

Bundesauswertung

HGV-OSFRAK: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Auswertungsjahr 2025

Erfassungsjahr 2024

Impressum

Titel Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.
Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025

Abgabe 15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrensupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Datengrundlagen	7
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	7
Ergebnisübersicht	8
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024	10
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024.	11
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	13
54030: Präoperative Verweildauer	13
Details zu den Ergebnissen	16
54050: Sturzprophylaxe	20
Details zu den Ergebnissen	23
54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung	24
Details zu den Ergebnissen	28
54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	29
Details zu den Ergebnissen	33
54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	35
Details zu den Ergebnissen	39
54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	42
Details zu den Ergebnissen	46
Datilergebnisse der Auffälligkeitskriterien	47
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	47
850147: Angabe von ASA 5	47
850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	49
850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	51
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	53
850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	53

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	55
850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	57
Basisauswertung.....	59
Basisdokumentation.....	59
Inhouse-Sturz.....	59
Patientin und Patient.....	60
Präoperative Anamnese/Befunde.....	60
Gehfähigkeit.....	61
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation.....	62
Antithrombotische Dauertherapie.....	63
Voroperation.....	63
Frakturlokalisierung und -typ.....	64
Fraktur nach ICD-Kode.....	65
Behandlungsverlauf.....	66
Angabe von Prozeduren.....	66
Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren.....	67
Allgemeine Komplikationen.....	67
Spezifische Komplikationen.....	68
Behandlungszeiten.....	70
Entlassung.....	71
Gehfähigkeit.....	71
Entlassungsgrund.....	72

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 aktuelle 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. Als hüftgelenknahe Femurfraktur wird eine Fraktur des zum Hüftgelenk zeigenden Teil des Oberschenkelknochens (Femur) bezeichnet. Diese Brüche sind meist unfallbedingt und werden nach ihrer Lokalisation in Schenkelhalsfrakturen und pertrochantäre Frakturen unterschieden. Schenkelhalsfrakturen sind Brüche zwischen dem Hüftkopf und dem großen Rollhügel (Trochanter major) des Oberschenkelknochens. Eine pertrochantäre Femurfraktur verläuft schräg durch die Trochanterregion, d. h. unterhalb des Schenkelhalses und oberhalb des kleinen Rollhügels (Trochanter minor).

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. Eine vergleichende Übersichtsarbeit zu Inzidenzen von Frakturen bei Erwachsenen in Deutschland zeigte eine Gesamtzahl von 688.403 Frakturen im Jahr 2019, wovon 59 % auf Menschen >70 Jahre entfielen. Schenkelhalsfrakturen und pertrochantäre Frakturen sind dabei die am häufigsten auftretenden Brüche [2]. Die Anzahl der hüftgelenknahen Femurfrakturen hat sich demnach von 2009 zu 2019 um 24 % erhöht. Angesichts der demographischen Entwicklung ist weiterhin von zunehmenden Fallzahlen auszugehen.

Bei der operativen Behandlung einer hüftgelenknahen Femurfraktur unterscheidet man grundsätzlich zwischen hüftkopfhalternden (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, um den Verlust der Selbstständigkeit bis hin zur dauerhaften Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Die Indikatoren dieses Auswertungsmoduls fokussieren überwiegend auf Komplikationen im Zusammenhang mit der operativen Versorgung der Femurfraktur sowie auf die Sterblichkeit. Weitere Indikatoren beziehen sich auf die Wartezeit von der Krankenhausaufnahme bis zur Operation, die erreichte Gehfähigkeit, sowie die Fähigkeit zum Treppensteigen 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. Dezember 2023, in Kraft getreten am 01. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 10.04.2024)

[2] Inzidenz von Frakturen in der Erwachsenenpopulation in Deutschland. Eine Analyse von

2009 bis 2019. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/221388/Inzidenz-von-Frakturen-in-der-Erwachsenenpopulation-in-Deutschland>

Zu diesem Bericht steht unter <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/> eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

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

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichnummer (IKNR) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebezug ausgegeben. Bei der Standortebezug wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.

Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.

Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen 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. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren HGV-OSFRAK erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen 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.
- 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 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 2024.

Hinweise zum Auswertungsjahr 2025:

- Zum Erfassungsjahr 2023 wurde das Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“ durch eine ICD-Liste mit Diagnosekodes nach der Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) erweitert und eine dazugehörige weiche Plausibilitätsregel eingeführt. Aufgrund dieser Änderungen wurden im Erfassungsjahr 2023 mehr allgemeine und spezifische Komplikationen dokumentiert. Dies hat Einfluss auf die Ergebnisse der entsprechenden Indikatoren (ID 54029 und ID 54042) zum Erfassungsjahr 2023, da aufgrund dieser Änderungen teilweise mehr allgemeine und spezifische Komplikationen dokumentiert wurden als im Erfassungsjahr 2022.
- Der Qualitätsindikator zur Sturzprophylaxe (ID 54050) wird aufgrund der Empfehlungen des IQTIG im Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK und QS HGV“ zum Erfassungsjahr 2026 abgeschafft, da nicht mehr alle Eignungskriterien erfüllt sind. Der Referenzbereich wird deshalb in den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2025 ausgesetzt.

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 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Eingriffen aus dem Jahr 2024

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis
54030	Präoperative Verweildauer	$\leq 15,00 \%$	7,57 % O = 4.851 N = 64.052
54050	Sturzprophylaxe	Nicht definiert	97,93 % O = 56.186 N = 57.373
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	$\leq 2,37$ (95. Perzentil)	1,00 O/E = 6.932 / 6.946,35 N = 44.348
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	$\leq 2,87$ (95. Perzentil)	1,01 O/E = 1.286 / 1.267,66 N = 64.972
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	$\leq 2,21$ (95. Perzentil)	1,05 O/E = 8.743 / 8.303,18 N = 64.972
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	0,97 O/E = 3.046 / 3.149,08 N = 64.972

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

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.

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zu Eingriffen aus dem Jahr 2024

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850147	Angabe von ASA 5	= 0	0,00 40 / 64.986	3,32 % 33 / 993
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0	0,41 31 / 76	41,54 % 27 / 65
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	19,83 % 117 / 590	2,65 % 10 / 377

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	$\geq 95,00 \%$	100,56 % 65.072 / 64.707	1,54 % 16 / 1.037
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	$\leq 110,00 \%$	100,56 % 65.072 / 64.707	0,77 % 8 / 1.037
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	$\leq 5,00 \%$	0,13 % 86 / 64.707	0,19 % 2 / 1.037

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54030: Präoperative Verweildauer

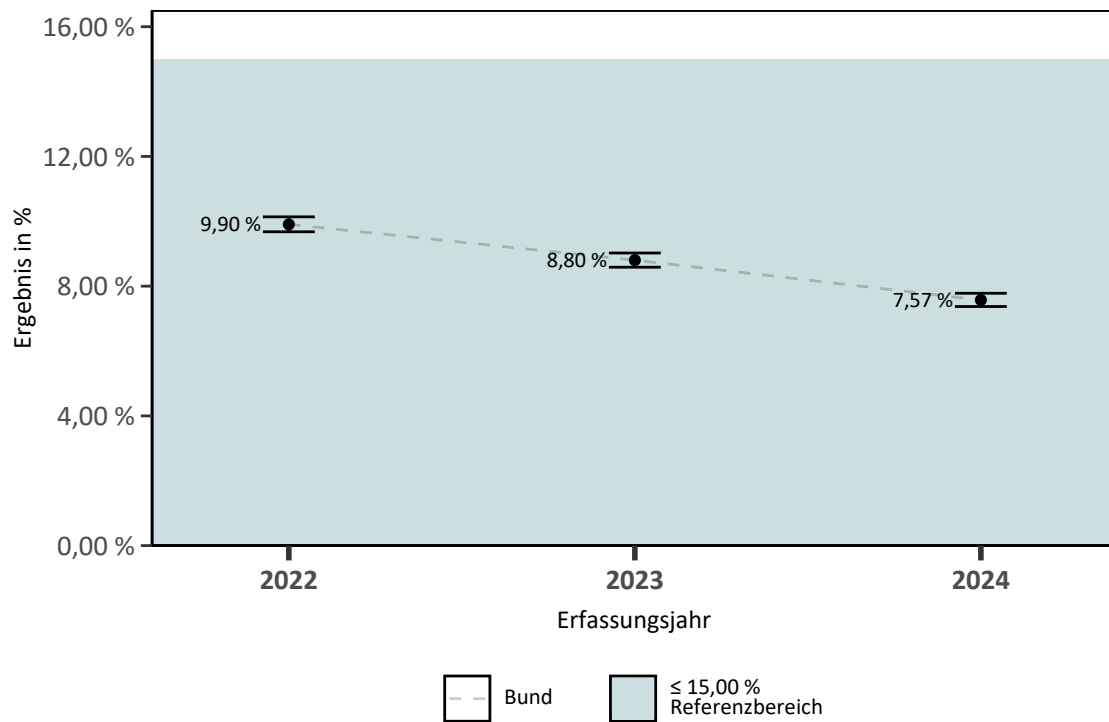
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden: - Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion und Oberschenkel; ICD 10 T84.14) in Kombination mit der Angabe einer osteosynthetische Voroperation und ohne Angabe einer postoperativen Implantatfehlage oder Implantatdislokation - Behandlungsfälle mit einer periprothetischen Fraktur, festgestellt durch Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese (Z96.64) in Kombination mit der Angabe einer endoprothetischen Voroperation am betroffenen Hüftgelenk - Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen 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
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detaillergebnisse

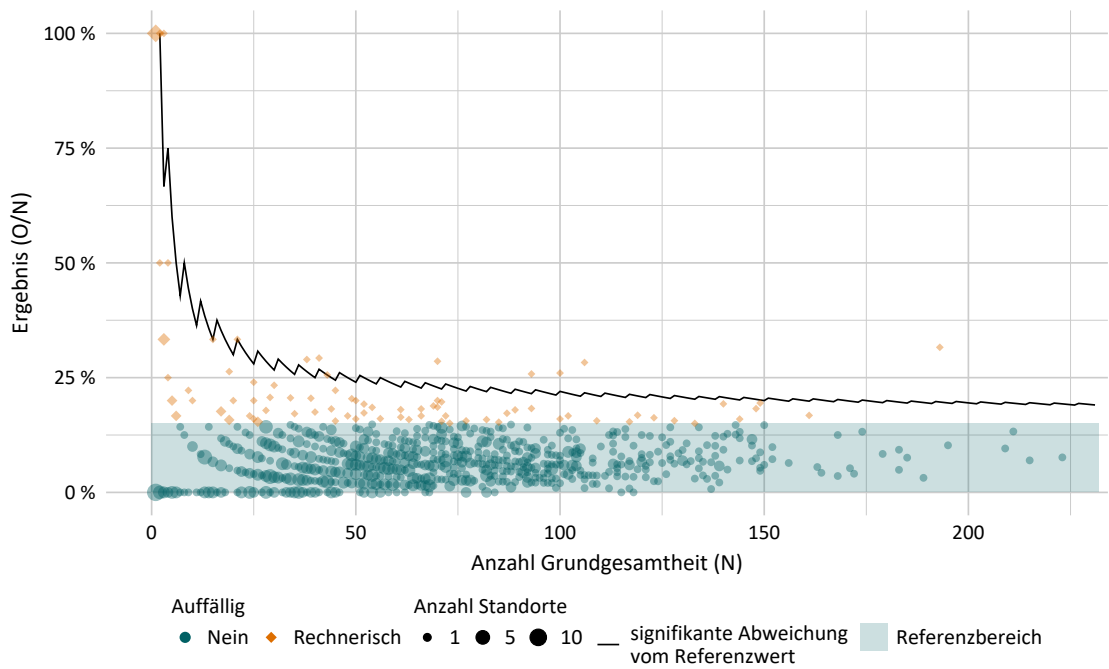
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	6.383 / 64.445	9,90	9,68 - 10,14
	2023	5.645 / 64.138	8,80	8,58 - 9,02
	2024	4.851 / 64.052	7,57	7,37 - 7,78

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	976	99	0,00	100,00	6,25

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)	7,57 % 4.851/64.052
1.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag	
1.1.1.1	ID: 54_22103 Montag bis Donnerstag	7,72 % 2.876/37.267
1.1.1.2	ID: 54_22123 Freitag	7,57 % 722/9.534
1.1.1.3	ID: 54_22143 Samstag	7,11 % 641/9.019
1.1.1.4	ID: 54_22163 Sonntag	7,43 % 612/8.232
1.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie	
1.1.2.1	ID: 54_22183 ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	7,58 % 2.867/37.836
1.1.2.2	ID: 54_22184 mit gerinnungshemmender Dauertherapie ¹	7,57 % 1.984/26.216
1.1.2.2.1	ID: 54_22185 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	32,15 % 354/1.101
1.1.2.2.2	ID: 54_22186 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	3,98 % 526/13.222
1.1.2.2.3	ID: 54_22187 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	8,99 % 1.082/12.038
1.1.2.2.4	ID: 54_22188 sonstige	17,20 % 65/378
1.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation	
1.1.3.1	ID: 54_22190 ASA 1	3,74 % 76/2.031
1.1.3.2	ID: 54_22191 ASA 2	5,47 % 918/16.790
1.1.3.3	ID: 54_22192 ASA 3	7,89 % 3.219/40.824
1.1.3.4	ID: 54_22193 ASA 4	14,47 % 632/4.367

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.3.5	ID: 54_22194 ASA 5	15,00 % 6/40

¹ Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 54_22223 Frakturereignis vor stationärer Aufnahme	98,36 % 63.004/64.052
1.2.1	ID: 54_22224 verlängerte präoperative Verweildauer	7,42 % 4.672/63.004

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 54_22225 Frakturereignis während des stationären Aufenthaltes	1,64 % 1.048/64.052
1.3.1	ID: 54_22226 verlängerte präoperative Verweildauer	17,08 % 179/1.048

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 % 17.424/64.052	ID: 54_22233 30,16 % 15.329/50.830	ID: 54_22239 15,84 % 2.095/13.222
≤ 12 Stunden	ID: 54_22228 47,85 % 30.648/64.052	ID: 54_22234 51,99 % 26.427/50.830	ID: 54_22240 31,92 % 4.221/13.222
≤ 24 Stunden	ID: 54_22229 88,48 % 56.675/64.052	ID: 54_22235 91,49 % 46.505/50.830	ID: 54_22241 76,92 % 10.170/13.222
≤ 36 Stunden	ID: 54_22230 94,97 % 60.831/64.052	ID: 54_22236 96,02 % 48.807/50.830	ID: 54_22242 90,94 % 12.024/13.222
≤ 48 Stunden	ID: 54_22231 97,12 % 62.207/64.052	ID: 54_22237 97,41 % 49.511/50.830	ID: 54_22243 96,02 % 12.696/13.222
> 48 Stunden	ID: 54_22232 2,88 % 1.845/64.052	ID: 54_22238 2,59 % 1.319/50.830	ID: 54_22244 3,98 % 526/13.222

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 27,04 % 17.319/64.052	ID: 54_22249 30,01 % 15.254/50.830	ID: 54_22253 15,62 % 2.065/13.222
≤ 24 Stunden	ID: 54_22246 87,34 % 55.942/64.052	ID: 54_22250 90,45 % 45.978/50.830	ID: 54_22254 75,36 % 9.964/13.222
≤ 48 Stunden	ID: 54_22247 95,90 % 61.427/64.052	ID: 54_22251 96,35 % 48.974/50.830	ID: 54_22255 94,18 % 12.453/13.222
> 48 Stunden	ID: 54_22248 4,10 % 2.625/64.052	ID: 54_22252 3,65 % 1.856/50.830	ID: 54_22256 5,82 % 769/13.222

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 0,18 % 116/64.052	ID: 54_22261 0,17 % 85/50.830	ID: 54_22265 0,23 % 31/13.222
≤ 24 Stunden	ID: 54_22258 1,24 % 797/64.052	ID: 54_22262 1,13 % 576/50.830	ID: 54_22266 1,67 % 221/13.222
≤ 48 Stunden	ID: 54_22259 1,51 % 968/64.052	ID: 54_22263 1,33 % 675/50.830	ID: 54_22267 2,22 % 293/13.222
> 48 Stunden	ID: 54_22260 0,12 % 80/64.052	ID: 54_22264 0,10 % 51/50.830	ID: 54_22268 0,22 % 29/13.222

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 90,44 % 1.874/2.072	ID: 54_22272 89,04 % 2.576/2.893	ID: 54_22275 94,48 % 1.267/1.341	ID: 54_22278 98,91 % 181/183	ID: 54_22281 90,89 % 5.898/6.489
24 - 48 Stunden	ID: 54_22270 6,90 % 143/2.072	ID: 54_22273 7,05 % 204/2.893	ID: 54_22276 3,36 % 45/1.341	ID: 54_22279 x % ≤3/183	ID: 54_22282 6,06 % 393/6.489
> 48 Stunden	ID: 54_22271 2,65 % 55/2.072	ID: 54_22274 3,91 % 113/2.893	ID: 54_22277 2,16 % 29/1.341	ID: 54_22280 x % ≤3/183	ID: 54_22283 3,05 % 198/6.489

54050: Sturzprophylaxe

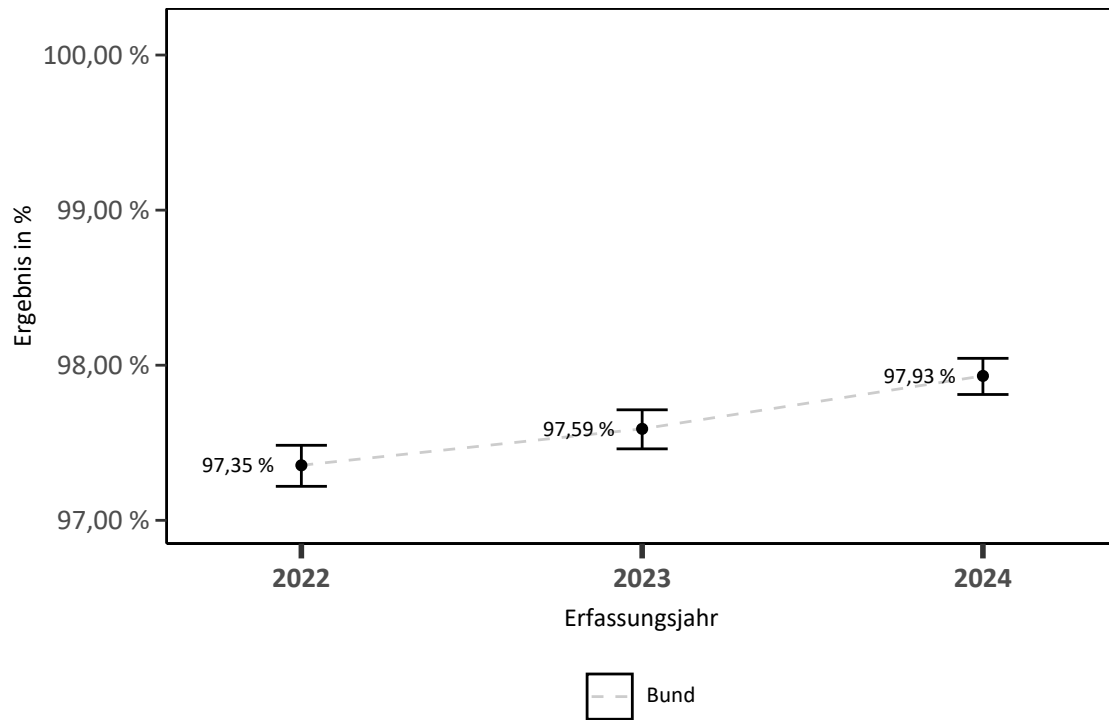
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur. 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	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

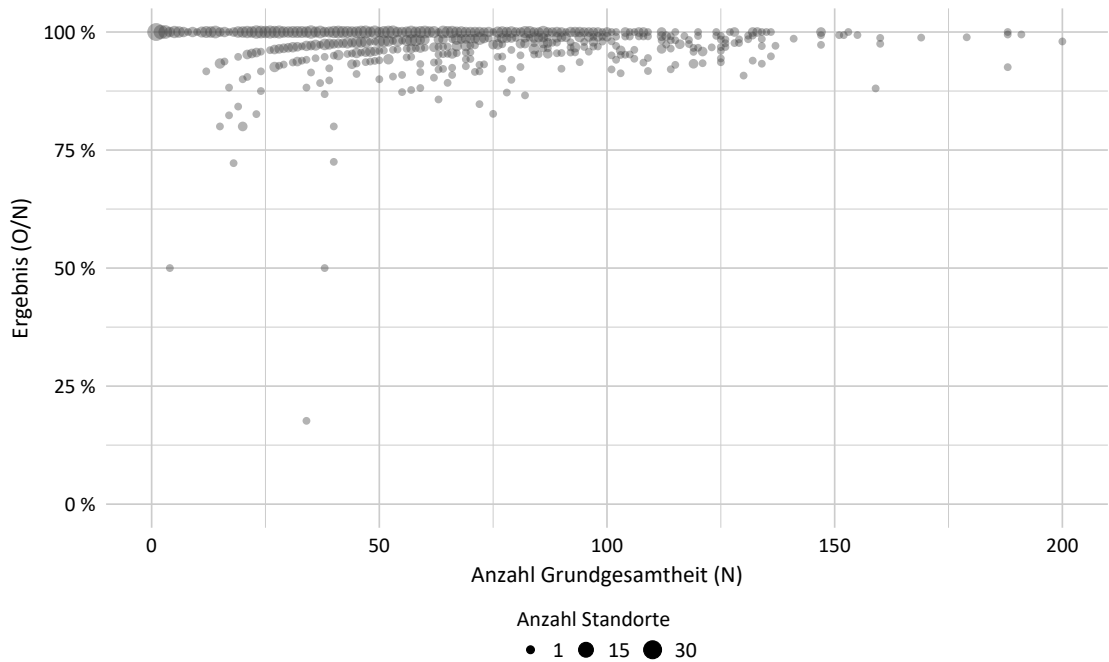
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	55.019 / 56.514	97,35	97,22 - 97,48
	2023	55.755 / 57.132	97,59	97,46 - 97,71
	2024	56.186 / 57.373	97,93	97,81 - 98,04

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	989	0	17,65	100,00	100,00

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	98,37 % 56.438/57.373
2.1.2	ID: 54_22285 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	98,24 % 56.366/57.373
2.1.3	ID: 54050 Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)	97,93 % 56.186/57.373

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
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit: - Versorgung bei Polytrauma - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
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	≤ 2,37 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Frakturlokalisierung - pertrochantär Frakturlokalisierung - sonstige ASA-Klassifikation 2 ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 oder 5 vorbestehende Koxarthrose Wundkontamination - bedingt aseptische Eingriffe Wundkontamination - kontaminierte Eingriffe Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Altersrisiko pro Jahr ab Alter 55 wenn Gehen unbegrenzt Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Altersrisiko pro Jahr bis Alter 60 wenn Gehen am Stück bis 500m oder 50m möglich Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Altersrisiko pro Jahr ab Alter 85 wenn Gehen am Stück bis 500m oder 50m möglich Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen unbegrenzt und Rollator/Gehbock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 500m möglich und keine Gehhilfen Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 500m möglich und Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 500m möglich und Rollator/Gehbock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 50m möglich und keine Gehhilfen Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 50m möglich und Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - # Gehen am Stück bis 50m möglich und Rollator/Gehbock
Datenquellen	QS-Daten

Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024
------------------	-----------------------------------

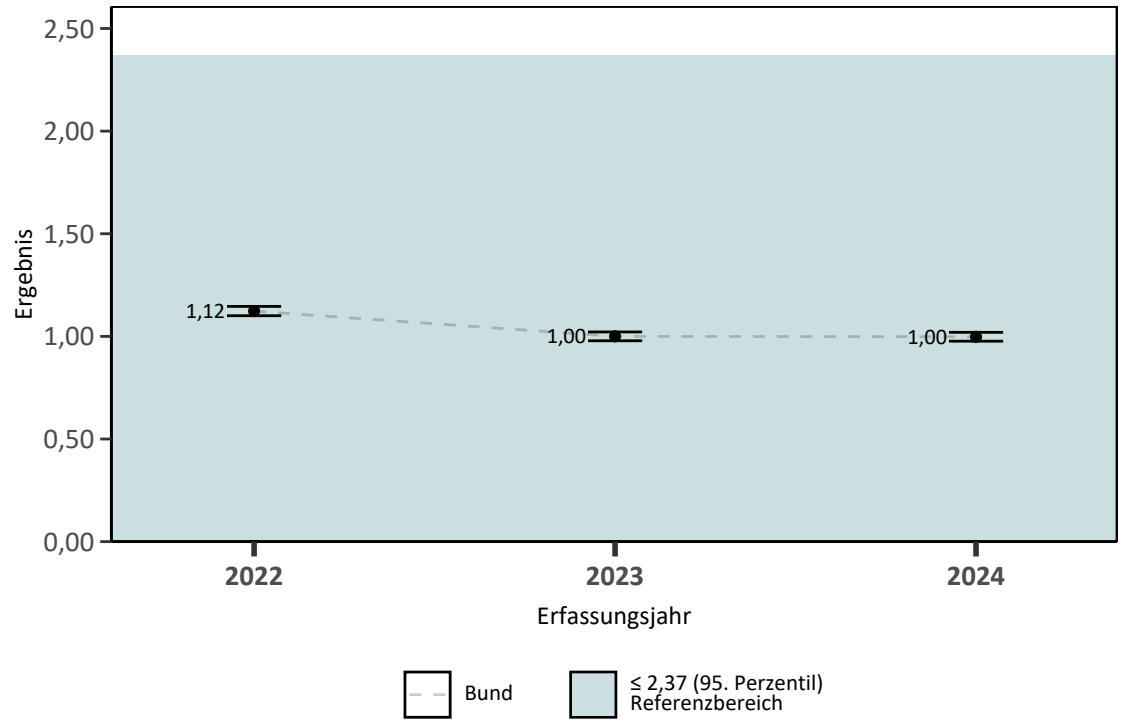
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	44.230	7.747 / 6.897,94	1,12	1,10 - 1,15
	2023	44.603	7.018 / 7.018,00	1,00	0,98 - 1,02
	2024	44.348	6.932 / 6.946,35	1,00	0,98 - 1,02

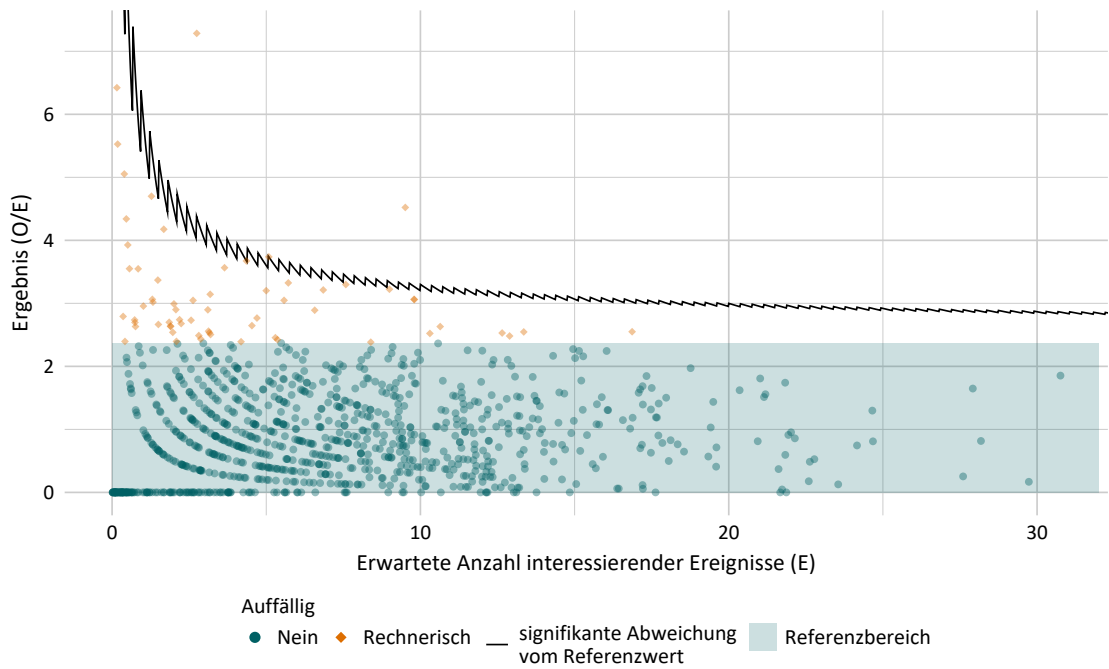
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



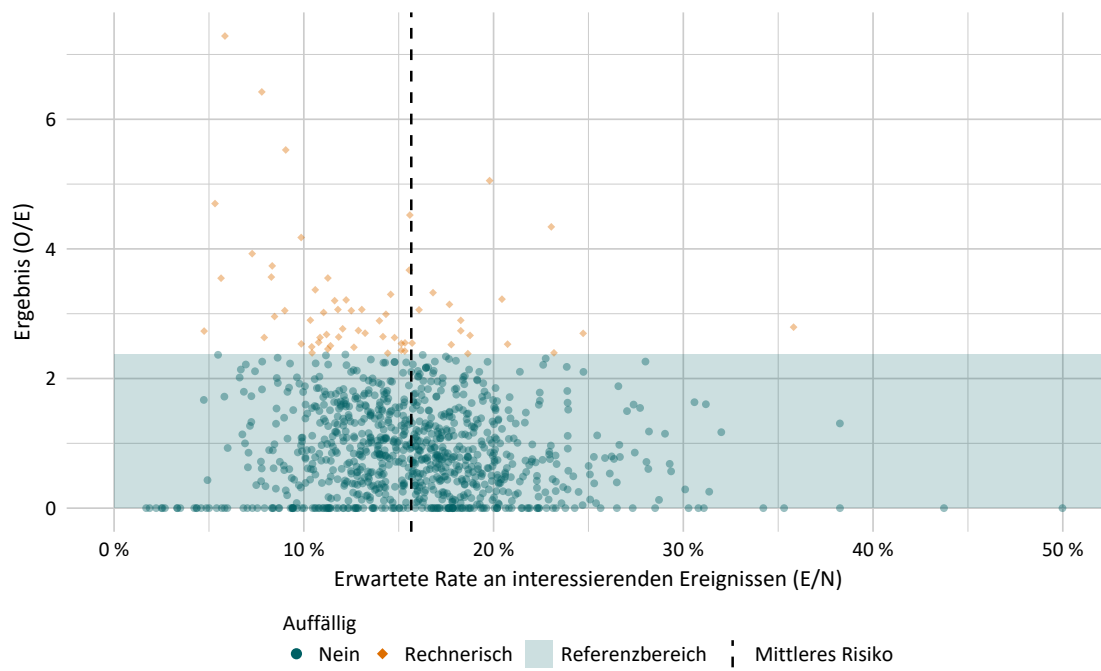
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	984	63	0,00	7,28	0,85

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



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)	15,63 % 6.932/44.348
3.1.1.2	ID: E_54033 E/N (expected, erwartet)	15,66 % 6.946,35/44.348
3.1.1.3	ID: 54033 O/E	1,00

³ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 54_22304 Gehunfähigkeit bei Entlassung	17,13 % 8.993/52.490
3.2.2	Verteilung nach postoperativer Verweildauer	
3.2.2.1	ID: 54_22305 ≤ 5 Tage	18,32 % 1.615/8.815
3.2.2.2	ID: 54_22306 6-10 Tage	16,82 % 3.109/18.479
3.2.2.3	ID: 54_22307 11-15 Tage	17,34 % 1.311/7.562
3.2.2.4	ID: 54_22308 16-20 Tage	15,38 % 1.423/9.250
3.2.2.5	ID: 54_22309 > 20 Tage	18,31 % 1.535/8.384

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 54_22310 Gehunfähigkeit vor der Fraktur	100,00 % 9.436/9.436
3.3.1	ID: 54_22311 gefähig bei Entlassung	14,61 % 1.379/9.436
3.3.2	ID: 54_22312 gehunfähig bei Entlassung	85,39 % 8.057/9.436

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
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
O (observed)	Beobachtete Anzahl an spezifischen postoperativen Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an spezifischen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54029
Referenzbereich	≤ 2,87 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Frakturlokalisierung - pertrochantär Frakturlokalisierung - sonstige Voroperation am Hüftgelenk - ja Wundkontaminationsklassifikation - bedingt aseptische Eingriffe Wundkontaminationsklassifikation - kontaminierte oder septische Eingriffe Diagnose - Adipositas Diagnose - Alimentäre Anämie Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Infektiöse Erkrankungen Diagnose - Knochennekrose Diagnose - Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

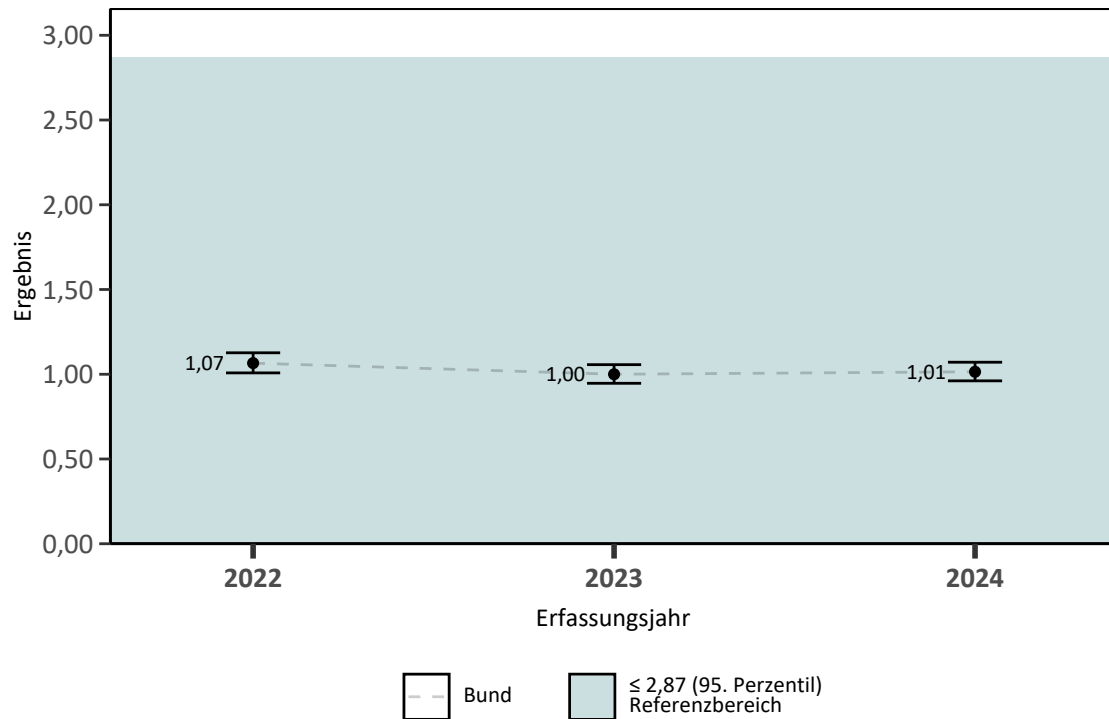
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	64.445	1.217 / 1.142,03	1,07	1,01 - 1,13
	2023	64.915	1.247 / 1.247,00	1,00	0,95 - 1,06
	2024	64.972	1.286 / 1.267,66	1,01	0,96 - 1,07

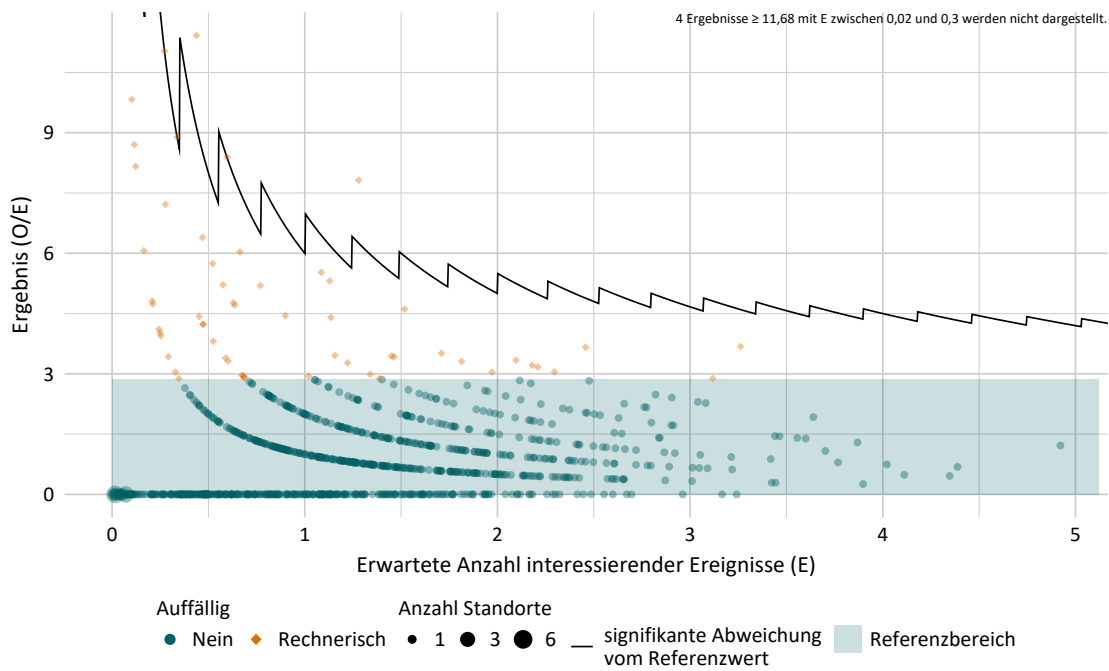
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 $O / E = 1,2$ Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 $O / E = 0,9$ Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



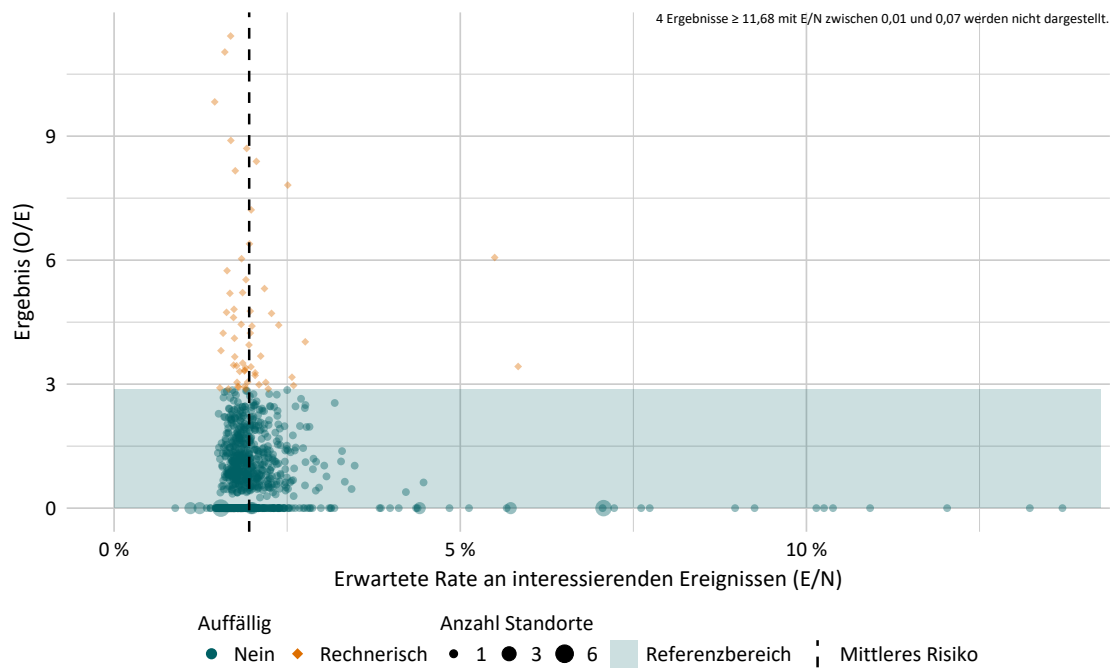
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	993	61	0,00	40,61	0,72

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Spezifische Komplikationen	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁴	
4.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	1,98 % 1.286/64.972
4.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	1,95 % 1.267,66/64.972
4.1.1.1	ID: 54029 O/E	1,01
4.1.2	ID: 54_22315 Implantatfehl lage	0,15 % 97/64.972
4.1.3	ID: 54_22316 Implantatdislokation	0,42 % 272/64.972
4.1.4	ID: 54_22317 Wundhämatom	0,48 % 312/64.972
4.1.5	ID: 54_23000 revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	0,43 % 282/64.972
4.1.6	ID: 54_22318 Gefäßläsion	0,05 % 33/64.972
4.1.7	ID: 54_22319 Nervenschaden	0,06 % 40/64.972
4.1.8	ID: 54_22320 Fraktur	0,16 % 104/64.972
4.1.9	ID: 54_22322 reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,21 % 134/64.972
4.1.10	ID: 54_22323 reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0,01 % 7/64.972
4.1.11	ID: 54_22324 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen ⁵	1,25 % 810/64.972
4.1.12	ID: 54_22325 Postoperative Wundinfektion	0,54 % 348/64.972
4.1.12.1	ID: 54_22326 A1 (oberflächliche Wundinfektion) ⁶	33,62 % 117/348
4.1.12.2	ID: 54_22327 A2 (tiefe Wundinfektion)	59,20 % 206/348
4.1.12.3	ID: 54_22328 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	7,18 % 25/348

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1.13	ID: 54_22329 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen ⁷	1,64 % 1.065/64.972

⁴ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>)

⁵ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

⁶ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

⁷ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 54_22330 Wundhämatome/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0,48 % 312/64.972
4.2.1	ID: 54_22331 Aufnahme mit gerinnungshemmender Dauertherapie	57,69 % 180/312
4.2.1.1	ID: 54_22332 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	3,21 % 10/312
4.2.1.2	ID: 54_22334 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	39,42 % 123/312
4.2.1.3	ID: 54_22335 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	17,31 % 54/312
4.2.1.4	ID: 54_22336 sonstige	x % ≤3/312

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
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	≤ 2,21 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear bis 83 Jahren Alter - linear ab 83 Jahren Geschlecht - männlich ASA-Klassifikation - 2 ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 oder 5 Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich oder im Zimmer mobil oder immobil Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Vorbestehende Koxarthrose - ja Frakturlokalisation - lateral Frakturlokalisation - pertrochantär Frakturlokalisation - sonstige Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Chronische_Lungenerkrankungen Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Infektiöse_Erkrankungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralyse Diagnose - Peptische_Ulkuserkrankung_ohne_Blutung
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

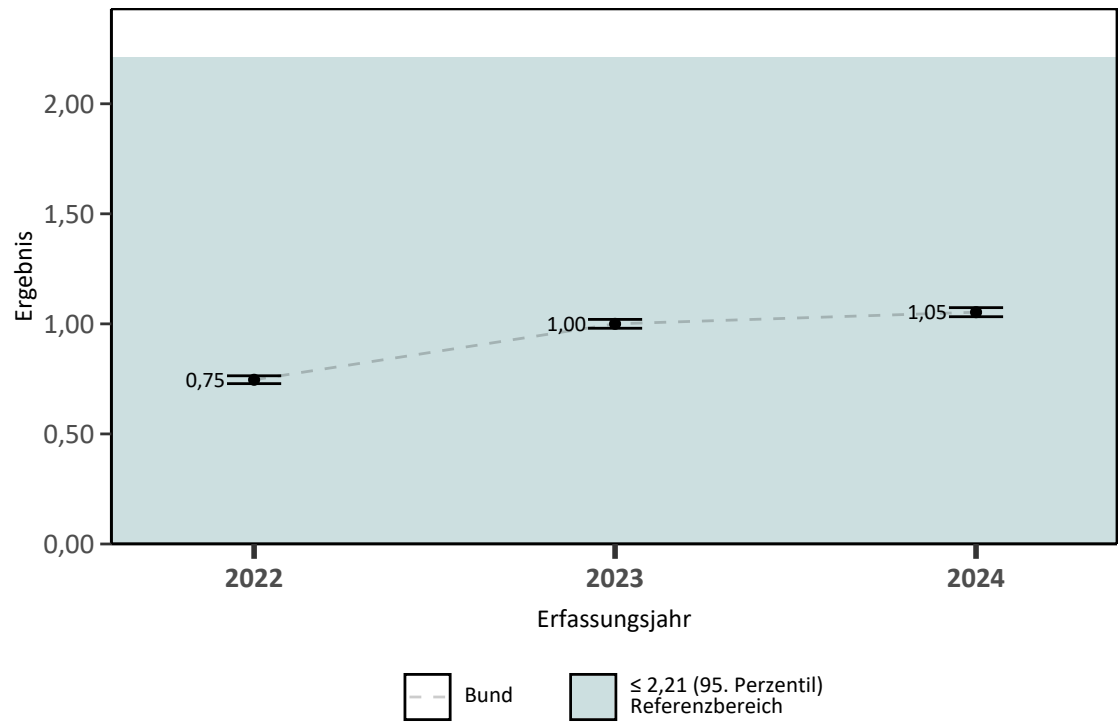
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	64.445	6.065 / 8.129,35	0,75	0,73 - 0,76
	2023	64.915	8.253 / 8.253,00	1,00	0,98 - 1,02
	2024	64.972	8.743 / 8.303,18	1,05	1,03 - 1,07

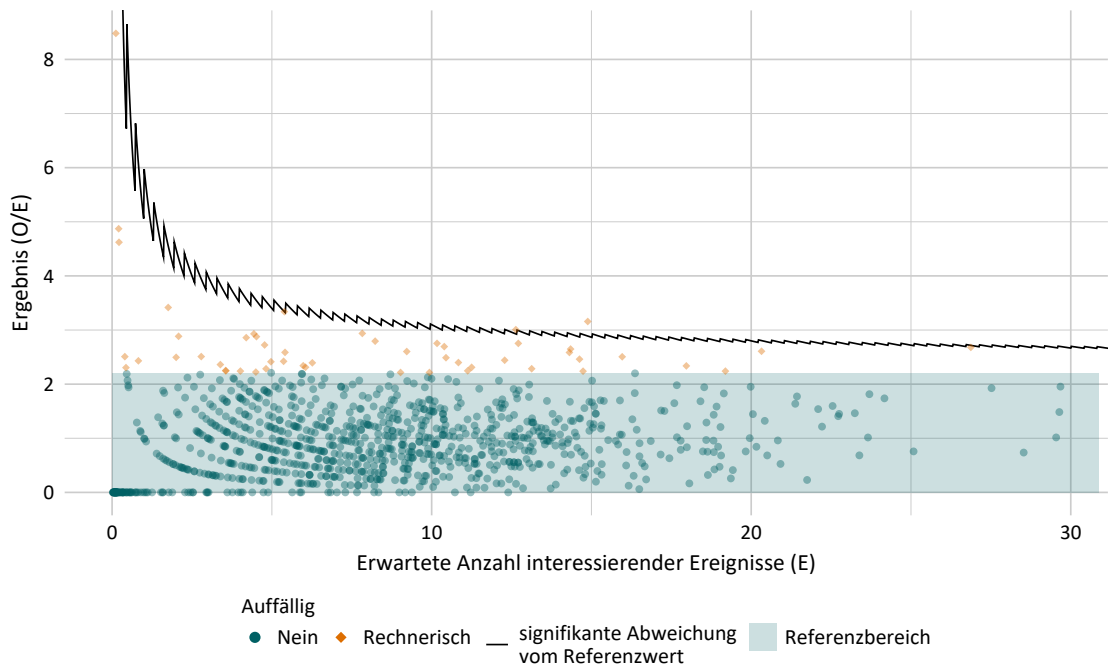
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



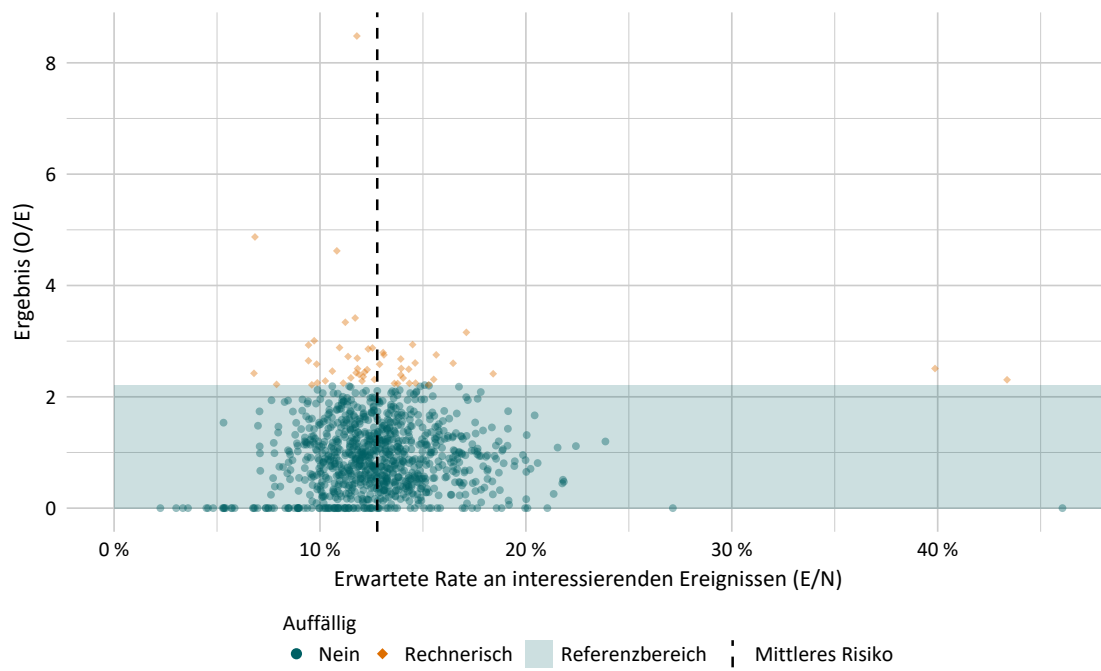
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	993	52	0,00	8,48	0,92

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



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 ⁸	
5.1.1.1	ID: O_54042 O/N (observed, beobachtet)	13,46 % 8.743/64.972
5.1.1.2	ID: E_54042 E/N (expected, erwartet)	12,78 % 8.303,18/64.972
5.1.1.3	ID: 54042 O/E	1,05

⁸ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Allgemeine postoperative Komplikationen	
5.2.1	ID: 54_22350 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	13,46 % 8.743/64.972
5.2.2	ID: 54_22351 Pneumonie	3,37 % 2.192/64.972
5.2.3	ID: 54_22352 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,11 % 2.018/64.972
5.2.4	ID: 54_22353 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,13 % 85/64.972
5.2.5	ID: 54_22354 Lungenembolie	0,32 % 211/64.972
5.2.6	ID: 54_22355 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	3,63 % 2.360/64.972
5.2.7	ID: 54_22356 Schlaganfall	0,48 % 312/64.972
5.2.8	ID: 54_22357 akute gastrointestinale Blutung	0,56 % 365/64.972
5.2.9	ID: 54_22358 akute Niereninsuffizienz	2,80 % 1.820/64.972
5.2.10	ID: 54_22359 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	1,60 % 1.041/64.972

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.11	ID: 54_22360 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ⁹	8,37 % 5.439/64.972

⁹ 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)	6,52 % 1.246/19.121
5.3.2	ID: 54_22363 Pneumonie	1,09 % 209/19.121
5.3.3	ID: 54_22364 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1,17 % 224/19.121
5.3.4	ID: 54_22365 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,15 % 29/19.121
5.3.5	ID: 54_22366 Lungenembolie	0,18 % 35/19.121
5.3.6	ID: 54_22367 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	2,22 % 425/19.121
5.3.7	ID: 54_22368 Schlaganfall	0,27 % 52/19.121
5.3.8	ID: 54_22369 akute gastrointestinale Blutung	0,30 % 57/19.121
5.3.9	ID: 54_22371 akute Niereninsuffizienz	1,08 % 206/19.121
5.3.10	ID: 54_22372 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,93 % 178/19.121
5.3.11	ID: 54_22373 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ¹⁰	4,32 % 826/19.121

¹⁰ 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	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4.1	ID: 54_22374 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 3 - 4 (ohne sonstige Komplikation)	16,34 % 7.485/45.811
5.4.2	ID: 54_22375 Pneumonie	4,33 % 1.982/45.811
5.4.3	ID: 54_22376 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,90 % 1.787/45.811
5.4.4	ID: 54_22377 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,12 % 56/45.811
5.4.5	ID: 54_22378 Lungenembolie	0,38 % 175/45.811
5.4.6	ID: 54_22379 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	4,22 % 1.933/45.811
5.4.7	ID: 54_22380 Schlaganfall	0,57 % 259/45.811
5.4.8	ID: 54_22381 akute gastrointestinale Blutung	0,67 % 308/45.811
5.4.9	ID: 54_22383 akute Niereninsuffizienz	3,52 % 1.613/45.811
5.4.10	ID: 54_22384 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	1,88 % 862/45.811
5.4.11	ID: 54_22385 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ¹¹	10,06 % 4.610/45.811

¹¹ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes.
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
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - weiblich Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - im Zimmer mobil Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - immobil Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - bettlägerig ASA-Klassifikation - 1 ASA-Klassifikation - 2 ASA-Klassifikation - 4 ASA-Klassifikation - 5 Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Altersrisiko pro Jahr bis 46 Jahre Altersrisiko pro Jahr bis 80 Jahre Altersrisiko pro Jahr bis 95 Jahre Altersrisiko pro Jahr über 95 Jahre Wundkontaminationsklassifikation - septisch Frakturlokalisation - lateral Frakturlokalisation - pertrochantär Frakturlokalisation - sonstige
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

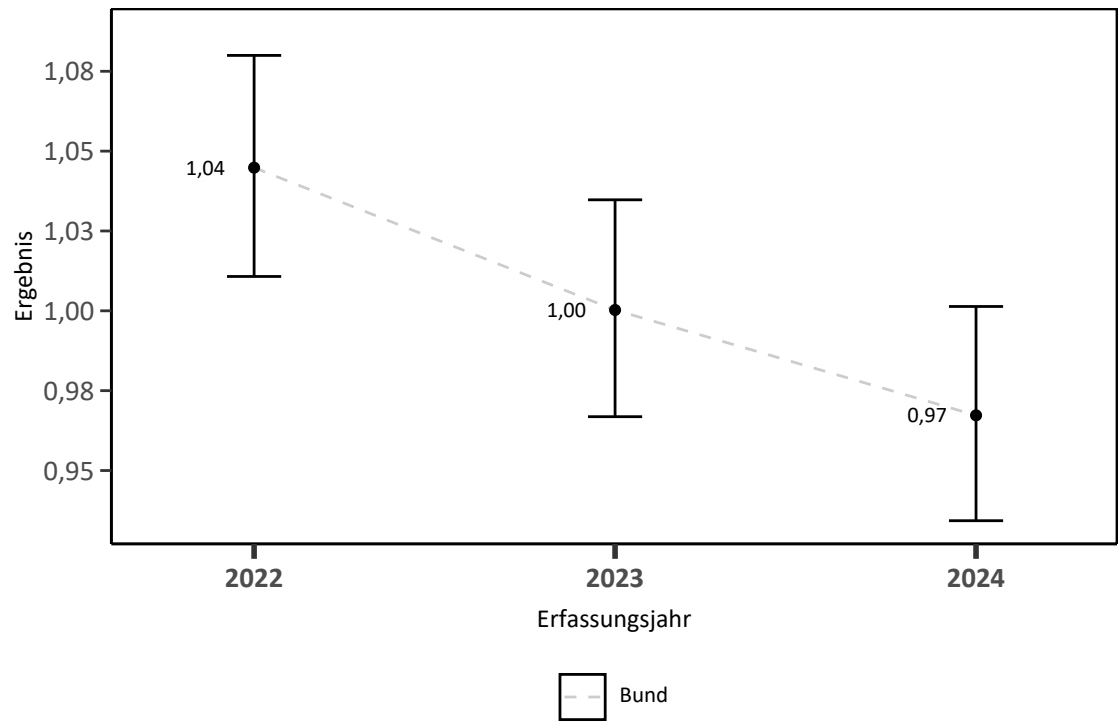
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	64.445	3.322 / 3.179,50	1,04	1,01 - 1,08
	2023	64.915	3.172 / 3.171,20	1,00	0,97 - 1,03
	2024	64.972	3.046 / 3.149,08	0,97	0,93 - 1,00

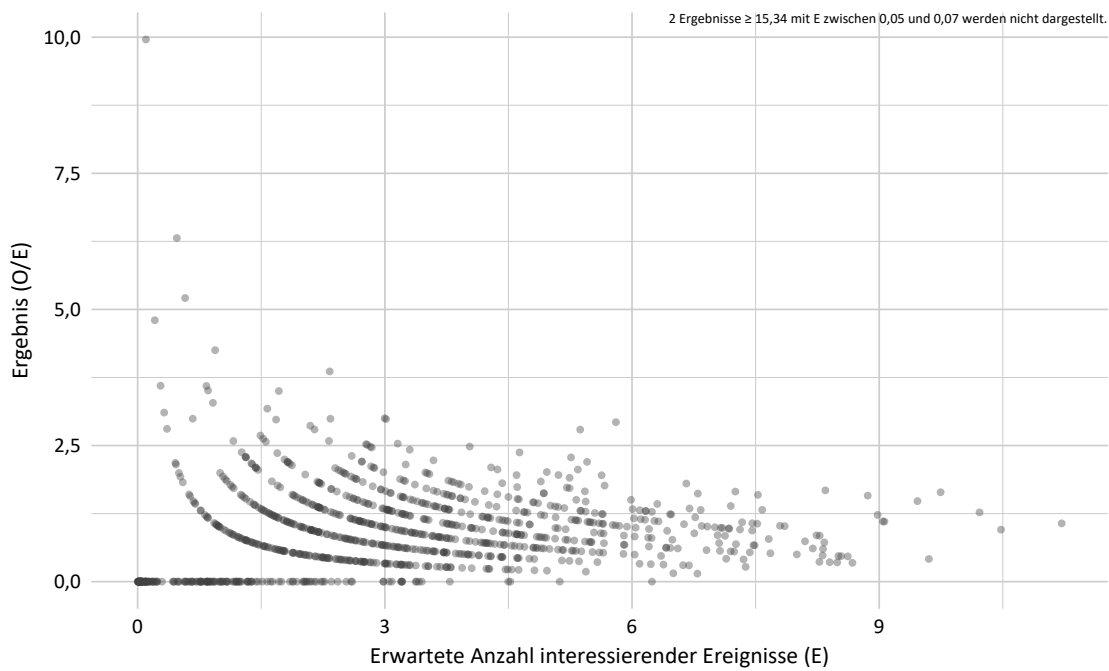
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



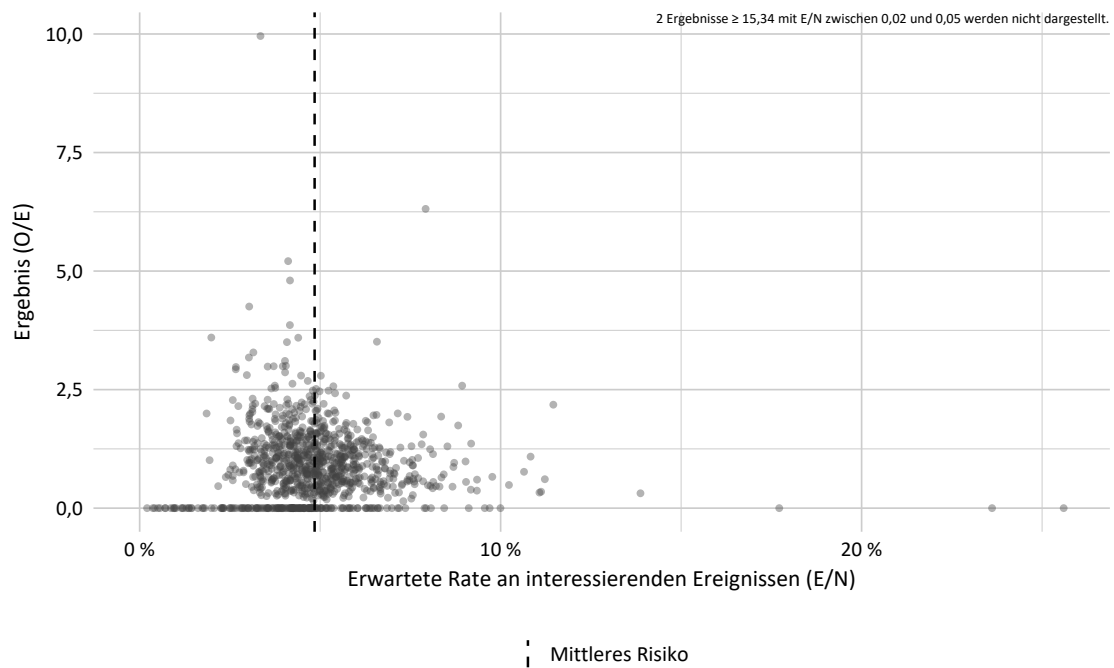
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	993	0	0,00	18,61	0,85

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Sterblichkeit	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹²	
6.1.1.1	ID: O_54046 O/N (observed, beobachtet)	4,69 % 3.046/64.972
6.1.1.2	ID: E_54046 E/N (expected, erwartet)	4,85 % 3.149,08/64.972
6.1.1.3	ID: 54046 O/E	0,97

¹² nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>) .

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 54_22389 Sterblichkeit	4,69 % 3.046/64.972
6.2.1	Verteilung der Todesfälle nach ASA-Klassifikation	
6.2.1.1	ID: 54_22390 ASA 1	x % ≤3/2.046
6.2.1.2	ID: 54_22391 ASA 2	0,74 % 126/17.075
6.2.1.3	ID: 54_22392 ASA 3	5,13 % 2.123/41.395
6.2.1.4	ID: 54_22393 ASA 4	17,73 % 783/4.416
6.2.1.5	ID: 54_22394 ASA 5	27,50 % 11/40

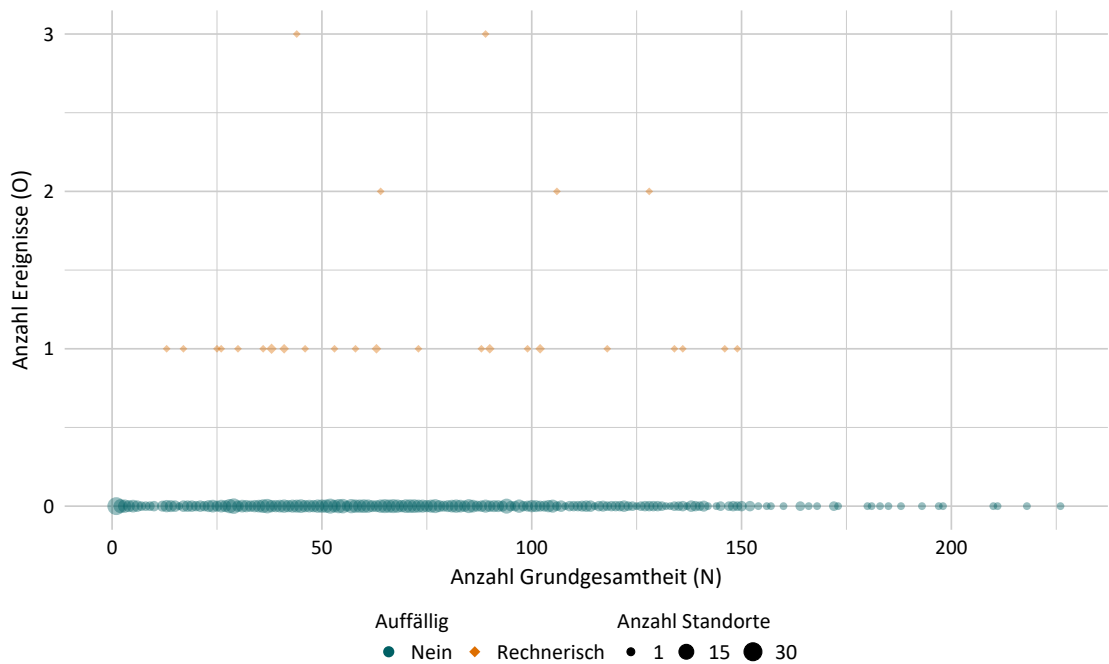
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850147: Angabe von ASA 5

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-Einstufung vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen 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



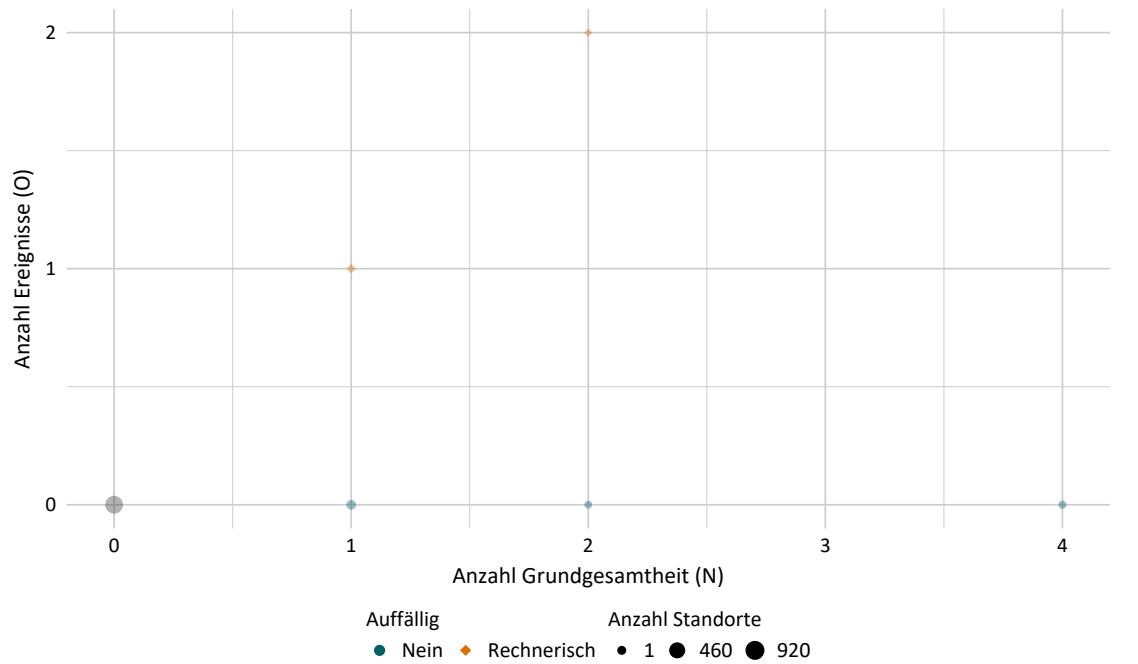
Detaillergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	40 / 64.986	0,00	3,32 % 33 / 993

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

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



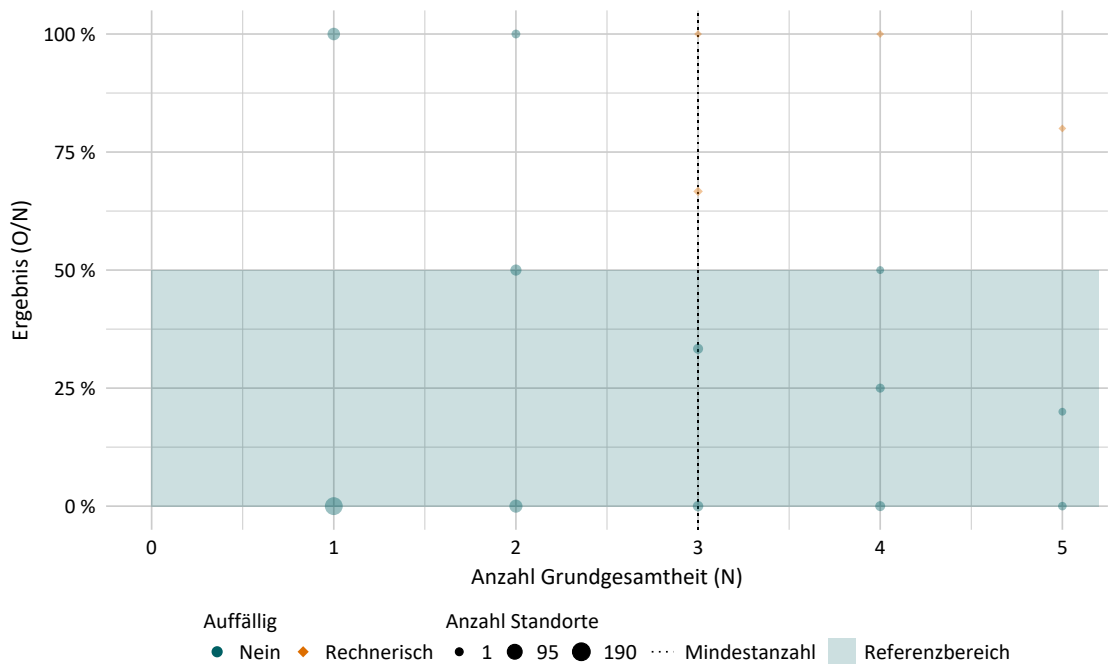
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	31 / 76	0,41	41,54 % 27 / 65

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

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.</p>
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, T81.7, T84.14, T84.6, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde. Ausgeschlossen werden Fälle mit einer Voroperation am betroffenen Hüftgelenk.
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



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	377	10	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

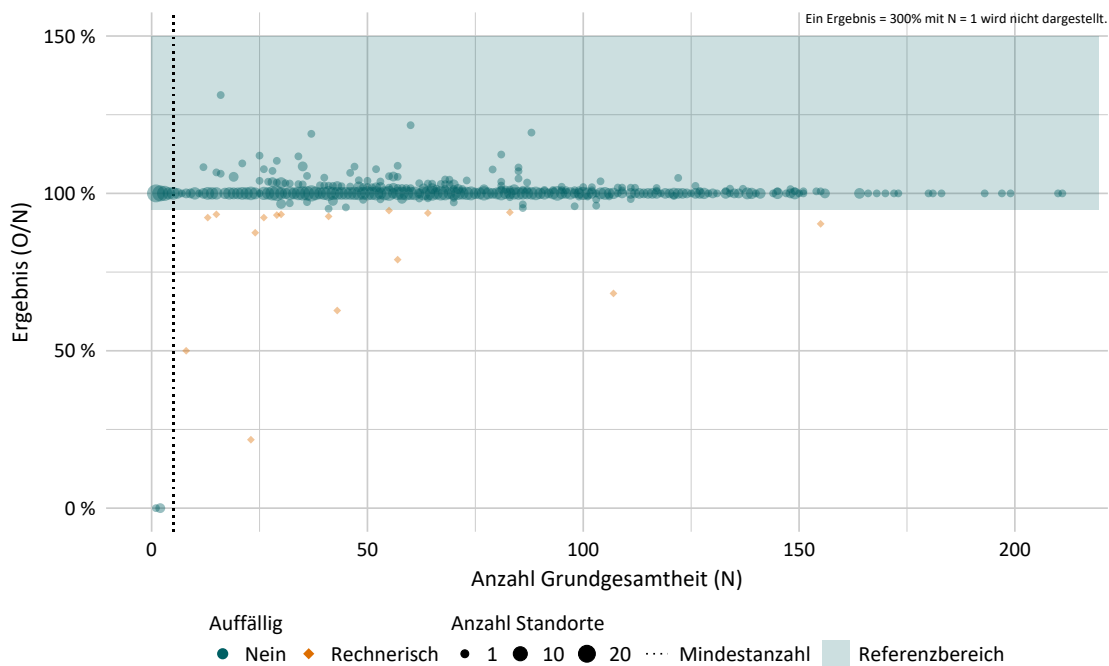
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	117 / 590	19,83	2,65 % 10 / 377

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>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.</p> <p>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.</p>
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



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.037	16	0,00	300,00	100,00

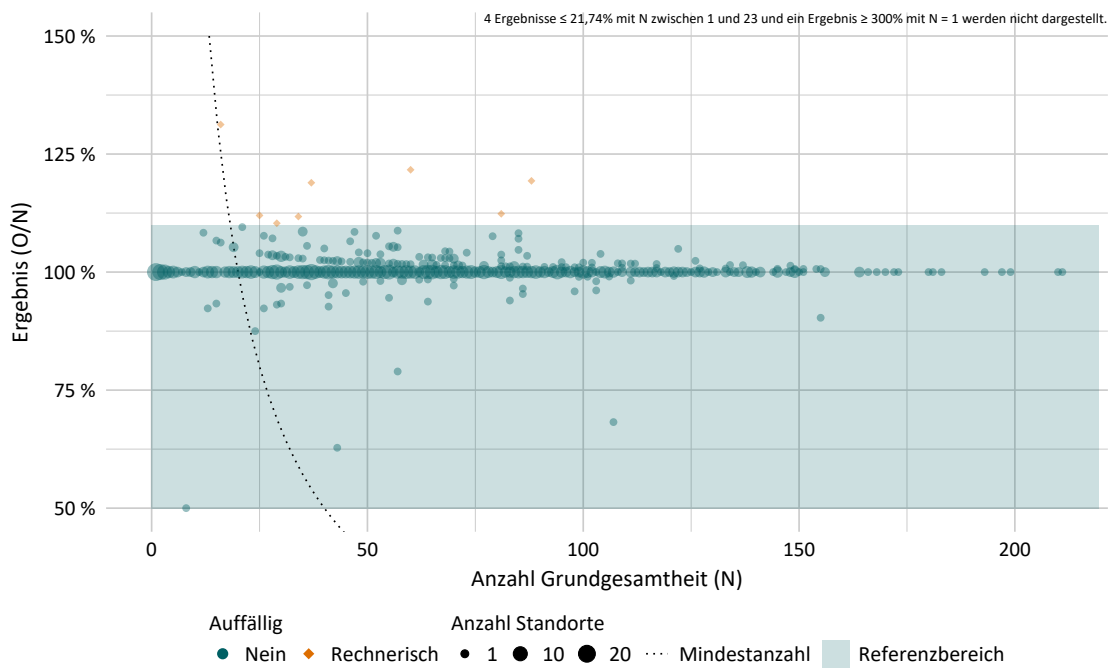
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	65.072 / 64.707	100,56	1,54 % 16 / 1.037

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>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.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
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



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.037	8	0,00	300,00	100,00

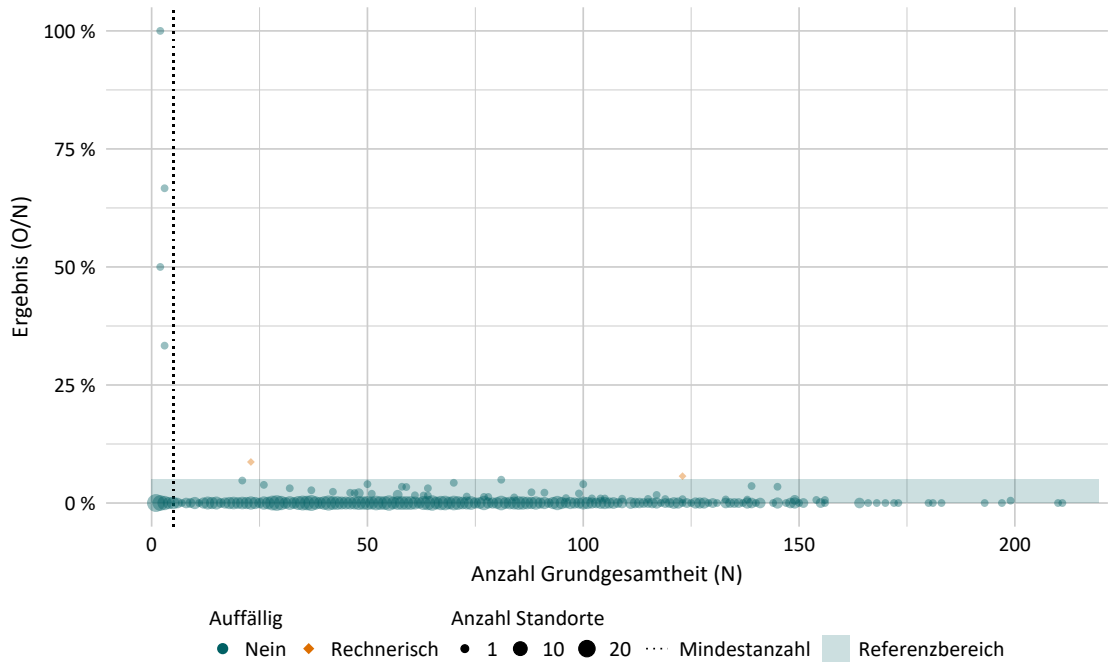
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	65.072 / 64.707	100,56	0,77 % 8 / 1.037

850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
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



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	1.037	2	0,00	100,00	0,00

Detaillergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	86 / 64.707	0,13	0,19 % 2 / 1.037

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Quartal des Aufnahmetages		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	2.596	3,99
1. Quartal	16.476	25,35
2. Quartal	15.698	24,16
3. Quartal	15.801	24,31
4. Quartal	14.415	22,18

Inhouse-Sturz

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		
(0) nein	63.921	98,36
(1) ja	1.065	1,64

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	1.345	2,07
50 - 59 Jahre	3.049	4,69
60 - 69 Jahre	7.283	11,21
70 - 79 Jahre	12.155	18,70
80 - 89 Jahre	28.539	43,92
≥ 90 Jahre	12.615	19,41

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.986
Mittelwert	80,08

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Geschlecht		
(1) männlich	21.906	33,71
(2) weiblich	43.078	66,29
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	≤3	x

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	19.463	29,95
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	19.175	29,51
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	16.236	24,98
(4) im Zimmer mobil	7.949	12,23
(5) immobil	2.163	3,33
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	27.397	42,16
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	7.108	10,94
(2) Rollator/Gehbock	27.075	41,66
(3) Rollstuhl	2.543	3,91
(4) bettlägerig	863	1,33

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	2.047	3,15
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	17.078	26,28
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	41.405	63,71
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	4.416	6,80
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	40	0,06
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	64.424	99,14
(2) bedingt aseptische Eingriffe	450	0,69
(3) kontaminierte Eingriffe	49	0,08
(4) septische Eingriffe	63	0,10

Antithrombotische Dauertherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Antithrombotische Dauertherapie		
(0) nein	38.385	59,07
(1) ja	26.601	40,93
davon: Art der Medikation ¹³		
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	1.118	4,20
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	12.196	45,85
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	13.413	50,42
sonstige	404	1,52

¹³ Mehrfachnennung möglich

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt		
(0) nein	62.940	96,85
(1) ja, eine Osteosynthese	901	1,39
(2) ja, eine Endoprothese	1.145	1,76
Vorbestehende Koxarthrose		
(0) nein	39.097	60,16
(1) ja	25.889	39,84

Frakturlokalisation und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Frakturlokalisation		
(1) medial	6.499	10,00
davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden		
(1) Abduktionsfraktur	2.075	31,93
(2) unverschoben	2.898	44,59
(3) verschoben	1.343	20,66
(4) komplett verschoben	183	2,82
(2) lateral	1.368	2,11
(3) pertrochantär	54.679	84,14
(9) sonstige	2.440	3,75

Fraktur nach ICD-Kode

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Schenkelhalsfrakturen		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	8.905	13,70
davon: ¹⁴		
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	916	10,29
(S72.01) Intrakapsulär	5.621	63,12
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	7	0,08
(S72.03) Subkapital	393	4,41
(S72.04) Mediozervikal	688	7,73
(S72.05) Basis	497	5,58
(S72.08) Sonstige Teile	1.007	11,31
Pertrochantäre Frakturen		
(S72.1-) Pertrochantäre Frakturen	56.743	87,32
davon: ¹⁵		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	34.931	61,56
(S72.11) Intertrochantär	23.096	40,70

¹⁴ Mehrfachnennung möglich

¹⁵ Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	38	0,06
(5-986*) Minimalinvasive Technik	142	0,22
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	0	0,00
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	42	0,06
Operationsverfahren		
(1) DHS, Winkelplatte	4.866	7,49
(2) Intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)	56.168	86,43
(3) Verschraubung	2.612	4,02
(9) sonstige	1.340	2,06
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	18.416	28,34
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	14	0,02

Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten im Alter ab 65 Jahren	N = 57.419	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren der Patientinnen und Patienten		
(0) nein	935	1,63
(1) ja	56.484	98,37
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	1.043	1,82
(1) ja	56.376	98,18

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	50.879	78,29
(1) ja ¹⁶	14.107	21,71

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	2.194	3,38
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	2.018	3,11
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	85	0,13
Lungenembolie	211	0,32
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	2.362	3,63
Schlaganfall	312	0,48
akute gastrointestinale Blutung	365	0,56
akute Niereninsuffizienz	1.820	2,80
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	2.706	4,16
davon: Demenz		
(0) nein	1.041	38,47
(1) ja	1.665	61,53
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	5.439	8,37

¹⁶ Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	63.001	96,95
(1) ja ¹⁷	1.985	3,05

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
primäre Implantatfehlage	97	0,15
sekundäre Implantatdislokation	272	0,42
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	312	0,48
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	282	0,43
Gefäßläsion	33	0,05
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	40	0,06
Fraktur	104	0,16
Wunddehiszenz	134	0,21
sekundäre Nekrose der Wundränder	7	0,01
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	810	1,25
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	64.638	99,46
(1) ja	348	0,54
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	117	33,62
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	206	59,20
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	25	7,18
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	1.010	1,55
(1) = ja	1.065	1,64

¹⁷ Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)¹⁸	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.986
Median	11,00
Mittelwert	13,29
Präoperative Verweildauer (Stunden)¹⁹	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.986
Median	13,05
Mittelwert	18,26
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.986
Median	42,00
Mittelwert	48,25
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.986
Median	10,00
Mittelwert	12,45

¹⁸ Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

¹⁹ Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme bzw. des Inhouse-Sturzes zum Eingriff

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	1.948	3,00
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	16.113	24,79
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	27.126	41,74
(4) Im Zimmer mobil	12.968	19,96
(5) immobil	3.976	6,12
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	819	1,26
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	18.362	28,26
(2) Rollator/Gehbock	37.128	57,13
(3) Rollstuhl	4.077	6,27
(4) bettlägerig	1.744	2,68

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	34.228	52,67
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.375	2,12
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	83	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	235	0,36
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	7	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	9.444	14,53
(07) Tod	3.046	4,69
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ²⁰	296	0,46
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	5.886	9,06
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	9.743	14,99
(11) Entlassung in ein Hospiz	50	0,08
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	55	0,08
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	4	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	8	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ²¹	215	0,33
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	46	0,07
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²²	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	246	0,38

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 64.986	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund ²³		
(1) ja	19	0,03

²⁰ § 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

²¹ nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

²² für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

²³ z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)