	2.053	3,18
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	13.737	21,31
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	26.985	41,86
(4) Im Zimmer mobil	14.159	21,97
(5) immobil	4.456	6,91
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	787	1,22
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	18.898	29,32
(2) Rollator/Gehbock	35.289	54,75
(3) Rollstuhl	4.358	6,76
(4) bettlägerig	2.057	3,19

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 64.460	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	34.088	52,88
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.397	2,17
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	108	0,17
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	316	0,49
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	7.650	11,87
(07) Tod	3.322	5,15
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹⁹	325	0,50
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	7.659	11,88
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	9.174	14,23
(11) Entlassung in ein Hospiz	53	0,08
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	38	0,06
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	9	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ²⁰	201	0,31
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	55	0,09
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²¹	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	60	0,09

¹⁹ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

²⁰ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

²¹ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Hüftgelenkversorgung: Hüftendoprothesenversorgung

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Juli 2023

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	8
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	10
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	13
Einleitung.....	16
Datengrundlagen.....	18
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	18
Übersicht über die eingegangenen Zählleistungsbereiche.....	22
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	24
54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.....	24
Details zu den Ergebnissen.....	27
54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.....	28
Details zu den Ergebnissen.....	31
54003: Präoperative Verweildauer.....	33
Details zu den Ergebnissen.....	35
54004: Sturzprophylaxe.....	39
Details zu den Ergebnissen.....	41
Gruppe: Allgemeine Komplikationen.....	42
54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.....	42
54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation.....	45
54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.....	47
Details zu den Ergebnissen.....	49
Gruppe: Spezifische Komplikationen.....	52
54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.....	52
54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation.....	54
54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.....	56
Details zu den Ergebnissen.....	59

54010: Beweglichkeit bei Entlassung.....	63
Details zu den Ergebnissen.....	65
54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung.....	66
Details zu den Ergebnissen.....	69
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung.....	71
54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.....	71
191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur.....	73
Details zu den Ergebnissen.....	76
10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf.....	79
Details zu den Ergebnissen.....	82
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	85
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	85
850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen.....	85
850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation.....	87
851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen.....	89
851905: Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer.....	91
851907: Underdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes.....	93
852102: Angabe von ASA 5.....	95
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	97
850376: Underdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten.....	97
850274: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Erstimplantation).....	99
850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation).....	101
850276: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Wechsel).....	103
850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel).....	105
850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	107
Basisauswertung.....	109
Basisdokumentation.....	109
Patient.....	109
Operation.....	110

Hüftgelenknahe Femurfraktur	111
Inhouse-Sturz	111
Patient	111
Präoperative Anamnese/Befunde	112
Gehfähigkeit	112
Pflegegrad	113
Koxarthrose	113
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation	114
Antithrombotische Dauertherapie	114
Voroperation	115
Frakturlokalisierung und -typ	115
Fraktur nach ICD-Kode	116
Behandlungsverlauf	116
Angabe von Prozeduren	117
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren	118
Allgemeine Komplikationen	119
Spezifische Komplikationen	119
Behandlungszeiten	121
Entlassung	121
Bewegungsumfang	122
Gehfähigkeit	122
Entlassungsgrund	124
Elektive Erstimplantation	125
Patient	125
Präoperative Anamnese/Befunde	125
Gehfähigkeit	126
Pflegegrad	127
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation	127
Bewegungsumfang	129
Indikationsrelevante Befunde	129
Schmerzen	129
Voroperation	130

Parameter zur Bestimmung des modifizierten Kellgren-Lawrence-Score.....	130
Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen.....	131
Atraumatische Femurkopfnekrose.....	132
Behandlungsverlauf.....	132
Angabe von Prozeduren.....	133
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren.....	134
Allgemeine Komplikationen.....	134
Spezifische Komplikationen.....	135
Behandlungszeiten.....	137
Entlassung.....	137
Bewegungsumfang.....	138
Gefähigkeit.....	138
Entlassungsgrund.....	140
Wechsel bzw. Komponentenwechsel.....	141
Patient.....	141
Präoperative Anamnese/Befunde.....	141
Gefähigkeit.....	142
Pflegegrad.....	143
ASA-und Wundkontaminationsklassifikation.....	143
Indikationsrelevante Befunde.....	144
Schmerzen.....	144
Erreger-/ Infektionsnachweis.....	144
Röntgendiagnostik / klinische Befunde.....	146
Behandlungsverlauf.....	146
Angabe von Prozeduren.....	147
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren.....	150
Allgemeine Komplikationen.....	150
Spezifische Komplikationen.....	151
Behandlungszeiten.....	153
Entlassung.....	153
Bewegungsumfang.....	154
Gefähigkeit.....	154

Entlassungsgrund..... 156

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.

- Datensätze werden immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RLWechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.

- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. In den Leistungserbringerberichten können ebenfalls Ergebnisse fehlen, wenn Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst haben und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen

zu den Vorjahren vorliegen.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HGV finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hgv/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Eingriffen aus dem Jahr 2022.

Hinweis: Bisher wurden bei dem Follow-up-Indikator „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (ID 10271) alle Ersteingriffe (Erstimplantationen einer Prothese) innerhalb eines Erfassungsjahres als Indexeingriffe betrachtet. Ab dem EJ 2022 erfolgt eine Umstellung der Betrachtung auf alle Wechseleingriffe (Prothesenwechsel) innerhalb eines Erfassungsjahres als Fixpunkt der Auswertung, wodurch die Stellungnahmeverfahren ab dem EJ 2022 bereits im Folgejahr möglich sind.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≥ 90,00 %	97,67 % O = 179.797 N = 184.080	97,60 % - 97,74 %
54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≥ 86,00 %	91,85 % O = 17.622 N = 19.185	91,46 % - 92,23 %
54003	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	9,27 % O = 6.294 N = 67.886	9,06 % - 9,49 %
54004	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	96,97 % O = 192.720 N = 198.751	96,89 % - 97,04 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
Gruppe: Allgemeine Komplikationen				
54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,25 (95. Perzentil)	1,01 7.384 / 7.326,20 N = 68.012	0,99 - 1,03
54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 5,77 % (95. Perzentil)	1,36 % O = 2.485 N = 182.794	1,31 % - 1,41 %
54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 20,00 % (95. Perzentil)	7,84 % O = 1.320 N = 16.837	7,44 % - 8,26 %
Gruppe: Spezifische Komplikationen				
54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 11,63 % (95. Perzentil)	4,53 % O = 3.086 N = 68.177	4,37 % - 4,69 %
54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	≤ 8,01 % (95. Perzentil)	2,27 % O = 4.185 N = 184.080	2,21 % - 2,34 %
54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	≤ 2,02 (95. Perzentil)	1,02 2.356 / 2.311,82 N = 19.185	0,98 - 1,06
54010	Beweglichkeit bei Entlassung	Transparenzkennzahl	97,00 % O = 177.008 N = 182.488	96,92 % - 97,07 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,42 (95. Perzentil)	1,02 10.185 / 9.974,98 N = 239.743	1,00 - 1,04
Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung				
54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	Sentinel Event	0,05 % O = 83 N = 160.306	0,04 % - 0,06 %
191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	1,07 4.206 / 3.926,31 N = 68.012	1,04 - 1,10
10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	≤ 2,27 (95. Perzentil)	0,83 3.486 / 4.194,80 N = 256.186	0,80 - 0,86

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	24,53 % 831 / 3.388	3,15 % 29 / 921
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	≤ 30,00 %	18,53 % 396 / 2.137	3,92 % 28 / 715
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	≤ 2	8,84 % 327 / 3.698	1,54 % 13 / 846
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	≤ 90,00 %	65,28 % 7.854 / 12.031	3,59 % 37 / 1.032
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	= 0	11,00 % 214 / 1.946	4,57 % 34 / 744
852102	Angabe von ASA 5	= 0	0,02 % 57 / 271.514	0,35 % 4 / 1.142

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	100,44 % 229.042 / 228.040	0,92 % 11 / 1.202
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	≥ 95,00 %	100,55 % 251.001 / 249.635	0,75 % 9 / 1.204
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	≤ 110,00 %	100,55 % 251.001 / 249.635	1,08 % 13 / 1.204
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	≥ 95,00 %	100,86 % 18.858 / 18.697	6,44 % 69 / 1.071
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	≤ 110,00 %	100,86 % 18.858 / 18.697	1,49 % 16 / 1.071
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,06 % 158 / 266.210	0,08 % 1 / 1.206

Einleitung

Das QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (HGV) hat die alten Verfahren zur Hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HUEFTFRAK-OSTEO) und Hüftendoprothesenversorgung (HEP) zum 1. Januar 2021 ersetzt. Die neue Struktur wird durch die "Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung" (DeQS-RL) [1] geregelt. Das Auswertungsmodul Hüftgelenkversorgung: Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP) bezieht sich auf die Erst- sowie Reimplantation einer Hüftendoprothese.

Das Einsetzen einer Endoprothese am Hüftgelenk zählt in der Krankenhausstatistik zu den am häufigsten durchgeführten Operationen (ca. 234.000 im Kalenderjahr 2021) bei vollstationären Patientinnen und Patienten. Eine Revision, ein Wechsel oder eine Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk wurde im Kalenderjahr 2021 ca. 33.000-mal durchgeführt.

Die häufigste Erkrankung des Hüftgelenks, die endoprothetisch versorgt wird, ist die Hüftgelenksarthrose (Coxarthrose). Ruhe- oder Belastungsschmerzen und zum Teil große Bewegungseinschränkungen treten oft erst im fortgeschrittenen Stadium auf und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Außer zur Behandlung des Gelenkverschleißes wird der künstliche Hüftgelenkersatz auch bei der Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen (z. B. Schenkelhalsfraktur) durchgeführt. Bei der Implantation wird das künstliche Hüftgelenk mit den körpereigenen Knochen verbunden. Der Indikation liegen unterschiedliche, sowohl traumatische als auch degenerative Ursachen zugrunde, wobei auch Komplikationen aufgrund der Erstimplantation zu den wichtigen Indikationskriterien für einen Hüftendoprothesen-Wechsel zählen. Ein (vorzeitiger) Wechsel kann dann notwendig werden, wenn es zu einer Lockerung des Implantats, Instabilität des künstlichen Gelenks, einer ausgedehnten bakteriellen Infektion oder fortschreitendem Verschleiß in den bisher nicht ersetzten Gelenkanteilen kommt.

Im Verfahren Hüftendoprothesenversorgung der externen stationären Qualitätssicherung werden die Qualitätssicherungsdaten der orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Kliniken zum künstlichen Hüftgelenkersatz erhoben. Dazu gehören die Qualitätssicherungsdaten zur Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich der endoprothetischen Versorgung von hüftgelenknahen Femurfrakturen und zu ein- oder zweizeitigen Hüftendoprothesen-Wechseln und -Komponentenwechseln.

Die Qualitätsindikatoren, die zur Krankenhausbehandlung erhoben und statistisch ausgewertet werden, fokussieren auf allgemeine und spezifische postoperative Komplikationen im Zusammenhang mit dem künstlichen Hüftgelenkersatz sowie auf die Sterblichkeit im Krankenhaus. Weitere Qualitätsindikatoren beziehen sich auf die Indikationsstellung, die Gehfähigkeit der Patientinnen und Patienten bei der Entlassung und im Zusammenhang mit

der operativen Versorgung der Femurfraktur auf die Wartezeiten bis zur Operation.

Darüber hinaus wird im Follow-up-Qualitätsindikator „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf“ (ID 10271) dargestellt, bei wie vielen Hüftendoprothesen-Erstimplantationen innerhalb von 90 Tagen ein Wechseleingriff durchgeführt wurde.

Bisher wurden bei diesem Indikator alle Ersteingriffe (Erstimplantation einer Prothese) innerhalb eines Erfassungsjahres als Indexeingriffe betrachtet. Da die Wechseleingriffe bis zu drei Monate nach den Ersteingriffen (Follow-up-Zeitraum) auftreten konnten, führte dies dazu, dass die Stellungnahmeverfahren bisher erst im zweiten Jahr nach den Ersteingriffen geführt werden konnte. Mit der Umstellung der Betrachtung auf alle Wechseleingriffe (Prothesenwechsel) innerhalb eines Erfassungsjahres als Fixpunkt der Auswertung ist das Stellungnahmeverfahren ab dem Erfassungsjahr 2022 bereits im Folgejahr möglich.

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 21. Juli 2022, in Kraft getreten am 01. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 13.04.2023)

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Leistungserbringer-/Landes-/Bundesebene dar. Im stationären Sektor können die Daten auf verschiedenen Ebenen ausgewertet werden (Standortebene, IKNR-Ebene).

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundes-/landesweit sowohl auf IKNR-Ebene als auch auf Standortebene ausgegeben. Die Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort QI-Berechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für den entlassenen Standort vor und es kann auch nur für diesen in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Zusätzlich wird die erwartete Anzahl (SOLL) für die IKNR-Ebene bei Vorhandensein mehrerer (entlassender) Standorte ermittelt und entsprechend ausgegeben.

Für das QS-Verfahren QS HGV (Auswertungsmodul HEP) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort.

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten nach Standort“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2022 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten nach entlassenem Standort“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2022 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als

einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

Die Auswertung zur Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen an, wie viele Fälle gemäß QS-Filter für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

Seit dem Erfassungsjahr 2022 wird die Sollstatistik der Krankenhäuser wieder standortbezogen geführt. Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenden Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer im Unterschied zum entlassenden Standort nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Vollzähligkeitsanalyse wird ausschließlich anhand von entlassenen Fällen durchgeführt. Daher sind die in der Zeile „Ihre Daten nach entlassendem Standort“ als „gelieferte“ QS-Daten aufgeführten Fälle nur diejenigen, die am entsprechenden Standort entlassen wurden.

Hinweis zu den Tabellen bezüglich der Follow-up-Auswertungen

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patienten betrachtet werden (IKNR = 10; Tabelle „Datengrundlage für Follow-up-Auswertungen bei GKV-Versicherten (IKNR = 10)“).

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patienten (IKNR <> 10) werden daher bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Datengrundlage für Follow-up-Auswertungen bei Nicht-GKV-Versicherten (IKNR <> 10)“).

Darüber hinaus können für die Follow-up-Auswertungen nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen das Patientenpseudonym dokumentiert wurde (Tabelle „Datengrundlage für Follow-up-Auswertungen bei GKV-Versicherten (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Wechseleingriffe benötigt wird.

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	267.871	266.210	100,62
	Basisdatensatz	267.713		
	MDS	158		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	999		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.143		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.211	1.206	100,41

Datengrundlage für Follow-up-Auswertungen bei GKV-Versicherten (IKNR = 10)

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	229.042	228.040	100,44
	Basisdatensatz	228.909		
	MDS	133		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	999		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.142		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.208	1.202	100,50

Datengrundlage für Follow-up-Auswertungen bei Nicht-GKV-Versicherten (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	36.197	38.128	94,94
	Basisdatensatz	36.197		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	965		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.091		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.126	1.127	99,91

Datengrundlage für Follow-up-Auswertungen bei GKV-Versicherten (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	228.909 228.909 0	228.909	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	999		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.141		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.208	1.208	100,00

Übersicht über die eingegangenen Zählleistungsbereiche

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

Im QS-Verfahren HGV werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2022 unterschieden:

- Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) 2022- [Erstimplantationen einer Hüftendoprothese (frakturbedingt und elektiv)]
- Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE) 2022- [Hüftendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder Implantation einer Hüftendoprothese nach vorheriger Explantation]

Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	251.001	249.635	100,55
	Basisdatensatz	250.882		
	MDS	119		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	999		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.141		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.209	1.204	100,42

Zählleistungsbereich Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	18.858 18.797 61	18.697	100,86
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	918		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.030		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.070	1.071	99,91

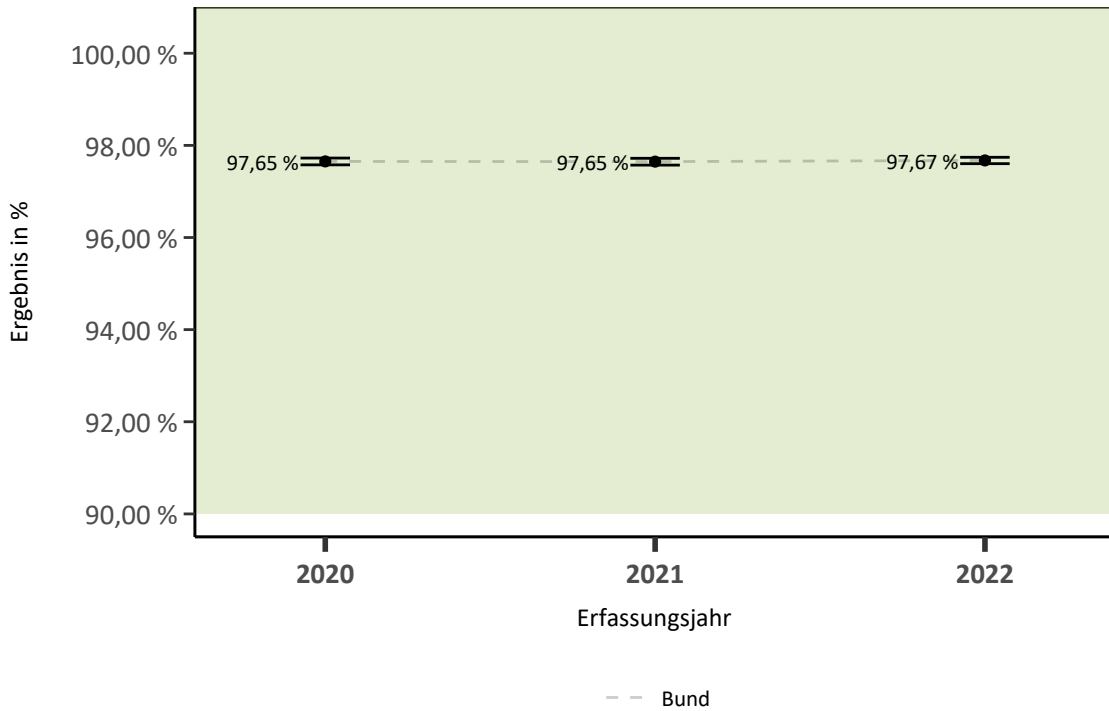
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

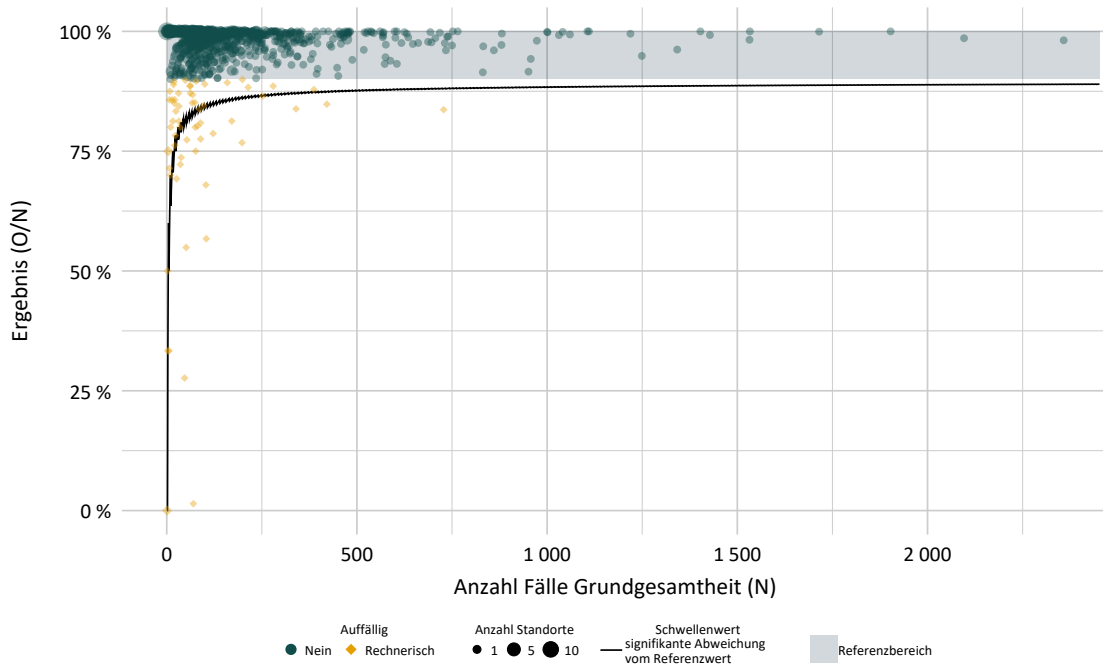
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
ID	54001
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	<p>Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score</p> <p>ODER</p> <p>die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek</p> <p>ODER</p> <p>die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score</p> <p>ODER</p> <p>die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen</p> <p>ODER</p> <p>bei denen eine Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassdiagnosen</p> <p>ODER</p> <p>bei denen eine posttraumatische Hüftkopfnekrose vorliegt</p> <p>ODER</p> <p>die das Kriterium Schmerzen und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation</p> <p>ODER</p> <p>das Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation erfüllen</p>
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	157.132 / 160.910	97,65 %	97,58 % - 97,72 %
	2021	159.584 / 163.429	97,65 %	97,57 % - 97,72 %
	2022	179.797 / 184.080	97,67 %	97,60 % - 97,74 %

Details zu den Ergebnissen

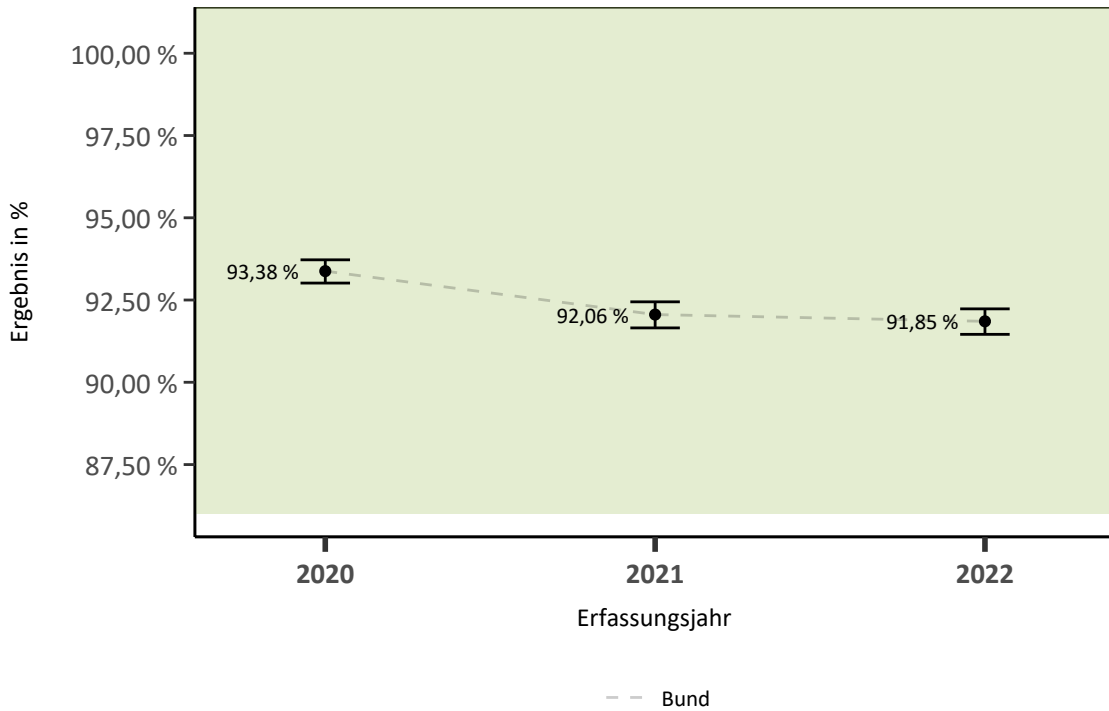
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 54001 Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	97,67 % 179.797/184.080
1.1.1	ID: 19_22000 Belastungsschmerz und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	23,47 % 42.196/179.797
1.1.2	ID: 19_22001 Ruheschmerz und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	75,39 % 135.546/179.797
1.1.3	ID: 19_22002 Belastungsschmerz und Grad 3-5 der erosiven Gelenkerstörung nach Larsen-Dale-Eek	0,17 % 314/179.797
1.1.4	ID: 19_22003 Ruheschmerz und Grad 3-5 der erosiven Gelenkerstörung nach Larsen-Dale-Eek	0,88 % 1.579/179.797
1.1.5	ID: 19_22004 Belastungs- oder Ruheschmerz und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation	4,35 % 7.824/179.797
1.1.6	ID: 19_22005 Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation	3,05 % 5.487/179.797
1.1.7	ID: 19_22006 Mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score	74,13 % 133.285/179.797
1.1.8	ID: 19_22007 Mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek	0,85 % 1.535/179.797
1.1.9	ID: 19_22008 Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder Voroperation und die ICD M87.25 (Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma)	1,29 % 2.319/179.797

54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel

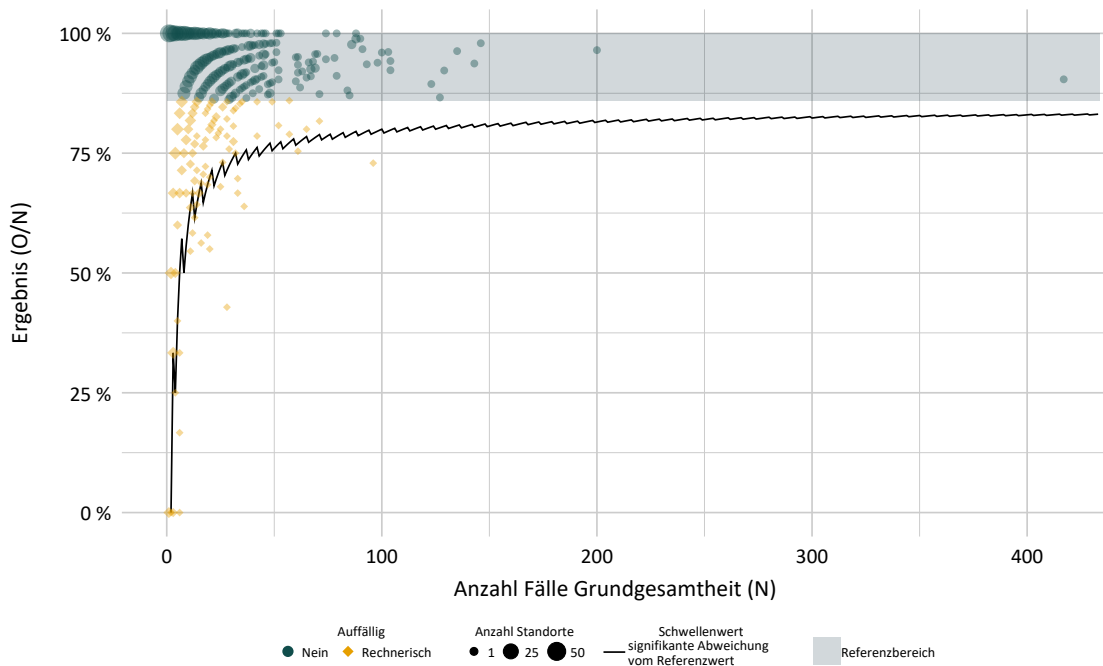
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
ID	54002
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Wechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit: Endoprothesen(sub)luxation ODER Implantatbruch ODER Periprothetische Fraktur ODER Knochendefekt Pfanne ODER Knochendefekt des Femurs ODER mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens eines der folgenden klinischen/röntgenologischen Kriterien: Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehlage des Schafts, Implantatfehlage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis), Periartikuläre Ossifikation ODER erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ODER Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	17.766 / 19.026	93,38 %	93,02 % - 93,72 %
	2021	16.426 / 17.843	92,06 %	91,65 % - 92,45 %
	2022	17.622 / 19.185	91,85 %	91,46 % - 92,23 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 54002 Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel	91,85 % 17.622/19.185
2.1.1	Angemessene Indikation nach Art des Eingriffs	
2.1.1.1	ID: 19_22009 bei einzeitigem Wechsel	92,43 % 15.862/17.161
2.1.1.2	ID: 19_22010 bei zweizeitigem Wechsel	86,96 % 1.760/2.024
2.1.2	Indikationsgruppen	
2.1.2.1	ID: 19_22011 Endoprothesen(sub)luxation	17,47 % 3.079/17.622
2.1.2.2	ID: 19_22012 Implantatbruch	2,38 % 419/17.622
2.1.2.3	ID: 19_22014 Periprothetische Fraktur	31,55 % 5.559/17.622
2.1.2.4	ID: 19_22015 Knochendefekt Pfanne oder des Femurs	12,93 % 2.278/17.622
2.1.2.5	ID: 19_22023 Schmerzen und mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	50,73 % 8.940/17.622
2.1.2.6	ID: 19_22024 Schmerzen und ein positives mikrobiologisches Kriterium	15,16 % 2.671/17.622
2.1.2.7	ID: 19_22025 Entzündungszeichen im Labor und ein positives mikrobiologisches Kriterium	14,36 % 2.531/17.622

2.1.3 Indikationsgruppen nach Art des Eingriffs: Ergebnis Bund (gesamt)	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Endoprothesen(sub)luxation	ID: 19_22026 18,97 % 3.009/15.862	ID: 19_22041 3,98 % 70/1.760
Implantatbruch	ID: 19_22027 2,53 % 401/15.862	ID: 19_22042 1,02 % 18/1.760
Periprothetische Fraktur	ID: 19_22029 34,37 % 5.452/15.862	ID: 19_22044 6,08 % 107/1.760
Knochendefekt Pfanne oder des Femurs	ID: 19_22030 11,92 % 1.890/15.862	ID: 19_22045 22,05 % 388/1.760

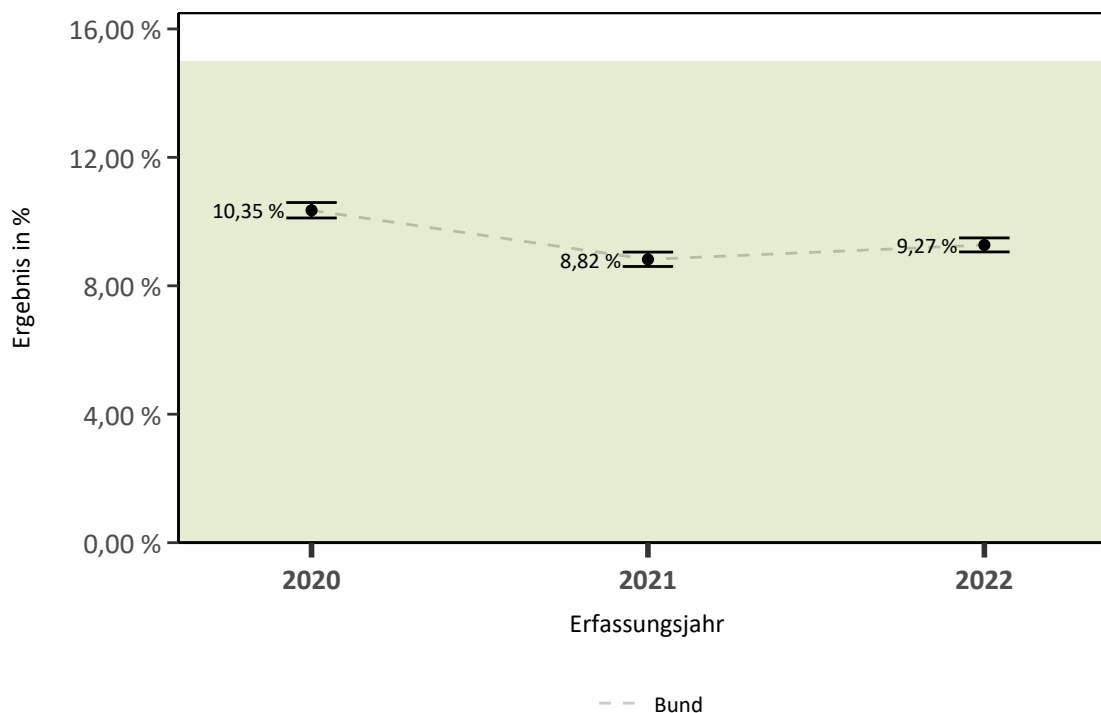
2.1.3 Indikationsgruppen nach Art des Eingriffs: Ergebnis Bund (gesamt)	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Schmerzen und mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	ID: 19_22038 52,46 % 8.321/15.862	ID: 19_22053 35,17 % 619/1.760
Schmerzen und ein positives mikrobiologisches Kriterium	ID: 19_22039 8,59 % 1.363/15.862	ID: 19_22054 74,32 % 1.308/1.760
Entzündungszeichen im Labor und ein positives mikrobiologisches Kriterium	ID: 19_22040 7,89 % 1.252/15.862	ID: 19_22055 72,67 % 1.279/1.760

54003: Präoperative Verweildauer

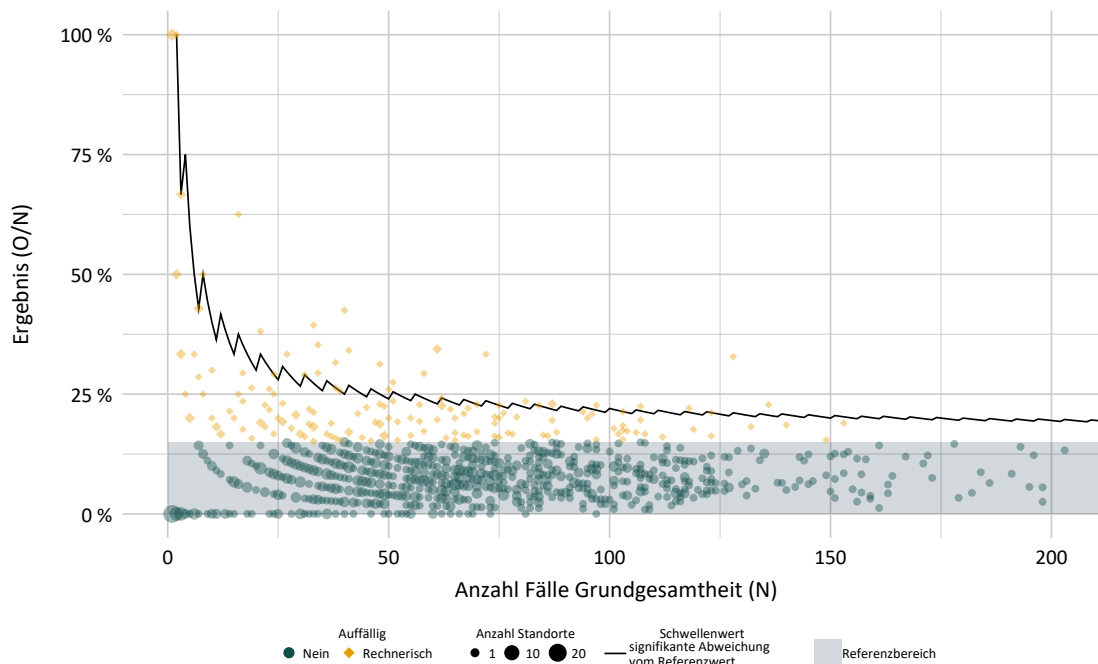
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
ID	54003
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit subtrochantärer Fraktur (S72.2), Fraktur des Femurschaftes (S72.3), Distale Fraktur des Femurs (S72.4), Multiple Frakturen des Femurs (S72.7) ohne gleichzeitige pertrochantäre Fraktur (S72.1*) oder Schenkelhalsfraktur (S72.0*) sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation später als 48 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	6.372 / 61.560	10,35 %	10,11 % - 10,59 %
	2021	5.414 / 61.362	8,82 %	8,60 % - 9,05 %
	2022	6.294 / 67.886	9,27 %	9,06 % - 9,49 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 54003 Präoperative Verweildauer > 48 Stunden	9,27 % 6.294/67.886
3.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag	
3.1.1.1	ID: 19_22059 Montag bis Donnerstag	8,69 % 3.553/40.884
3.1.1.2	ID: 19_22060 Freitag	11,77 % 1.129/9.595
3.1.1.3	ID: 19_22061 Samstag	10,59 % 955/9.021
3.1.1.4	ID: 19_22062 Sonntag	7,83 % 657/8.386
3.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie	
3.1.2.1	ID: 19_22063 ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	7,77 % 3.072/39.542
3.1.2.2	ID: 19_22064 mit gerinnungshemmender Dauertherapie ¹	11,37 % 3.222/28.344
3.1.2.2.1	ID: 19_22065 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	17,49 % 380/2.173
3.1.2.2.2	ID: 19_22066 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	13,23 % 1.658/12.528
3.1.2.2.3	ID: 19_22067 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	8,46 % 1.148/13.566
3.1.2.2.4	ID: 19_22068 sonstige	21,59 % 136/630
3.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation	
3.1.3.1	ID: 19_22070 ASA 1	4,06 % 43/1.060
3.1.3.2	ID: 19_22071 ASA 2	5,91 % 979/16.561
3.1.3.3	ID: 19_22072 ASA 3	9,55 % 4.287/44.888
3.1.3.4	ID: 19_22073 ASA 4	18,28 % 974/5.329
3.1.3.5	ID: 19_22074 ASA 5	22,92 % 11/48
3.1.4	Verteilung nach Pflegegrad	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1.4.1	ID: 19_22075 kein Pflegegrad	8,07 % 2.322/28.778
3.1.4.2	ID: 19_22076 Pflegegrad 1	10,39 % 293/2.819
3.1.4.3	ID: 19_22077 Pflegegrad 2	10,81 % 1.288/11.918
3.1.4.4	ID: 19_22078 Pflegegrad 3	10,26 % 1.221/11.895
3.1.4.5	ID: 19_22079 Pflegegrad 4	8,69 % 551/6.344
3.1.4.6	ID: 19_22080 Pflegegrad 5	9,00 % 85/944
3.1.4.7	ID: 19_22081 Information zum Pflegegrad liegt nicht vor	10,29 % 534/5.188

¹ Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 19_22103 Frakturereignis vor stationärer Aufnahme	98,05 % 66.559/67.886
3.2.1	ID: 19_22104 verlängerte präoperative Verweildauer	9,14 % 6.082/66.559

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 19_22120 Frakturereignis während des stationären Aufenthaltes	1,95 % 1.327/67.886
3.3.1	ID: 19_22121 verlängerte präoperative Verweildauer	15,98 % 212/1.327

3.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 19_22122 13,25 % 8.993/67.886	ID: 19_22128 14,96 % 8.280/55.358	ID: 19_22134 5,69 % 713/12.528
≤ 12 Stunden	ID: 19_22123 24,92 % 16.917/67.886	ID: 19_22129 27,64 % 15.299/55.358	ID: 19_22135 12,92 % 1.618/12.528

3.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 24 Stunden	ID: 19_22124 72,18 % 49.001/67.886	ID: 19_22130 76,25 % 42.211/55.358	ID: 19_22136 54,20 % 6.790/12.528
≤ 36 Stunden	ID: 19_22125 84,48 % 57.350/67.886	ID: 19_22131 87,05 % 48.188/55.358	ID: 19_22137 73,13 % 9.162/12.528
≤ 48 Stunden	ID: 19_22126 90,73 % 61.592/67.886	ID: 19_22132 91,63 % 50.722/55.358	ID: 19_22138 86,77 % 10.870/12.528
> 48 Stunden	ID: 19_22127 9,27 % 6.294/67.886	ID: 19_22133 8,37 % 4.636/55.358	ID: 19_22139 13,23 % 1.658/12.528

3.5 Zeit zwischen Aufnahme und Operation (ohne Inhouse-Stürze) Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 19_22140 13,11 % 8.901/67.886	ID: 19_22146 14,81 % 8.197/55.358	ID: 19_22152 5,62 % 704/12.528
≤ 24 Stunden	ID: 19_22142 71,08 % 48.250/67.886	ID: 19_22148 75,14 % 41.594/55.358	ID: 19_22154 53,13 % 6.656/12.528
≤ 48 Stunden	ID: 19_22144 89,34 % 60.650/67.886	ID: 19_22150 90,28 % 49.976/55.358	ID: 19_22156 85,20 % 10.674/12.528
> 48 Stunden	ID: 19_22145 10,66 % 7.236/67.886	ID: 19_22151 9,72 % 5.382/55.358	ID: 19_22157 14,80 % 1.854/12.528

3.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 19_22158 0,15 % 103/67.886	ID: 19_22162 0,17 % 93/55.358	ID: 19_22166 0,08 % 10/12.528
≤ 24 Stunden	ID: 19_22159 1,19 % 805/67.886	ID: 19_22163 1,20 % 664/55.358	ID: 19_22167 1,13 % 141/12.528

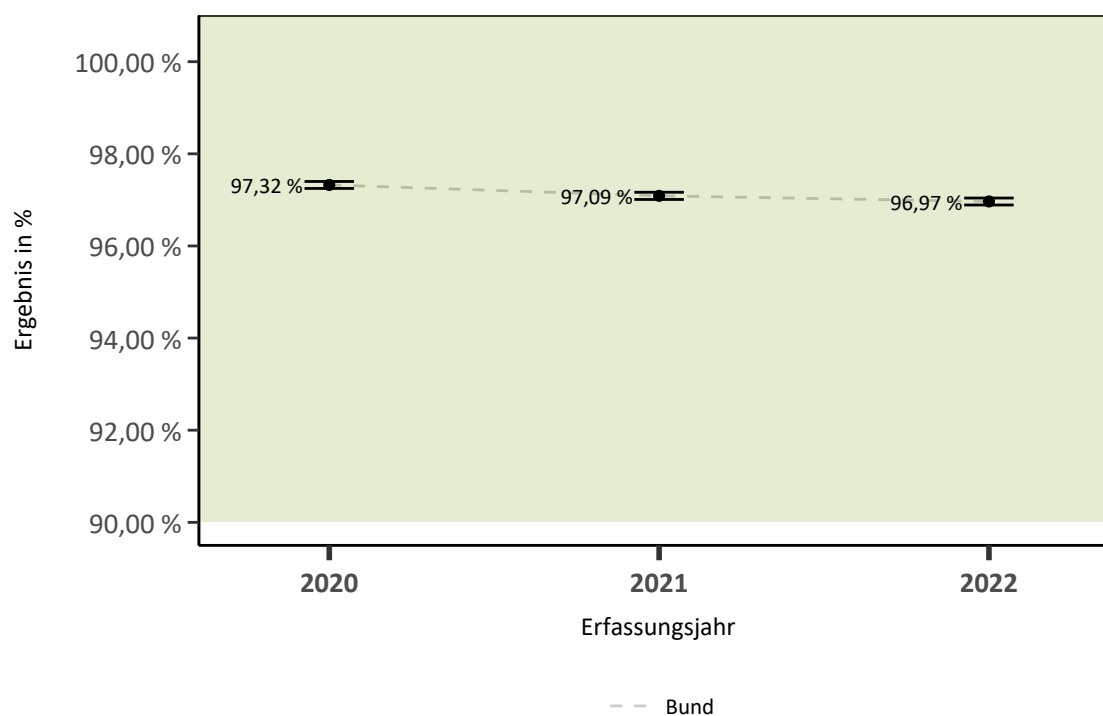
3.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 48 Stunden	ID: 19_22160 1,64 % 1.115/67.886	ID: 19_22164 1,60 % 885/55.358	ID: 19_22168 1,84 % 230/12.528
> 48 Stunden	ID: 19_22161 0,31 % 212/67.886	ID: 19_22165 0,27 % 150/55.358	ID: 19_22169 0,49 % 62/12.528

54004: Sturzprophylaxe

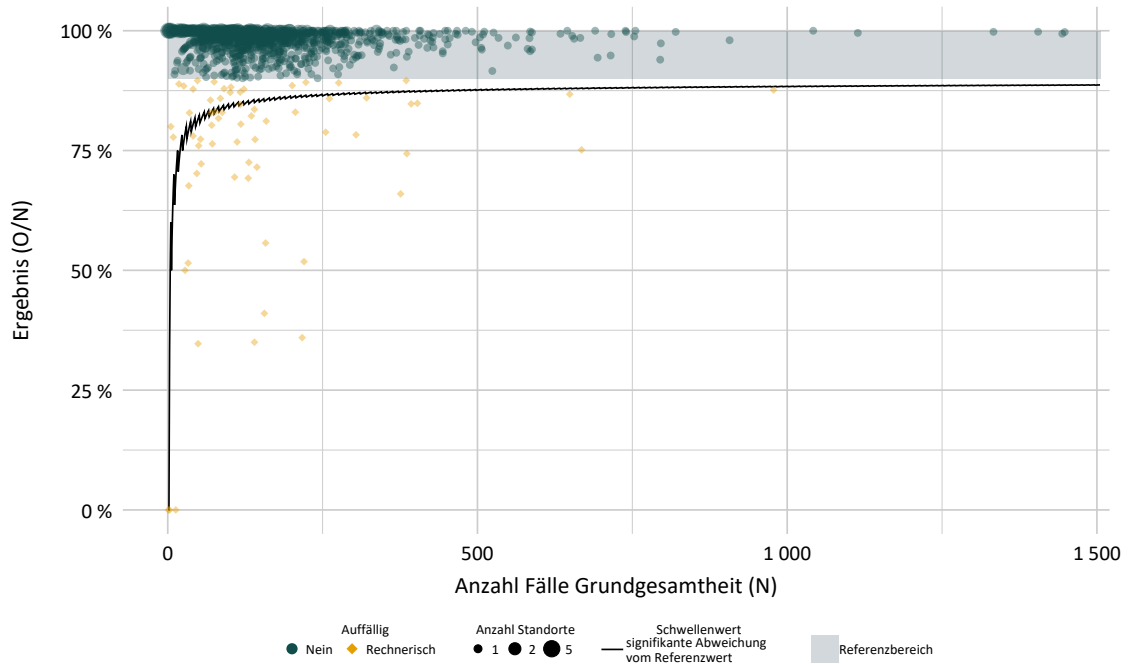
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
ID	54004
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (=Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	171.075 / 175.778	97,32 %	97,25 % - 97,40 %
	2021	171.798 / 176.951	97,09 %	97,01 % - 97,17 %
	2022	192.720 / 198.751	96,97 %	96,89 % - 97,04 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren ²	
4.1.1	ID: 19_22170 Sturzrisikofaktoren erfasst	97,54 % 193.860/198.751
4.1.2	ID: 19_22172 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	97,33 % 193.435/198.751
4.1.3	ID: 54004 Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)	96,97 % 192.720/198.751

² Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

4.2 Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren Ergebnis Bund (gesamt) ³	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Sturzrisikofaktoren erfasst	ID: 19_22538 97,54 % 193.860/198.751	ID: 19_22178 97,43 % 61.849/63.480	ID: 19_22185 97,54 % 118.605/121.595	ID: 19_22192 98,02 % 13.734/14.012	ID: 19_22199 98,35 % 1.375/1.398
Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	ID: 19_22539 97,33 % 193.435/198.751	ID: 19_22179 97,34 % 61.791/63.480	ID: 19_22186 97,27 % 118.281/121.595	ID: 19_22193 97,62 % 13.679/14.012	ID: 19_22200 98,64 % 1.379/1.398

³ Ausgeschlossen werden Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

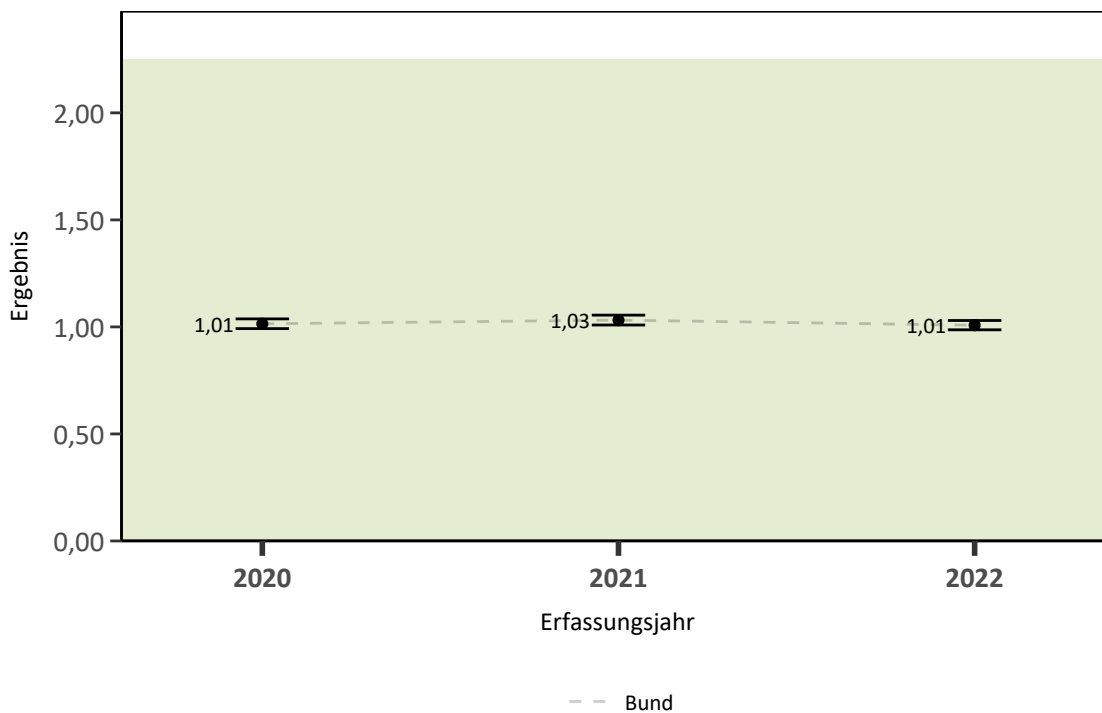
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
---------------	----------------------------------

54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

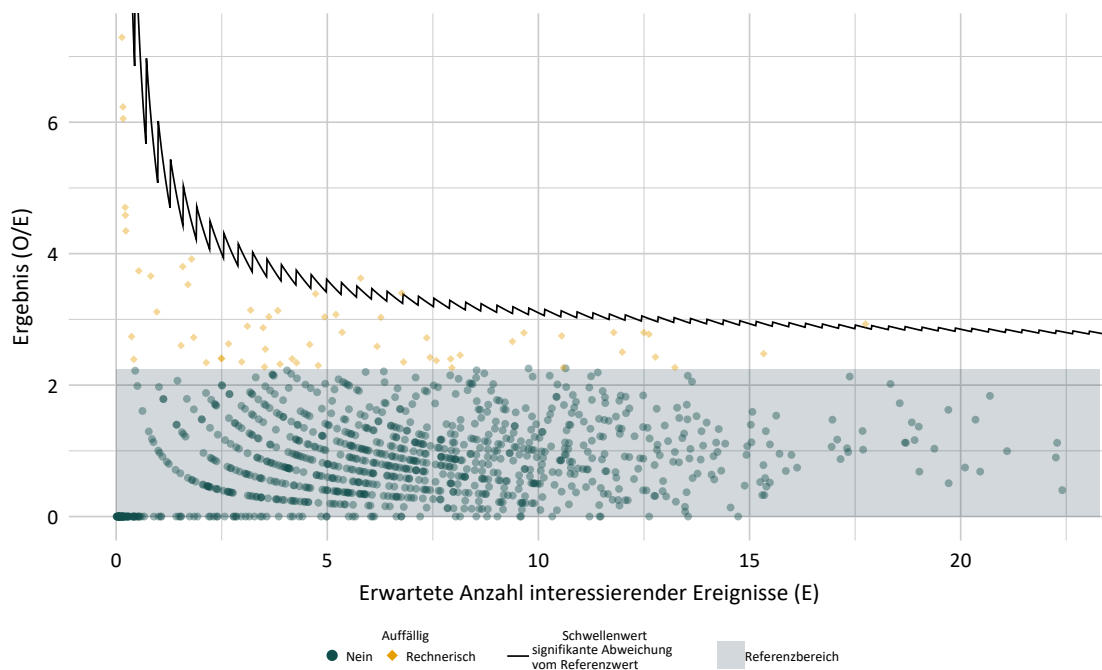
ID	54015
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54015
Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

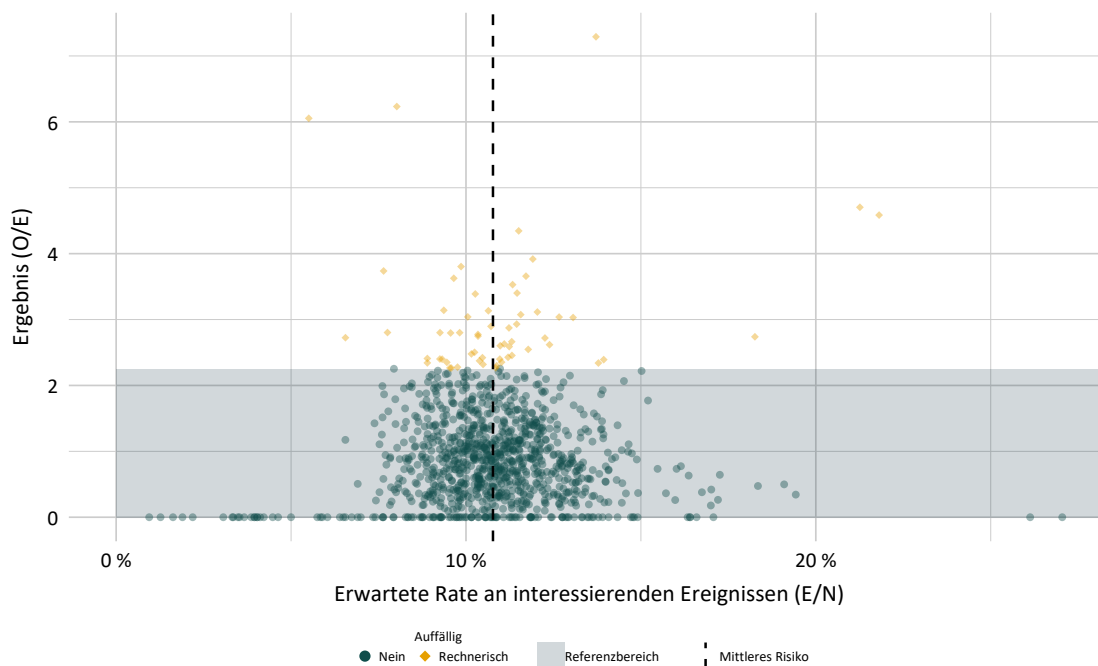
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	61.678	6.783 / 6.686,39	1,01	0,99 - 1,04
	2021	61.432	6.841 / 6.630,92	1,03	1,01 - 1,05
	2022	68.012	7.384 / 7.326,20	1,01	0,99 - 1,03

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

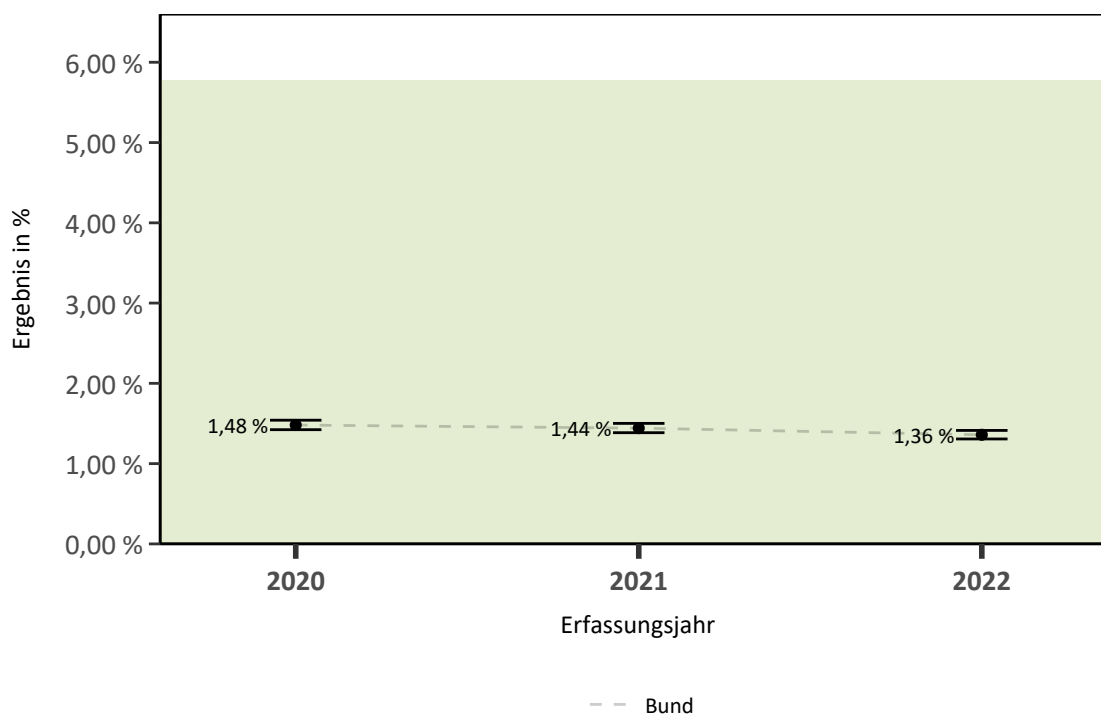
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

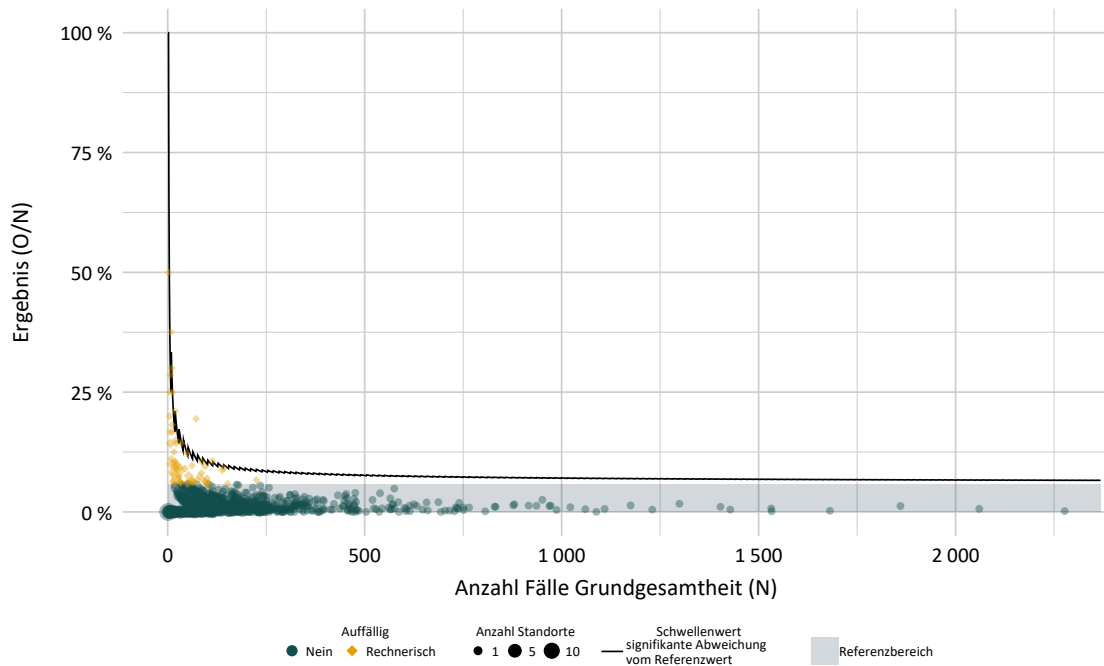
ID	54016
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
Referenzbereich	≤ 5,77 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

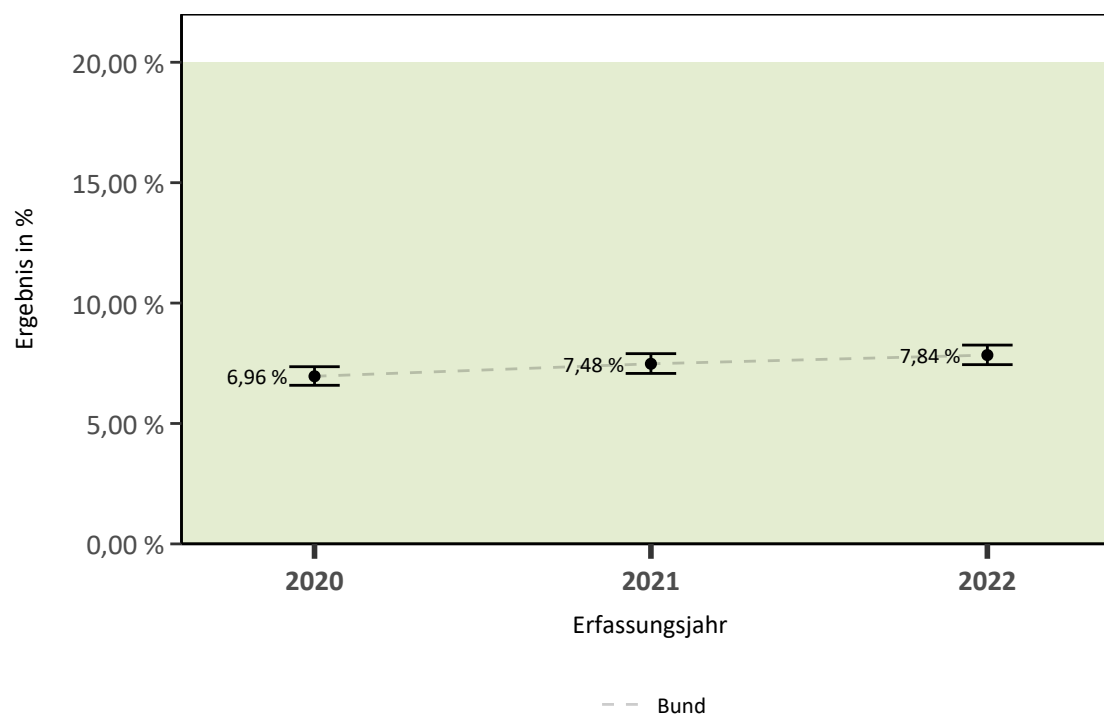
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	2.368 / 159.907	1,48 %	1,42 % - 1,54 %
	2021	2.342 / 162.410	1,44 %	1,39 % - 1,50 %
	2022	2.485 / 182.794	1,36 %	1,31 % - 1,41 %

54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel

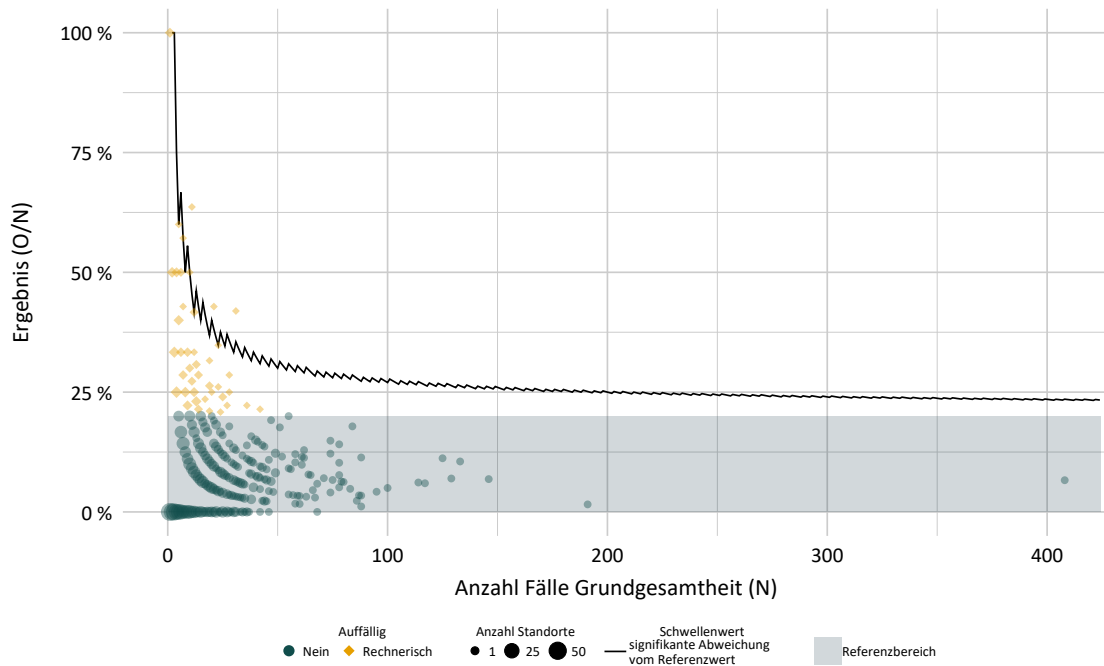
ID	54017
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
Referenzbereich	≤ 20,00 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	1.168 / 16.777	6,96 %	6,59 % - 7,36 %
	2021	1.183 / 15.817	7,48 %	7,08 % - 7,90 %
	2022	1.320 / 16.837	7,84 %	7,44 % - 8,26 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 19_22229 Allgemeine postoperative Komplikationen ohne sonstige Komplikationen ⁴	4,18 % 11.189/267.643
5.1.1	bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
5.1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation ⁵	
5.1.1.1.1	ID: O_54015 O/N (observed, beobachtet)	10,86 % 7.384/68.012
5.1.1.1.2	ID: E_54015 E/N (expected, erwartet)	10,77 % 7.326,20/68.012
5.1.1.1.3	ID: 54015 O/E	1,01
5.1.2	ID: 54016 bei elektiver Erstimplantation	1,36 % 2.485/182.794
5.1.3	ID: 54017 bei Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	7,84 % 1.320/16.837

⁴ bezogen auf den ersten Eingriff

⁵ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Allgemeine postoperative Komplikationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur, elektiver Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel ⁶	
5.2.1	ID: 19_22231 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	4,18 % 11.189/267.643
5.2.2	ID: 19_22233 Pneumonie	1,02 % 2.727/267.643
5.2.3	ID: 19_22234 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1,45 % 3.880/267.643
5.2.4	ID: 19_22235 tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,09 % 236/267.643
5.2.5	ID: 19_22236 Lungenembolie	0,30 % 813/267.643
5.2.6	ID: 19_22237 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	0,53 % 1.406/267.643
5.2.7	ID: 19_22238 Schlaganfall	0,21 % 562/267.643

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.8	ID: 19_22239 akute gastrointestinale Blutung	0,17 % 466/267.643
5.2.9	ID: 19_22240 akute Niereninsuffizienz	0,95 % 2.532/267.643
5.2.10	ID: 19_22241 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,43 % 1.146/267.643
5.2.11	ID: 19_22242 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ⁷	2,59 % 6.929/267.643

⁶ bezogen auf den ersten Eingriff

⁷ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

5.3 Allgemeine postoperative Komplikationen (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Pneumonie	ID: 19_22510 1,02 % 2.727/267.643	ID: 19_22245 3,22 % 2.190/68.012	ID: 19_22256 0,15 % 270/182.794	ID: 19_22267 1,66 % 248/14.898	ID: 19_22278 0,98 % 19/1.939
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	ID: 19_22511 1,45 % 3.880/267.643	ID: 19_22246 3,64 % 2.478/68.012	ID: 19_22257 0,47 % 852/182.794	ID: 19_22268 3,27 % 487/14.898	ID: 19_22279 3,25 % 63/1.939
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	ID: 19_22512 0,09 % 236/267.643	ID: 19_22247 0,14 % 95/68.012	ID: 19_22258 0,05 % 99/182.794	ID: 19_22269 0,21 % 32/14.898	ID: 19_22280 0,52 % 10/1.939
Lungenembolie	ID: 19_22513 0,30 % 813/267.643	ID: 19_22248 0,82 % 557/68.012	ID: 19_22259 0,09 % 159/182.794	ID: 19_22270 0,58 % 87/14.898	ID: 19_22281 0,52 % 10/1.939
katheterassoziierte Harnwegsinfektion	ID: 19_22514 0,53 % 1.406/267.643	ID: 19_22249 1,41 % 961/68.012	ID: 19_22260 0,13 % 245/182.794	ID: 19_22271 1,17 % 175/14.898	ID: 19_22282 1,29 % 25/1.939
Schlaganfall	ID: 19_22515 0,21 % 562/267.643	ID: 19_22250 0,54 % 368/68.012	ID: 19_22261 0,08 % 149/182.794	ID: 19_22272 0,25 % 37/14.898	ID: 19_22283 0,41 % 8/1.939
akute gastrointestinale Blutung	ID: 19_22516 0,17 % 466/267.643	ID: 19_22251 0,46 % 310/68.012	ID: 19_22262 0,05 % 93/182.794	ID: 19_22273 0,40 % 59/14.898	ID: 19_22284 0,21 % 4/1.939
akute Niereninsuffizienz	ID: 19_22517 0,95 % 2.532/267.643	ID: 19_22252 2,28 % 1.554/68.012	ID: 19_22263 0,38 % 697/182.794	ID: 19_22274 1,54 % 230/14.898	ID: 19_22285 2,63 % 51/1.939

5.3 Allgemeine postoperative Komplikationen (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	ID: 19_22518 0,43 % 1.146/267.643	ID: 19_22254 1,08 % 737/68.012	ID: 19_22265 0,14 % 259/182.794	ID: 19_22276 0,84 % 125/14.898	ID: 19_22287 1,29 % 25/1.939
gesamt	ID: 19_22519 4,18 % 11.189/267.643	ID: 19_22506 10,86 % 7.384/68.012	ID: 19_22507 1,36 % 2.485/182.794	ID: 19_22508 7,78 % 1.159/14.898	ID: 19_22509 8,30 % 161/1.939
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	ID: 19_22520 2,59 % 6.929/267.643	ID: 19_22255 5,63 % 3.826/68.012	ID: 19_22266 1,19 % 2.181/182.794	ID: 19_22277 5,27 % 785/14.898	ID: 19_22288 7,07 % 137/1.939

Gruppe: Spezifische Komplikationen

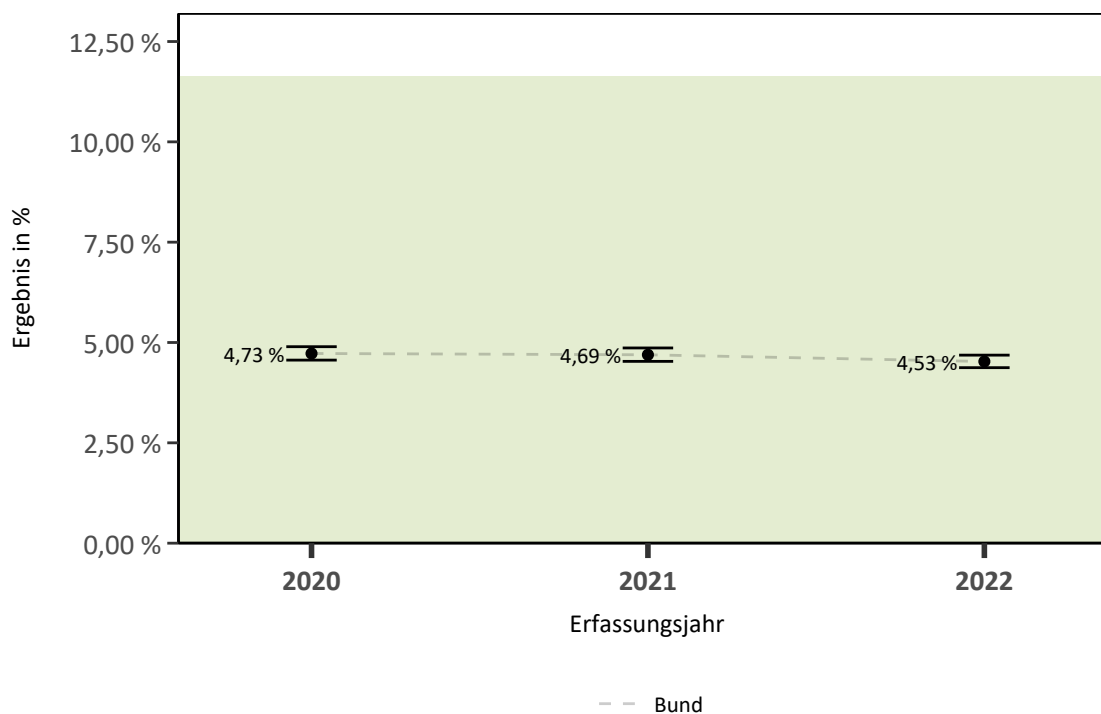
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
---------------	-----------------------------------

54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

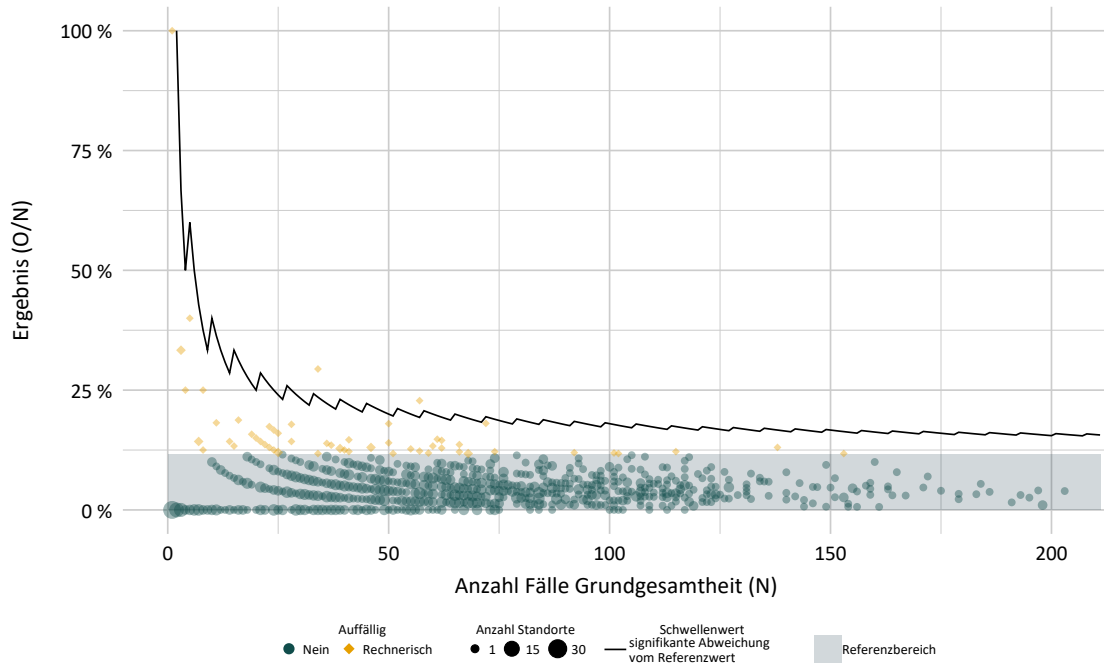
ID	54018
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
Referenzbereich	≤ 11,63 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

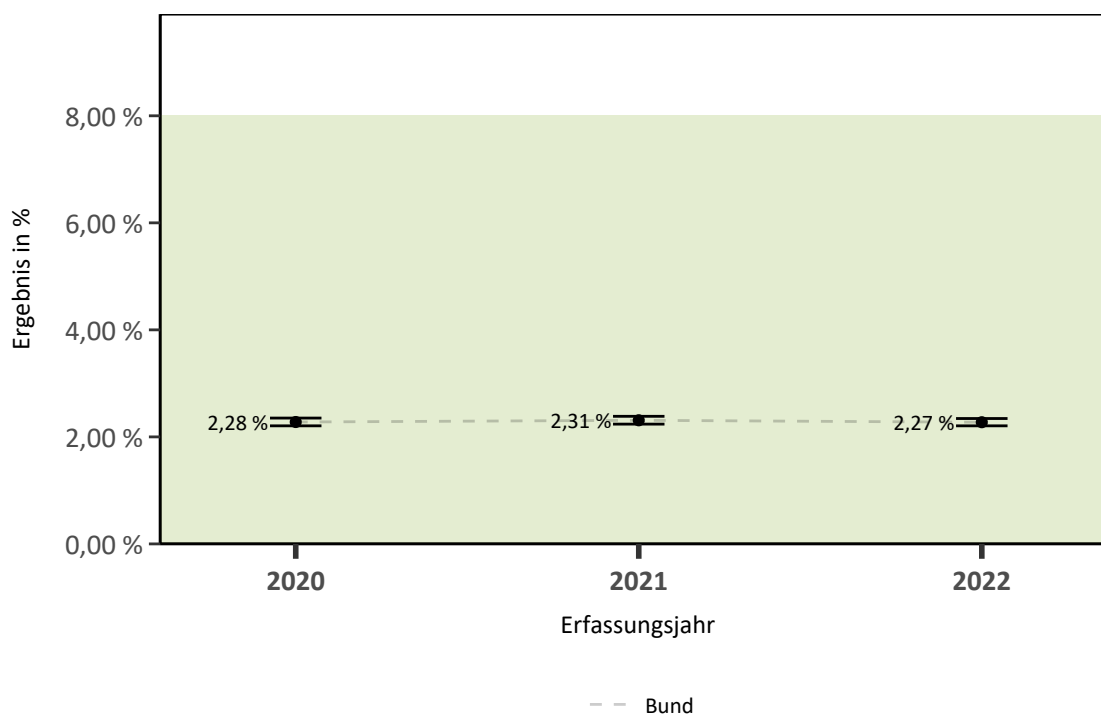
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	2.923 / 61.855	4,73 %	4,56 % - 4,90 %
	2021	2.892 / 61.608	4,69 %	4,53 % - 4,86 %
	2022	3.086 / 68.177	4,53 %	4,37 % - 4,69 %

54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

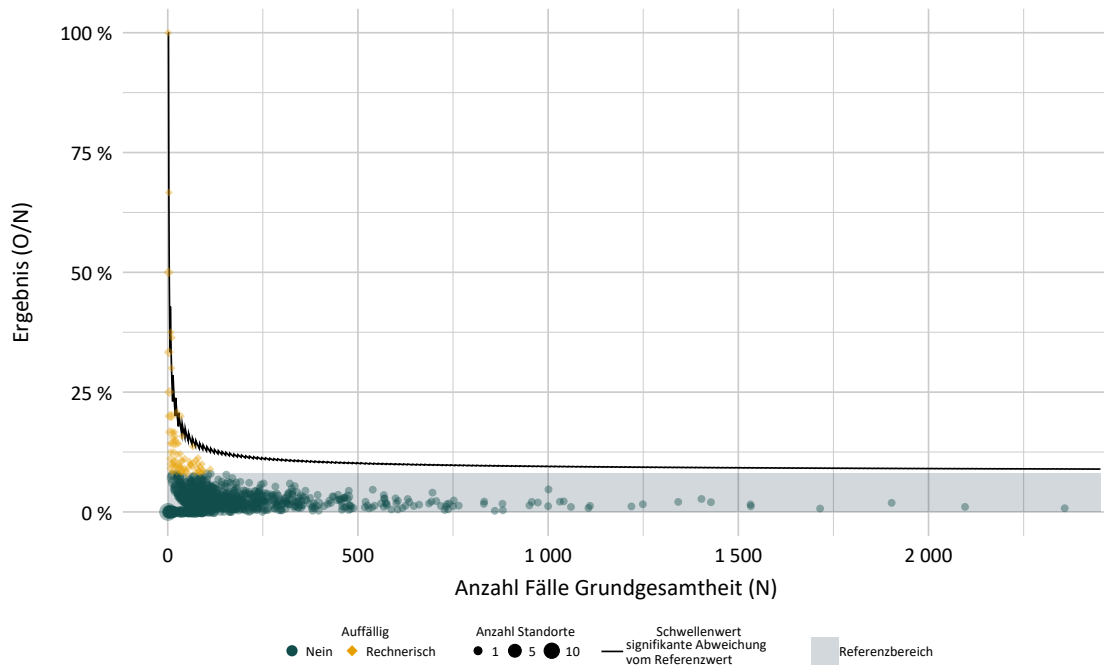
ID	54019
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
Referenzbereich	≤ 8,01 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

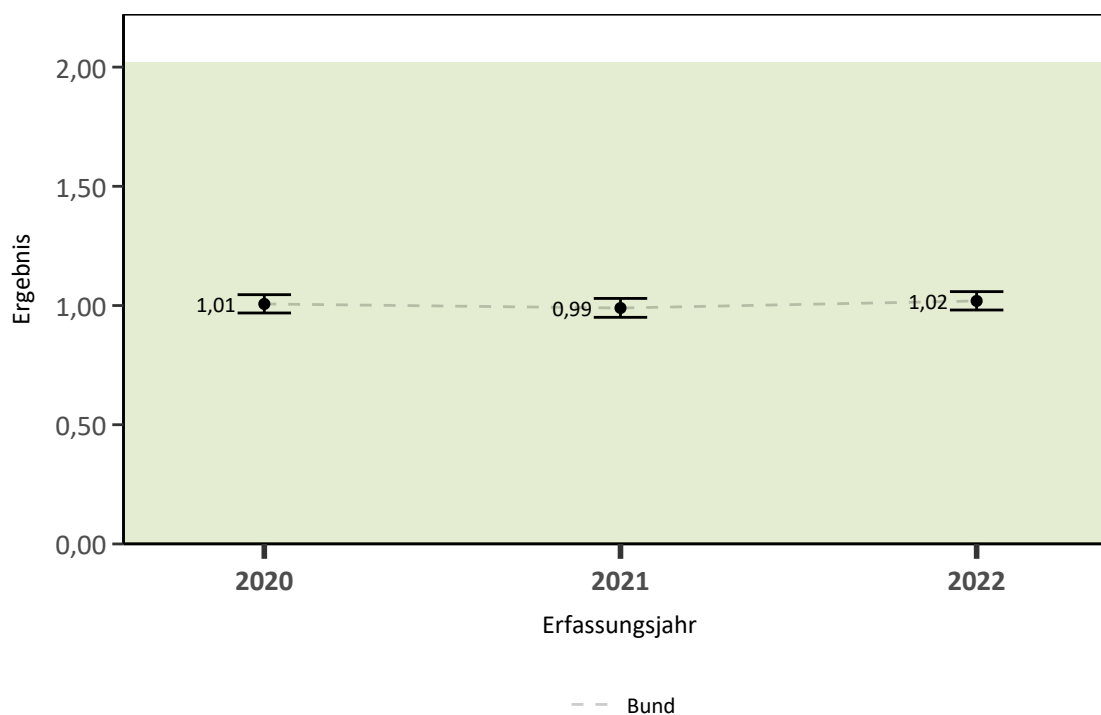
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	3.665 / 160.910	2,28 %	2,21 % - 2,35 %
	2021	3.775 / 163.429	2,31 %	2,24 % - 2,38 %
	2022	4.185 / 184.080	2,27 %	2,21 % - 2,34 %

54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

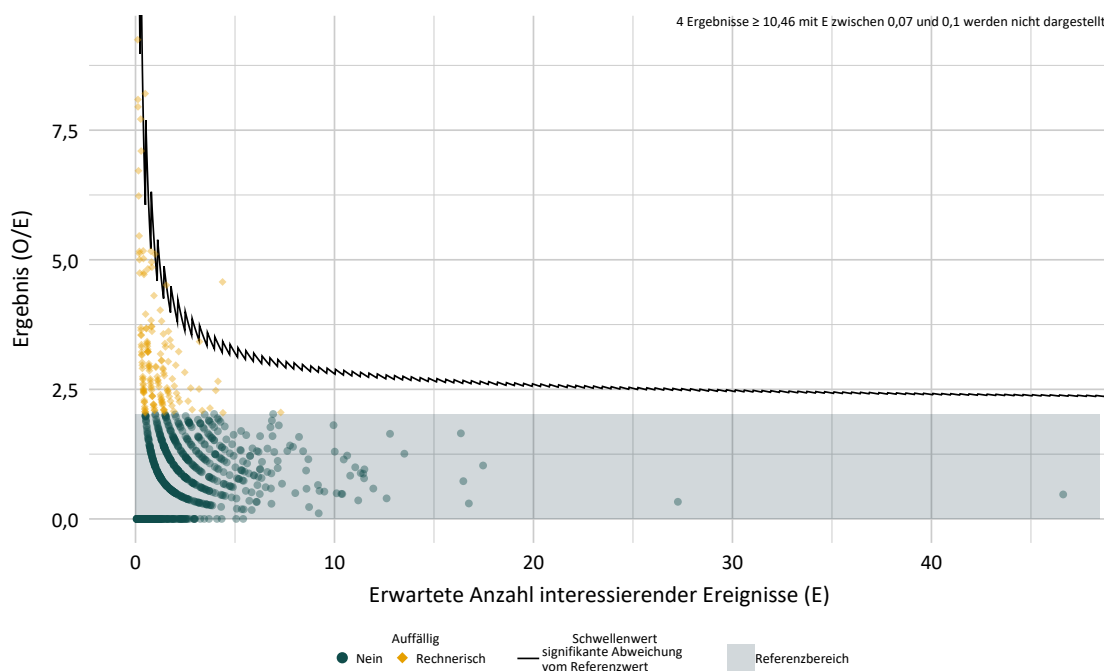
ID	54120
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
E (expected)	Erwartete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54120
Referenzbereich	≤ 2,02 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

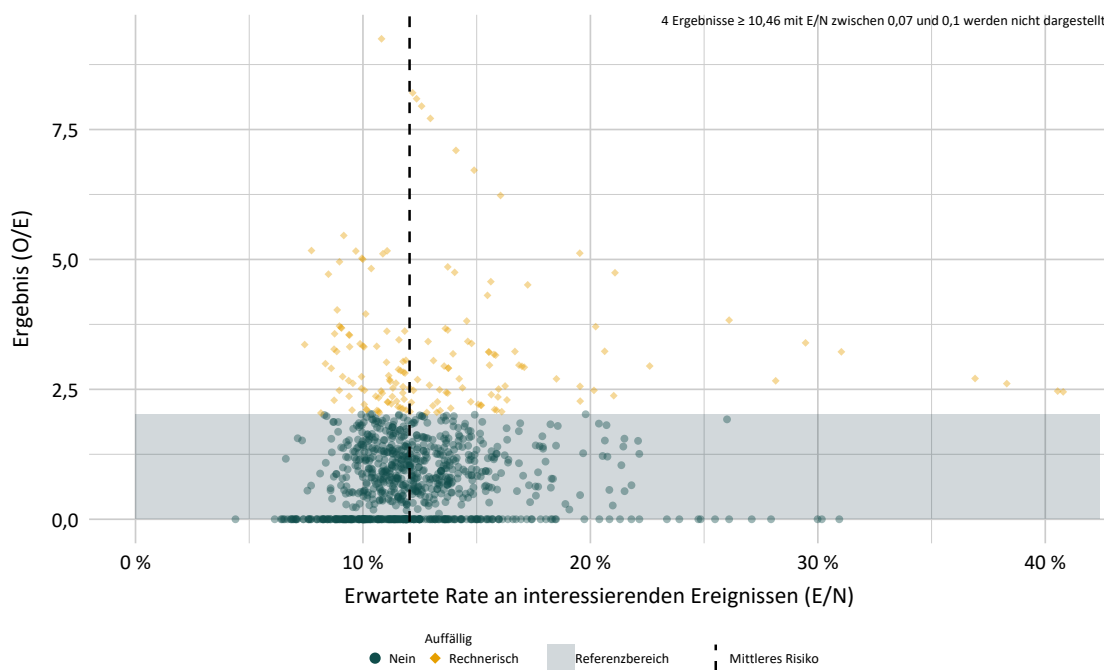
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	19.026	2.322 / 2.307,10	1,01	0,97 - 1,05
	2021	17.843	2.110 / 2.132,30	0,99	0,95 - 1,03
	2022	19.185	2.356 / 2.311,82	1,02	0,98 - 1,06

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 19_22289 Spezifische Komplikationen ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	3,55 % 9.627/271.442
6.1.1	ID: 54018 bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	4,53 % 3.086/68.177
6.1.2	ID: 54019 bei elektiver Erstimplantation	2,27 % 4.185/184.080
6.1.3	bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	
6.1.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer spezifischen Komplikation ⁸	
6.1.3.1.1	ID: O_54120 O/N (observed, beobachtet)	12,28 % 2.356/19.185
6.1.3.1.2	ID: E_54120 E/N (expected, erwartet)	12,05 % 2.311,82/19.185
6.1.3.1.3	ID: 54120 O/E	1,02
6.1.4	Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen bei einem einzeitigen oder zweizeitigen Wechsel	
6.1.4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer Implantatfehl-/-dislokation, periprothetischen Fraktur oder Endoprothesenluxation ⁹	
6.1.4.1.1	ID: O_191800_54120 O/N (observed, beobachtet)	5,52 % 1.059/19.185
6.1.4.1.2	ID: E_191800_54120 E/N (expected, erwartet)	5,26 % 1.009,75/19.185
6.1.4.1.3	ID: 191800_54120 O/E	1,05
6.1.5	Ebene 2: Weichteilkomplikationen bei einem einzeitigen oder zweizeitigen Wechsel	
6.1.5.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer/einem postoperativen Wundinfektion, Wunddehizens, sekundären Nekrose, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom ¹⁰	
6.1.5.1.1	ID: O_191801_54120 O/N (observed, beobachtet)	7,16 % 1.297/18.126
6.1.5.1.2	ID: E_191801_54120 E/N (expected, erwartet)	7,17 % 1.299,71/18.126

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1.5.1.3	ID: 191801_54120 O/E	1,00

⁸ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

⁹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

¹⁰ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Spezifische Komplikationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur, elektiver Erstimplantation und Wechsel bzw. Komponentenwechsel	
6.2.1	ID: 19_22294 Mindestens eine spezifische Komplikation ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	3,55 % 9.627/271.442
6.2.2	ID: 19_22295 primäre Implantatfehlage	0,08 % 221/271.442
6.2.3	ID: 19_22296 sekundäre Implantatdislokation	0,20 % 542/271.442
6.2.4	ID: 19_22297 offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	0,63 % 1.714/271.442
6.2.5	ID: 19_22298 Wundhämatom/Nachblutung	0,79 % 2.139/271.442
6.2.6	ID: 19_22299 Gefäßläsion	0,03 % 94/271.442
6.2.7	ID: 19_22300 persistierender motorischer Nervenschaden	0,22 % 596/271.442
6.2.8	ID: 19_22301 periprothetische Fraktur	1,14 % 3.100/271.442
6.2.9	ID: 19_22302 reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,32 % 877/271.442
6.2.10	ID: 19_22303 reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0,03 % 73/271.442
6.2.11	ID: 19_22304 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen ¹¹	0,67 % 1.828/271.442
6.2.12	ID: 19_22305 postoperative Wundinfektion	0,81 % 2.189/271.442
6.2.12.1	ID: 19_22306 A1 (oberflächliche Wundinfektion) ¹²	20,97 % 459/2.189
6.2.12.2	ID: 19_22307 A2 (tiefe Wundinfektion)	60,90 % 1.333/2.189
6.2.12.3	ID: 19_22308 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	18,14 % 397/2.189

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2.13	ID: 19_22309 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen ¹³	2,28 % 6.196/271.442

¹¹ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

¹² Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

¹³ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

6.3 Spezifische Komplikationen Ergebnis Bund (gesamt)	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
primäre Implantatfehl- lage	ID: 19_22525 0,08 % 221/271.442	ID: 19_22310 0,10 % 65/68.177	ID: 19_22325 0,06 % 113/184.080	ID: 19_22340 0,23 % 39/17.161	ID: 19_22355 0,20 % 4/2.024
sekundäre Implantatdislo- kation	ID: 19_22526 0,20 % 542/271.442	ID: 19_22311 0,27 % 184/68.177	ID: 19_22326 0,12 % 218/184.080	ID: 19_22341 0,74 % 127/17.161	ID: 19_22356 0,64 % 13/2.024
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)lux- ation	ID: 19_22527 0,63 % 1.714/271.442	ID: 19_22312 1,04 % 709/68.177	ID: 19_22327 0,28 % 519/184.080	ID: 19_22342 2,47 % 424/17.161	ID: 19_22357 3,06 % 62/2.024
Wundhämatom/Nachbl- utung	ID: 19_22528 0,79 % 2.139/271.442	ID: 19_22313 1,21 % 823/68.177	ID: 19_22328 0,40 % 737/184.080	ID: 19_22343 2,73 % 468/17.161	ID: 19_22358 5,48 % 111/2.024
Gefäßläsion	ID: 19_22529 0,03 % 94/271.442	ID: 19_22314 0,04 % 26/68.177	ID: 19_22329 0,02 % 40/184.080	ID: 19_22344 0,15 % 25/17.161	ID: 19_22359 x % ≤3/2.024
persistierender motorischer Nervenschaden	ID: 19_22530 0,22 % 596/271.442	ID: 19_22315 0,14 % 95/68.177	ID: 19_22330 0,21 % 388/184.080	ID: 19_22345 0,61 % 105/17.161	ID: 19_22360 0,40 % 8/2.024
periprothetische Fraktur	ID: 19_22531 1,14 % 3.100/271.442	ID: 19_22316 1,10 % 752/68.177	ID: 19_22331 1,02 % 1.886/184.080	ID: 19_22346 2,31 % 396/17.161	ID: 19_22361 3,26 % 66/2.024
reoperationspflichtige Wunddehiszenz	ID: 19_22532 0,32 % 877/271.442	ID: 19_22317 0,43 % 293/68.177	ID: 19_22332 0,15 % 273/184.080	ID: 19_22347 1,43 % 245/17.161	ID: 19_22362 3,26 % 66/2.024
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	ID: 19_22533 0,03 % 73/271.442	ID: 19_22318 0,05 % 32/68.177	ID: 19_22333 0,01 % 20/184.080	ID: 19_22348 0,11 % 19/17.161	ID: 19_22363 x % ≤3/2.024
postoperative Wundinfektion	ID: 19_22534 0,81 % 2.189/271.442	ID: 19_22320 1,11 % 756/68.177	ID: 19_22335 0,32 % 580/184.080	ID: 19_22350 4,21 % 723/17.161	ID: 19_22365 6,42 % 130/2.024
gesamt	ID: 19_22535 3,64 % 9.867/271.442	ID: 19_22521 4,68 % 3.190/68.177	ID: 19_22522 2,31 % 4.246/184.080	ID: 19_22523 12,08 % 2.073/17.161	ID: 19_22524 17,69 % 358/2.024

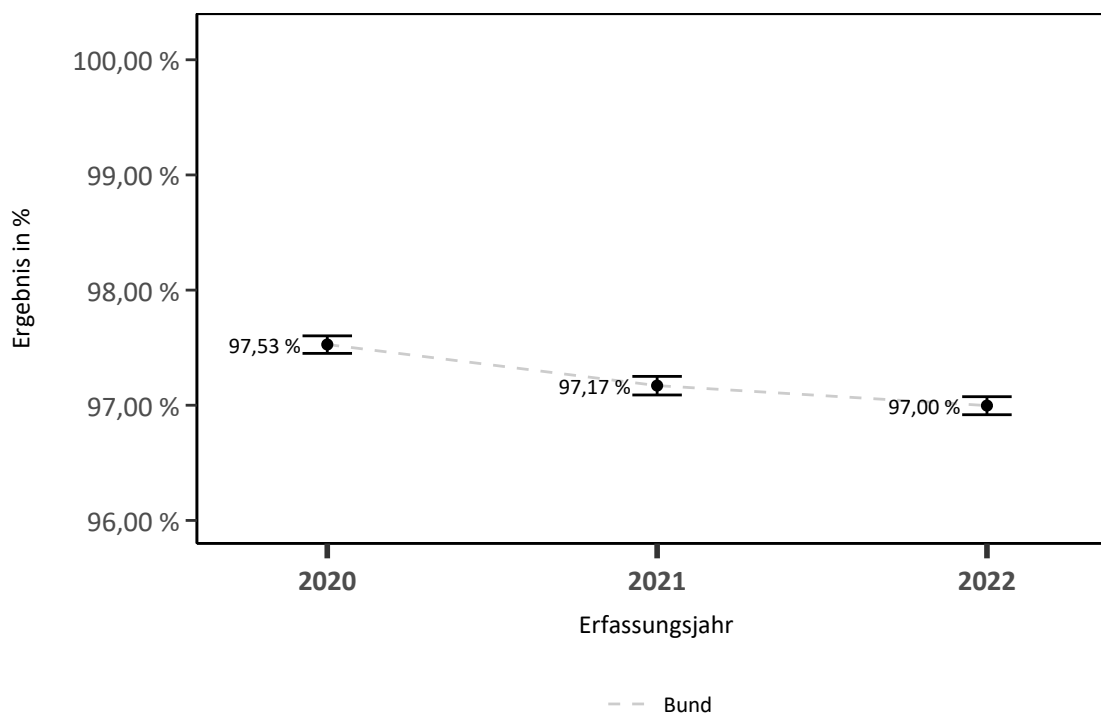
6.3 Spezifische Komplikationen Ergebnis Bund (gesamt)	alle Eingriffsarten	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	ID: 19_22536 0,67 % 1.828/271.442	ID: 19_22319 1,00 % 683/68.177	ID: 19_22334 0,38 % 699/184.080	ID: 19_22349 2,23 % 382/17.161	ID: 19_22364 3,16 % 64/2.024
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	ID: 19_22537 2,28 % 6.196/271.442	ID: 19_22324 3,23 % 2.202/68.177	ID: 19_22339 1,20 % 2.209/184.080	ID: 19_22354 8,79 % 1.508/17.161	ID: 19_22369 13,69 % 277/2.024

54010: Beweglichkeit bei Entlassung

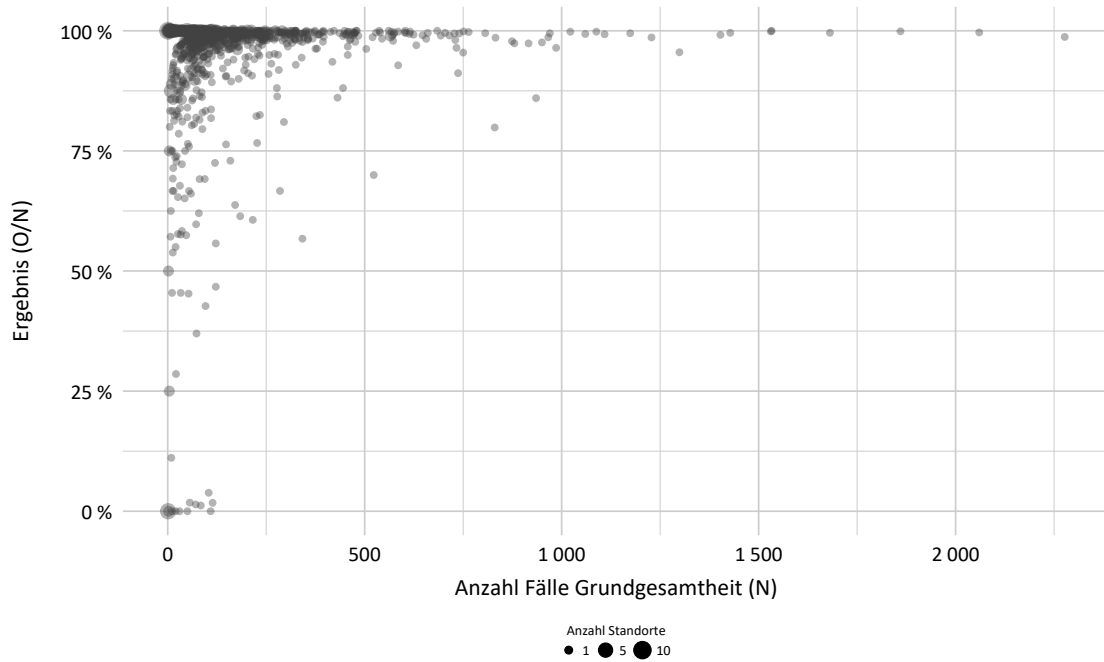
Qualitätsziel	Möglichst oft eine Beweglichkeit des Hüftgelenks von mindestens 0-0-70 Grad bei Entlassung aus der akut-stationären Versorgung nach einer elektiven Erstimplantation einer Hüftendoprothese
ID	54010
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte von 0-0-70 Grad erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	155.692 / 159.639	97,53 %	97,45 % - 97,60 %
	2021	157.582 / 162.170	97,17 %	97,09 % - 97,25 %
	2022	177.008 / 182.488	97,00 %	96,92 % - 97,07 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 54010 postoperative Beweglichkeit von mindestens 0-0-70 Grad nach elektiver Erstimplantation	97,00 % 177.008/182.488

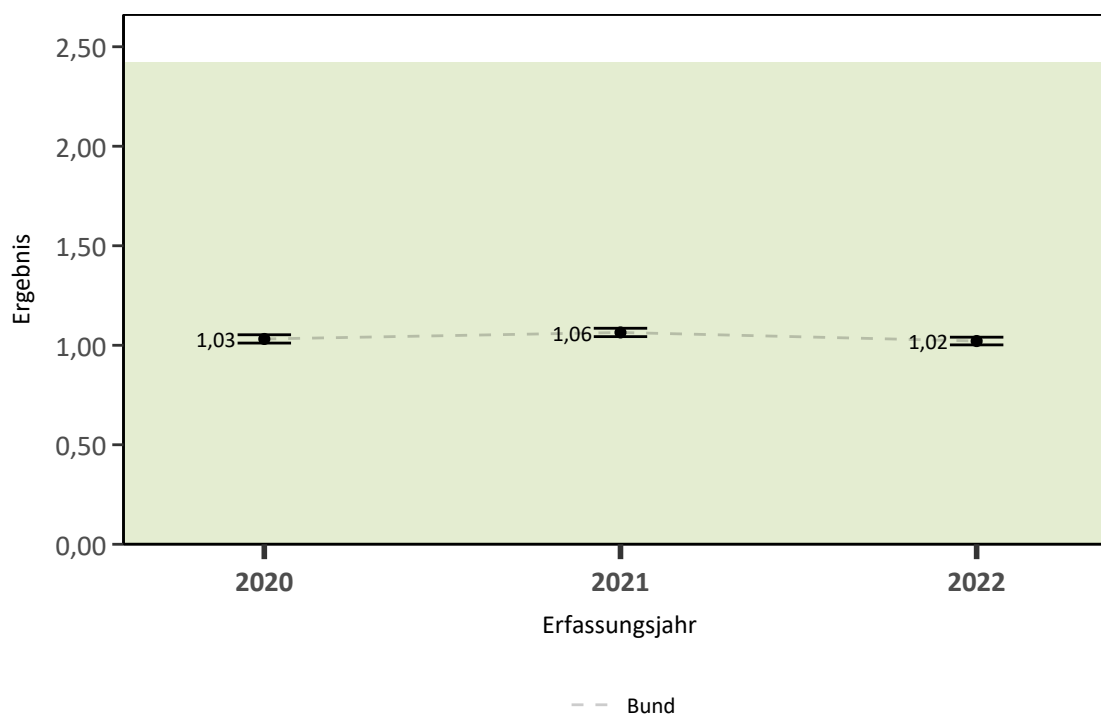
7.2 Bewegungsausmaß passiv mit Neutral- Null-Methode Ergebnis Bund (gesamt)	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
bestimmt	ID: 19_22374 85,34 % 54.465/63.822	ID: 19_22376 97,65 % 178.203/182.488	ID: 19_22378 90,78 % 14.790/16.292	ID: 19_22380 92,65 % 1.828/1.973
nicht bestimmt	ID: 19_22375 14,66 % 9.357/63.822	ID: 19_22377 2,35 % 4.285/182.488	ID: 19_22379 9,22 % 1.502/16.292	ID: 19_22381 7,35 % 145/1.973

54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung

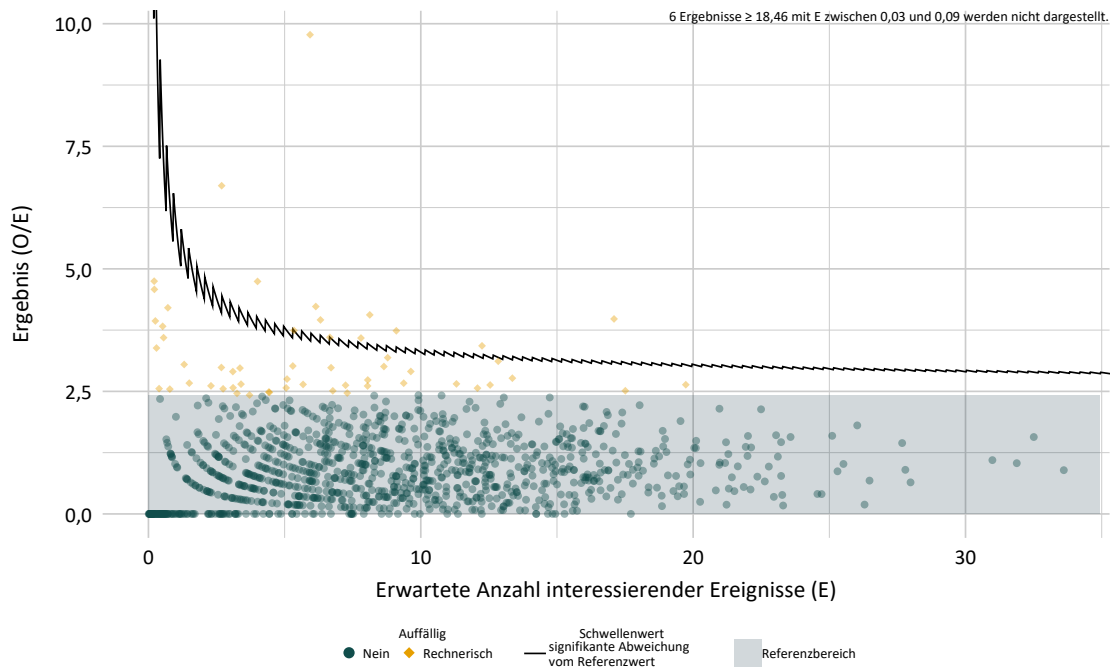
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
ID	54012
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54012
Referenzbereich	≤ 2,42 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

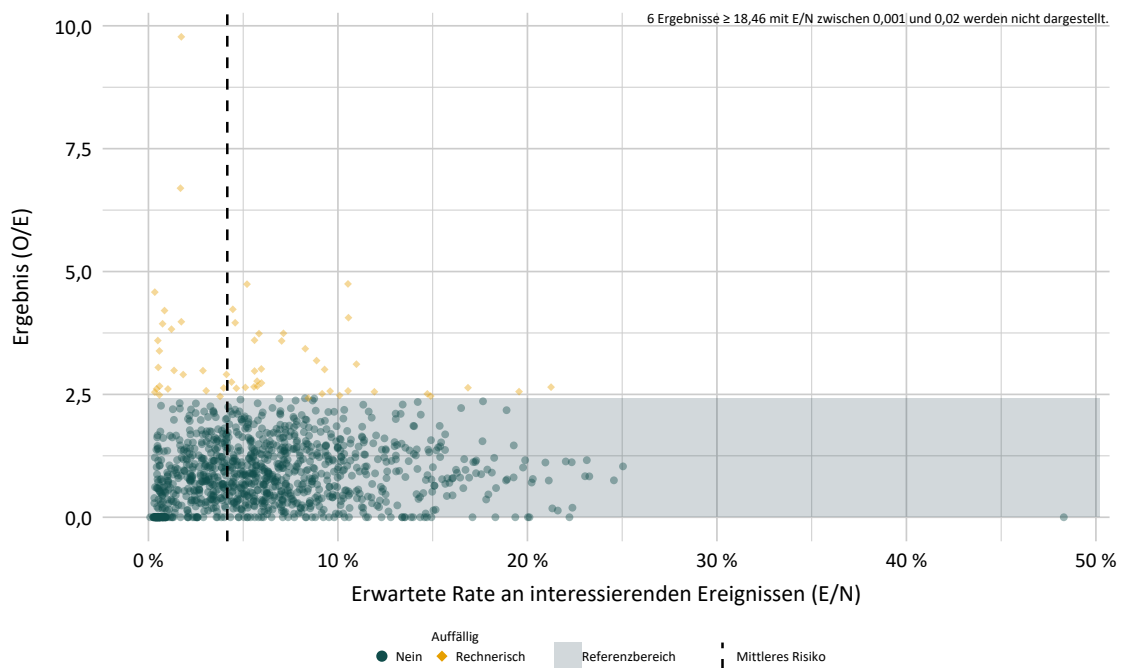
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	209.128	9.024 / 8.747,89	1,03	1,01 - 1,05
	2021	212.348	9.449 / 8.879,15	1,06	1,04 - 1,09
	2022	239.743	10.185 / 9.974,98	1,02	1,00 - 1,04

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	Gehunfähigkeit bei Entlassung ¹⁴	
8.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹⁵	
8.1.1.1	ID: O_54012 O/N (observed, beobachtet)	4,25 % 10.185/239.743
8.1.1.2	ID: E_54012 E/N (expected, erwartet)	4,16 % 9.974,98/239.743
8.1.1.3	ID: 54012 O/E	1,02

¹⁴ bezogen auf den ersten Eingriff

¹⁵ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	ID: 19_22383 Gehunfähigkeit bei Entlassung ¹⁶	4,25 % 10.185/239.743
8.2.1	ID: 19_22384 nach einer hüftgelenknahen Femurfraktur	15,03 % 7.894/52.517
8.2.1.1	ID: 19_22385 O/N (observed, beobachtet)	15,03 % 7.894/52.517
8.2.1.2	ID: 19_22386 E/N (expected, erwartet)	14,44 % 7.585,14/52.517
8.2.1.3	ID: 19_22387 O/E	1,04
8.2.2	ID: 19_22388 nach elektiver Erstimplantation	0,59 % 1.028/174.729
8.2.2.1	ID: 19_22389 O/N (observed, beobachtet)	0,59 % 1.028/174.729
8.2.2.2	ID: 19_22390 E/N (expected, erwartet)	0,61 % 1.064,90/174.729
8.2.2.3	ID: 19_22391 O/E	0,97
8.2.3	ID: 19_22392 nach einzeitigem Wechsel	11,04 % 1.447/13.111
8.2.3.1	ID: 19_22393 O/N (observed, beobachtet)	11,04 % 1.447/13.111
8.2.3.2	ID: 19_22394 E/N (expected, erwartet)	10,88 % 1.426,78/13.111
8.2.3.3	ID: 19_22395 O/E	1,01

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2.4	ID: 19_22396 nach zweizeitigem Wechsel	7,62 % 77/1.010
8.2.4.1	ID: 19_22397 O/N (observed, beobachtet)	7,62 % 77/1.010
8.2.4.2	ID: 19_22398 E/N (expected, erwartet)	8,11 % 81,91/1.010
8.2.4.3	ID: 19_22399 O/E	0,94

¹⁶ Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3	ID: 19_22400 Gehunfähigkeit bei Aufnahme / vor der Fraktur	100,00 % 22.864/22.864
8.3.1	ID: 19_22401 gefähig bei Entlassung	51,00 % 11.660/22.864
8.3.2	ID: 19_22402 gehunfähig bei Entlassung	49,00 % 11.204/22.864

Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung

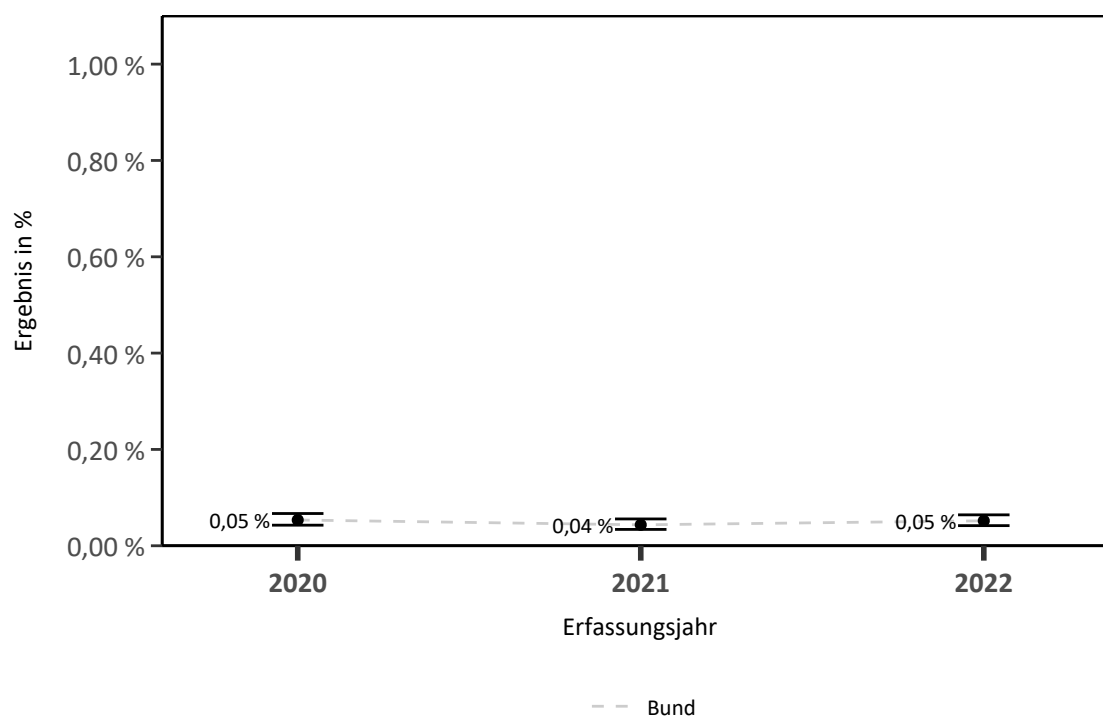
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
---------------	---

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

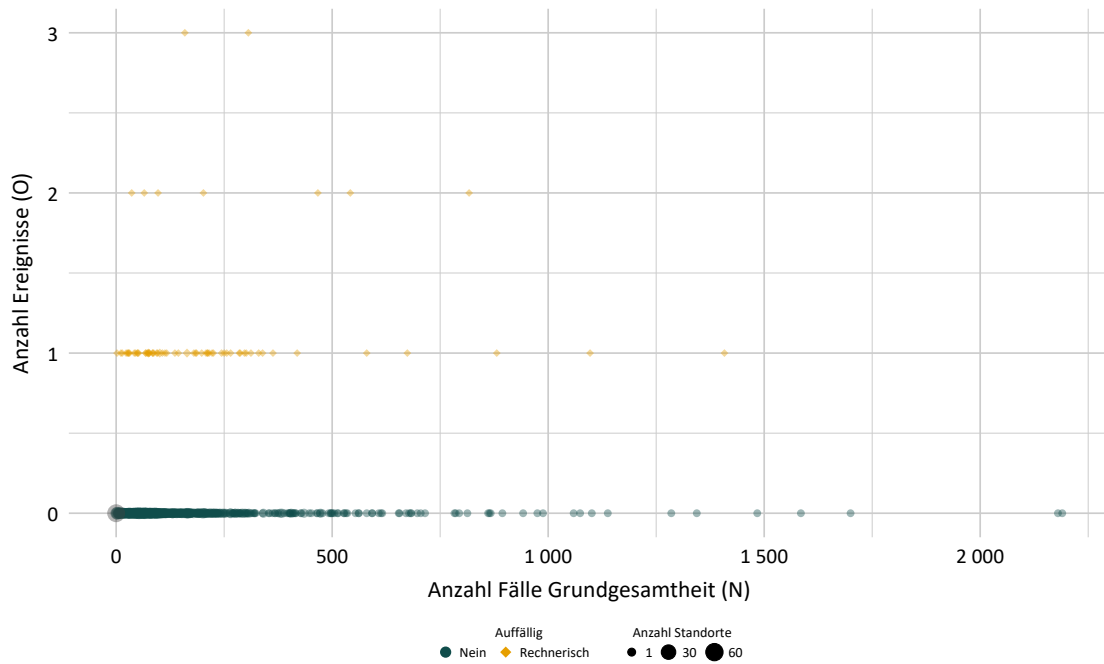
ID	54013
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen). Nicht im Indikator eingeschlossen sind Behandlungsfälle mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur sowie mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

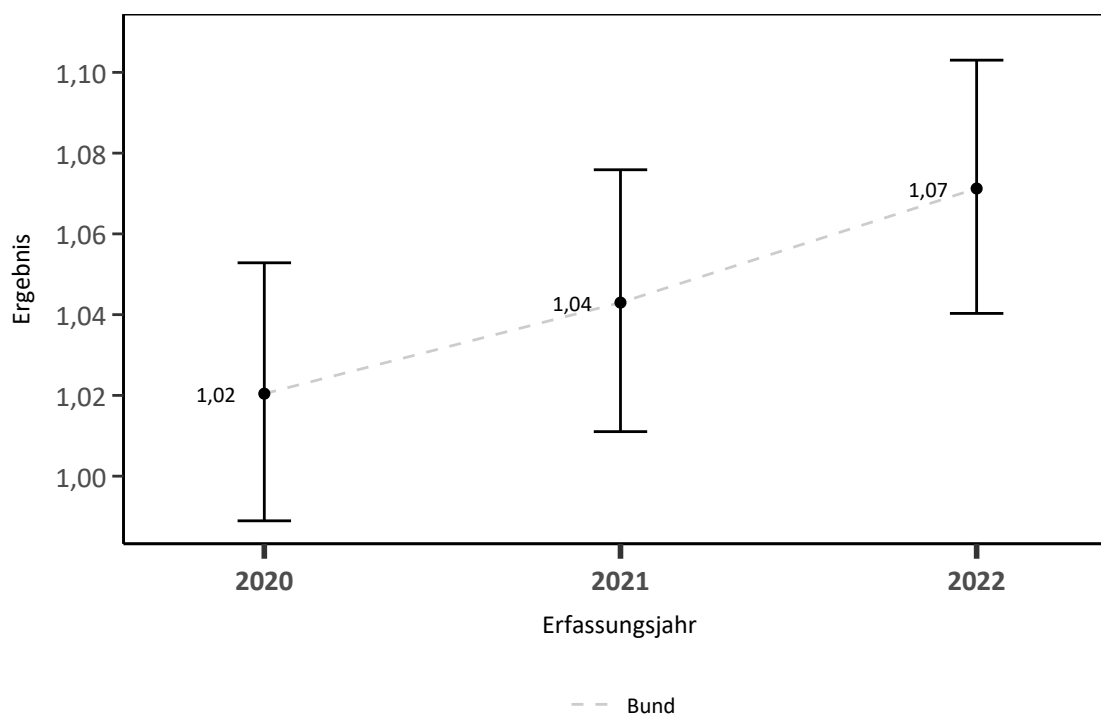
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	76 / 142.072	0,05 %	0,04 % - 0,07 %
	2021	62 / 142.786	0,04 %	0,03 % - 0,06 %
	2022	83 / 160.306	0,05 %	0,04 % - 0,06 %

191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur

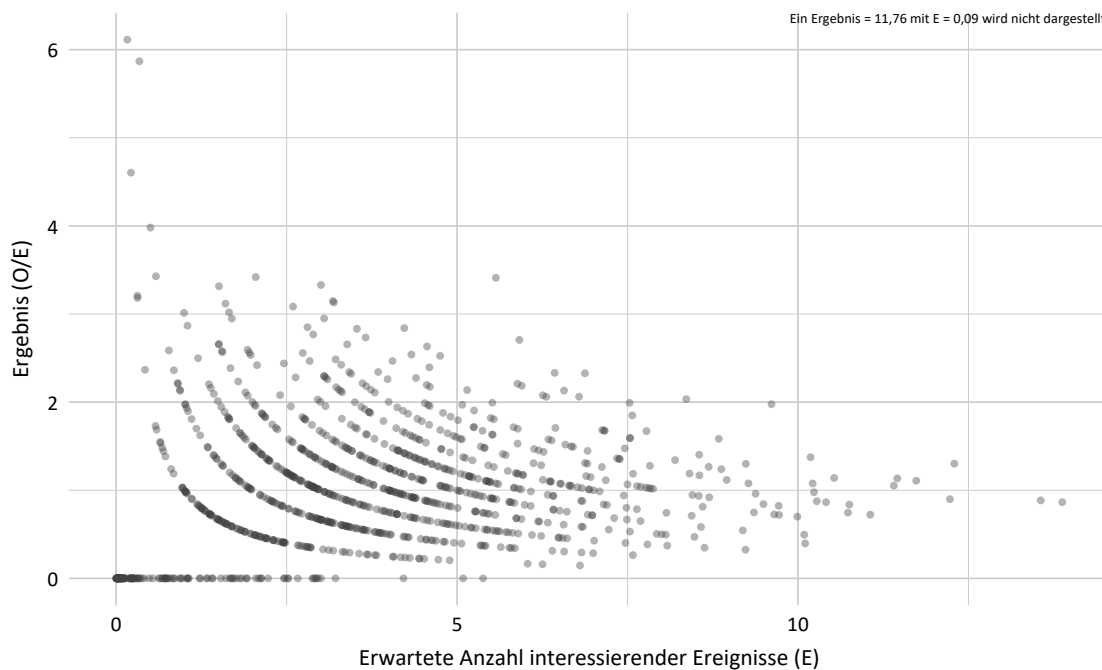
ID	191914
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit hüftgelenknaher Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 191914
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

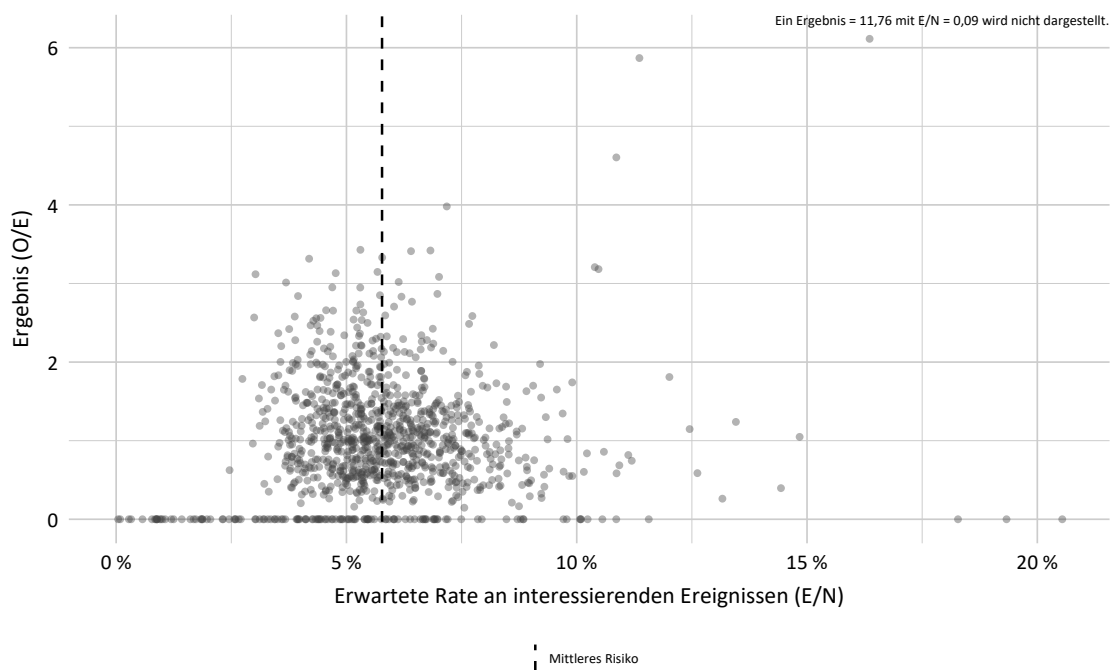
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	61.678	3.685 / 3.611,25	1,02	0,99 - 1,05
	2021	61.432	3.733 / 3.579,17	1,04	1,01 - 1,08
	2022	68.012	4.206 / 3.926,31	1,07	1,04 - 1,10

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 19_22403 Sterblichkeit bei elektiven Eingriffen ¹⁷	0,42 % 830/199.631
9.1.1	ID: 54013 bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	0,05 % 83/160.306
9.1.1.1	ID: 19_22406 nach elektiver Erstimplantation	91,57 % 76/83
9.1.1.2	ID: 19_22407 nach einzeitigem Wechsel	7,23 % 6/83
9.1.1.3	ID: 19_22408 nach zweizeitigem Wechsel	x % ≤3/83
9.1.2	ID: 19_22409 bei hoher Sterbewahrscheinlichkeit	1,90 % 747/39.325
9.1.2.1	ID: 19_22411 nach elektiver Erstimplantation	32,40 % 242/747
9.1.2.2	ID: 19_22412 nach einzeitigem Wechsel	63,05 % 471/747
9.1.2.3	ID: 19_22413 nach zweizeitigem Wechsel	4,55 % 34/747

¹⁷ bezogen auf den ersten Eingriff

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	Sterblichkeit bei hüftgelenknaher Femurfraktur ¹⁸	
9.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹⁹	
9.2.1.1	ID: O_191914 O/N (observed, beobachtet)	6,18 % 4.206/68.012
9.2.1.2	ID: E_191914 E/N (expected, erwartet)	5,77 % 3.926,31/68.012
9.2.1.3	ID: 191914 O/E	1,07

¹⁸ bezogen auf den ersten Eingriff

¹⁹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

9.3 Sterblichkeit (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Todesfälle	ID: 19_22418 6,18 % 4.206/68.012	ID: 19_22424 0,17 % 318/182.794	ID: 19_22430 3,20 % 477/14.898	ID: 19_22436 1,81 % 35/1.939
mit ASA 1	ID: 19_22419 0,85 % 9/1.061	ID: 19_22425 x % ≤3/13.341	ID: 19_22431 x % ≤3/368	ID: 19_22437 0,00 % 0/27
mit ASA 2	ID: 19_22420 1,22 % 202/16.588	ID: 19_22426 0,04 % 45/109.053	ID: 19_22432 0,39 % 21/5.409	ID: 19_22438 x % ≤3/618
mit ASA 3	ID: 19_22421 6,32 % 2.844/44.977	ID: 19_22427 0,39 % 234/59.328	ID: 19_22433 3,92 % 333/8.501	ID: 19_22439 2,21 % 27/1.222
mit ASA 4	ID: 19_22422 21,20 % 1.132/5.339	ID: 19_22428 3,55 % 38/1.069	ID: 19_22434 19,16 % 118/616	ID: 19_22440 6,94 % 5/72
mit ASA 5	ID: 19_22423 40,43 % 19/47	ID: 19_22429 x % ≤3	ID: 19_22435 x % ≤3/4	ID: 19_22441 - 0/0

9.4 Sterblichkeit (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
Todesfälle	ID: 19_22442 6,18 % 4.206/68.012	ID: 19_22450 0,17 % 318/182.794	ID: 19_22458 3,20 % 477/14.898	ID: 19_22466 1,81 % 35/1.939
mit Pflegegrad 0	ID: 19_22443 3,15 % 910/28.856	ID: 19_22451 0,09 % 151/161.643	ID: 19_22459 1,42 % 130/9.141	ID: 19_22467 0,97 % 10/1.029
mit Pflegegrad 1	ID: 19_22444 4,52 % 128/2.831	ID: 19_22452 0,38 % 17/4.528	ID: 19_22460 3,44 % 23/668	ID: 19_22468 x % ≤3/82
mit Pflegegrad 2	ID: 19_22445 7,18 % 858/11.947	ID: 19_22453 0,70 % 56/8.012	ID: 19_22461 4,45 % 99/2.224	ID: 19_22469 2,74 % 12/438
mit Pflegegrad 3	ID: 19_22446 9,01 % 1.072/11.892	ID: 19_22454 1,98 % 56/2.822	ID: 19_22462 8,37 % 119/1.422	ID: 19_22470 4,50 % 9/200
mit Pflegegrad 4	ID: 19_22447 10,34 % 656/6.342	ID: 19_22455 4,89 % 20/409	ID: 19_22463 10,75 % 49/456	ID: 19_22471 0,00 % 0/43

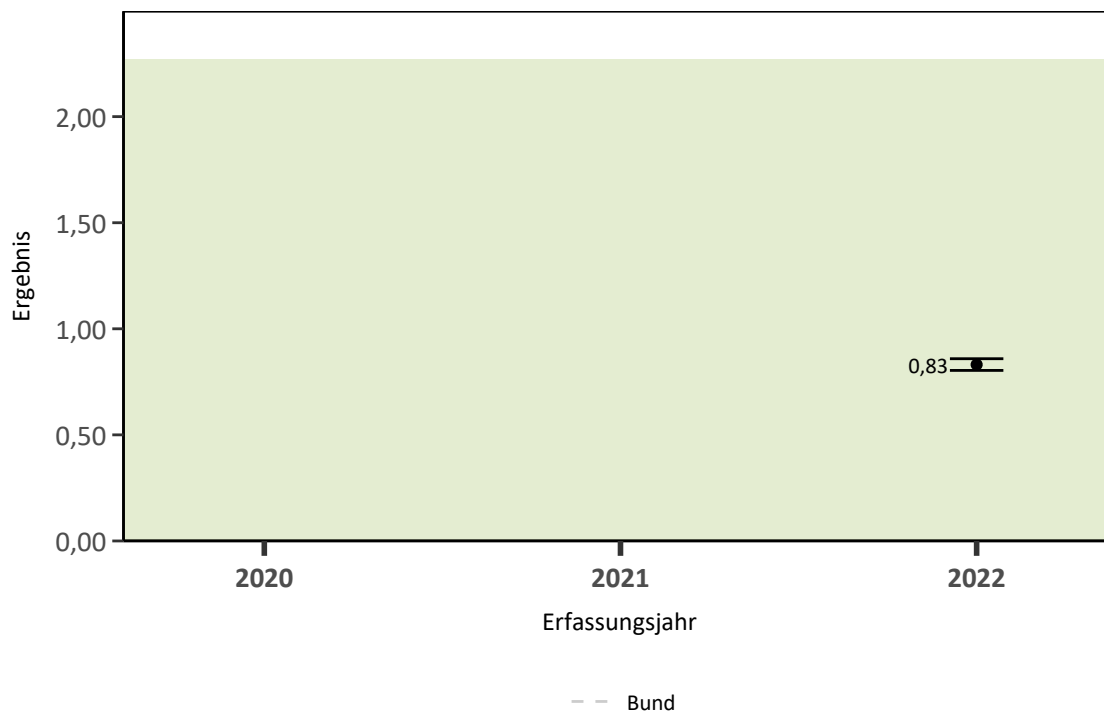
9.4 Sterblichkeit (bezogen auf den ersten Eingriff) Ergebnis Bund (gesamt)	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Elektive Erstimplantation	Einzeitiger Wechsel	Zweizeitiger Wechsel
mit Pflegegrad 5	ID: 19_22448 11,06 % 105/949	ID: 19_22456 x % ≤3/52	ID: 19_22464 10,53 % 6/57	ID: 19_22472 0,00 % 0/5
Information zum Pflegegrad ist dem Krankenhaus nicht bekannt	ID: 19_22449 9,18 % 477/5.195	ID: 19_22457 0,30 % 16/5.328	ID: 19_22465 5,48 % 51/930	ID: 19_22473 x % ≤3/142

10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf

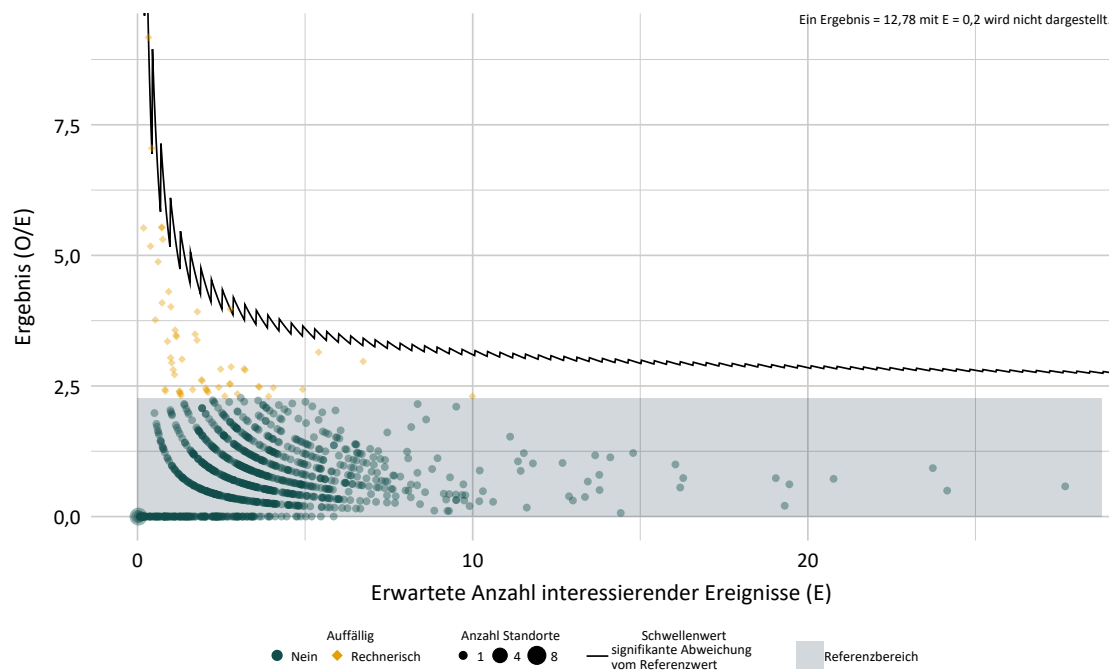
Qualitätsziel	Selten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation
ID	10271
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen, für welche der Follow-up-Zeitraum das aktuelle Erfassungsjahr einschließt (d. h. alle Ersteingriffe aus dem aktuellen Erfassungsjahr und dem 4. Quartal des vorangegangenen Erfassungsjahres) bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. Ausgeschlossen werden alle Behandlungsfälle mit initialer Acetabulumfraktur sowie mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Als Folgeeingriffe zählen alle Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation an der gleichen operierten Hüfte, die im aktuellen Erfassungsjahr stattgefunden haben. Zu jeder Erstimplantation wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
E (expected)	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 10271
Referenzbereich	≤ 2,27 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung der Art des Ersteingriffs
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

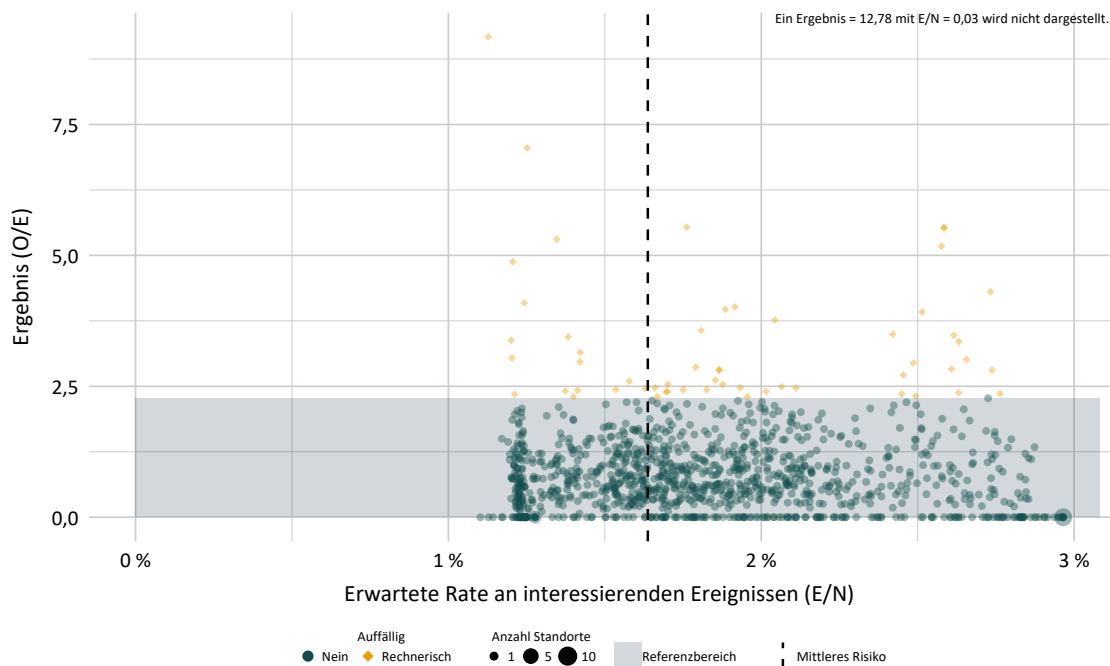
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	-	- / -	-	-
	2021	-	- / -	-	-
	2022	256.186	3.486 / 4.194,80	0,83	0,80 - 0,86

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	
10.1.1	Risikoadjustierung mittels multiplikativem Hazardratenmodell ²⁰	
10.1.1.1	ID: O_10271 O/N (observed, beobachtet)	1,36 % 3.486/256.186
10.1.1.2	ID: E_10271 E/N (expected, erwartet)	1,64 % 4.194,80/256.186
10.1.1.3	ID: 10271 O/E	0,83

²⁰ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

10.2 Hüftendoprothesen- Erstimplantation im Erfassungsjahr Ergebnis Bund (gesamt)	Follow-up Zeitraum ≤ 90 Tage ²¹	Follow-up Zeitraum = 90 Tage
2020	ID: 19_22476 - -/-	ID: 19_22479 0,00 % 0/400.546
2021	ID: 19_22477 - -/-	ID: 19_22480 0,82 % 3.181/400.546
2022	ID: 19_22478 1,42 % 3.486/256.186	ID: 19_22481 - -/-

²¹ Dargestellt werden in dieser Spalte alle Folgeeingriffe die im gleichen Kalenderjahr erfolgten. Für Eingriffe im 4. Quartal ist der Follow-Up-Zeitraum somit verkürzt.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.3	Wechselgründe	
10.3.1	ID: 19_22482 Mindestens ein klinisches/röntgenologisches Kriterium	0,66 % 2.585/400.546
10.3.1.1	ID: 19_22483 Implantatbruch	0,00 % 8/400.546
10.3.1.2	ID: 19_22484 Implantatabrieb/-verschleiß	0,00 % 6/400.546
10.3.1.3	ID: 19_22485 Implantatfehlage der Pfanne oder des Schafts	0,09 % 358/400.546
10.3.1.4	ID: 19_22486 Lockerung der Pfannen- oder Schaftkomponente	0,13 % 504/400.546

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.3.1.5	ID: 19_22487 Knochendefekt Pfanne oder des Femurs (inkl. Osteolyse)	0,03 % 100/400.546
10.3.1.6	ID: 19_22488 periprothetische Fraktur	0,27 % 1.059/400.546
10.3.1.7	ID: 19_22489 Endoprothesen(sub)luxation	0,22 % 862/400.546
10.3.1.8	ID: 19_22490 Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z. B. nach Duokopfprothesenimplantation	0,00 % 15/400.546
10.3.1.9	ID: 19_22491 periartikuläre Ossifikation	0,00 % 9/400.546
10.3.2	ID: 19_22492 Positiver mikrobiologischer Befund vor der Prothesenexplantation	0,13 % 490/400.546
10.3.3	ID: 19_22493 Sonstige Wechselgründe oder keine Angabe	0,08 % 311/400.546

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.4	Wechselprozedur (nur fest verankerte Komponenten)	
10.4.1	ID: 19_22494 Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels	0,78 % 3.038/400.546
10.4.2	ID: 19_22495 Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	0,02 % 88/400.546
10.4.3	ID: 19_22496 Wechsel einer Femurkopfprothese (OPS 5-821.1-)	0,13 % 509/400.546
10.4.4	ID: 19_22497 Wechsel einer Gelenkpfannenprothese (OPS 5-821.2-)	0,18 % 691/400.546
10.4.5	ID: 19_22498 Wechsel einer zementierten Totalendoprothese (OPS 5-821.3-)	0,03 % 106/400.546
10.4.6	ID: 19_22499 Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese (OPS 5-821.4-)	0,24 % 951/400.546
10.4.7	ID: 19_22500 Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (OPS 5-821.5-)	0,02 % 96/400.546
10.4.8	ID: 19_22501 Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese (OPS 5-821.6-)	0,01 % 53/400.546
10.4.9	ID: 19_22502 Wechsel einer Duokopfprothese (OPS 5-821.f-)	0,19 % 746/400.546

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.4.10	ID: 19_22503 Wechsel einer Oberflächenersatzprothese (OPS 5-821.g-)	0,00 % 4/400.546
10.4.11	ID: 19_22504 Wechsel einer schenkelhalsersetzenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese] (OPS 5-821.j-)	0,01 % 26/400.546
10.4.12	ID: 19_22505 Sonstige (OPS 5-821.x-)	0,00 % 4/400.546

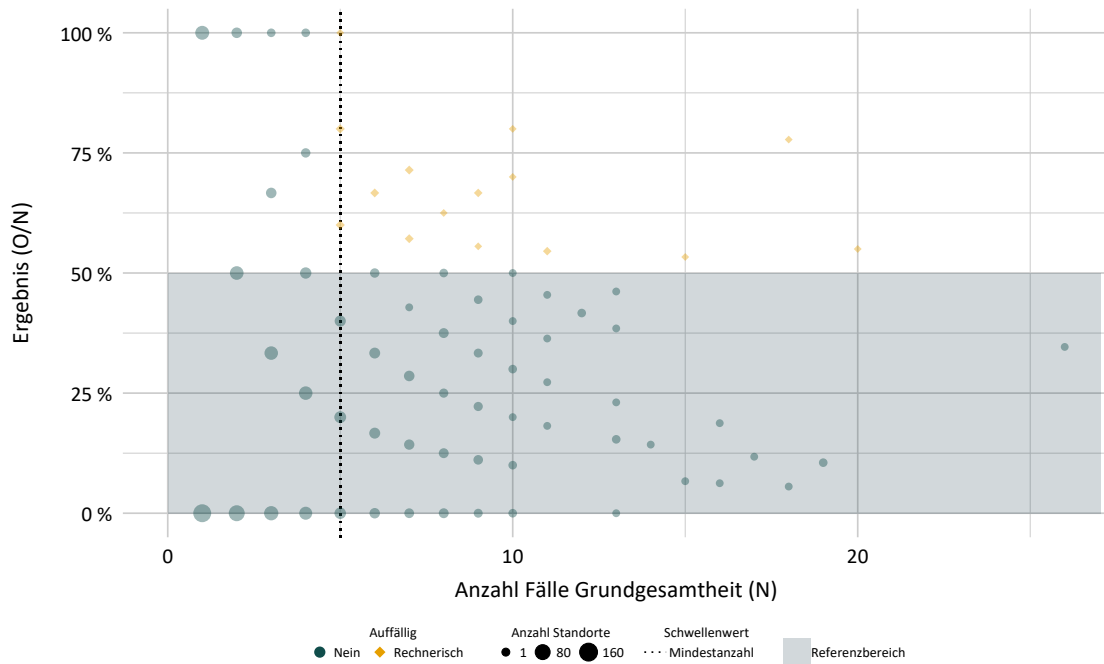
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

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

ID	850152
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. Hypothese Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Grundgesamtheit	Alle Fälle - mit mindestens einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder - mit mindestens einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde.
Zähler	Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde. Dabei wird die Angabe von Komplikationen und Wundinfektionen über alle Prozeduren eines Falles geprüft.
Referenzbereich	≤ 50,00 %
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



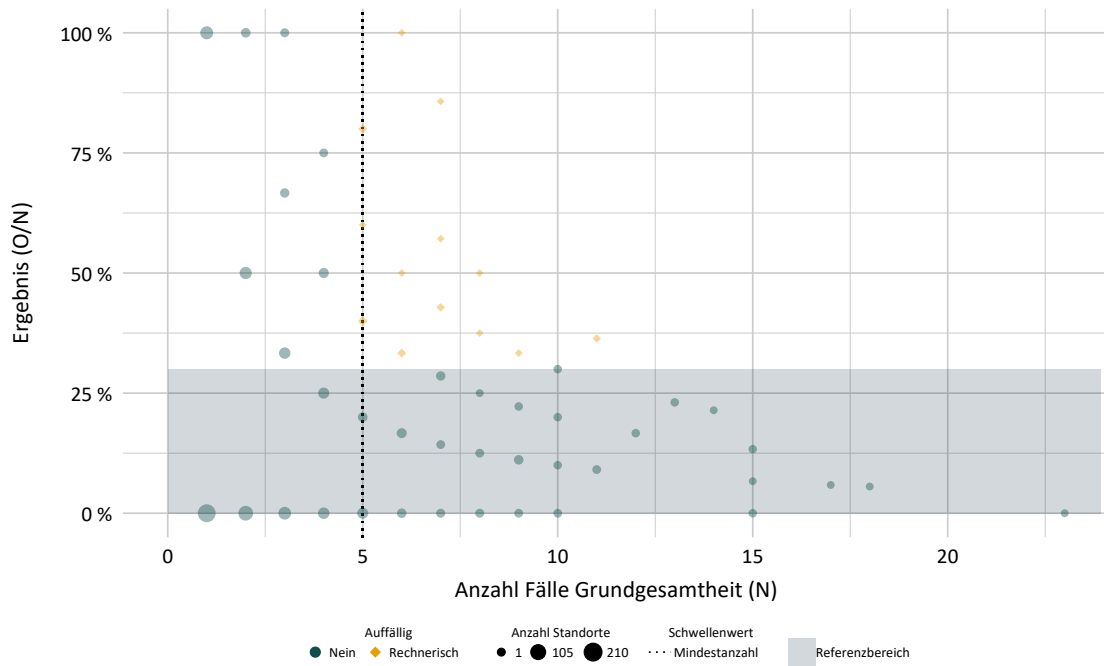
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	831 / 3.388	24,53 %	3,15 % 29 / 921

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

ID	850151
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. Hypothese Fehlende Dokumentation periprothetischer Frakturen (als Komplikation).
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Grundgesamtheit	Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)
Zähler	Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation
Referenzbereich	≤ 30,00 %
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



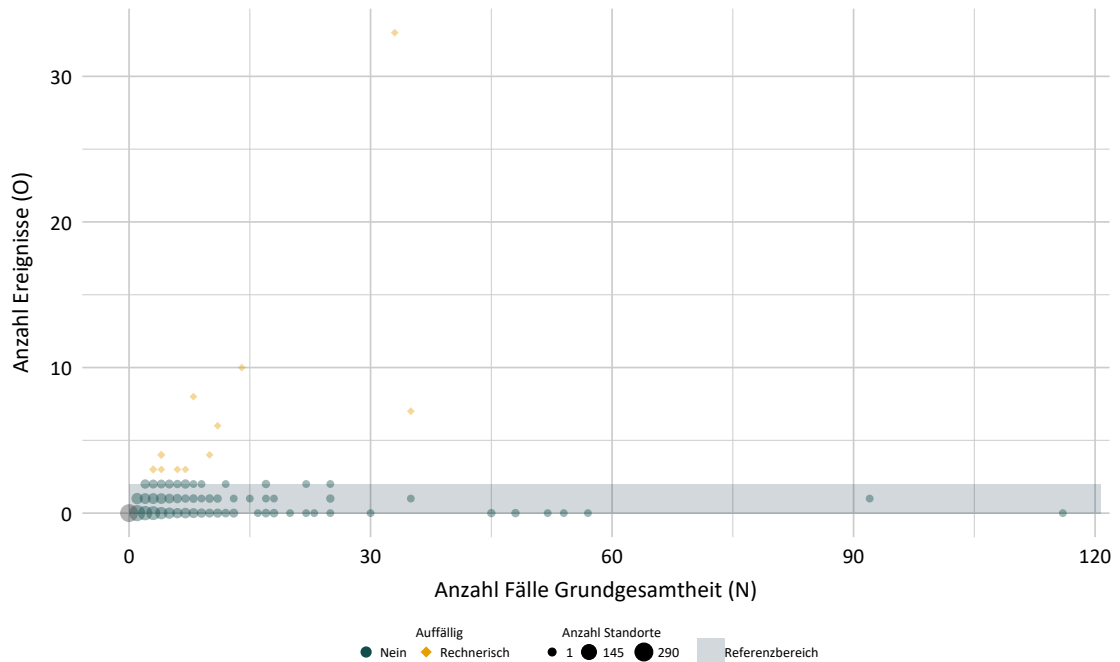
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	396 / 2.137	18,53 %	3,92 % 28 / 715

851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

ID	851804
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Irrtümlich angelegte Prozedurbögen stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar. Hypothese Fehlerhafte Bogen-Anlegung bei Fällen, bei denen mehrere Prozeduren in einem Aufenthalt dokumentiert wurden.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit mehr als einem Prozedurbogen
Zähler	Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite
Referenzbereich	≤ 2
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



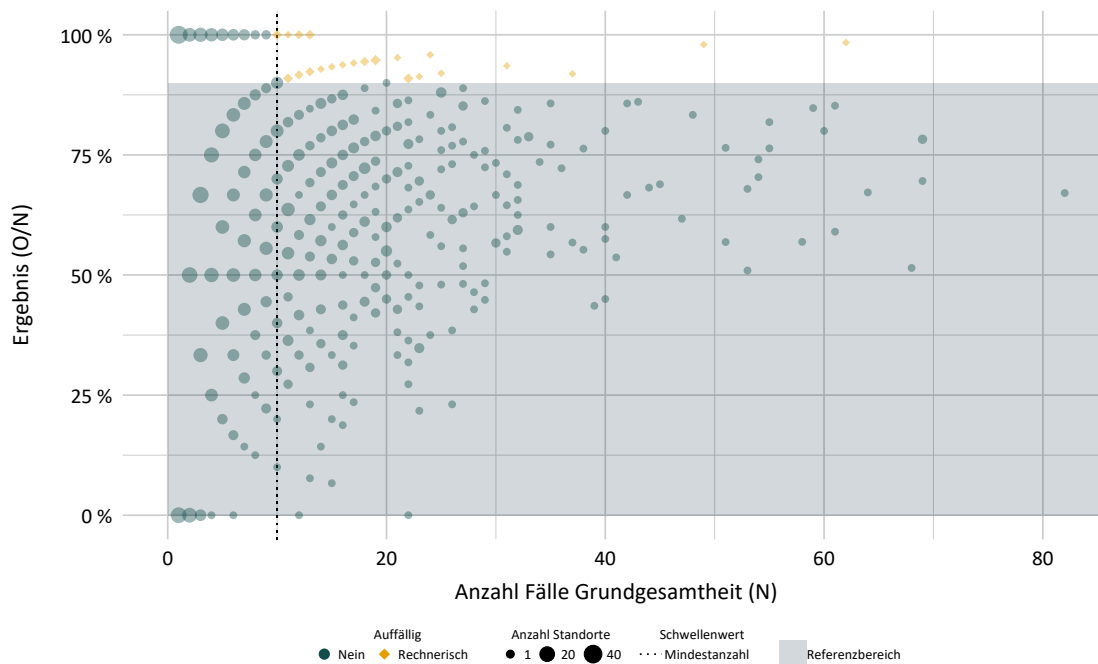
Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		327 / 3.698	8,84 %	1,54 % 13 / 846

851905: Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer

ID	851905
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese Unterdokumentation von Komplikationen</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation</p> <p>54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel</p> <p>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation</p> <p>54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel</p>
Grundgesamtheit	Alle elektiven Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung mit postoperativer Verweildauer oberhalb eines eingriffsspezifischen Schwellenwertes für die Verweildauer
Zähler	Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen
Referenzbereich	≤ 90,00 %
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



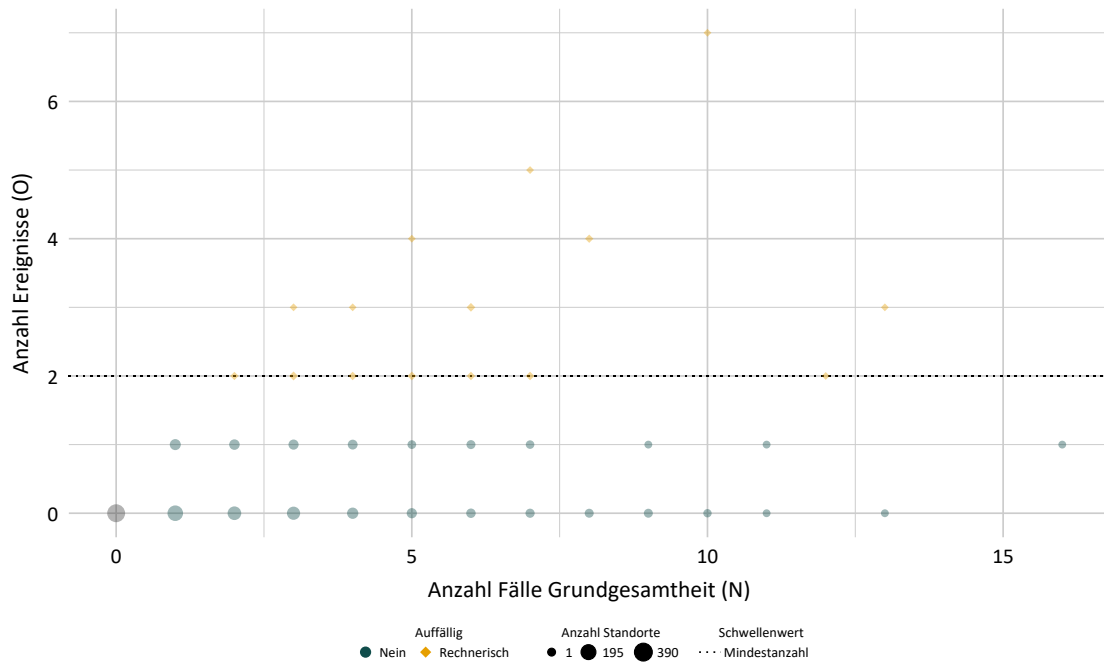
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	7.854 / 12.031	65,28 %	3,59 % 37 / 1.032

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

ID	851907
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Erfolgt innerhalb eines stationären Aufenthaltes nach einer elektiven Erstimplantation ein ungeplanter Wechsel, obwohl zur Erstimplantation keine Komplikationen angegeben wurden, so ist dies ein ungewöhnlicher Vorgang, da im Prozedurbogen auch explizit „sonstige Komplikationen“ angegeben werden können, wenn keines der konkreten Komplikations-Items zutrifft. Hypothese Unterdokumentation von Komplikationen
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Grundgesamtheit	Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen mit anschließender Wechsel-Operation am gleichen behandelten Gelenk(-ersatz) innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes
Zähler	Erstimplantationen ohne Angaben zu: <ul style="list-style-type: none">• spezifischen post- oder Intraoperativen Komplikationen• postoperativen Wundinfektionen
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



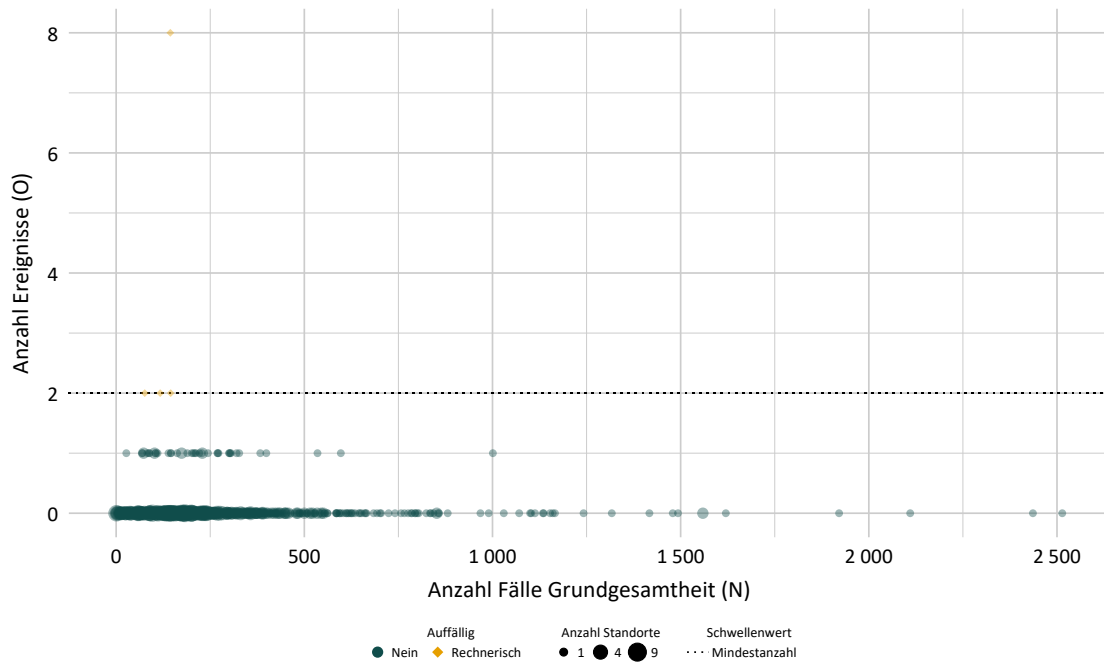
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	214 / 1.946	11,00 %	4,57 % 34 / 744

852102: Angabe von ASA 5

ID	852102
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. Hypothese Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine niedrigere ASA-Klassifikation vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Grundgesamtheit	Alle Prozeduren
Zähler	Alle Prozeduren mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

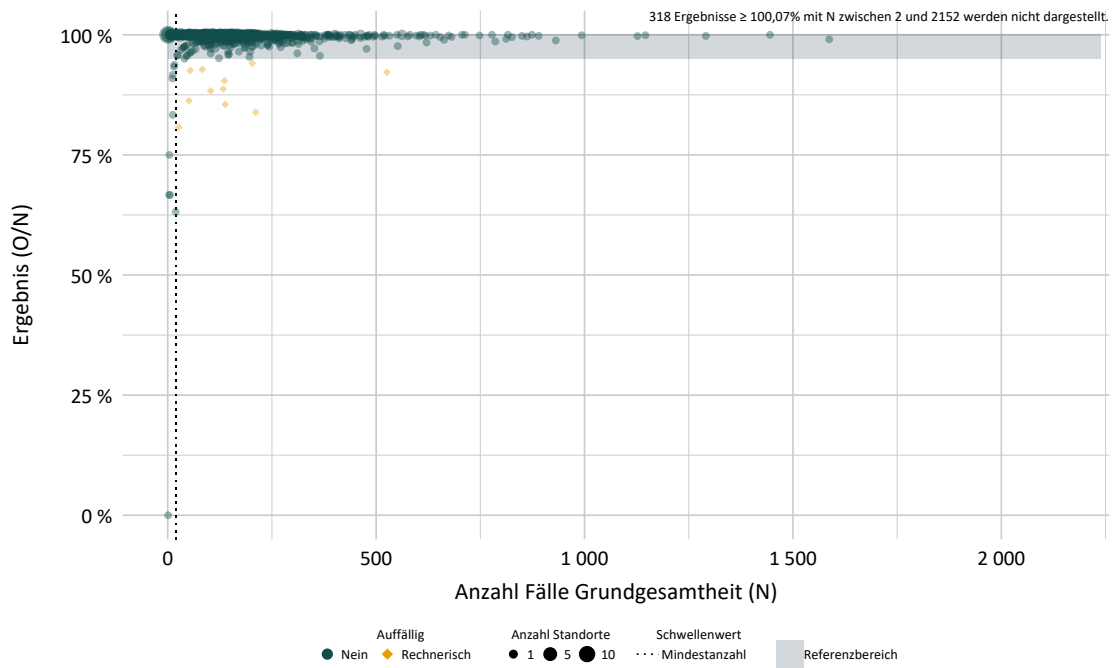
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	57 / 271.514	0,02 %	0,35 % 4 / 1.142

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

ID	850376
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. Hypothese Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



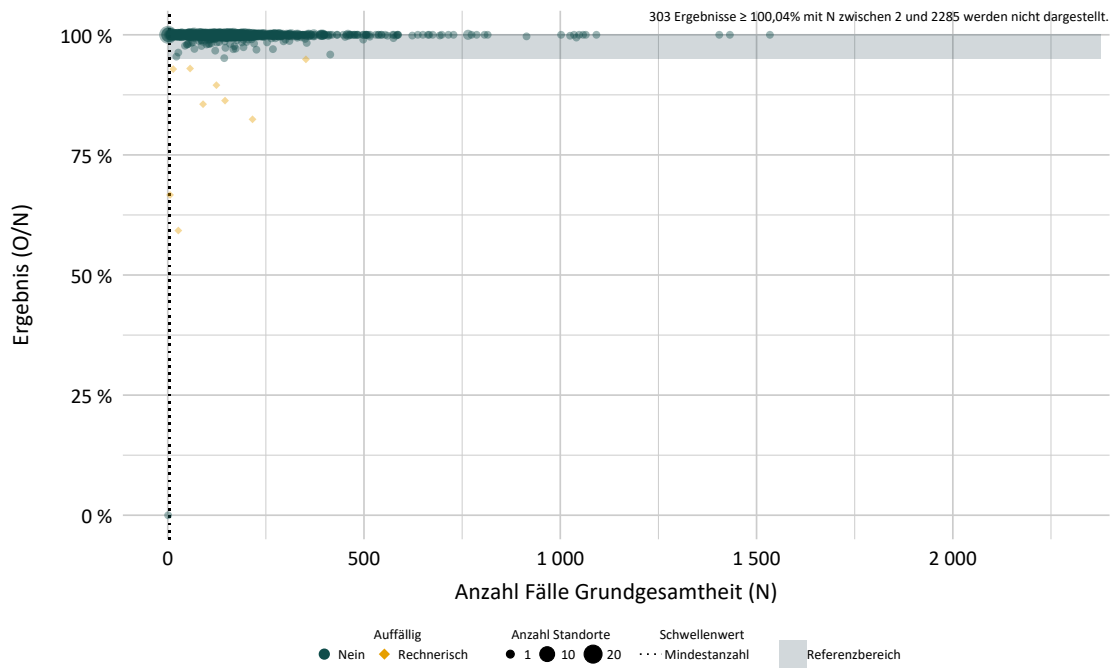
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	229.042 / 228.040	100,44 %	0,92 % 11 / 1.202

850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

ID	850274
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



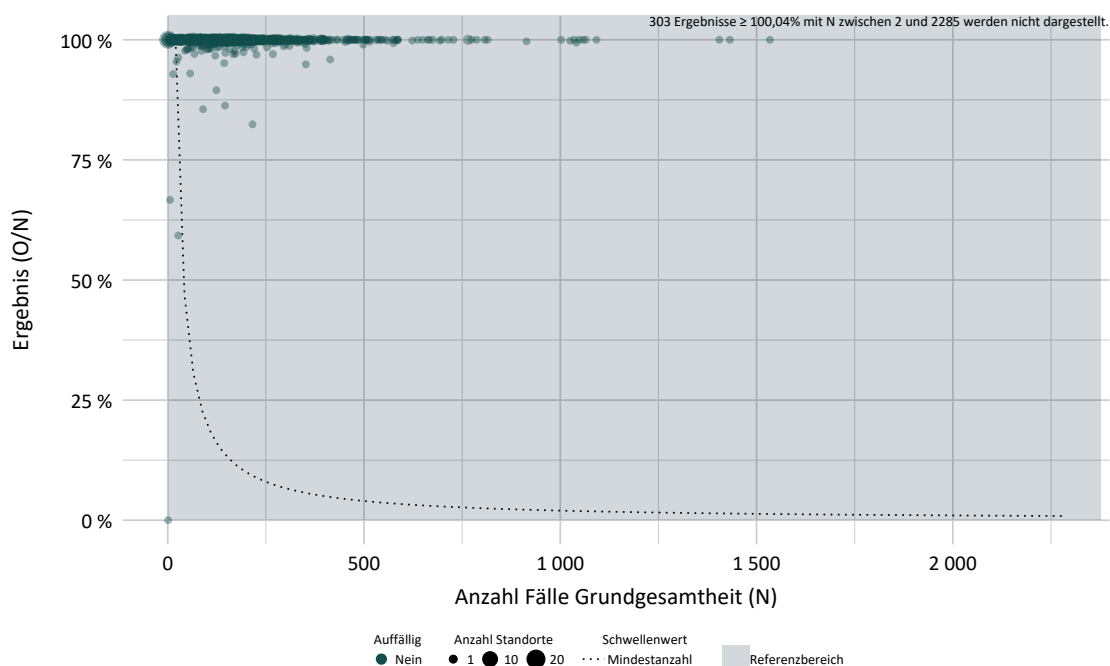
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	251.001 / 249.635	100,55 %	0,75 % 9 / 1.204

850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

ID	850275
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Erstimplantationen beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



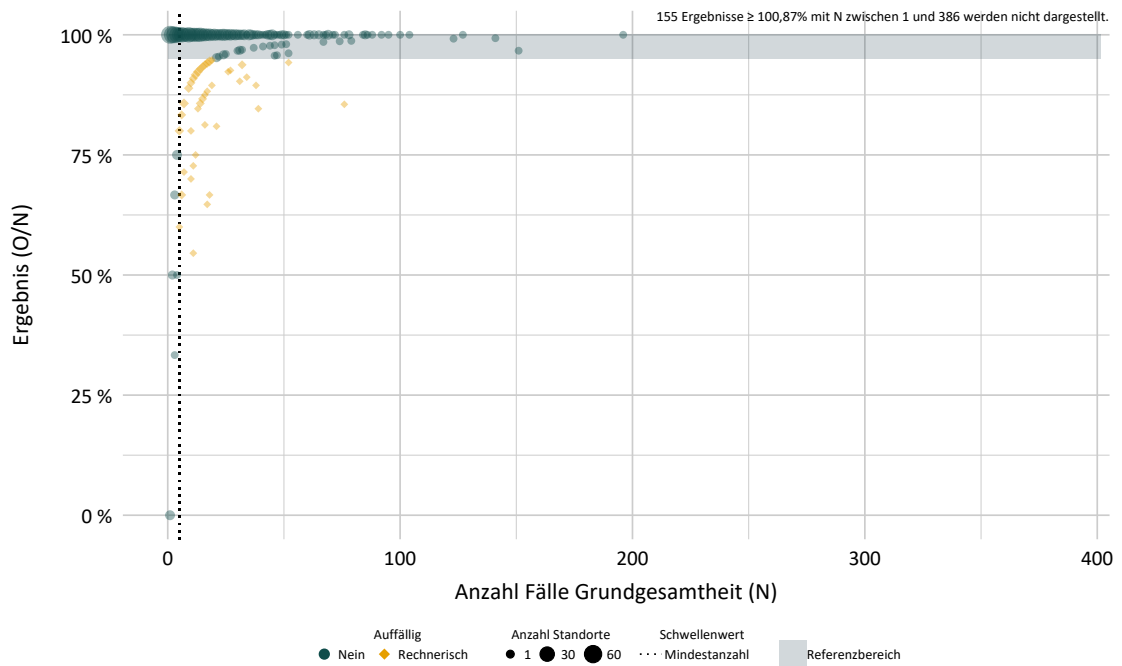
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	251.001 / 249.635	100,55 %	1,08 % 13 / 1.204

850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

ID	850276
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



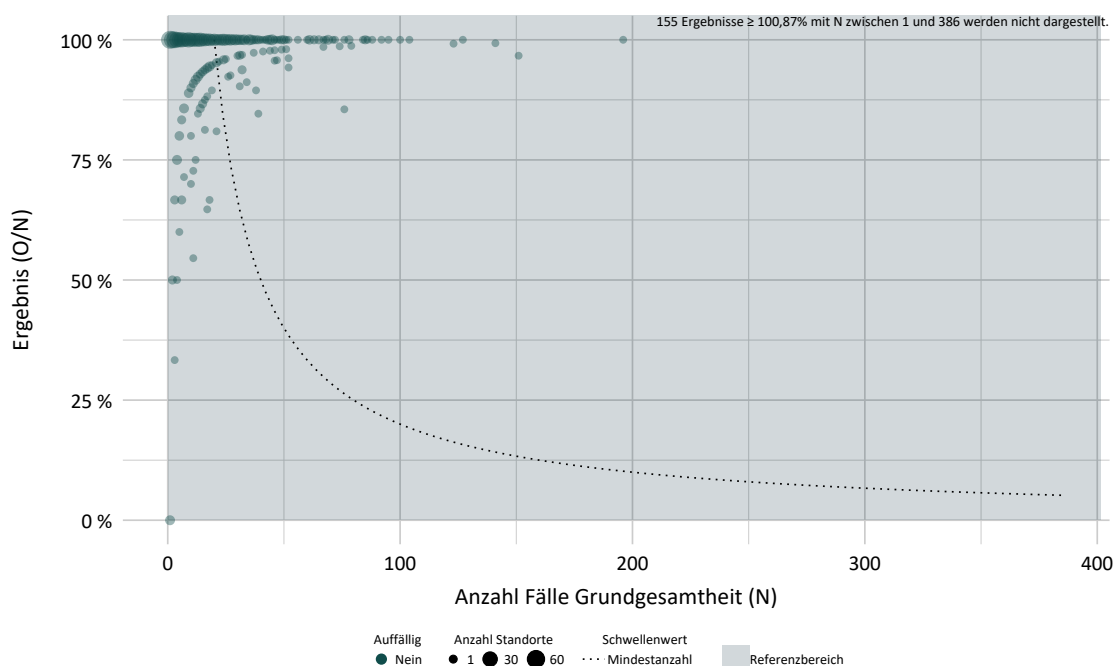
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	18.858 / 18.697	100,86 %	6,44 % 69 / 1.071

850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

ID	850277
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die sich auf Wechsel-Eingriffe beziehen.
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



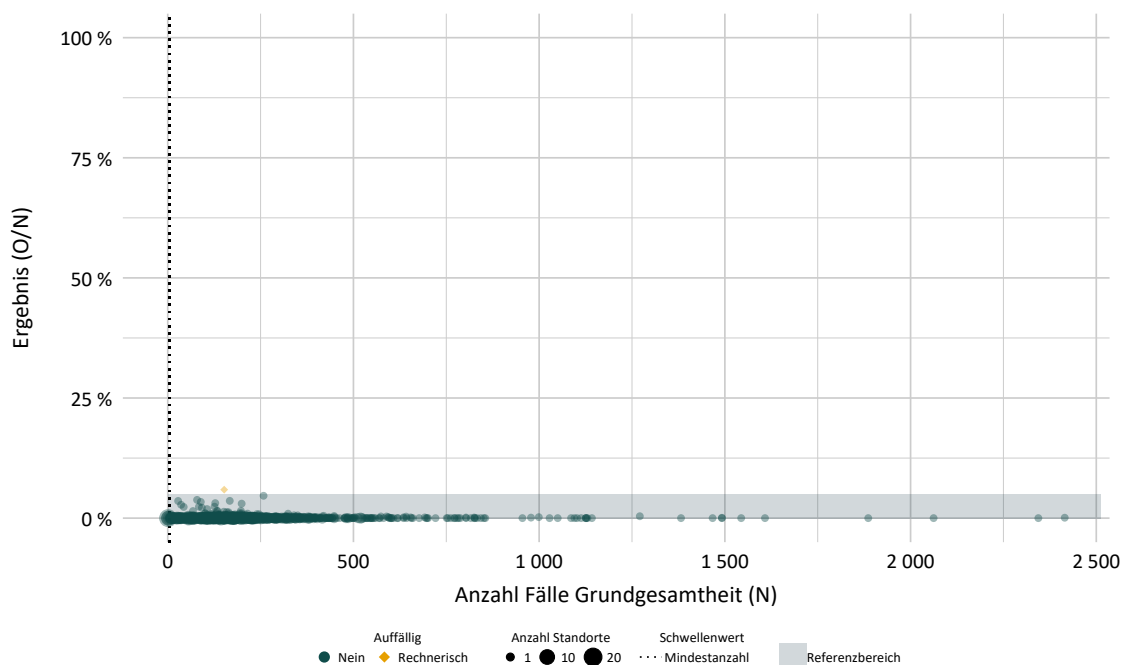
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	18.858 / 18.697	100,86 %	1,49 % 16 / 1.071

850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850369
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		158 / 266.210	0,06 %	0,08 % 1 / 1.206

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Quartal des Aufnahmetages		
1. Quartal	67.527	25,22
2. Quartal	67.911	25,37
3. Quartal	67.262	25,12
4. Quartal	65.013	24,28
Gesamt	267.713	100,00

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 267.713	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	7.802	2,91
50 - 59 Jahre	31.459	11,75
60 - 69 Jahre	64.139	23,96
70 - 79 Jahre	78.028	29,15
80 - 89 Jahre	72.991	27,26
≥ 90 Jahre	13.294	4,97

Bund (gesamt)	
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	267.713
Mittelwert	72,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 267.713	
Geschlecht		
(1) männlich	105.032	39,23
(2) weiblich	162.432	60,67
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	249	0,09

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Prozeduren	N = 271.514	
Art des Eingriffs		
(1) endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	68.218	25,13
(2) elektive Erstimplantation	184.101	67,81
(3) Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels	17.171	6,32
(4) Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	2.024	0,75
zu operierende Seite		
(1) rechts	140.826	51,87
(2) links	130.688	48,13

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Inhouse-Sturz

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	N = 68.218	
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		
(0) nein	66.887	98,05
(1) ja	1.331	1,95

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	N = 68.069	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	214	0,31
50 - 59 Jahre	1.780	2,61
60 - 69 Jahre	6.508	9,56
70 - 79 Jahre	15.070	22,14
80 - 89 Jahre	33.397	49,06
≥ 90 Jahre	11.100	16,31

Bund (gesamt)	
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur und mit Angabe von Werten	68.069
Mittelwert	81,02

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	N = 68.069	
Geschlecht		
(1) männlich	22.726	33,39
(2) weiblich	45.271	66,51
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	72	0,11

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	N = 68.069	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	17.927	26,34
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	20.235	29,73
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	17.366	25,51
(4) im Zimmer mobil	9.450	13,88
(5) immobil	3.091	4,54
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	27.167	39,91
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	8.538	12,54
(2) Rollator/Gehbock	27.802	40,84
(3) Rollstuhl	2.986	4,39
(4) bettlägerig	1.576	2,32

Pflegegrad

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	N = 68.069	
Pflegegrad bei Aufnahme		
(0) nein, liegt nicht vor	28.888	42,44
(1) ja, Pflegegrad 1	2.831	4,16
(2) ja, Pflegegrad 2	11.952	17,56
(3) ja, Pflegegrad 3	11.900	17,48
(4) ja, Pflegegrad 4	6.349	9,33
(5) ja, Pflegegrad 5	950	1,40
(9) Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	5.199	7,64
Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt (OPS 9-984.b)		
(0) nein	63.226	92,89
(1) ja	4.843	7,11

Koxarthrose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur unter Ausschluss des Wechsels einer Totalendoprothese	N = 68.218	
Koxarthrose		
(0) nein	35.833	52,53
(1) ja	32.385	47,47

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur	N = 68.218	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	1.062	1,56
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	16.626	24,37
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	45.117	66,14
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	5.365	7,86
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	48	0,07
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	67.729	99,28
(2) bedingt aseptische Eingriffe	358	0,52
(3) kontaminierte Eingriffe	54	0,08
(4) septische Eingriffe	77	0,11

Antithrombotische Dauertherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	N = 68.218	
antithrombotische Dauertherapie		
(0) nein	39.745	58,26
(1) ja	28.473	41,74
davon: Art der Medikation²²		
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	2.179	7,65
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	13.618	47,83
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	12.593	44,23
sonstige	639	2,24

²² Mehrfachnennung möglich

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	N = 68.218	
Voroperationen am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah		
(0) nein	65.980	96,72
(1) ja	2.238	3,28

Frakturlokalisierung und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	N = 68.218	
Frakturlokalisierung		
(1) medial	63.594	93,22
davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden		
(1) Abduktionsfraktur	2.135	3,36
(2) unverschoben	5.165	8,12
(3) verschoben	36.237	56,98
(4) komplett verschoben	20.057	31,54
(2) lateral	1.753	2,57
(3) pertrochantär	1.712	2,51
(9) sonstige	1.159	1,70

Fraktur nach ICD-Kode

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle hüftgelenknahen Femurfrakturen	N = 68.218	
Schenkelhalsfrakturen		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	64.068	93,92
davon:²³		
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	3.446	5,38
(S72.01) Intrakapsulär	51.555	80,47
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	38	0,06
(S72.03) Subkapital	2.649	4,13
(S72.04) Mediozervikal	6.655	10,39
(S72.05) Basis	968	1,51
(S72.08) Sonstige Teile	1.128	1,76
Petrochantäre Frakturen		
(S72.1-) Petrochantäre Frakturen	2.246	3,29
davon:²⁴		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	1.582	70,44
(S72.11) Intertrochantär	713	31,75

²³ Mehrfachnennung möglich

²⁴ Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen	N = 68.218	
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen²⁵		
Implantation einer Totalendoprothese	18.116	26,56
- nicht zementiert (5-820.00)	8.899	49,12

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen	N = 68.218	
- zementiert (5-820.01)	2.930	16,17
- hybrid (teilzementiert) (5-820.02)	6.287	34,70
Implantation einer Totalendoprothese, Sonderprothese	906	1,33
- nicht zementiert (5-820.20)	344	37,97
- zementiert (5-820.21)	197	21,74
- hybrid (teilzementiert) (5-820.22)	365	40,29
Implantation einer Femurkopfprothese	881	1,29
- nicht zementiert (5-820.30)	170	19,30
- zementiert (5-820.31)	711	80,70
Implantation einer Duokopfprothese	48.012	70,38
- nicht zementiert (5-820.40)	6.219	12,95
- zementiert (5-820.41)	41.793	87,05
Implantation einer Oberflächenersatzprothese	12	0,02
- nicht zementiert (5-820.80)	5	41,67
- zementiert (5-820.81)	≤3	x
- hybrid (teilzementiert) (5-820.82)	5	41,67
Implantation einer Kurzschaft-Femurkopfprothese	307	0,45
- Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.92)	≤3	x
- Ohne Pfannenprothese, zementiert (5-820.93)	32	10,42
- Mit Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.94)	240	78,18
- Mit Pfannenprothese, zementiert (5-820.95)	5	1,63
- Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert) (5-820.96)	27	8,79
Implantation einer sonstigen Endoprothese	51	0,07
- nicht zementiert (5-820.x0)	30	58,82
- zementiert (5-820.x1)	9	17,65
- hybrid (teilzementiert) (5-820.x2)	12	23,53

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknahen Femurfrakturen	N = 68.218	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	87	0,13
(5-986*) Minimalinvasive Technik	3.412	5,00
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	5	0,01
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	50	0,07
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	14.936	21,94
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	41	0,06

²⁵ Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur ab 65 Jahren	N = 63.577	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten		
(0) nein	1.635	2,57
(1) ja	61.942	97,43
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	1.758	2,77
(1) ja	61.819	97,23

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	N = 68.069	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	57.540	84,53
(1) ja ²⁶	10.529	15,47
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	2.193	3,22
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	2.482	3,65
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	95	0,14
Lungenembolie	559	0,82
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	962	1,41
Schlaganfall	368	0,54
akute gastrointestinale Blutung	310	0,46
akute Niereninsuffizienz	1.554	2,28
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	1.852	2,72
davon: Demenz		
(0) nein	737	39,79
(1) ja	1.115	60,21
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	3.830	5,63

²⁶ Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur	N = 68.218	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	64.869	95,09
(1) ja ²⁷	3.349	4,91

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur	N = 68.218	
primäre Implantatfehlage	65	0,10
sekundäre Implantatdislokation	185	0,27
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	710	1,04
Nachblutung/Wundhämatom	823	1,21
Gefäßläsion	26	0,04
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	95	0,14
periprothetische Fraktur	752	1,10
Wunddehiszenz	294	0,43
sekundäre Nekrose der Wundränder	32	0,05
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	683	1,00
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	67.461	98,89
(1) ja	757	1,11
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	182	24,04
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	458	60,50
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	117	15,46
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	1.488	2,18
(1) = ja	2.205	3,23

²⁷ Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

Bund (gesamt)	
Stationärer Aufenthalt (Tage)²⁸	
Anzahl Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	68.069
Median	12,00
Mittelwert	14,96
Präoperative Verweildauer (Stunden)²⁹	
Anzahl Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	68.053
Median	19,75
Mittelwert	32,81
Dauer des Eingriffs (Minuten)³⁰	
Anzahl Prozeduren bei hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	68.218
Median	71,00
Mittelwert	76,59
Postoperative Verweildauer (Tage)³¹	
Anzahl Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur mit Angabe von Werten	67.016
Median	10,00
Mittelwert	13,10

²⁸ Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

²⁹ Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme bzw. des Inhouse-Sturzes zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts

³⁰ Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts

³¹ Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Bewegungsumfang

		Bund (gesamt) N
passives Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt		
Anzahl Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur, bei denen das Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt wurde		56.321
Extension/Flexion 1 bei Entlassung (Grad)		
Median		0,00
Mittelwert		0,77
Extension/Flexion 2 bei Entlassung (Grad)		
Median		0,00
Mittelwert		0,00
Extension/Flexion 3 bei Entlassung (Grad)		
Median		90,00
Mittelwert		90,00

Gehfähigkeit

		Bund (gesamt)	
		n	%
Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur		N = 68.069	
Gehstrecke bei Entlassung			
(1) unbegrenzt (> 500m)		2.119	3,11
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)		16.197	23,79
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich		29.294	43,04
(4) Im Zimmer mobil		12.579	18,48
(5) immobil		4.080	5,99

Gefähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	N = 68.069	
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	1.002	1,47
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	21.185	31,12
(2) Rollator/Gehbock	36.235	53,23
(3) Rollstuhl	3.749	5,51
(4) bettlägerig	2.097	3,08

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur	N = 68.069	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	34.646	50,90
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.377	2,02
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	88	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	283	0,42
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	8.626	12,67
(07) Tod	4.211	6,19
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ³²	345	0,51
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	9.459	13,90
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	8.601	12,64
(11) Entlassung in ein Hospiz	46	0,07
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	44	0,06
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	4	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ³³	234	0,34
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	50	0,07
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ³⁴	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	48	0,07

³² § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

³³ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

³⁴ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Elektive Erstimplantation

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit elektiver Erstimplantation	N = 182.829	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	7.225	3,95
50 - 59 Jahre	28.316	15,49
60 - 69 Jahre	54.477	29,80
70 - 79 Jahre	58.030	31,74
80 - 89 Jahre	33.535	18,34
≥ 90 Jahre	1.246	0,68

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patienten mit elektiver Erstimplantation und mit Angabe von Werten	182.829
Mittelwert	68,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit elektiver Erstimplantation	N = 182.829	
Geschlecht		
(1) männlich	75.412	41,25
(2) weiblich	107.249	58,66
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	168	0,09

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit elektiver Erstimplantation	N = 182.829	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	27.658	15,13
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	111.407	60,94
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	36.234	19,82
(4) im Zimmer mobil	6.143	3,36
(5) immobil	1.387	0,76
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	123.120	67,34
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	45.444	24,86
(2) Rollator/Gehbock	11.995	6,56
(3) Rollstuhl	1.993	1,09
(4) bettlägerig	277	0,15

Pflegegrad

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit elektiver Erstimplantation	N = 182.829	
Pflegegrad bei Aufnahme		
(0) nein, liegt nicht vor	161.667	88,43
(1) ja, Pflegegrad 1	4.533	2,48
(2) ja, Pflegegrad 2	8.015	4,38
(3) ja, Pflegegrad 3	2.823	1,54
(4) ja, Pflegegrad 4	409	0,22
(5) ja, Pflegegrad 5	52	0,03
(9) Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	5.330	2,92
Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt (OPS 9-984.b)		
(0) nein	180.856	98,92
(1) ja	1.973	1,08

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	N = 184.101	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	13.533	7,35
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	109.915	59,70
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	59.578	32,36
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	1.072	0,58
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	≤3	x

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	N = 184.101	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	183.406	99,62
(2) bedingt aseptische Eingriffe	583	0,32
(3) kontaminierte Eingriffe	39	0,02
(4) septische Eingriffe	73	0,04

Bewegungsumfang

	Bund (gesamt) N
passives Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt	
Anzahl elektiver Erstimplantationen von Patienten, bei denen das Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt wurde	170.999
Extension/Flexion 1 (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	0,22
Extension/Flexion 2 (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	3,40
Extension/Flexion 3 (Grad)	
Median	90,00
Mittelwert	86,77
Ab-/Adduktion 1 (Grad)	
Median	20,00
Mittelwert	16,90
Ab-/Adduktion 2 (Grad)	
Median	0,00

Bewegungsumfang

	Bund (gesamt)
	N
Mittelwert	0,23
Ab-/Adduktion 3 (Grad)	
Median	10,00
Mittelwert	10,41
Außen-/Innenrotation 1 (Grad)	
Median	15,00
Mittelwert	14,95
Außen-/Innenrotation 2 (Grad)	
Median	0,00
Mittelwert	1,54
Außen-/Innenrotation 3 (Grad)	
Median	5,00
Mittelwert	5,68

Indikationsrelevante Befunde

Schmerzen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	N = 184.101	
Schmerzen		
(0) nein	825	0,45
(1) ja, Belastungsschmerz	44.299	24,06
(2) ja, Ruheschmerz	138.977	75,49

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	N = 184.101	
Voroperationen am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah		
(0) nein	176.011	95,61
(1) ja	8.090	4,39
davon: Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudoarthrose oder Cut out" liegt vor		
(0) nein	6.086	75,23
(1) ja	2.004	24,77
davon: Indikation "posttraumatische Hüftkopfnekrose" liegt vor		
(0) nein	6.359	78,60
(1) ja	1.731	21,40

Parameter zur Bestimmung des modifizierten Kellgren-Lawrence-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	N = 184.101	
Osteophyten		
(0) keine oder fraglich	4.663	2,53
(1) eindeutig	84.262	45,77
(2) große	95.176	51,70
Gelenkspalt		
(0) nicht oder fraglich verschmälert	1.186	0,64
(1) eindeutig verschmälert	11.258	6,12
(2) fortgeschritten verschmälert	78.272	42,52
(3) aufgehoben	93.385	50,72

Parameter zur Bestimmung des modifizierten Kellgren-Lawrence-Score

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	N = 184.101	
Sklerose		
(0) keine Sklerose	1.008	0,55
(1) leichte Sklerose	24.441	13,28
(2) leichte Sklerose mit Zystenbildung	81.179	44,09
(3) Sklerose mit Zysten	77.473	42,08
Deformierung		
(0) keine Deformierung	10.629	5,77
(1) leichte Deformierung	83.600	45,41
(2) deutliche Deformierung	89.872	48,82

Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	N = 184.101	
Vorliegen einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk		
(0) nein	181.433	98,55
(1) ja	2.668	1,45
davon: erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)		
(0) Grad 0 normal	156	5,85
(1) Grad 1 geringe Veränderung	237	8,88
(2) Grad 2 definitive Veränderung	372	13,94
(3) Grad 3 deutliche Veränderung	817	30,62
(4) Grad 4 schwere Veränderung	942	35,31
(5) Grad 5 mutilierende Veränderung	144	5,40

Atraumatische Femurkopfnekrose

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle elektiven Erstimplantationen	N = 184.101	
Vorliegen einer atraumatischen Femurkopfnekrose als Indikation		
(0) nein	132.157	71,79
(1) ja	8.895	4,83
davon: atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation		
(0) Stadium 0	82	0,92
(1) Stadium I	200	2,25
(2) Stadium II	769	8,65
(3) Stadium III	2.354	26,46
(4) Stadium IV	5.490	61,72

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	N = 184.101	
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation³⁵		
Implantation einer Totalendoprothese	163.188	88,64
- nicht zementiert (5-820.00)	128.672	78,85
- zementiert (5-820.01)	6.180	3,79
- hybrid (teilzementiert) (5-820.02)	28.336	17,36
Implantation einer Totalendoprothese, Sonderprothese	1.954	1,06
- nicht zementiert (5-820.20)	959	49,08
- zementiert (5-820.21)	221	11,31
- hybrid (teilzementiert) (5-820.22)	774	39,61
Implantation einer Femurkopfprothese	209	0,11

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	N = 184.101	
- nicht zementiert (5-820.30)	148	70,81
- zementiert (5-820.31)	61	29,19
Implantation einer Duokopfprothese	643	0,35
- nicht zementiert (5-820.40)	146	22,71
- zementiert (5-820.41)	497	77,29
Implantation einer Oberflächenersatzprothese	303	0,16
- nicht zementiert (5-820.80)	13	4,29
- zementiert (5-820.81)	15	4,95
- hybrid (teilzementiert) (5-820.82)	275	90,76
Implantation einer Kurzschaft-Femurkopfprothese	17.887	9,72
- Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.92)	97	0,54
- Ohne Pfannenprothese, zementiert (5-820.93)	6	0,03
- Mit Pfannenprothese, nicht zementiert (5-820.94)	17.476	97,70
- Mit Pfannenprothese, zementiert (5-820.95)	85	0,48
- Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert) (5-820.96)	223	1,25
Implantation einer sonstigen Endoprothese	196	0,11
- nicht zementiert (5-820.x0)	151	77,04
- zementiert (5-820.x1)	15	7,65
- hybrid (teilzementiert) (5-820.x2)	30	15,31
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	194	0,11
(5-986*) Minimalinvasive Technik	37.037	20,12
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	173	0,09
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	1.786	0,97
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	3.156	1,73

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	N = 184.101	
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	21	0,01

³⁵ Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit elektiver Erstimplantation ab 65 Jahren	N = 121.610	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten		
(0) nein	2.991	2,46
(1) ja	118.619	97,54
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	3.322	2,73
(1) ja	118.288	97,27

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit elektiver Erstimplantation	N = 182.829	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	178.390	97,57
(1) ja ³⁶	4.439	2,43

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit elektiver Erstimplantation	N = 182.829	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	270	0,15
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	852	0,47
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	99	0,05
Lungenembolie	159	0,09
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	245	0,13
Schlaganfall	149	0,08
akute gastrointestinale Blutung	93	0,05
akute Niereninsuffizienz	697	0,38
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	385	0,21
davon: Demenz		
(0) nein	259	67,27
(1) ja	126	32,73
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	2.182	1,19

³⁶ Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	N = 184.101	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	179.559	97,53
(1) ja ³⁷	4.542	2,47

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei elektiver Erstimplantation	N = 184.101	
primäre Implantatfehlage	113	0,06
sekundäre Implantatdislokation	218	0,12
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	519	0,28
Nachblutung/Wundhämatom	737	0,40
Gefäßläsion	40	0,02
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	388	0,21
periprothetische Fraktur	1.887	1,02
Wunddehiszenz	273	0,15
sekundäre Nekrose der Wundränder	20	0,01
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	699	0,38
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	183.521	99,68
(1) ja	580	0,32
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	140	24,14
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	331	57,07
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	109	18,79
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	2.551	1,39
(1) = ja	2.209	1,20

³⁷ Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

Bund (gesamt)	
Stationärer Aufenthalt (Tage)³⁸	
Anzahl Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	182.829
Median	7,00
Mittelwert	8,27
Präoperative Verweildauer (Stunden)³⁹	
Anzahl Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	182.757
Median	17,03
Mittelwert	20,65
Dauer des Eingriffs (Minuten)⁴⁰	
Anzahl Prozeduren bei elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	184.101
Median	65,00
Mittelwert	69,72
Postoperative Verweildauer (Tage)⁴¹	
Anzahl Patienten mit elektiver Erstimplantation mit Angabe von Werten	181.914
Median	7,00
Mittelwert	7,38

³⁸ Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

³⁹ Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts

⁴⁰ Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts

⁴¹ Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Bewegungsumfang

		Bund (gesamt) N
passives Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt		
Anzahl Patienten mit elektiver Erstimplantation, bei denen das Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt wurde		178.365
Extension/Flexion 1 bei Entlassung (Grad)		
Median		0,00
Mittelwert		0,13
Extension/Flexion 2 bei Entlassung (Grad)		
Median		0,00
Mittelwert		0,04
Extension/Flexion 3 bei Entlassung (Grad)		
Median		90,00
Mittelwert		90,05

Gehfähigkeit

		Bund (gesamt)	
		n	%
Patienten mit elektiver Erstimplantation		N = 182.829	
Gehstrecke bei Entlassung			
(1) unbegrenzt (> 500m)		17.726	9,70
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)		93.770	51,29
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich		68.955	37,72
(4) Im Zimmer mobil		1.742	0,95
(5) immobil		351	0,19

Gefähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit elektiver Erstimplantation	N = 182.829	
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	2.875	1,57
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	169.395	92,65
(2) Rollator/Gehbock	9.697	5,30
(3) Rollstuhl	393	0,21
(4) bettlägerig	184	0,10

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit elektiver Erstimplantation	N = 182.829	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	104.252	57,02
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	4.963	2,71
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	136	0,07
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	467	0,26
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	2.917	1,60
(07) Tod	320	0,18
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁴²	126	0,07
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	68.713	37,58
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	801	0,44
(11) Entlassung in ein Hospiz	5	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	8	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	28	0,02
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ⁴³	51	0,03
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	27	0,01
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ⁴⁴	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	12	0,01

⁴² § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

⁴³ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

⁴⁴ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 18.797	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	404	2,15
50 - 59 Jahre	1.504	8,00
60 - 69 Jahre	3.503	18,64
70 - 79 Jahre	5.457	29,03
80 - 89 Jahre	6.826	36,31
≥ 90 Jahre	1.103	5,87

Bund (gesamt)	
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel und mit Angabe von Werten	18.797
Mittelwert	75,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 18.797	
Geschlecht		
(1) männlich	7.568	40,26
(2) weiblich	11.220	59,69
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	9	0,05

Präoperative Anamnese/Befunde

Gefähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 18.797	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	2.574	13,69
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	6.853	36,46
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	5.174	27,53
(4) im Zimmer mobil	2.384	12,68
(5) immobil	1.812	9,64
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	5.848	31,11
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	6.150	32,72
(2) Rollator/Gehbock	4.399	23,40
(3) Rollstuhl	1.499	7,97
(4) bettlägerig	901	4,79

Pflegegrad

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 18.797	
Pflegegrad bei Aufnahme		
(0) nein, liegt nicht vor	11.257	59,89
(1) ja, Pflegegrad 1	840	4,47
(2) ja, Pflegegrad 2	3.002	15,97
(3) ja, Pflegegrad 3	1.833	9,75
(4) ja, Pflegegrad 4	599	3,19
(5) ja, Pflegegrad 5	77	0,41
(9) Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	1.189	6,33
Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt (OPS 9-984.b)		
(0) nein	17.584	93,55
(1) ja	1.213	6,45

ASA-und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	434	2,26
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	6.715	34,98
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	11.205	58,37
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	835	4,35
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	6	0,03

ASA-und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	16.788	87,46
(2) bedingt aseptische Eingriffe	1.157	6,03
(3) kontaminierte Eingriffe	311	1,62
(4) septische Eingriffe	939	4,89

Indikationsrelevante Befunde

Schmerzen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
Schmerzen vor der Prothesenexplantation		
(0) nein	2.192	11,42
(1) ja, Belastungsschmerz	5.921	30,85
(2) ja, Ruheschmerz	11.082	57,73

Erreger-/ Infektionsnachweis

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)		
(0) nein	14.182	73,88
(1) ja	5.013	26,12

Erreger-/ Infektionsnachweis

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation		
(0) nicht durchgeführt	8.580	44,70
(1) durchgeführt, negativ	7.659	39,90
(2) durchgeführt, positiv	2.956	15,40

Röntgendiagnostik / klinische Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
Patienten, bei denen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vorliegen		
(0) nein	1.949	10,15
(1) ja	17.246	89,85
davon:⁴⁵		
Implantatbruch	419	2,43
Implantatabrieb/-verschleiß	1.313	7,61
Implantatfehlage der Pfanne	1.376	7,98
Implantatfehlage des Schafts	750	4,35
Lockerung der Pfannenkomponente	3.767	21,84
Lockerung der Schaftkomponente	4.421	25,63
periprothetische Fraktur	5.562	32,25
Endoprothesen(sub)luxation	3.082	17,87
Knochendefekt Pfanne	1.590	9,22
Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	965	5,60
Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	120	0,70
periartikuläre Ossifikation (Grad 3 oder 4 nach Brooker)	310	1,80
andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde	1.977	11,46

⁴⁵ Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel⁴⁶		
Wechsel einer Femurkopfprothese	2.334	12,16
- In Femurkopfprothese, nicht zementiert (5-821.10)	1.063	45,54
- In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.11)	429	18,38
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.12)	143	6,13
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.13)	92	3,94
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.14)	48	2,06
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.15)	457	19,58
- In Duokopfprothese (5-821.16)	51	2,19
- Sonstige (5-821.1x)	51	2,19
Wechsel einer Gelenkpfannenprothese	5.519	28,75
- In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert (5-821.20)	660	11,96
- In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.22)	513	9,30
- In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes (5-821.24)	2.039	36,95
- In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes (5-821.25)	1.861	33,72
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.26)	75	1,36
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.27)	54	0,98
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.28)	29	0,53
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.29)	206	3,73
- Sonstige (5-821.2x)	82	1,49
Wechsel einer zementierten Totalendoprothese	1.337	6,97
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.30)	252	18,85
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.31)	405	30,29
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.32)	118	8,83
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.33)	510	38,15

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
- Sonstige (5-821.3x)	52	3,89
Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese	5.187	27,02
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.40)	1.968	37,94
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.41)	573	11,05
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.42)	594	11,45
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.43)	1.923	37,07
- Sonstige (5-821.4x)	129	2,49
Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)	653	3,40
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.50)	106	16,23
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.51)	103	15,77
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.52)	188	28,79
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.53)	226	34,61
- Sonstige (5-821.5x)	30	4,59
Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese	697	3,63
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.60)	106	15,21
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.61)	46	6,60
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.62)	54	7,75
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.63)	455	65,28
- Sonstige (5-821.6x)	36	5,16
Wechsel einer Duokopfprothese	1.452	7,56
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.f0)	209	14,39
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.f1)	337	23,21
- In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.f2)	150	10,33
- In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.f3)	321	22,11
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.f4)	198	13,64
- Sonstige (5-821.fx)	237	16,32
Wechsel einer Oberflächenersatzprothese	80	0,42

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
- In Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert (5-821.g0)	≤3	x
- In Oberflächenersatzprothese, zementiert oder n.n.bez. (5-821.g1)	0	0,00
- In Oberflächenersatzprothese, hybrid (teilzementiert) (5-821.g2)	≤3	x
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.g3)	53	66,25
- In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez. (5-821.g4)	10	12,50
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.g5)	9	11,25
- Sonstige (5-821.gx)	4	5,00
Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]	108	0,56
- In Totalendoprothese, nicht zementiert (5-821.j0)	57	52,78
- In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez. (5-821.j1)	15	13,89
- In Totalendoprothese, Sonderprothese (5-821.j2)	32	29,63
- Sonstige (5-821.jx)	4	3,70
Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation 5-829.n	2.403	12,52

⁴⁶ Mehrfach kodierte, identische OPS-Kodes auf der gleichen Seite werden nur einmal gezählt. Mehrere OPS-Kodes pro Prozedurbogen sind dennoch möglich.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	381	1,98
(5-986*) Minimalinvasive Technik	329	1,71
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	0	0,00
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	10	0,05

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 18.797	
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	1.569	8,35
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	10	0,05

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel ab 65 Jahren	N = 15.352	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten		
(0) nein	301	1,96
(1) ja	15.051	98,04
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	360	2,34
(1) ja	14.992	97,66

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 18.797	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	16.386	87,17
(1) ja ⁴⁷	2.411	12,83

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 18.797	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	323	1,72
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	626	3,33
tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	47	0,25
Lungenembolie	111	0,59
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	230	1,22
Schlaganfall	56	0,30
akute gastrointestinale Blutung	75	0,40
akute Niereninsuffizienz	348	1,85
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	343	1,82
davon: Demenz		
(0) nein	186	54,23
(1) ja	157	45,77
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	1.119	5,95

⁴⁷ Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	16.890	87,99
(1) ja ⁴⁸	2.305	12,01

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Prozeduren bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 19.195	
primäre Implantatfehlage	43	0,22
sekundäre Implantatdislokation	141	0,73
offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	487	2,54
Nachblutung/Wundhämatom	579	3,02
Gefäßläsion	28	0,15
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	113	0,59
periprothetische Fraktur	462	2,41
Wunddehiszenz	311	1,62
sekundäre Nekrose der Wundränder	21	0,11
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	446	2,32
postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	18.341	95,55
(1) ja	854	4,45
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	137	16,04
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	546	63,93
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	171	20,02
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	873	4,55
(1) = ja	1.787	9,31

⁴⁸ Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

Bund (gesamt)	
Stationärer Aufenthalt (Tage)⁴⁹	
Anzahl Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	18.797
Median	15,00
Mittelwert	20,25
Präoperative Verweildauer (Stunden)⁵⁰	
Anzahl Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	16.843
Median	27,94
Mittelwert	103,98
Dauer des Eingriffs (Minuten)⁵¹	
Anzahl Prozeduren bei Wechseleingriffen (ein- und zweizeitige Eingriffe) mit Angabe von Werten	19.195
Median	118,00
Mittelwert	127,80
Postoperative Verweildauer (Tage)⁵²	
Anzahl Patienten bei Wechsel bzw. Komponentenwechsel mit Angabe von Werten	18.783
Median	11,00
Mittelwert	14,45

⁴⁹ Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

⁵⁰ Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme zum ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts

⁵¹ Dargestellt wird die Dauer sämtlicher Eingriffe während des stationären Aufenthalts

⁵² Dargestellt wird der Abstand des letzten Eingriffs während des stationären Aufenthalts zur Entlassung

Entlassung

Bewegungsumfang

		Bund (gesamt) N
passives Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt		
Anzahl Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel, bei denen das Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt wurde		16.804
Extension/Flexion 1 bei Entlassung (Grad)		
Median		0,00
Mittelwert		0,09
Extension/Flexion 2 bei Entlassung (Grad)		
Median		0,00
Mittelwert		0,08
Extension/Flexion 3 bei Entlassung (Grad)		
Median		90,00
Mittelwert		88,93

Gehfähigkeit

		Bund (gesamt)	
		n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel		N = 18.797	
Gehstrecke bei Entlassung			
(1) unbegrenzt (> 500m)		891	4,74
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)		5.844	31,09
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich		8.345	44,40
(4) Im Zimmer mobil		2.359	12,55
(5) immobil		785	4,18

Gefähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 18.797	
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	210	1,12
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	11.048	58,78
(2) Rollator/Gehbock	5.661	30,12
(3) Rollstuhl	920	4,89
(4) bettlägerig	384	2,04

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Wechsel bzw. Komponentenwechsel	N = 18.797	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	10.635	56,58
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	696	3,70
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	31	0,16
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	92	0,49
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	1.655	8,80
(07) Tod	617	3,28
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁵³	58	0,31
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	3.636	19,34
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	1.318	7,01
(11) Entlassung in ein Hospiz	4	0,02
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	5	0,03
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	6	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ⁵⁴	30	0,16
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ⁵⁵	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	10	0,05

⁵³ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

⁵⁴ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

⁵⁵ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV