



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 hüftgelenknahen Femurfraktur.....	28
Details zu den Ergebnissen.....	30
54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.....	32
Details zu den Ergebnissen.....	35
54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen 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
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>				
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
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>				
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 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: 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 Vollständigkeit 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 Vollständigkeitsanalyse 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	Vollständigkeit in %
<b>Bund (gesamt)</b>	<b>Datensätze gesamt</b>	<b>64.546</b>	<b>63.867</b>	<b>101,06</b>
	<b>Basisdatensatz</b>	<b>64.460</b>		
	<b>MDS</b>	<b>86</b>		
<b>Anzahl Leistungserbringer</b>	<b>auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)</b>	<b>915</b>		
<b>Anzahl Leistungserbringer</b>	<b>auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)</b>	<b>1.042</b>		
<b>Anzahl Leistungserbringer</b>	<b>auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)</b>	<b>1.106</b>	<b>1.107</b>	<b>99,91</b>

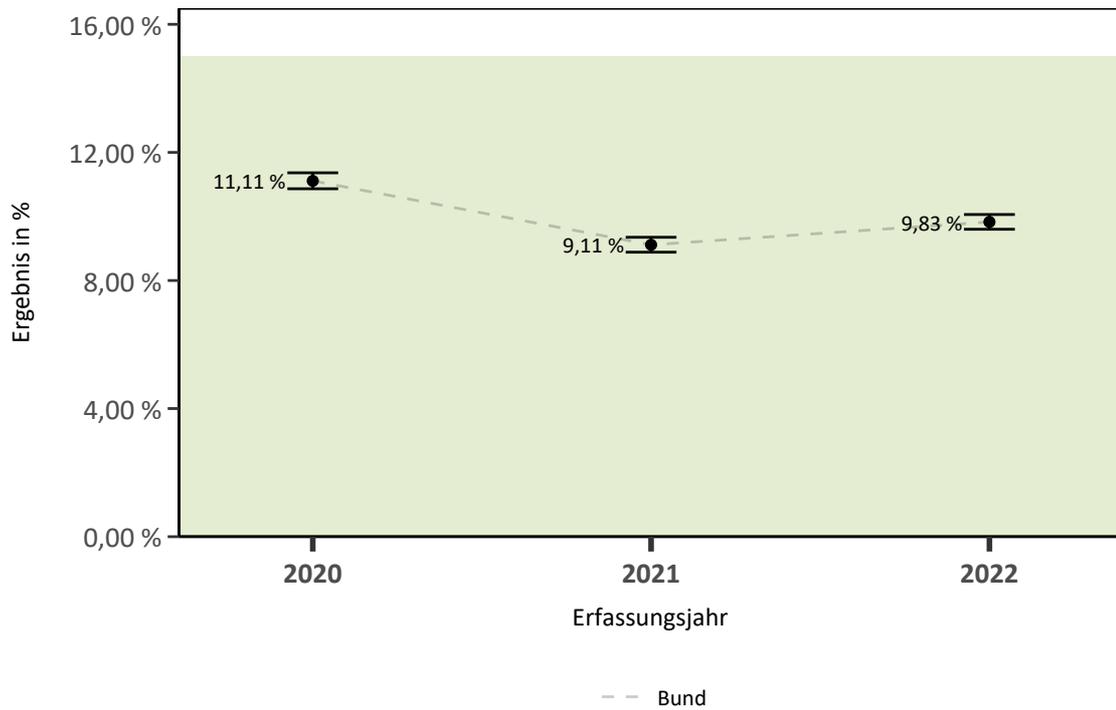
## Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

### 54030: Präoperative Verweildauer

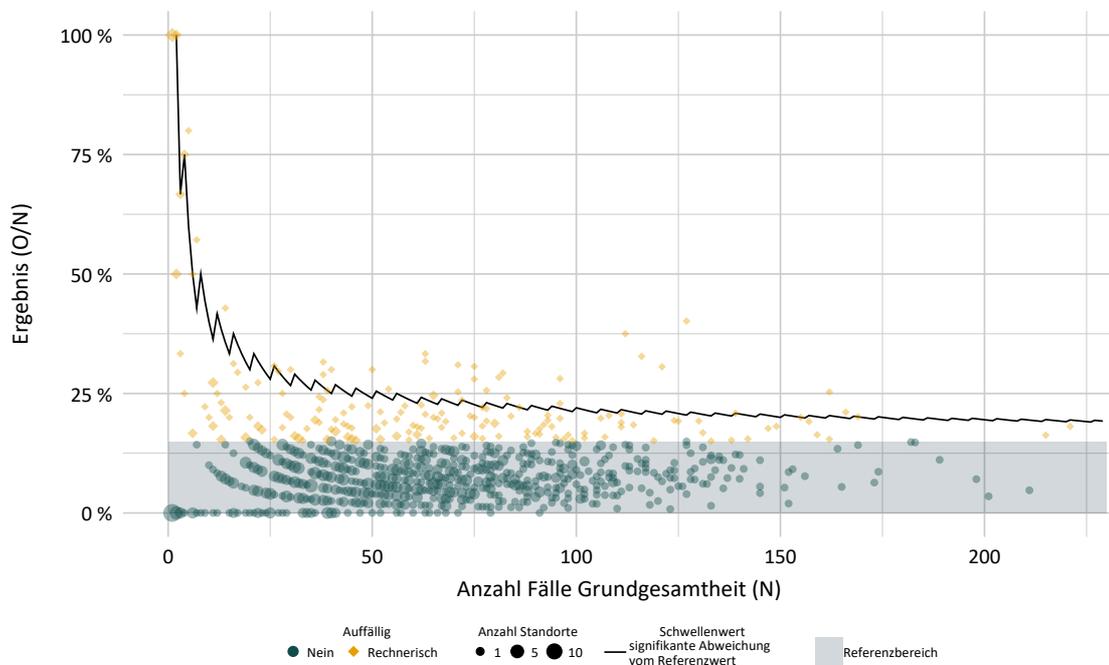
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
ID	54030
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion 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 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

### 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 %
	<b>2022</b>	<b>6.324 / 64.344</b>	<b>9,83 %</b>	<b>9,60 % - 10,06 %</b>

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	<b>ID: 54030</b> <b>Präoperative Verweildauer &gt; 24 Stunden oder &gt; 48 Stunden bei Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)</b>	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 <sup>1</sup>	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

<sup>1</sup> 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

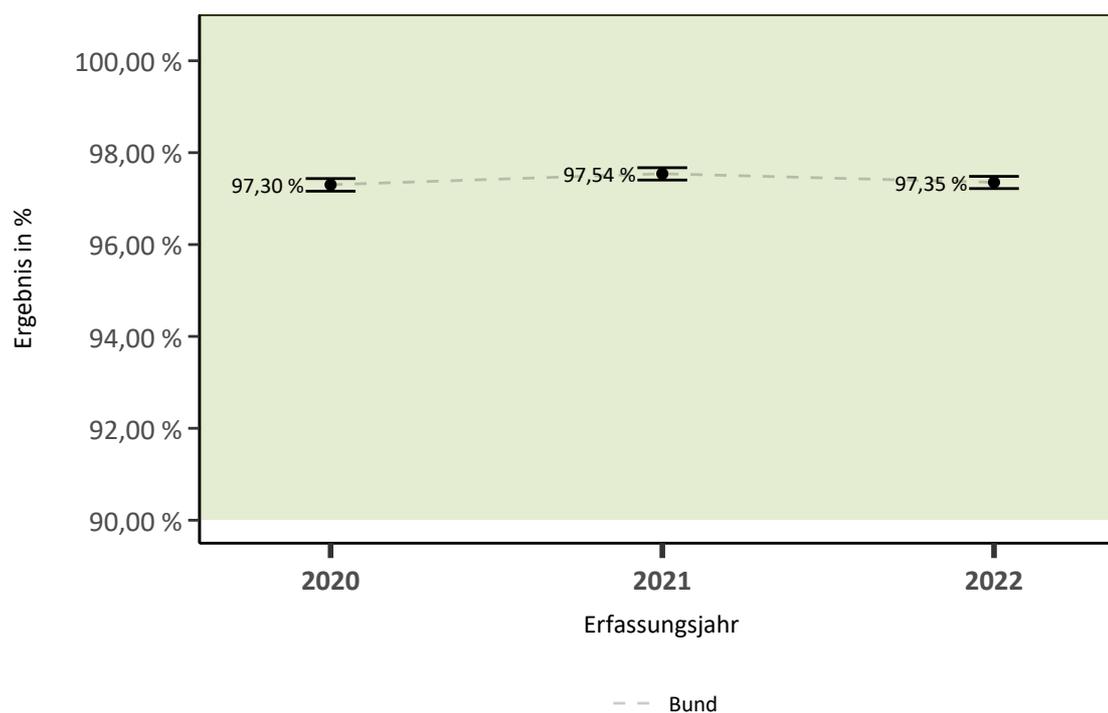
1.7 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation bei medialer Schenkelhalsfraktur Ergebnis Bund (gesamt)	Garden I	Garden II	Garden III	Garden IV	Mediale Schenkelhalsfraktur gesamt
< 24 Stunden	ID: 54_22269 87,61 % 1.845/2.106	ID: 54_22272 86,66 % 2.630/3.035	ID: 54_22275 93,21 % 1.482/1.590	ID: 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

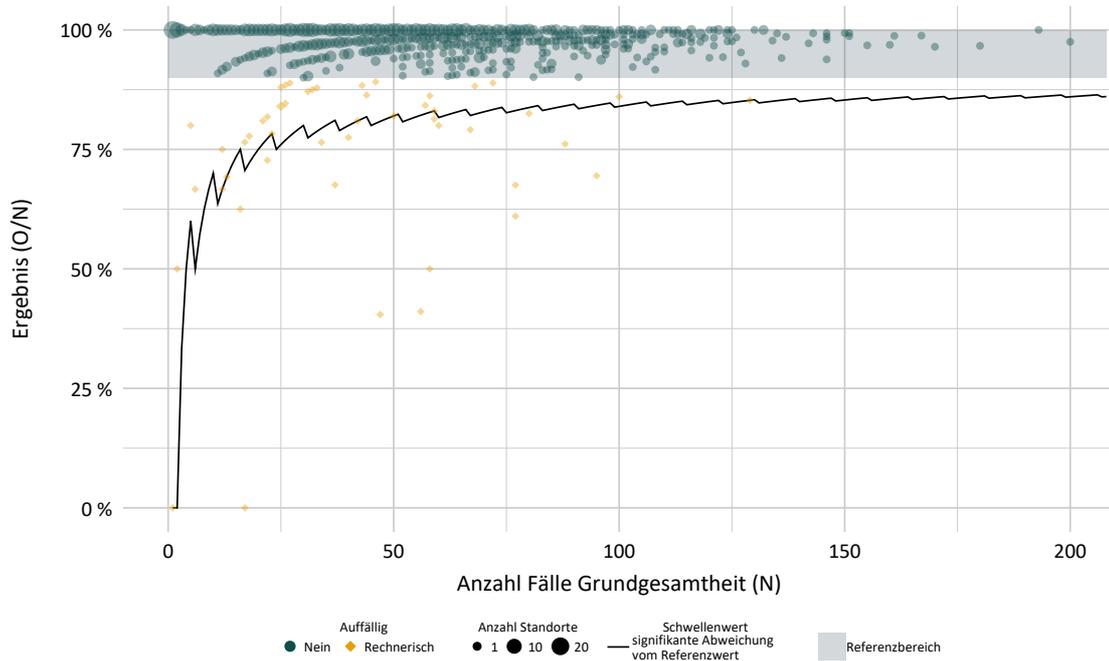
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
ID	54050
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahe Femurfraktur. 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 <sup>2</sup>	
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	<b>ID: 54050</b> <b>Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)</b>	97,35 % 55.019/56.514

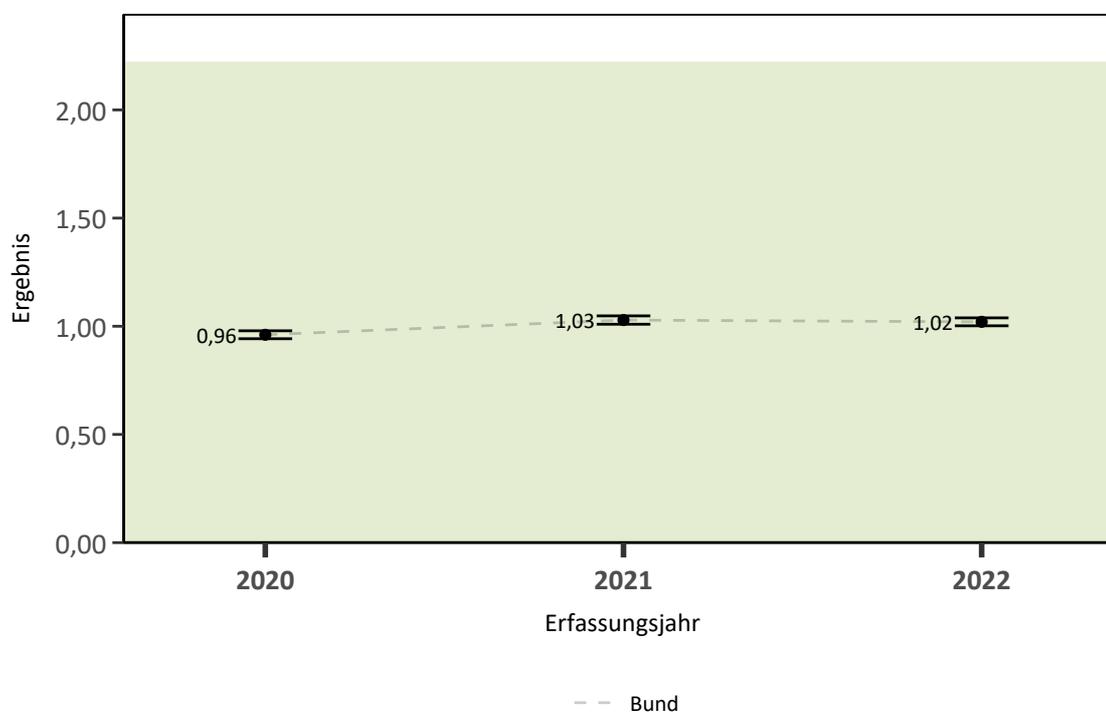
<sup>2</sup> Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

### 54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

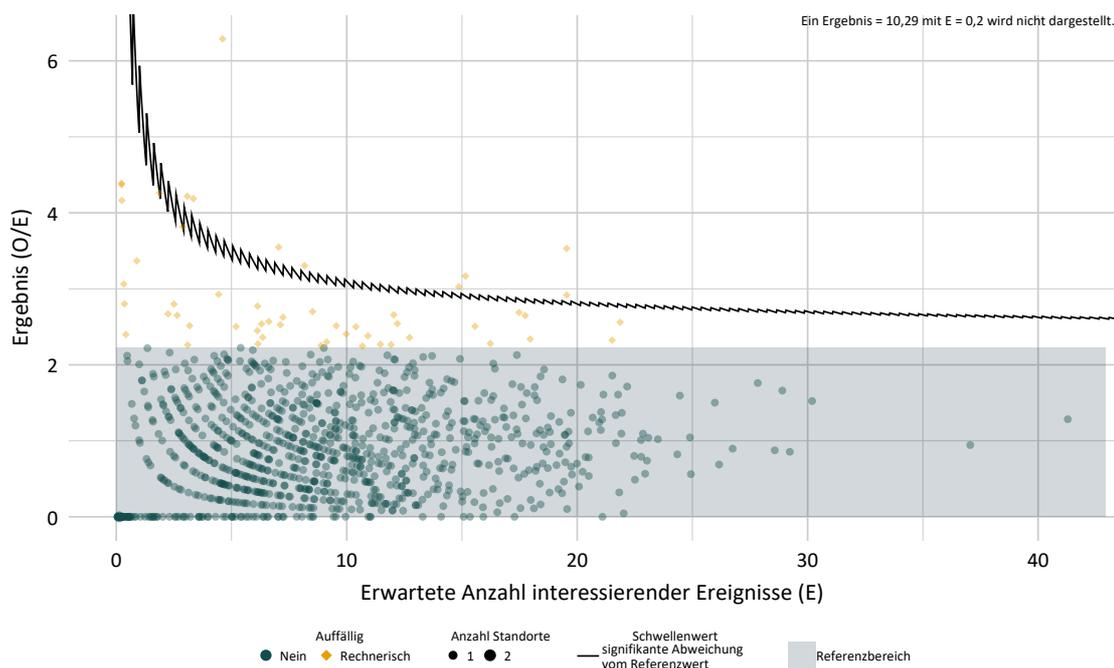
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
ID	54033
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	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

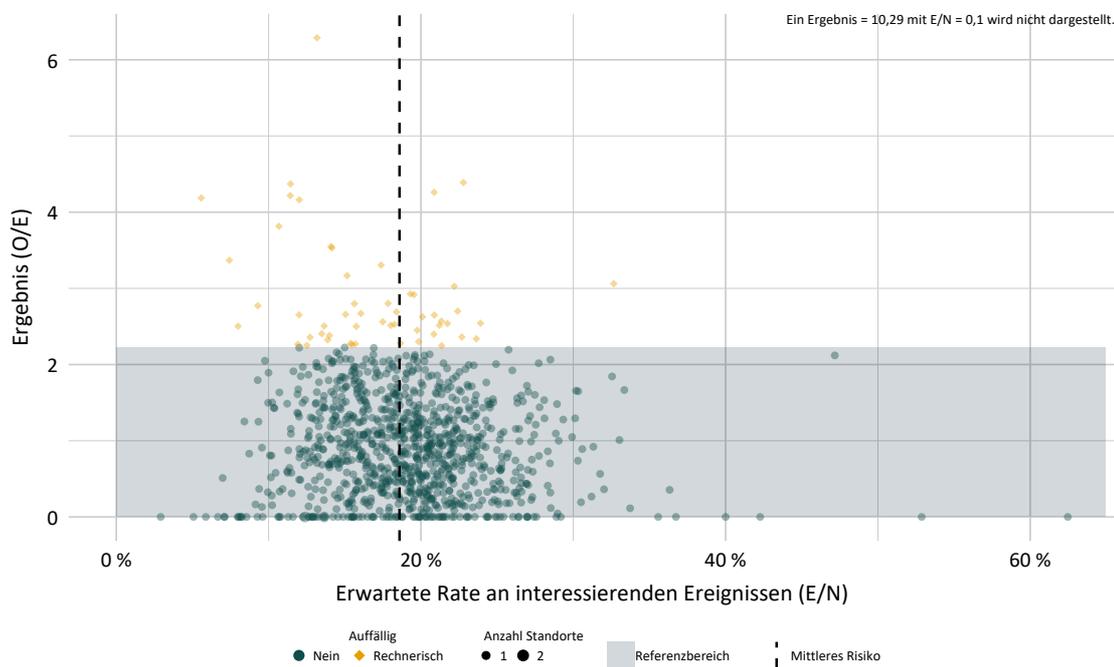
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### 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
	<b>2022</b>	<b>50.837</b>	<b>9.645 / 9.452,16</b>	<b>1,02</b>	<b>1,00 - 1,04</b>

\* 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 <sup>3</sup>	
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	<b>ID: 54033</b> <b>O/E</b>	1,02

<sup>3</sup> 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

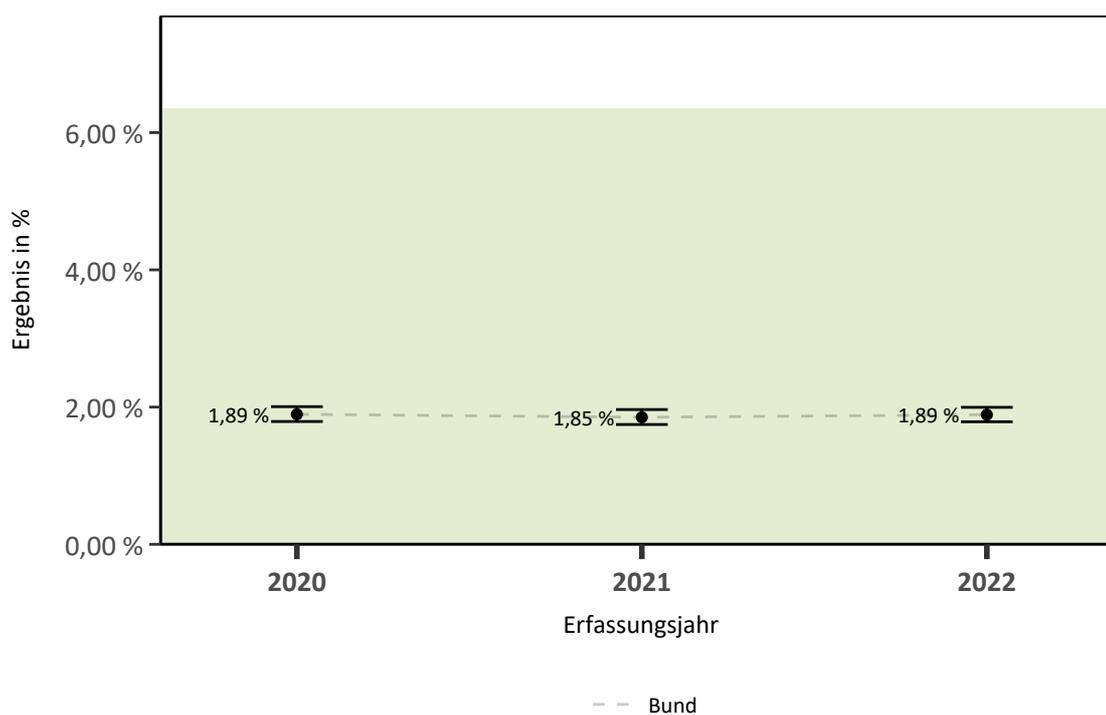
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 54_22310 Gehunfähigkeit vor der Fraktur	100,00 % 10.286/10.286
3.3.1	ID: 54_22311 gehfähig bei Entlassung	12,48 % 1.284/10.286
3.3.2	ID: 54_22312 gehunfähig bei Entlassung	87,52 % 9.002/10.286

## 54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

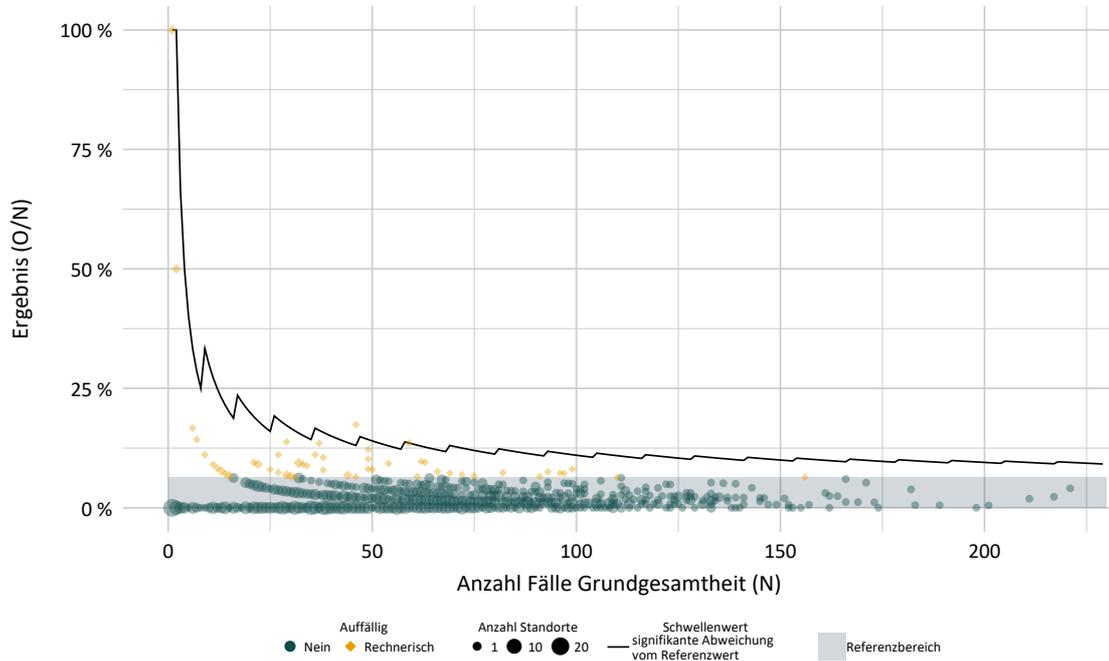
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
ID	54029
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen 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	<b>ID: 54029</b> <b>Mindestens eine spezifische Komplikation ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion</b>	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 <sup>4</sup>	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) <sup>5</sup>	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 <sup>6</sup>	1,40 % 904/64.445

<sup>4</sup> Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

<sup>5</sup> Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

<sup>6</sup> Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

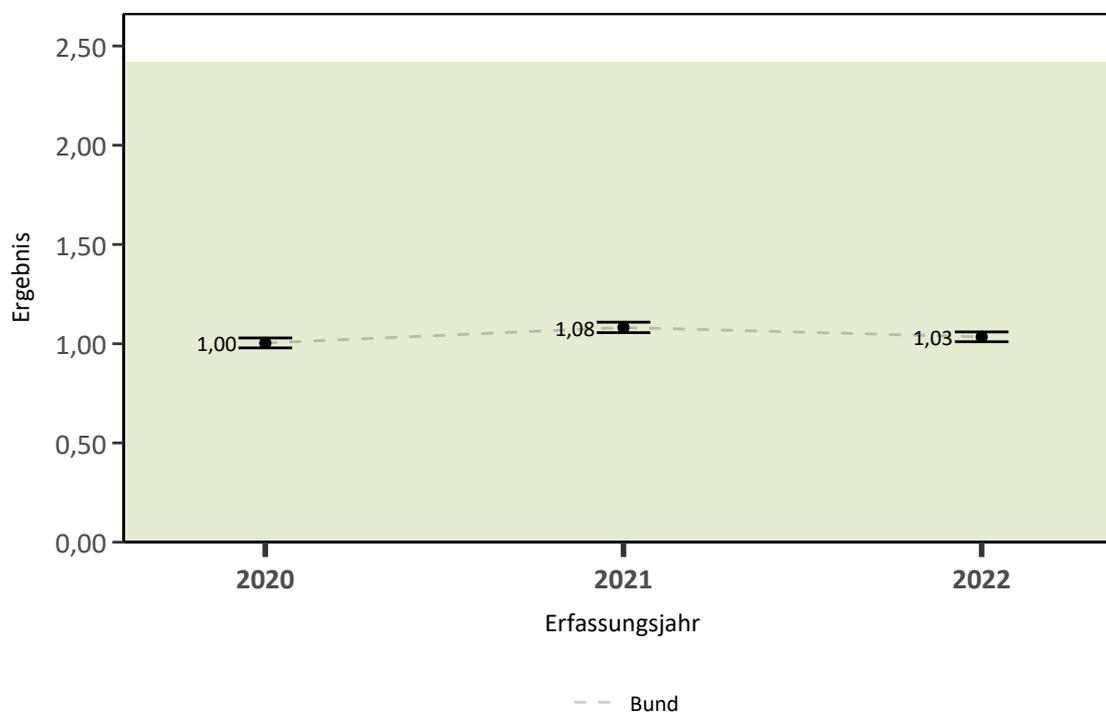
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 54_22330 Wundhämatome/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	0,87 % 558/64.445
4.2.1	ID: 54_22331 Aufnahme mit gerinnungshemmender Dauertherapie	57,71 % 322/558
4.2.1.1	ID: 54_22332 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. 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

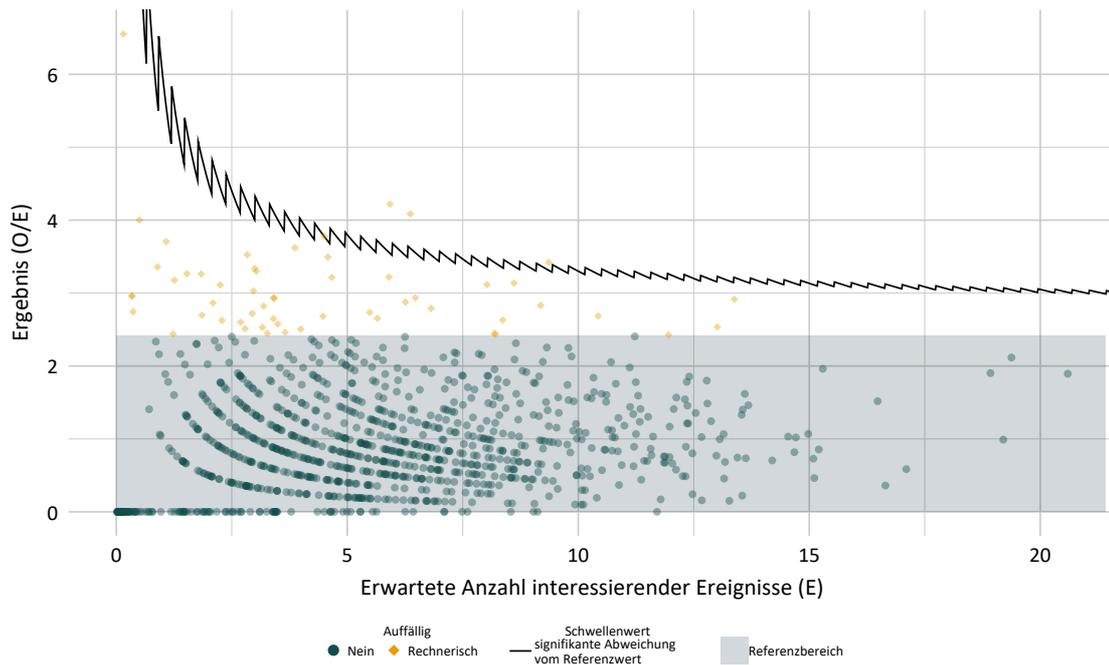
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
ID	54042
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige 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

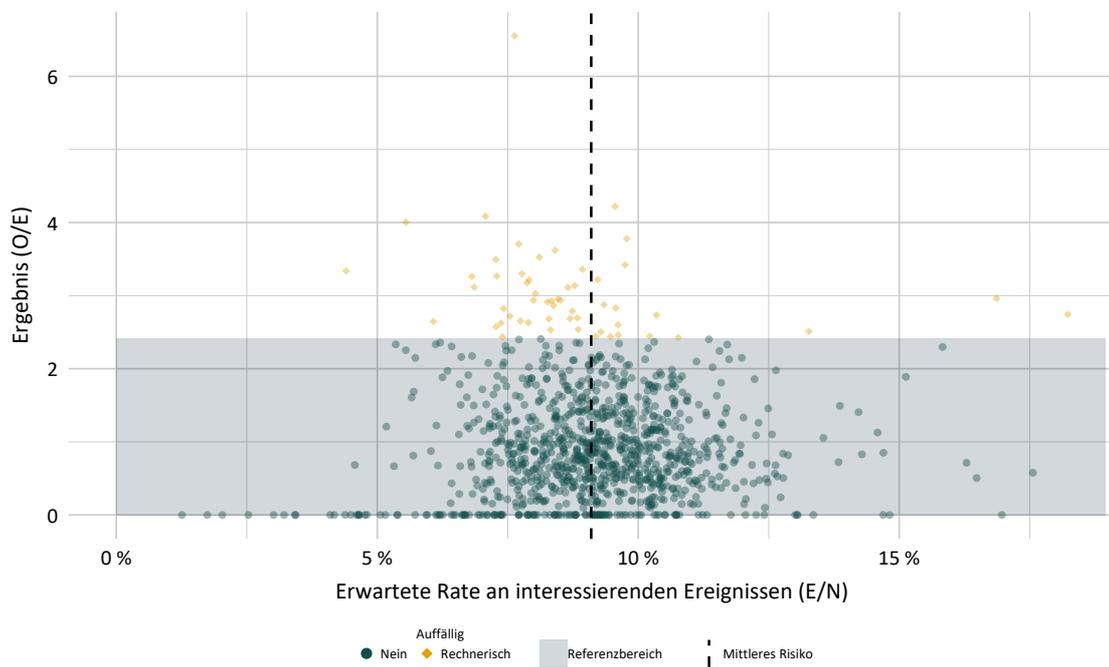
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



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
	<b>2022</b>	<b>64.445</b>	<b>6.065 / 5.863,72</b>	<b>1,03</b>	<b>1,01 - 1,06</b>

\* 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 <sup>7</sup>	
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	<b>ID: 54042</b> <b>O/E</b>	1,03

<sup>7</sup> 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 <sup>8</sup>	5,04 % 3.251/64.445

<sup>8</sup> 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 <sup>9</sup>	2,31 % 431/18.660

<sup>9</sup> 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 <sup>10</sup>	6,15 % 2.812/45.751

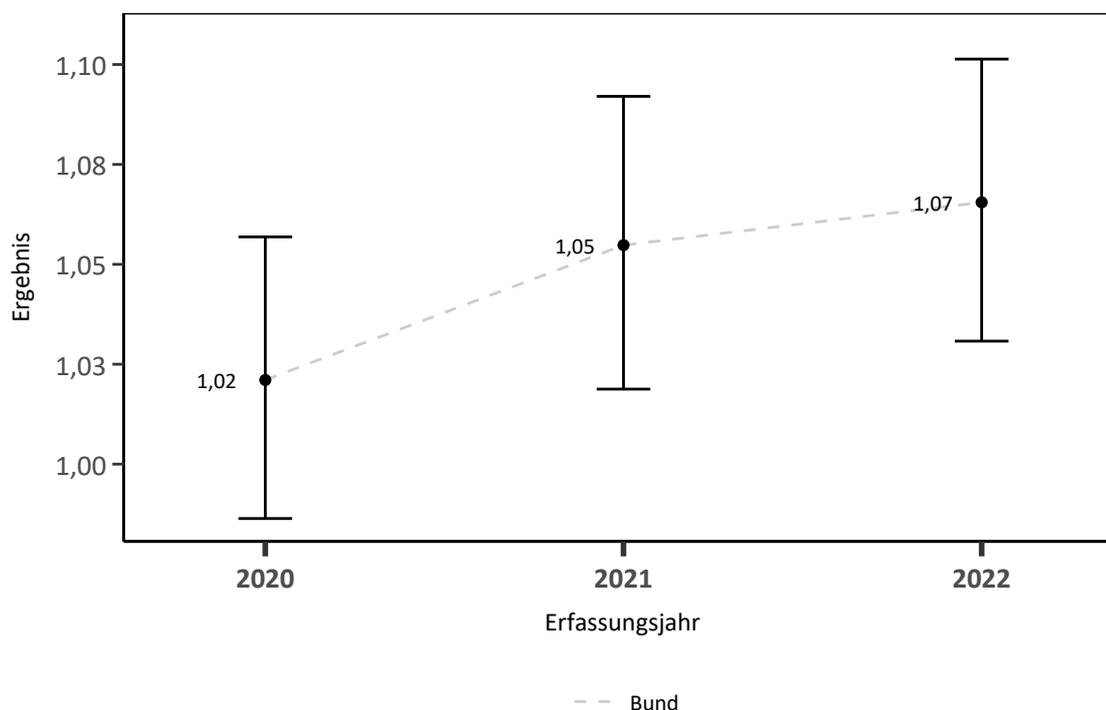
<sup>10</sup> Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

## 54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

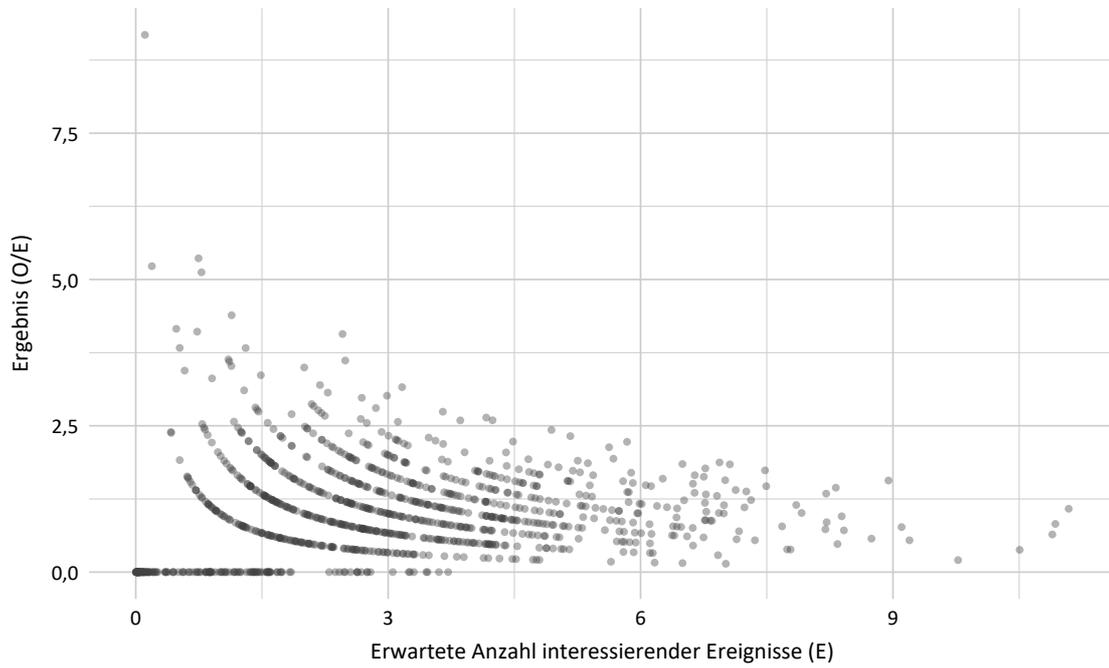
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
ID	54046
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete 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

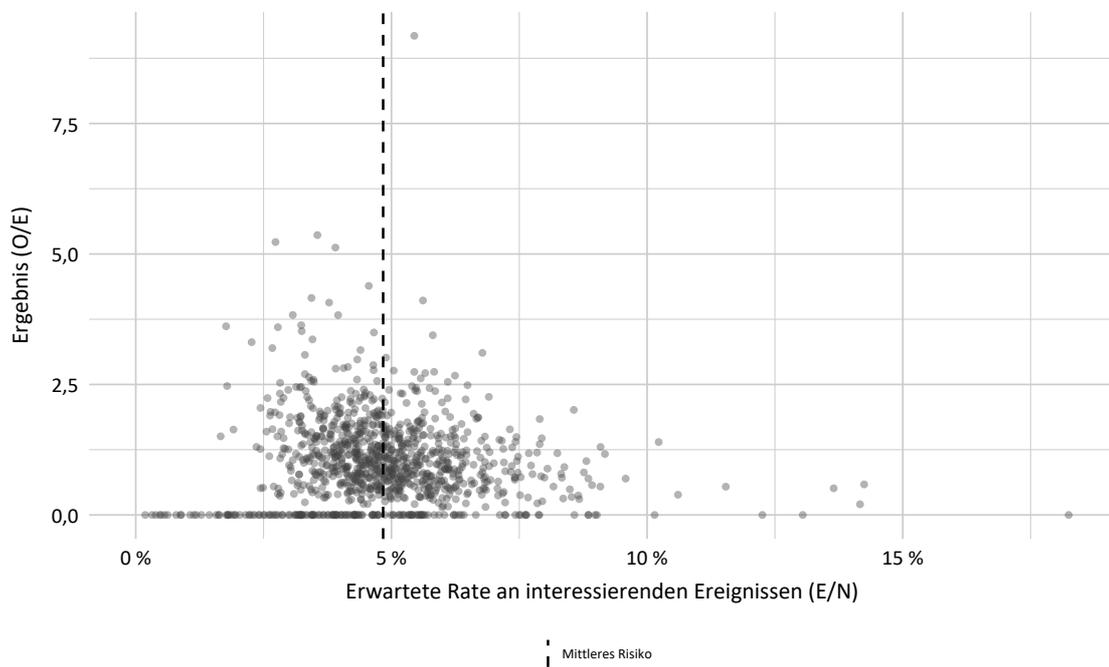
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### 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
	<b>2022</b>	<b>64.445</b>	<b>3.322 / 3.117,75</b>	<b>1,07</b>	<b>1,03 - 1,10</b>

\* 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 <sup>11</sup>	
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	<b>ID: 54046</b> <b>O/E</b>	1,07

<sup>11</sup> 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

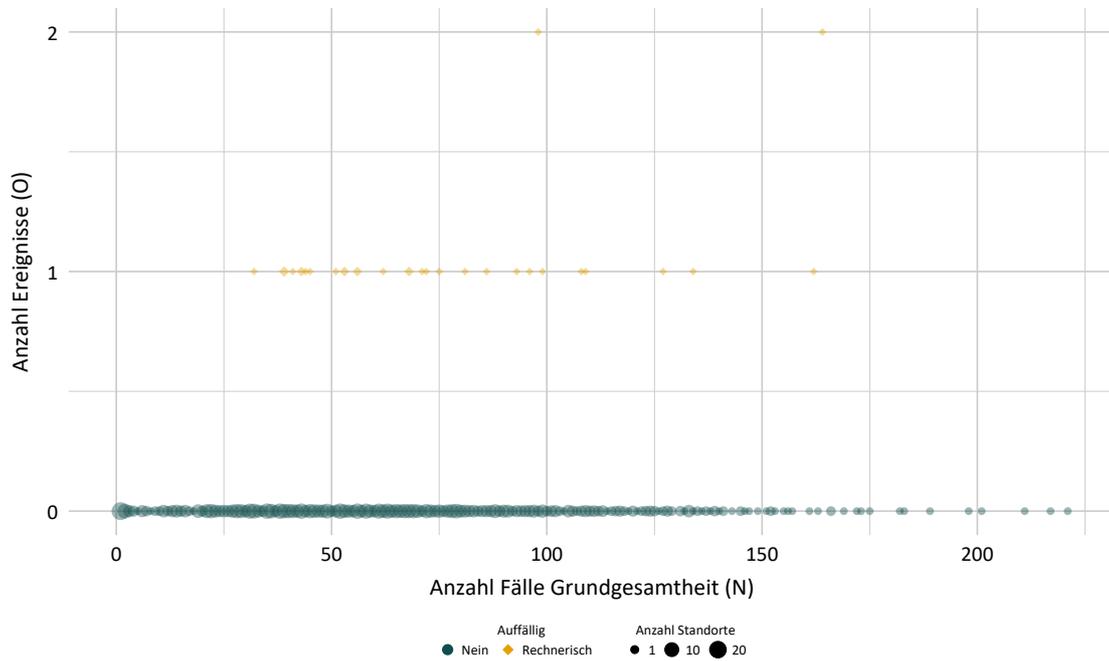
### Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

#### 850147: Angabe von ASA 5

ID	850147
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. <b>Hypothese</b> 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**



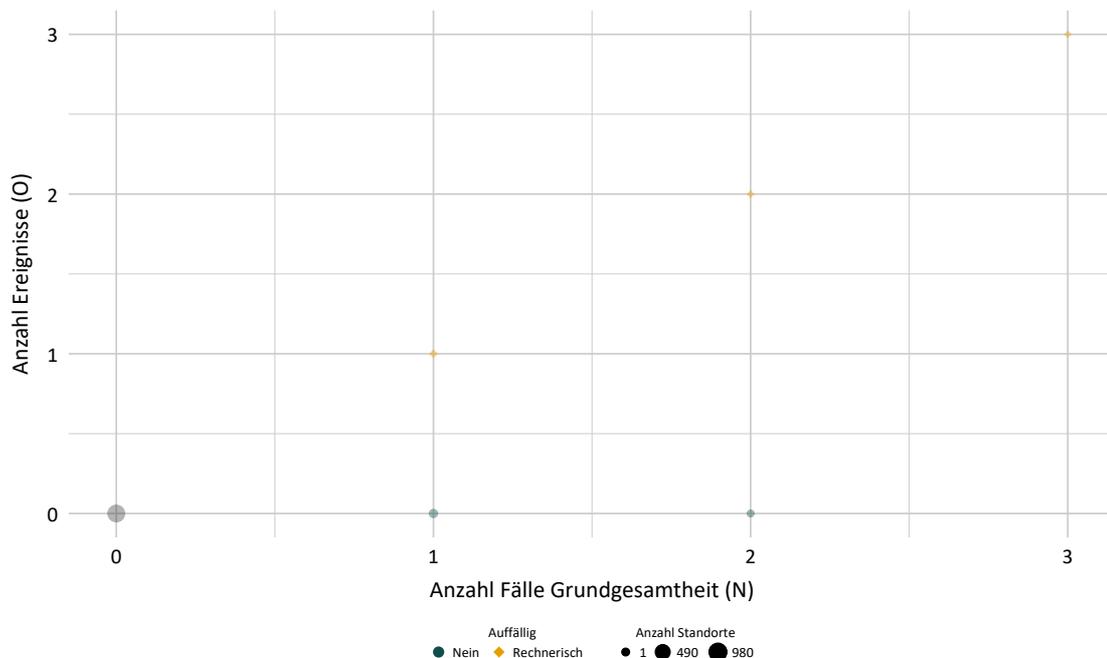
**Detailergebnisse**

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	<b>Relevanz</b> Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus. <b>Hypothese</b> 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



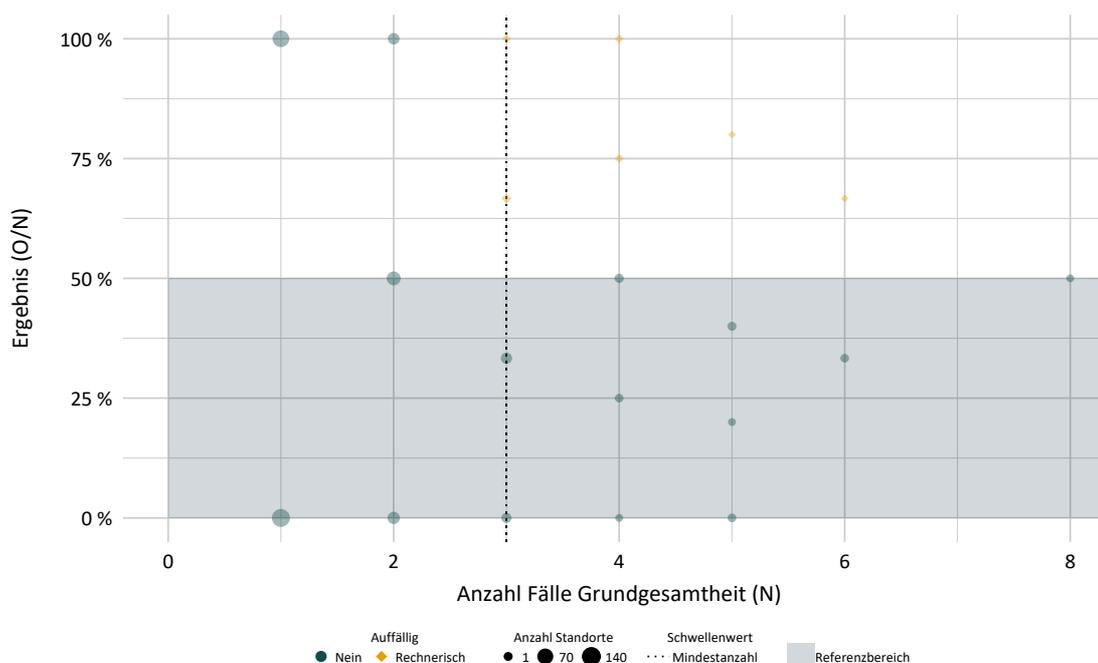
### Detailergebnisse

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	<b>Relevanz</b> Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl zur Messung der Komplikationsraten heraus. <b>Hypothese</b> 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

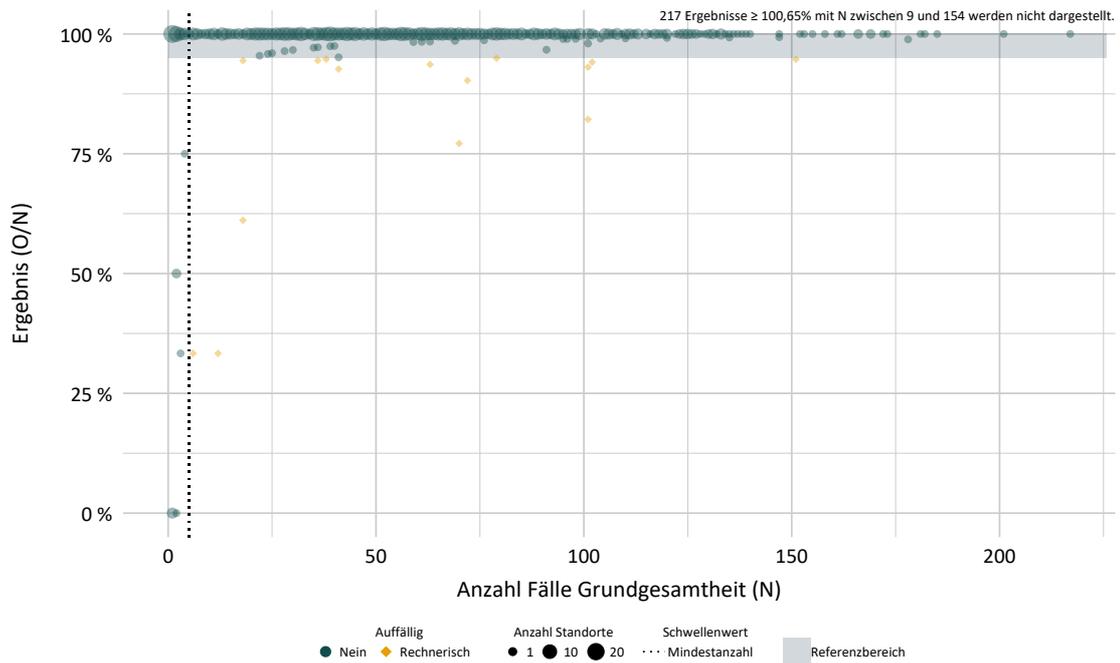
## Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

### 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850351
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> 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. <b>Hypothese</b> 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**

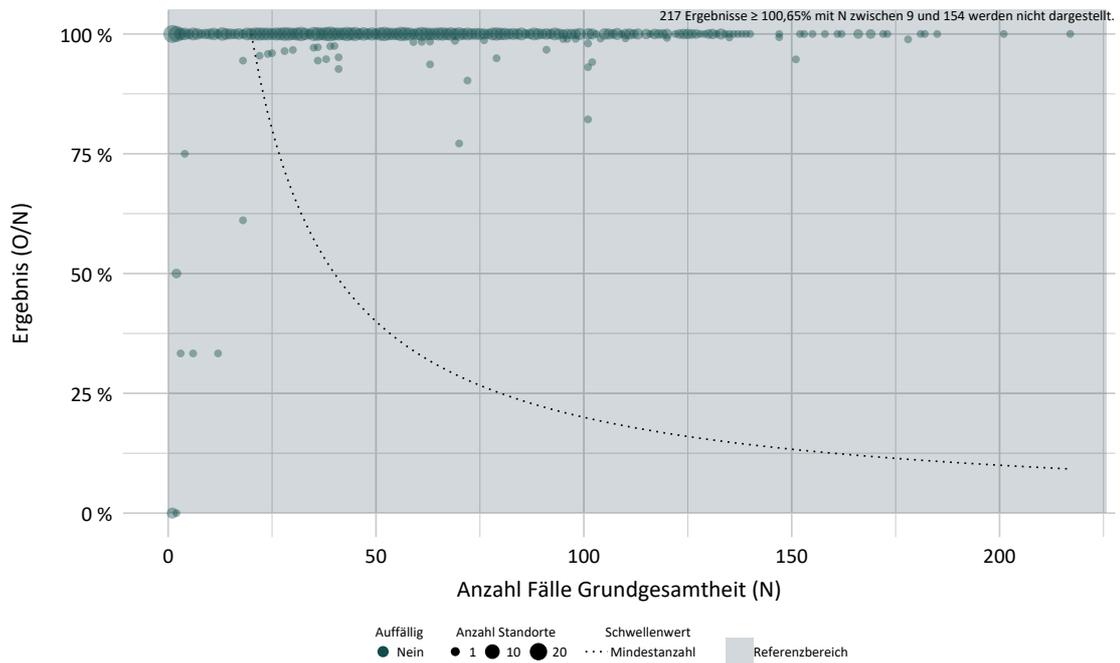
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	64.546 / 63.867	101,06 %	1,36 % 15 / 1.107

## 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850352
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> 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. <b>Hypothese</b> 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**



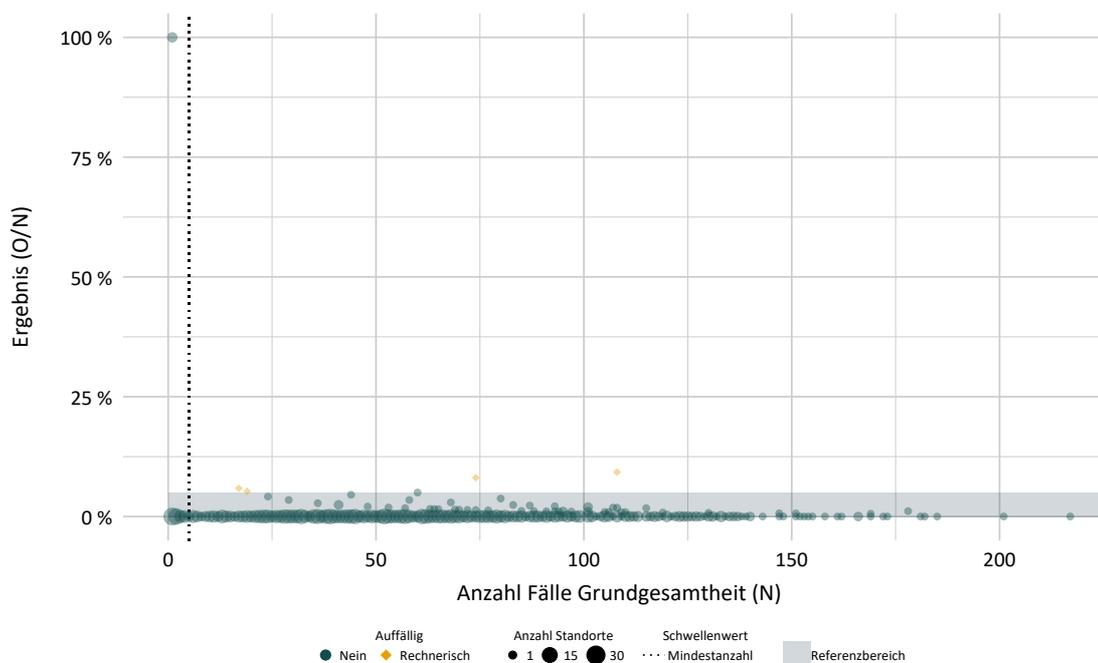
**Detailergebnisse**

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><b>Relevanz</b>                  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><b>Hypothese</b>                  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	%
<b>Quartal des Aufnahmetages</b>		
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	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes</b>		
(0) nein	63.226	98,09
(1) ja	1.234	1,91

## Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Altersverteilung</b>		
< 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)	
<b>Durchschnittsalter (Jahre)</b>	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.460
Mittelwert	80,07

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Geschlecht</b>		
(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	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</b>		
(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
<b>verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</b>		
(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	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Pflegegrad bei Aufnahme</b>		
(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
<b>Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt (gemäß OPS 9-984.b)</b>		
(0) nein	60.038	93,14
(1) ja	4.422	6,86

## ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>		
(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	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)</b>		
(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	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Antithrombotische Dauertherapie</b>		
(0) nein	38.369	59,52
(1) ja	26.091	40,48
<b>davon: Art der Medikation<sup>12</sup></b>		
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

<sup>12</sup> Mehrfachnennung möglich

## Voroperation

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

## Frakturlokalisierung und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Frakturlokalisierung</b>		
(1) medial	6.941	10,77
<b>davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden</b>		
(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	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Schenkelhalsfrakturen</b>		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	9.452	14,66
<b>davon:<sup>13</sup></b>		
(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
<b>Petrochantäre Frakturen</b>		
(S72.1-) Petrochantäre Frakturen	55.732	86,46
<b>davon:<sup>14</sup></b>		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	34.367	61,66
(S72.11) Intertrochantär	22.664	40,67

<sup>13</sup> Mehrfachnennung möglich

<sup>14</sup> Mehrfachnennung möglich

## Behandlungsverlauf

### Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Angabe zusätzlicher OPS-Codes</b>		
(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
<b>Operationsverfahren</b>		
(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
<b>Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550.-</b>		
(1) ja	14.122	21,91
<b>Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-</b>		
(1) ja	15	0,02

### Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

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

## Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

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

## Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen</b>		
(0) nein	55.569	86,21
(1) ja <sup>15</sup>	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
<b>davon: Demenz</b>		
(0) nein	571	38,56
(1) ja	910	61,44
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	3.252	5,04

<sup>15</sup> Mehrfachnennung möglich

## Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen</b>		
(0) nein	63.037	97,79
(1) ja <sup>16</sup>	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
<b>Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)</b>		
(0) nein	64.116	99,47
(1) ja	344	0,53
<b>davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)</b>		
(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
<b>ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen</b>		
(0) = nein	682	1,06
(1) = ja	904	1,40

<sup>16</sup> Mehrfachnennung möglich

## Behandlungszeiten

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

<sup>17</sup> Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

<sup>18</sup> Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme bzw. des Inhouse-Sturzes zum Eingriff

## Entlassung

### Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Gehstrecke bei Entlassung</b>		
(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
<b>Gehhilfen bei Entlassung</b>		
(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	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.460</b>	
<b>Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)</b>		
(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 <sup>19</sup>	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 <sup>20</sup>	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 <sup>21</sup>	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

<sup>19</sup> § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

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

<sup>21</sup> für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV