

**Bundesauswertung**

# **HGV-OSFRAK: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung**

**Auswertungsjahr 2024**

**Erfassungsjahr 2023**

# Informationen zum Bericht

## BERICHTSDATEN

---

**Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Bundesauswertung.  
Auswertungsjahr 2024**

Datum der Abgabe 15.08.2024

## AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

## DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

---

QS-Dokumentationsdaten Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5
Datengrundlagen.....	7
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	7
Ergebnisübersicht.....	9
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023.....	11
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023.....	12
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	14
54030: Präoperative Verweildauer.....	14
Details zu den Ergebnissen.....	16
54050: Sturzprophylaxe.....	20
Details zu den Ergebnissen.....	22
54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung.....	23
Details zu den Ergebnissen.....	27
54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.....	28
Details zu den Ergebnissen.....	31
54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.....	33
Details zu den Ergebnissen.....	36
54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.....	39
Details zu den Ergebnissen.....	42
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
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation.....	58
Antithrombotische Dauertherapie.....	59
Voroperation.....	59
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.....	66
Entlassung.....	67
Gefähigkeit.....	67
Entlassungsgrund.....	68
Impressum.....	70

## 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 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 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, 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

### Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Letztere 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 entlassenden 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 Qualitäts-indikatoren entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort.

#### Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten nach Standort“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2023 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten nach entlassenden Standort“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2023 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

Die Auswertung zur Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen an, wie

viele Fälle gemäß QS-Filter für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

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

<b>Erfassungsjahr 2023</b>		<b>geliefert</b>	<b>erwartet</b>	<b>Vollzähligkeit in %</b>
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	65.001 64.927 74	64.378	100,97
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.023		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.092	1.080	101,11
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	906	899	100,78



## 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“. Aufgrund des Wechsels des QS-Verfahrens von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie sind „Überlieger“ (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2021 enthalten. Diese sind ab dem Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Dies ist bei der Interpretation der QI-Ergebnisse zu beachten.
- 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 2023.

Hinweis zum AJ 2024:

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 EJ 2023 mehr allgemeine und spezifische Komplikationen dokumentiert. Dies hat Einfluss auf die Ergebnisse der entsprechenden QI (ID 54029 und ID 54042)).

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 2023

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Eingriffen aus dem Jahr 2023.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzber.	Ergebnis
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	8,80 % O = 5.645 N = 64.138
54050	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	97,59 % O = 55.755 N = 57.132
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,02 (95. Perzentil)	0,89 O/E = 8.864 / 9.926,40 N = 51.975
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,95 (95. Perzentil)	0,99 O/E = 1.247 / 1.262,04 N = 64.915
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,74 (95. Perzentil)	1,34 O/E = 8.253 / 6.176,23 N = 64.915
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	1,00 O/E = 3.172 / 3.177,00 N = 64.915

## **Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023**

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 Vollständigkeit, 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 Vollständigkeit 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	Referenzber.	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>				
850147	Angabe von ASA 5	= 0	0,06 % 39 / 64.927	3,62 % 37 / 1.023
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0	46,77 % 29 / 62	44,44 % 24 / 54
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	20,98 % 107 / 510	2,37 % 8 / 337
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>				
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,97 % 65.001 / 64.378	1,67 % 18 / 1.080
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,97 % 65.001 / 64.378	0,83 % 9 / 1.080
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,11 % 74 / 64.378	0,19 % 2 / 1.080

# Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

## 54030: Präoperative Verweildauer

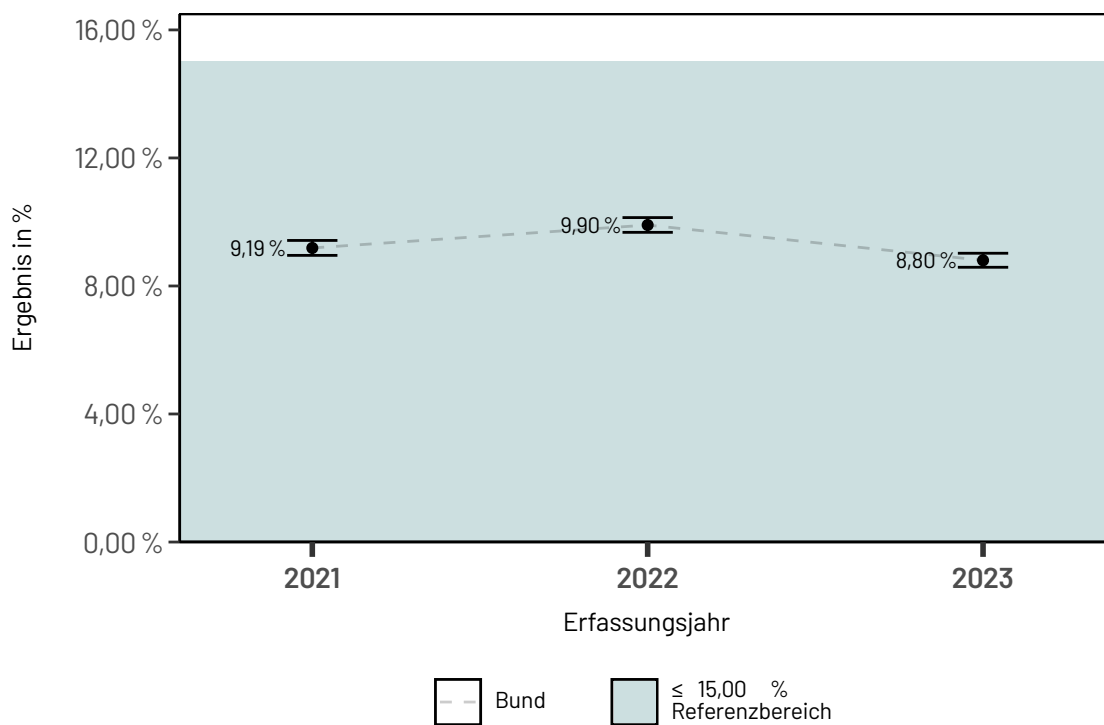
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
ID	54030
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	<p>Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung 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</li> <li>- Behandlungsfälle mit einer periprothetischen Fraktur, festgestellt durch Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese (Z96.64) in Kombination mit der Angabe einer endoprothetischen Voroperation am betroffenen Hüftgelenk</li> <li>- Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma</li> </ul>
Zähler	<p>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</p> <p>ODER</p> <p>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</p>
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

## Detailergebnisse

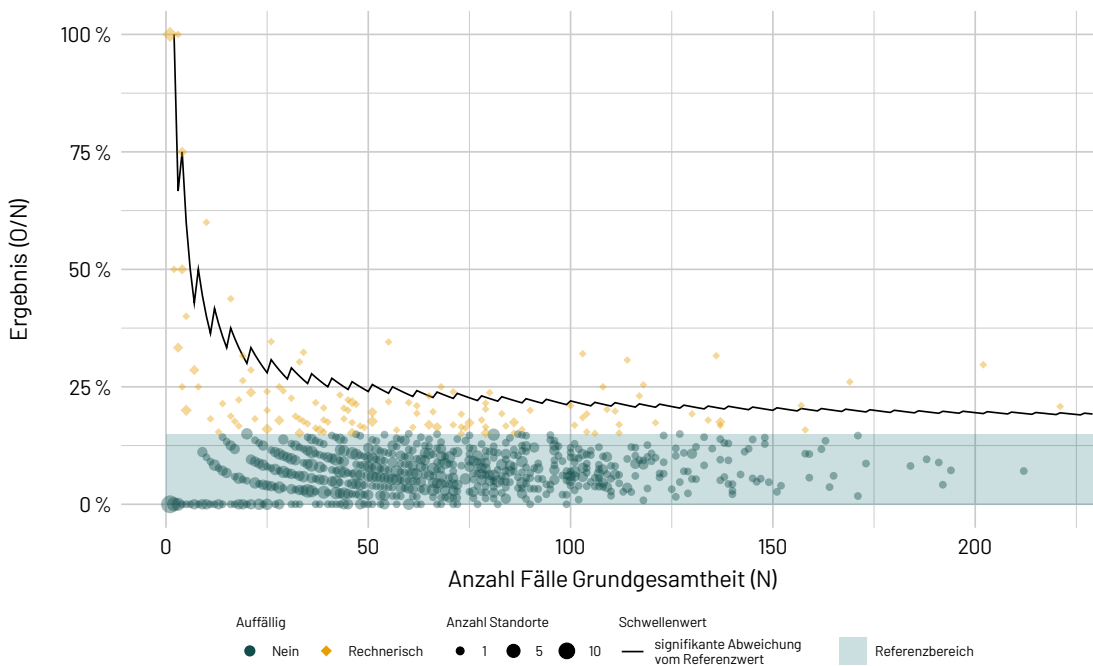
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	5.413 / 58.921	9,19 %	8,96 % - 9,42 %
	2022	6.383 / 64.445	9,90 %	9,68 % - 10,14 %
	<b>2023</b>	<b>5.645 / 64.138</b>	<b>8,80 %</b>	<b>8,58 % - 9,02 %</b>

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## 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>	8,80 % 5.645/64.138
1.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag	
1.1.1.1	ID: 54_22103 Montag bis Donnerstag	9,14 % 3.428/37.519
1.1.1.2	ID: 54_22123 Freitag	8,65 % 808/9.338
1.1.1.3	ID: 54_22143 Samstag	7,61 % 682/8.958
1.1.1.4	ID: 54_22163 Sonntag	8,73 % 727/8.323
1.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie	
1.1.2.1	ID: 54_22183 ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	8,83 % 3.358/38.017
1.1.2.2	ID: 54_22184 mit gerinnungshemmender Dauertherapie <sup>1</sup>	8,76 % 2.287/26.121
1.1.2.2.1	ID: 54_22185 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	31,87 % 457/1.434
1.1.2.2.2	ID: 54_22186 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	4,97 % 622/12.525
1.1.2.2.3	ID: 54_22187 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	9,68 % 1.179/12.181
1.1.2.2.4	ID: 54_22188 sonstige	16,74 % 81/484
1.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation	
1.1.3.1	ID: 54_22190 ASA 1	3,90 % 77/1.975
1.1.3.2	ID: 54_22191 ASA 2	6,71 % 1.117/16.649
1.1.3.3	ID: 54_22192 ASA 3	9,10 % 3.744/41.139



Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.3.4	ID: 54_22193 ASA 4	16,05 % 696/4.337
1.1.3.5	ID: 54_22194 ASA 5	28,95 % 11/38

<sup>1</sup> Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 54_22223 Frakturereignis vor stationärer Aufnahme	98,20 % 62.986/64.138
1.2.1	ID: 54_22224 verlängerte präoperative Verweildauer	8,65 % 5.448/62.986

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 54_22225 Frakturereignis während des stationären Aufenthaltes	1,80 % 1.152/64.138
1.3.1	ID: 54_22226 verlängerte präoperative Verweildauer	17,10 % 197/1.152

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 27,03 % 17.334/64.138	ID: 54_22233 30,08 % 15.527/51.613	ID: 54_22239 14,43 % 1.807/12.525
≤ 12 Stunden	ID: 54_22228 46,86 % 30.056/64.138	ID: 54_22234 51,14 % 26.397/51.613	ID: 54_22240 29,21 % 3.659/12.525
≤ 24 Stunden	ID: 54_22229 86,76 % 55.645/64.138	ID: 54_22235 90,27 % 46.590/51.613	ID: 54_22241 72,30 % 9.055/12.525
≤ 36 Stunden	ID: 54_22230 94,30 % 60.482/64.138	ID: 54_22236 95,69 % 49.386/51.613	ID: 54_22242 88,59 % 11.096/12.525

<b>1.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)</b>	<b>Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)</b>
≤ 48 Stunden	ID: 54_22231 96,82 % 62.096/64.138	ID: 54_22237 97,25 % 50.193/51.613	ID: 54_22243 95,03 % 11.903/12.525
> 48 Stunden	ID: 54_22232 3,18 % 2.042/64.138	ID: 54_22238 2,75 % 1.420/51.613	ID: 54_22244 4,97 % 622/12.525

<b>1.5 Zeit zwischen Aufnahme und Operation (ohne Inhouse-Stürze) Ergebnis Bund (gesamt)</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)</b>	<b>Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)</b>
≤ 6 Stunden	ID: 54_22245 26,81 % 17.198/64.138	ID: 54_22249 29,86 % 15.411/51.613	ID: 54_22253 14,27 % 1.787/12.525
≤ 24 Stunden	ID: 54_22246 85,51 % 54.846/64.138	ID: 54_22250 89,07 % 45.973/51.613	ID: 54_22254 70,84 % 8.873/12.525
≤ 48 Stunden	ID: 54_22247 95,45 % 61.220/64.138	ID: 54_22251 96,00 % 49.550/51.613	ID: 54_22255 93,17 % 11.670/12.525
> 48 Stunden	ID: 54_22248 4,55 % 2.918/64.138	ID: 54_22252 4,00 % 2.063/51.613	ID: 54_22256 6,83 % 855/12.525

<b>1.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)</b>	<b>Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)</b>
≤ 6 Stunden	ID: 54_22257 0,24 % 153/64.138	ID: 54_22261 0,25 % 130/51.613	ID: 54_22265 0,18 % 23/12.525
≤ 24 Stunden	ID: 54_22258 1,36 % 874/64.138	ID: 54_22262 1,32 % 679/51.613	ID: 54_22266 1,56 % 195/12.525

<b>1.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)</b>	<b>Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)</b>
≤ 48 Stunden	ID: 54_22259 1,68 % 1.076/64.138	ID: 54_22263 1,55 % 800/51.613	ID: 54_22267 2,20 % 276/12.525
> 48 Stunden	ID: 54_22260 0,12 % 76/64.138	ID: 54_22264 0,10 % 53/51.613	ID: 54_22268 0,18 % 23/12.525

<b>1.7 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation bei medialer Schenkelhalsfraktur Ergebnis Bund (gesamt)</b>	<b>Garden I</b>	<b>Garden II</b>	<b>Garden III</b>	<b>Garden IV</b>	<b>Mediale Schenkelhalsfraktur gesamt</b>
< 24 Stunden	ID: 54_22269 88,03 % 1.905/2.164	ID: 54_22272 87,44 % 2.639/3.018	ID: 54_22275 94,29 % 1.370/1.453	ID: 54_22278 97,98 % 194/198	ID: 54_22281 89,39 % 6.108/6.833
24 - 48 Stunden	ID: 54_22270 8,41 % 182/2.164	ID: 54_22273 8,45 % 255/3.018	ID: 54_22276 3,03 % 44/1.453	ID: 54_22279 x % ≤3/198	ID: 54_22282 7,08 % 484/6.833
> 48 Stunden	ID: 54_22271 3,56 % 77/2.164	ID: 54_22274 4,11 % 124/3.018	ID: 54_22277 2,68 % 39/1.453	ID: 54_22280 x % ≤3/198	ID: 54_22283 3,53 % 241/6.833

## 54050: Sturzprophylaxe

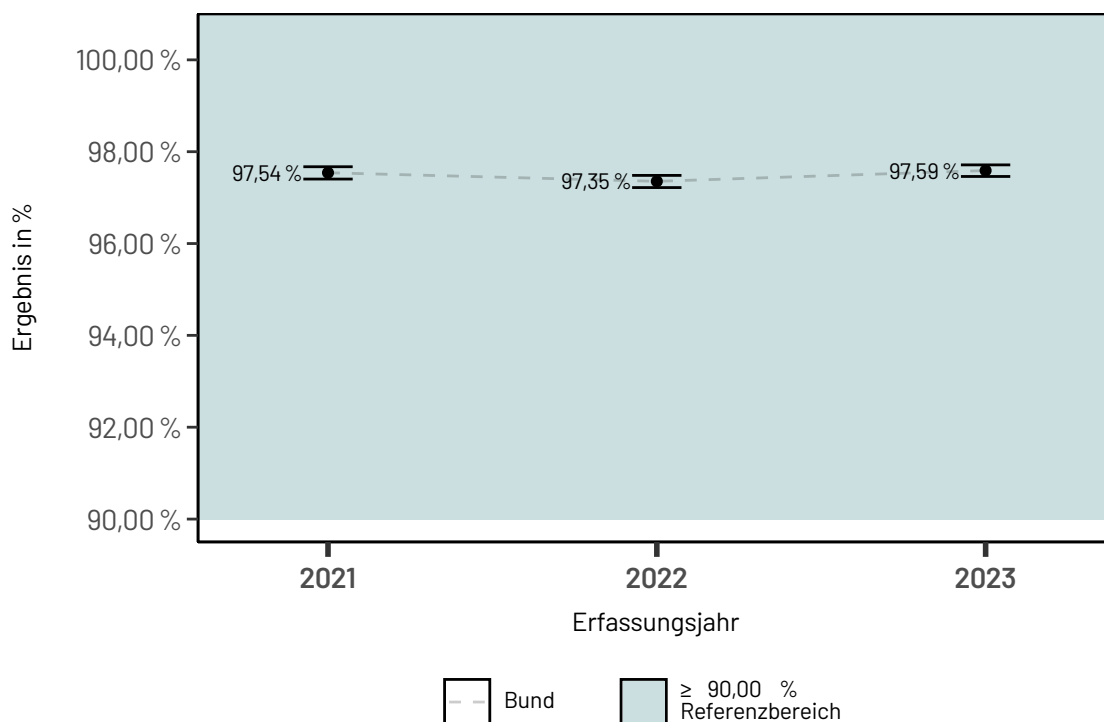
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
ID	54050
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur. 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	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

## Detailergebnisse

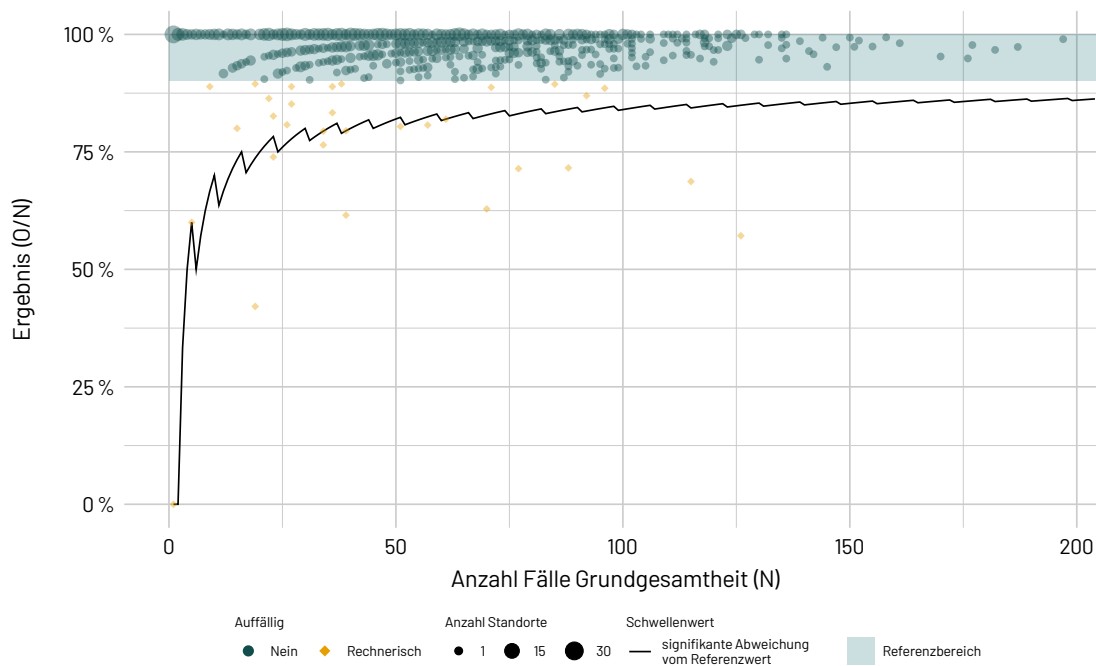
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	50.035 / 51.296	97,54 %	97,40 % - 97,67 %
	2022	55.019 / 56.514	97,35 %	97,22 % - 97,48 %
	<b>2023</b>	<b>55.755 / 57.132</b>	<b>97,59 %</b>	<b>97,46 % - 97,71 %</b>

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



## 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	98,19 % 56.097/57.132
2.1.2	ID: 54_22285 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	97,89 % 55.925/57.132
2.1.3	<b>ID: 54050</b> <b>Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)</b>	97,59 % 55.755/57.132

<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	≤ 2,02 (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 Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5 vorbestehende Koxarthrose Wundkontamination - bedingt aseptische Eingriffe Wundkontamination - kontaminierte Eingriffe Wundkontamination - septische Eingriffe Interaktion: Alter und Gehstrecke - \r\n Altersrisiko pro Jahr ab Alter 55 wenn Gehen unbegrenzt Interaktion: Alter und Gehstrecke - \r\n Altersrisiko pro Jahr bis Alter 60 wenn Gehen am Stück bis 500m oder 50m möglich Interaktion: Alter und Gehstrecke - \r\n Altersrisiko pro Jahr ab Alter 85 wenn Gehen am Stück bis 500m oder 50m möglich Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - \r\n Gehen unbegrenzt und Rollator/Gehbock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - \r\n Gehen am Stück bis 500m möglich und keine Gehhilfen Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - \r\n Gehen am Stück bis 500m möglich und Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - \r\n Gehen am Stück bis 500m möglich und Rollator/Gehbock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - \r\n Gehen am Stück bis 50m möglich und keine Gehhilfen Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - \r\n Gehen am Stück bis 50m möglich und Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Gehstrecke und Gehhilfen - \r\n Gehen am Stück bis 50m möglich und Rollator/Gehbock
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

## Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2021	45.703	8.748 / 8.748,87	1,00	0,98 - 1,02
	2022	50.837	9.645 / 9.671,37	1,00	0,98 - 1,02
	<b>2023</b>	<b>51.975</b>	<b>8.864 / 9.926,40</b>	<b>0,89</b>	<b>0,88 - 0,91</b>

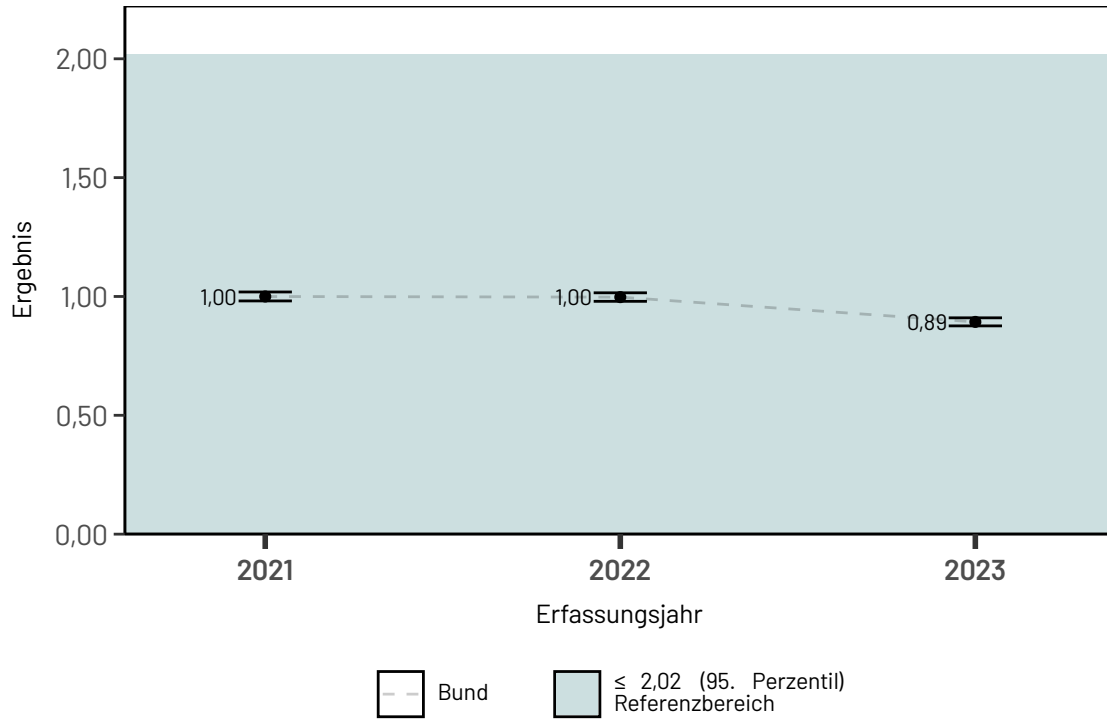
\* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:



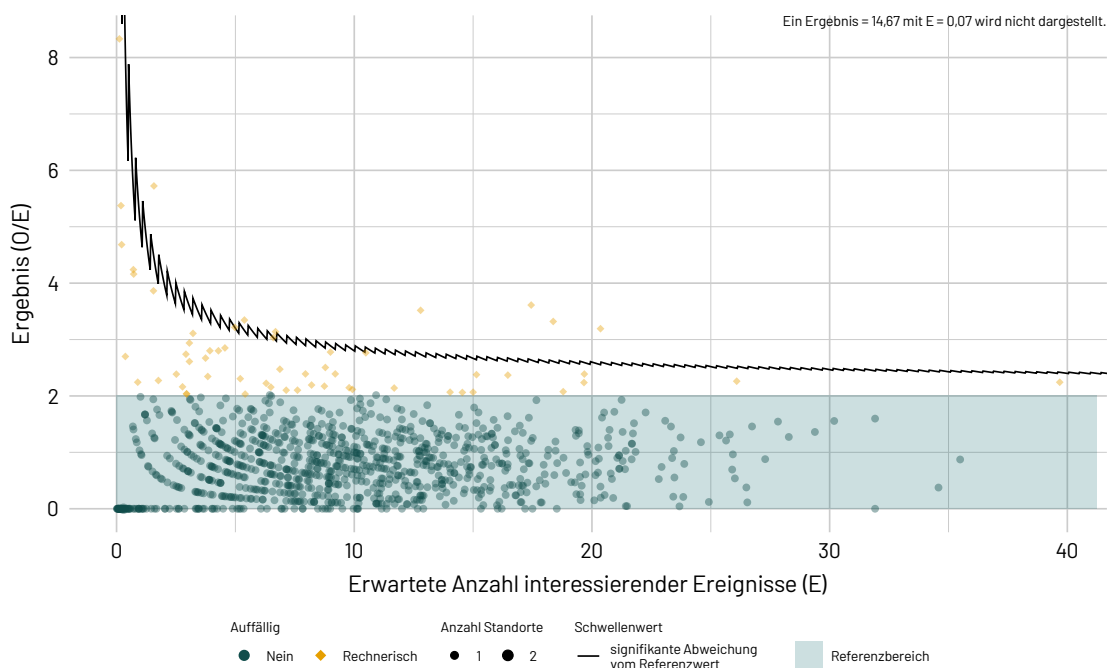
0 / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.  
0 / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

### Ergebnisse im Zeitverlauf

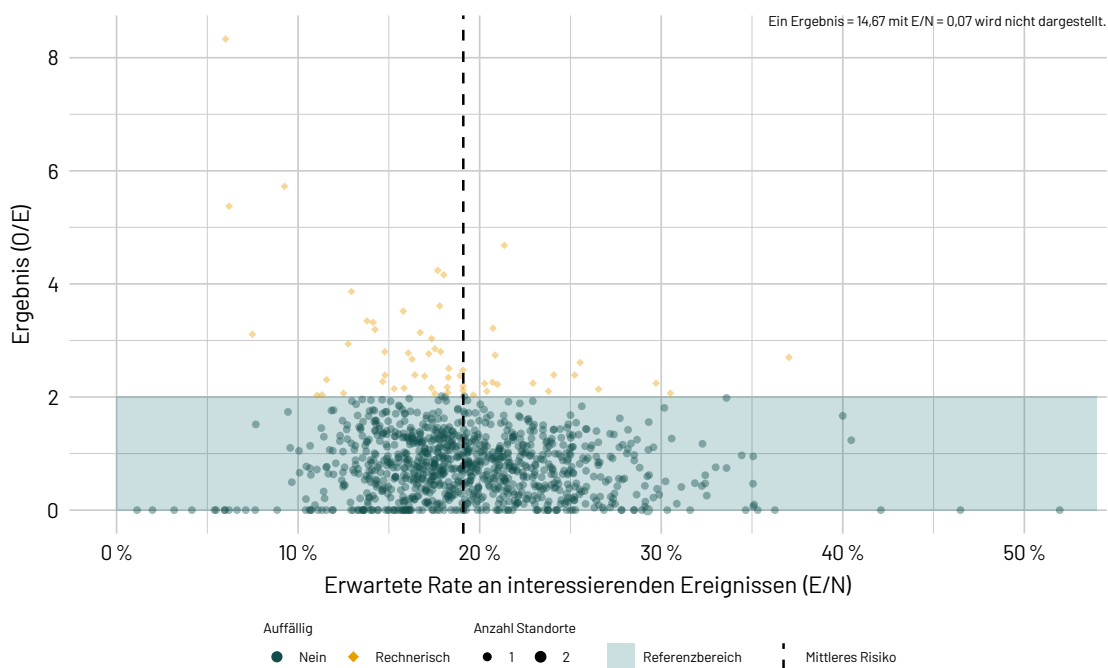
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



### Ergebnisse 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 <sup>3</sup>	
3.1.1.1	ID: O_54033 O/N (observed, beobachtet)	17,05 % 8.864/51.975
3.1.1.2	ID: E_54033 E/N (expected, erwartet)	19,10 % 9.926,40/51.975
3.1.1.3	<b>ID: 54033</b> <b>O/E</b>	0,89

<sup>3</sup> 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	17,05 % 8.864/51.975
3.2.2	Verteilung nach postoperativer Verweildauer	
3.2.2.1	ID: 54_22305 ≤ 5 Tage	18,66 % 1.511/8.097
3.2.2.2	ID: 54_22306 6-10 Tage	16,14 % 3.088/19.129
3.2.2.3	ID: 54_22307 11-15 Tage	17,79 % 1.467/8.248
3.2.2.4	ID: 54_22308 16-20 Tage	16,31 % 1.303/7.991
3.2.2.5	ID: 54_22309 > 20 Tage	17,57 % 1.495/8.510

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 54_22310 Gehunfähigkeit vor der Fraktur	100,00 % 9.768/9.768
3.3.1	ID: 54_22311 gefähig bei Entlassung	12,76 % 1.246/9.768
3.3.2	ID: 54_22312 gehunfähig bei Entlassung	87,24 % 8.522/9.768

## 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
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	≤ 2,95 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Vorbestehende Koxarthrose - ja Frakturlokalisierung - pertrochantär Frakturlokalisierung - sonstige Voroperation am Hüftgelenk - ja Wundkontaminationsklassifikation - bedingt aseptische Eingriffe Wundkontaminationsklassifikation - kontaminierte Eingriffe Wundkontaminationsklassifikation - septische Eingriffe Diagnose - Adipositas Diagnose - Alimentäre Anämie Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Bösartige solide Tumorerkrankungen Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Infektiöse Erkrankungen Diagnose - Knochennekrose Diagnose - Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

## Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2021	58.921	1.091 / 1.109,69	0,98	0,93 - 1,04
	2022	64.445	1.217 / 1.217,00	1,00	0,95 - 1,06
	<b>2023</b>	<b>64.915</b>	<b>1.247 / 1.262,04</b>	<b>0,99</b>	<b>0,94 - 1,04</b>

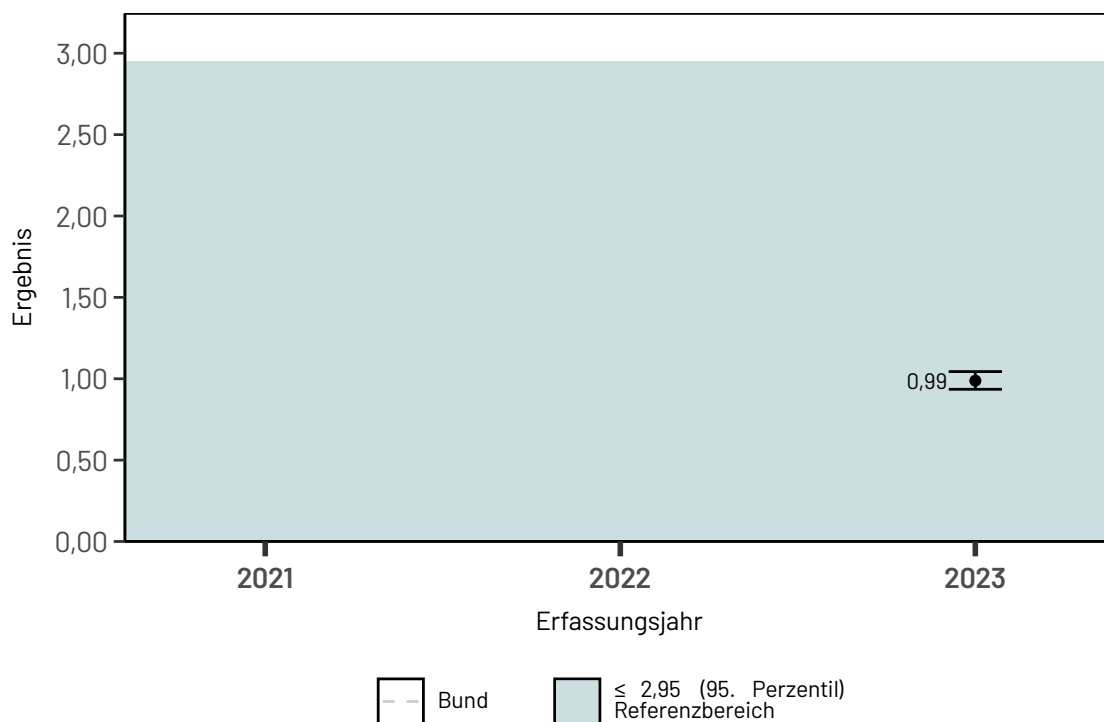
\* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

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

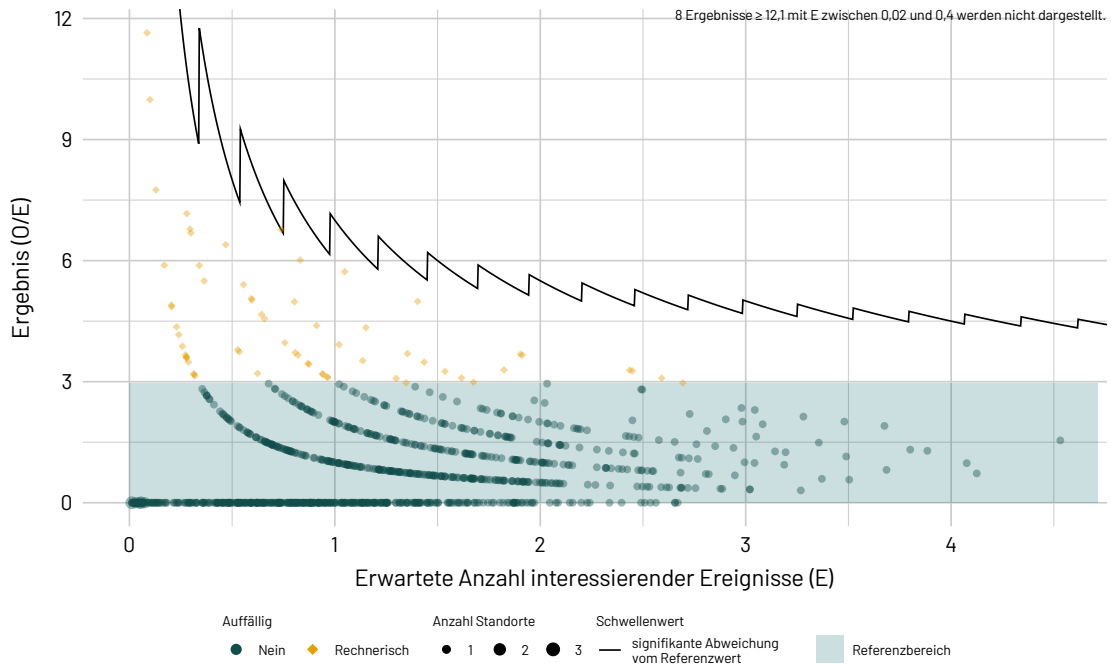
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

## Ergebnisse im Zeitverlauf

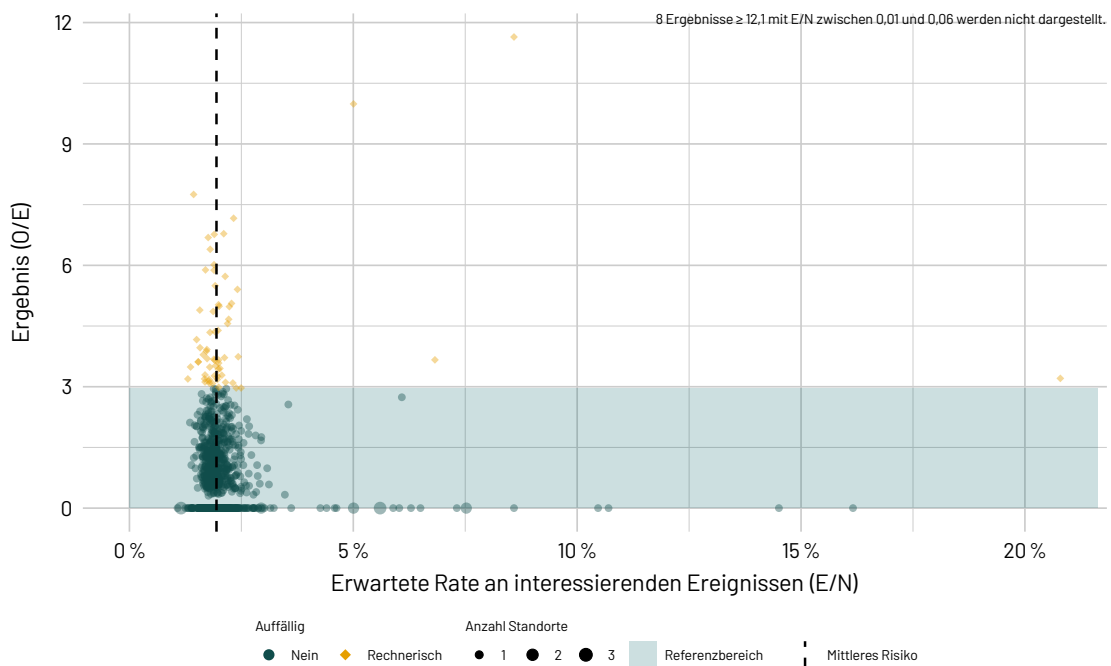
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



### 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 <sup>4</sup>	
4.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	1,92 % 1.247/64.915
4.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	1,94 % 1.262,04/64.915
4.1.1.3	<b>ID: 54029</b> <b>O/E</b>	0,99
4.1.2	ID: 54_22315 Implantatfehlage	0,14 % 93/64.915
4.1.3	ID: 54_22316 Implantatdislokation	0,41 % 265/64.915
4.1.4	ID: 54_22317 Wundhämatom	0,55 % 356/64.915
4.1.5	ID: 54_23000 revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	0,40 % 259/64.915
4.1.6	ID: 54_22318 Gefäßläsion	0,04 % 29/64.915
4.1.7	ID: 54_22319 Nervenschaden	0,06 % 42/64.915
4.1.8	ID: 54_22320 Fraktur	0,14 % 88/64.915
4.1.9	ID: 54_22322 reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,18 % 117/64.915
4.1.10	ID: 54_22323 reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0,02 % 12/64.915
4.1.11	ID: 54_22324 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen <sup>5</sup>	1,03 % 666/64.915
4.1.12	ID: 54_22325 Postoperative Wundinfektion	0,53 % 347/64.915
4.1.12.1	ID: 54_22326 A1 (oberflächliche Wundinfektion) <sup>6</sup>	38,90 % 135/347
4.1.12.2	ID: 54_22327 A2 (tiefe Wundinfektion)	55,04 % 191/347

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1.12.3	ID: 54_22328 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	6,05 % 21/347
4.1.13	ID: 54_22329 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen <sup>7</sup>	1,58 % 1.023/64.915

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

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

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

<sup>7</sup> 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	0,55 % 356/64.915
4.2.1	ID: 54_22331 Aufnahme mit gerinnungshemmender Dauertherapie	55,90 % 199/356
4.2.1.1	ID: 54_22332 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	5,62 % 20/356
4.2.1.2	ID: 54_22334 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	33,99 % 121/356
4.2.1.3	ID: 54_22335 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	16,29 % 58/356
4.2.1.4	ID: 54_22336 sonstige	1,40 % 5/356



## 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	≤ 2,74 (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 Frakturlokalisierung - lateral Frakturlokalisierung - pertrochantär Frakturlokalisierung - sonstige Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Chronische_Lungenerkrankungen Diagnose - Gerinnungsstörungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Infektiöse_Erkrankungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Lymphome Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Peptische_Ulkuserkrankung_ohne_Blutung

Datenquellen QS-Daten  
 Berichtszeitraum Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

## Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2021	58.921	5.813 / 5.676,39	1,02	1,00 - 1,05
	2022	64.445	6.065 / 6.065,00	1,00	0,98 - 1,02
	<b>2023</b>	<b>64.915</b>	<b>8.253 / 6.176,23</b>	<b>1,34</b>	<b>1,31 - 1,36</b>

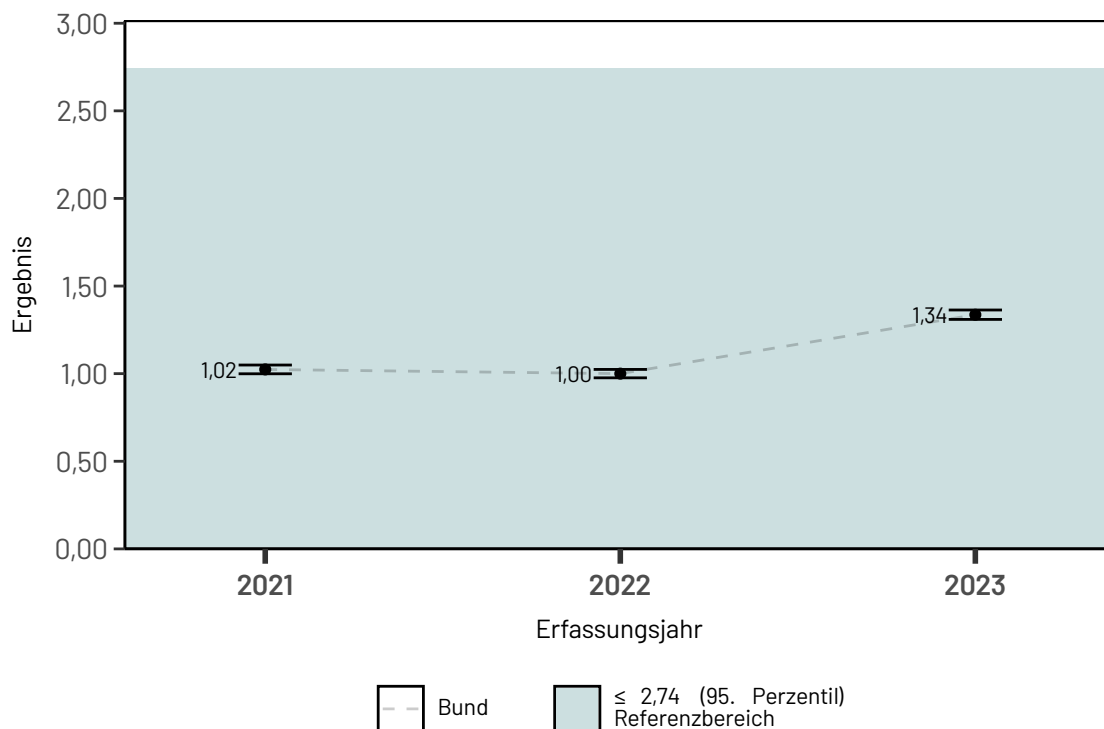
\* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

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

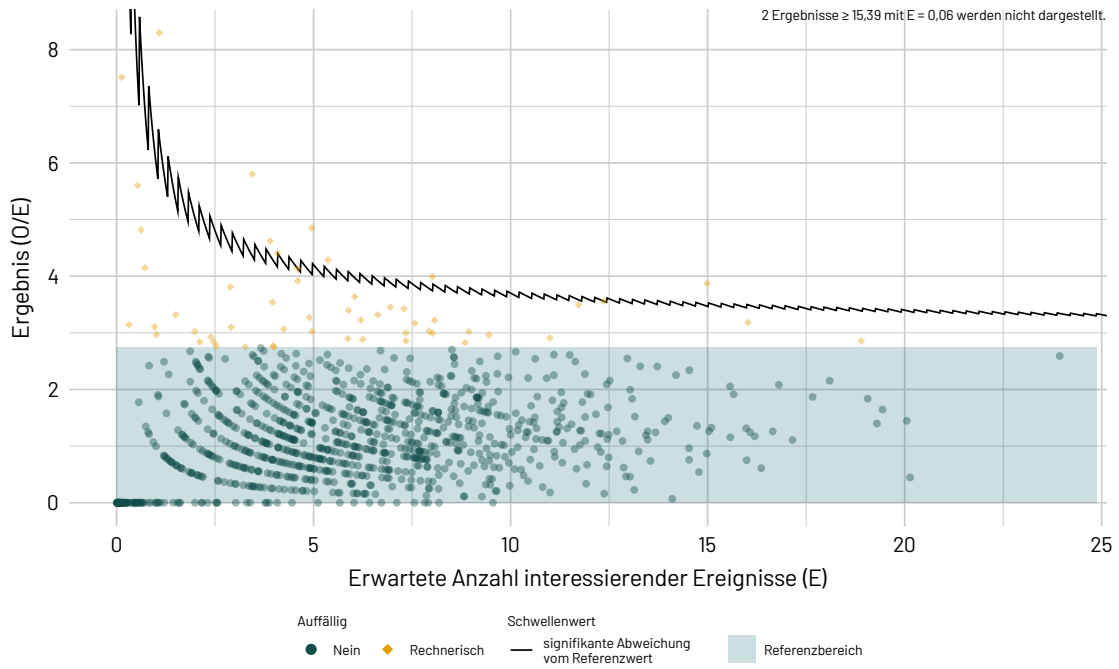
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

## Ergebnisse im Zeitverlauf

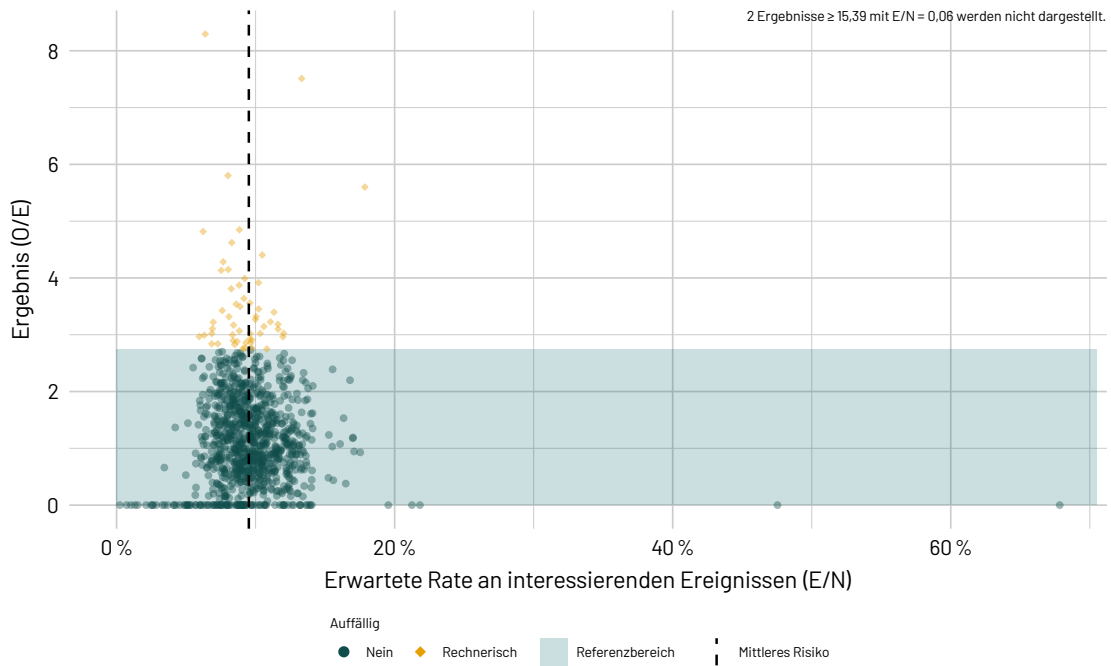
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



### 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 <sup>8</sup>	
5.1.1.1	ID: O_54042 O/N (observed, beobachtet)	12,71 % 8.253/64.915
5.1.1.2	ID: E_54042 E/N (expected, erwartet)	9,51 % 6.176,23/64.915
5.1.1.3	<b>ID: 54042</b> <b>O/E</b>	1,34

<sup>8</sup> 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	12,71 % 8.253/64.915
5.2.2	ID: 54_22351 Pneumonie	3,36 % 2.180/64.915
5.2.3	ID: 54_22352 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,14 % 2.039/64.915
5.2.4	ID: 54_22353 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,13 % 84/64.915
5.2.5	ID: 54_22354 Lungenembolie	0,35 % 224/64.915
5.2.6	ID: 54_22355 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	3,20 % 2.080/64.915
5.2.7	ID: 54_22356 Schlaganfall	0,47 % 308/64.915
5.2.8	ID: 54_22357 akute gastrointestinale Blutung	0,50 % 326/64.915
5.2.9	ID: 54_22358 akute Niereninsuffizienz	2,63 % 1.707/64.915

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.10	ID: 54_22359 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	1,41 % 914/64.915
5.2.11	ID: 54_22360 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen <sup>9</sup>	7,94 % 5.153/64.915

<sup>9</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)	5,94 % 1.121/18.870
5.3.2	ID: 54_22363 Pneumonie	1,13 % 214/18.870
5.3.3	ID: 54_22364 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	0,99 % 186/18.870
5.3.4	ID: 54_22365 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,13 % 25/18.870
5.3.5	ID: 54_22366 Lungenembolie	0,17 % 32/18.870
5.3.6	ID: 54_22367 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1,95 % 368/18.870
5.3.7	ID: 54_22368 Schlaganfall	0,22 % 42/18.870
5.3.8	ID: 54_22369 akute gastrointestinale Blutung	0,23 % 43/18.870
5.3.9	ID: 54_22371 akute Niereninsuffizienz	1,04 % 196/18.870
5.3.10	ID: 54_22372 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,81 % 153/18.870
5.3.11	ID: 54_22373 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen <sup>10</sup>	4,37 % 824/18.870

<sup>10</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)	15,47 % 7.118/46.006
5.4.2	ID: 54_22375 Pneumonie	4,26 % 1.960/46.006
5.4.3	ID: 54_22376 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	4,01 % 1.846/46.006
5.4.4	ID: 54_22377 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,13 % 59/46.006
5.4.5	ID: 54_22378 Lungenembolie	0,42 % 191/46.006
5.4.6	ID: 54_22379 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	3,72 % 1.712/46.006
5.4.7	ID: 54_22380 Schlaganfall	0,58 % 266/46.006
5.4.8	ID: 54_22381 akute gastrointestinale Blutung	0,62 % 283/46.006
5.4.9	ID: 54_22383 akute Niereninsuffizienz	3,27 % 1.505/46.006
5.4.10	ID: 54_22384 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	1,65 % 761/46.006
5.4.11	ID: 54_22385 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen <sup>11</sup>	9,40 % 4.323/46.006

<sup>11</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
Verwendete Risikofaktoren	<p>Geschlecht - weiblich</p> <p>Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)</p> <p>Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - Gehen am Stück bis 50m möglich</p> <p>Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - im Zimmer mobil</p> <p>Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - immobil</p> <p>Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) - bettlägerig</p> <p>ASA-Klassifikation - 1</p> <p>ASA-Klassifikation - 2</p> <p>ASA-Klassifikation - 4</p> <p>ASA-Klassifikation - 5</p> <p>Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten</p> <p>Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer</p> <p>Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK</p> <p>Antithrombotische Dauertherapie - sonstige</p> <p>Altersrisiko pro Jahr bis 46 Jahre</p> <p>Altersrisiko pro Jahr bis 80 Jahre</p> <p>Altersrisiko pro Jahr bis 95 Jahre</p> <p>Altersrisiko pro Jahr über 95 Jahre</p> <p>Vorbestehende Koxarthrose</p> <p>Voroperation am Hüftgelenk</p> <p>Wundkontaminationsklassifikation - septisch</p> <p>Frakturlokalisierung - lateral</p> <p>Frakturlokalisierung - pertrochantär</p> <p>Frakturlokalisierung - sonstige</p> <p>Pflegegrad - 0 oder 1</p> <p>Pflegegrad - 4</p> <p>Pflegegrad - 5</p>
Datenquellen	QS-Daten

Berichtszeitraum Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

## Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
<b>Bund</b>	2021	58.921	3.023 / 2.931,20	1,03	1,00 - 1,07
	2022	64.445	3.322 / 3.186,81	1,04	1,01 - 1,08
	<b>2023</b>	<b>64.915</b>	<b>3.172 / 3.177,00</b>	<b>1,00</b>	<b>0,97 - 1,03</b>

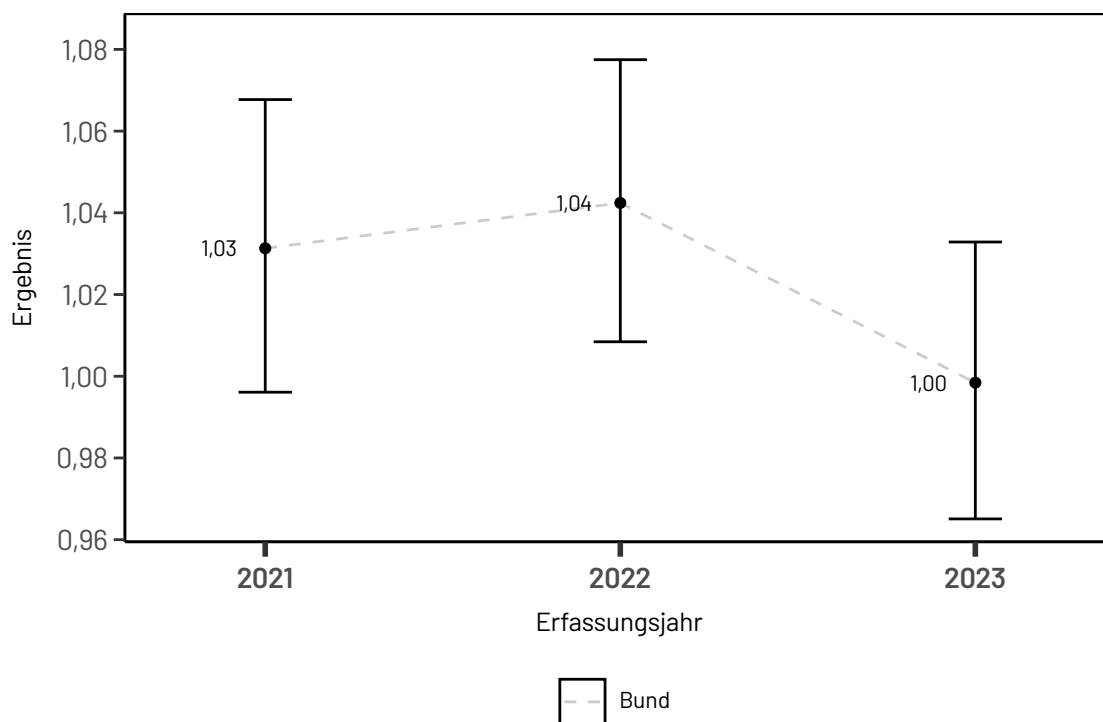
\* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

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

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

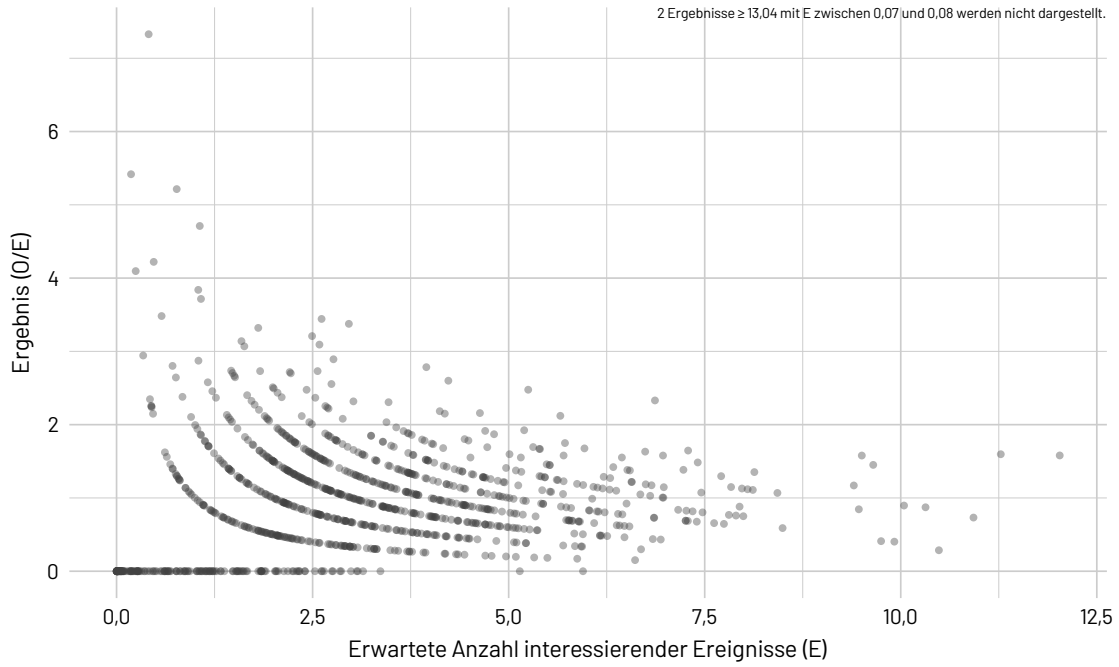
## Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

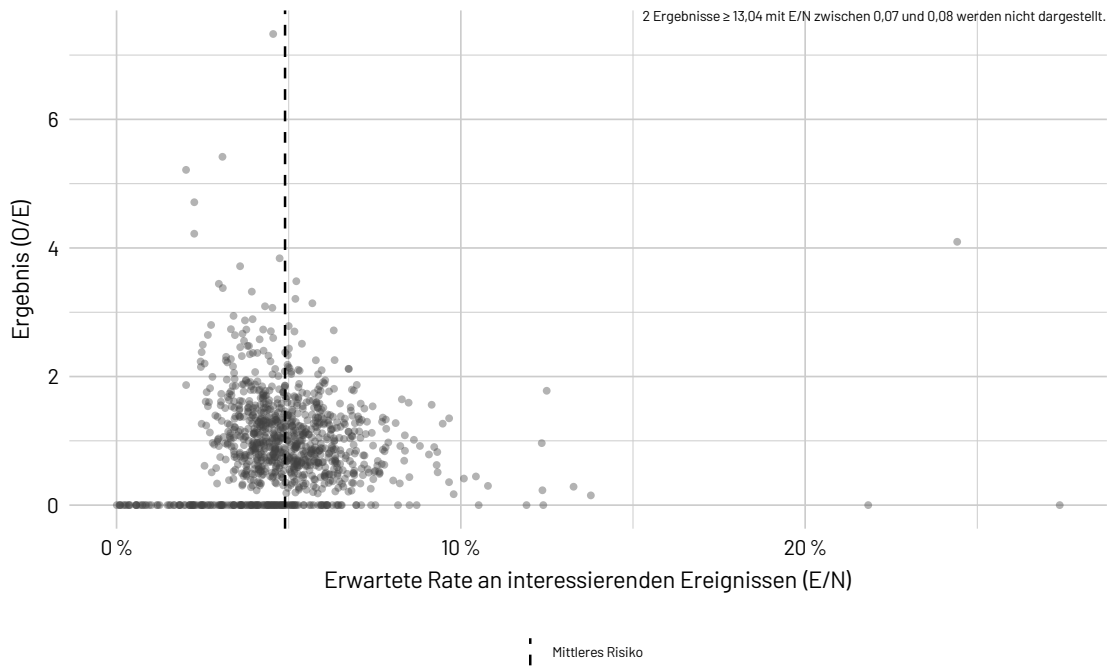




### Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



### 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 <sup>12</sup>	
6.1.1.1	ID: O_54046 O/N (observed, beobachtet)	4,89 % 3.172/64.915
6.1.1.2	ID: E_54046 E/N (expected, erwartet)	4,89 % 3.177,00/64.915
6.1.1.3	<b>ID: 54046</b> <b>O/E</b>	1,00

<sup>12</sup> 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	4,89 % 3.172/64.915
6.2.1	Verteilung der Todesfälle nach ASA-Klassifikation	
6.2.1.1	ID: 54_22390 ASA 1	0,20 % 4/1.987
6.2.1.2	ID: 54_22391 ASA 2	0,95 % 161/16.883
6.2.1.3	ID: 54_22392 ASA 3	5,18 % 2.154/41.621
6.2.1.4	ID: 54_22393 ASA 4	19,04 % 835/4.385
6.2.1.5	ID: 54_22394 ASA 5	46,15 % 18/39

# Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

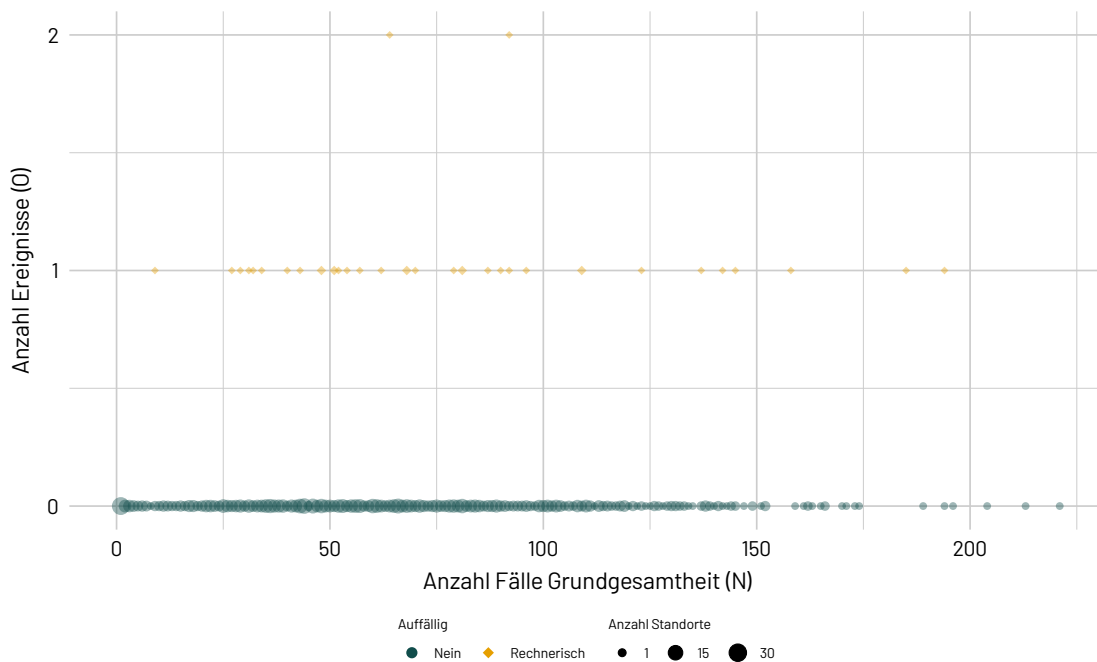
## Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

### 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. 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



### Detailergebnisse

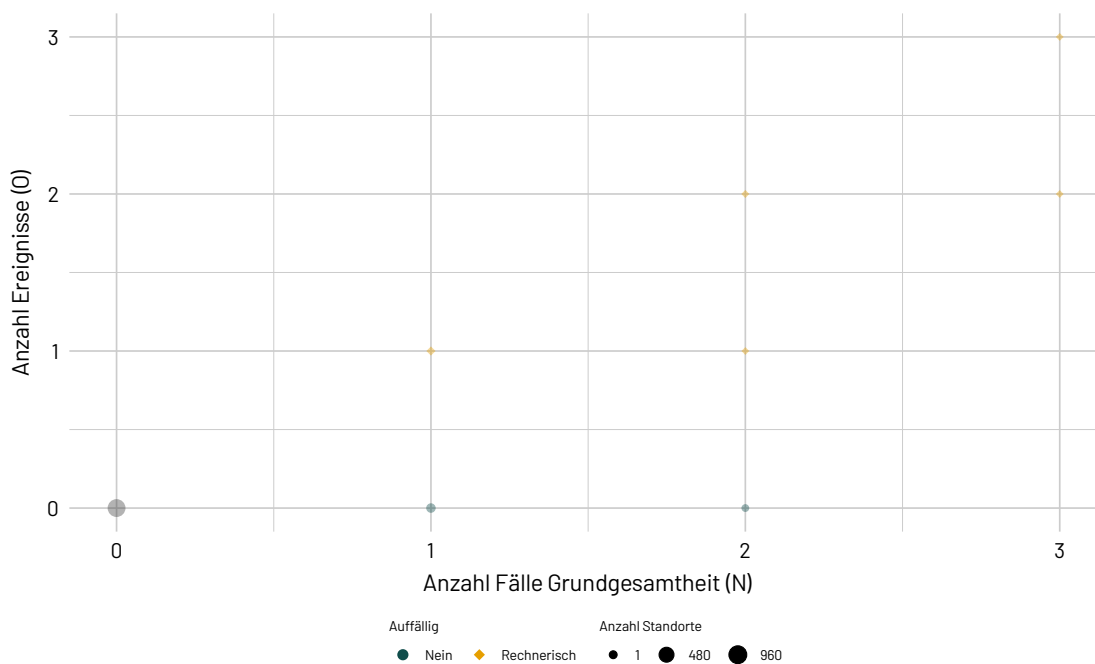
Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	39 / 64.927	0,06 %	3,62 % 37 / 1.023

## 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

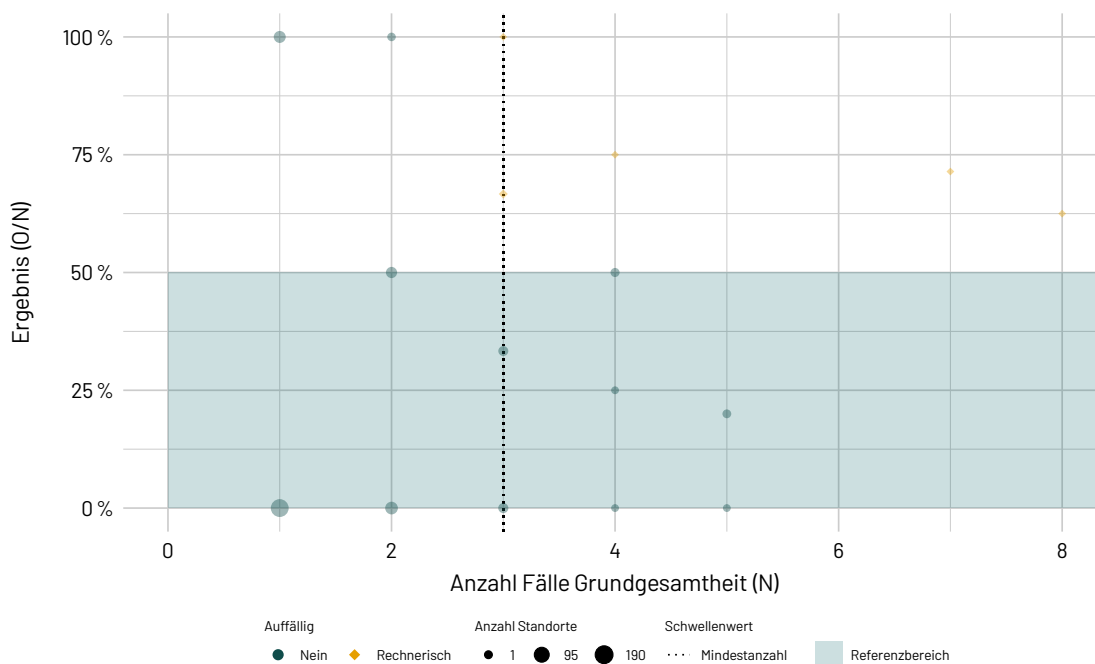
Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	29 / 62	46,77 %	44,44 % 24 / 54

## 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, T81.7, 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



### Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
<b>Bund</b>	107 / 510	20,98 %	2,37 % 8 / 337



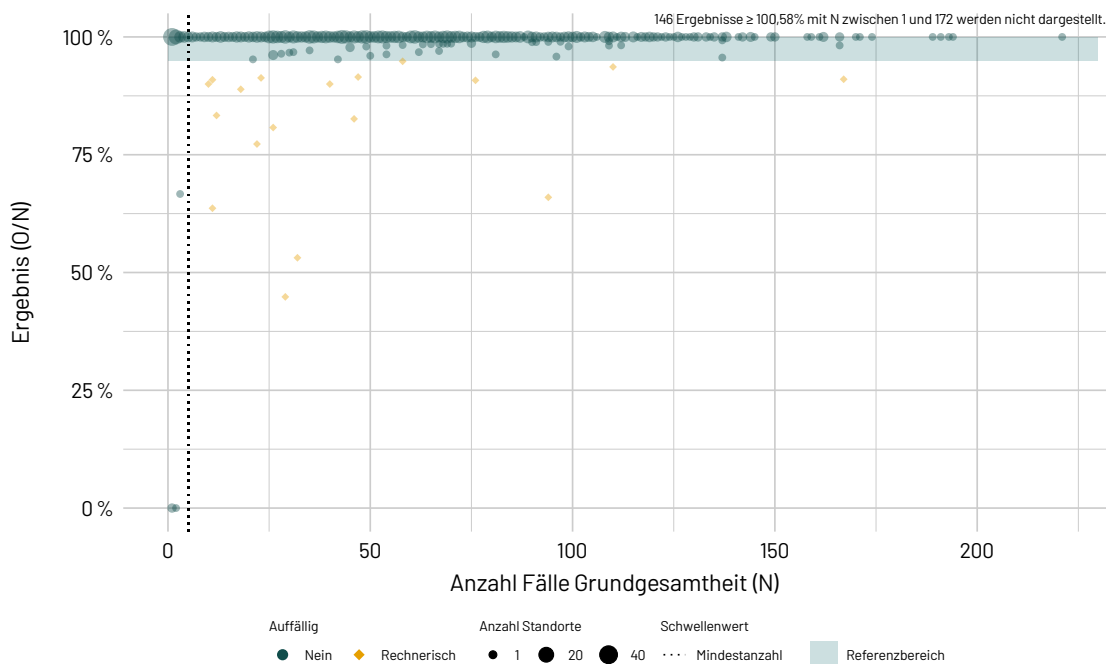
## Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

### 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850351
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p><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.</p> <p><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.</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



### Detailergebnisse

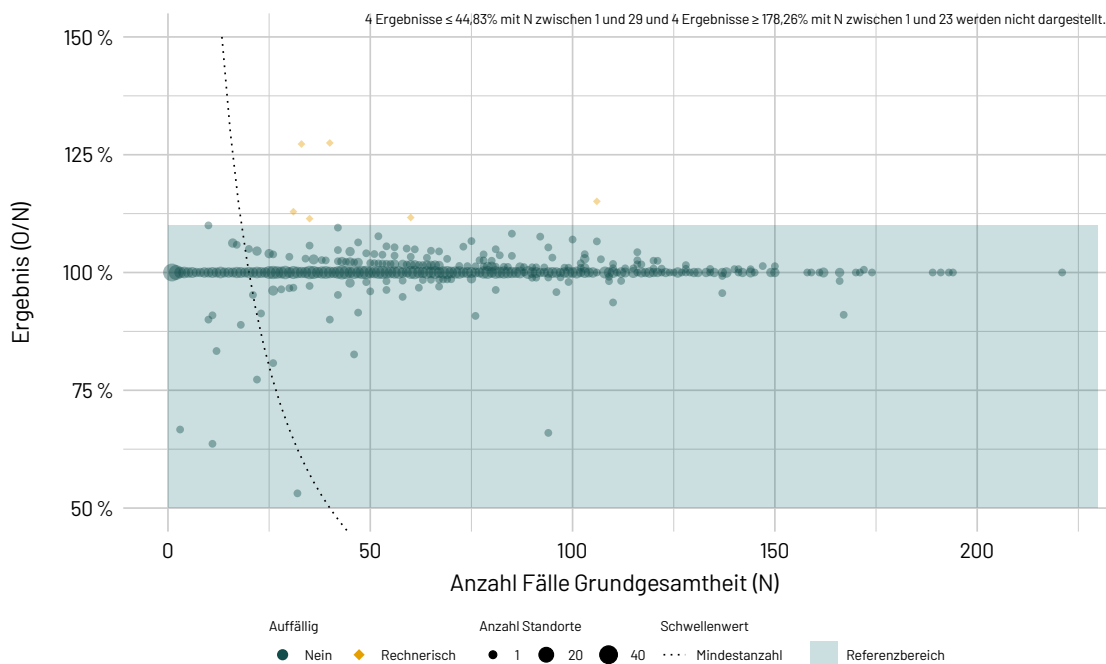
Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	65.001 / 64.378	100,97 %	1,67 % 18 / 1.080

## 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850352
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p><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.</p> <p><b>Hypothese</b> 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	$\leq 110,00 \%$
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

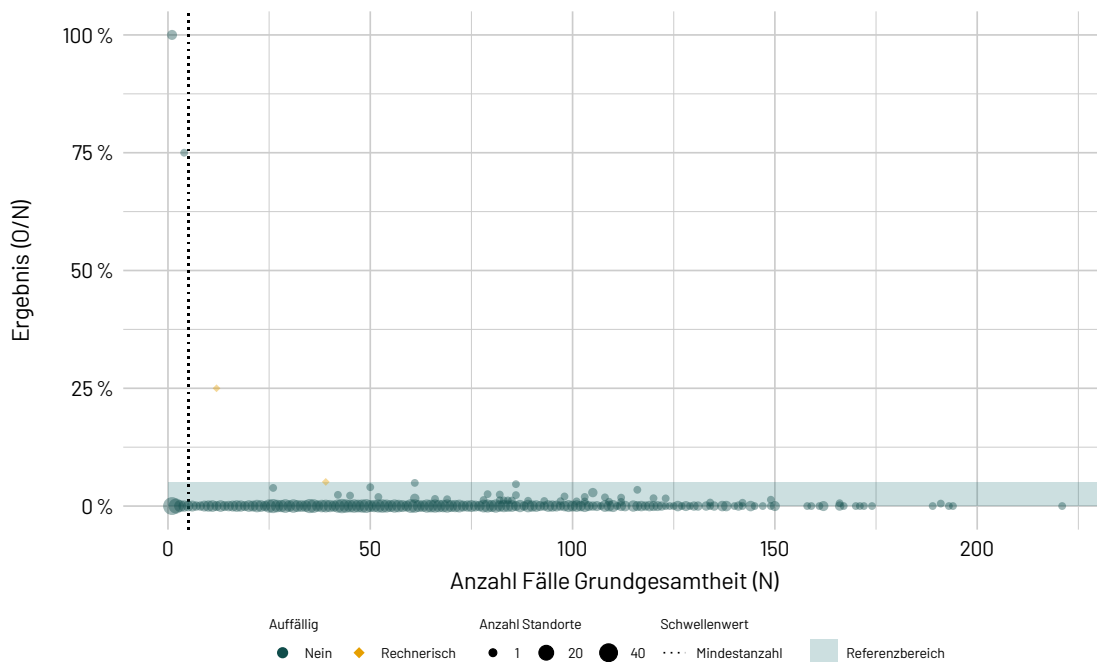
Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	65.001 / 64.378	100,97 %	0,83 % 9 / 1.080

## 850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850368
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<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. <b>Hypothese</b> 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



### Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	74 / 64.378	0,11 %	0,19 % 2 / 1.080

## Basisauswertung

### Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Quartal des Aufnahmetages</b>		
1. Quartal	16.200	24,95
2. Quartal	15.654	24,11
3. Quartal	15.560	23,97
4. Quartal	17.513	26,97
Gesamt	64.927	100,00

### Inhouse-Sturz

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes</b>		
(0) nein	63.759	98,20
(1) ja	1.168	1,80

## Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Altersverteilung</b>		
< 50 Jahre	1.370	2,11
50 - 59 Jahre	3.206	4,94
60 - 69 Jahre	7.107	10,95
70 - 79 Jahre	12.040	18,54
80 - 89 Jahre	28.556	43,98
≥ 90 Jahre	12.648	19,48

Bund (gesamt)	
<b>Durchschnittsalter (Jahre)</b>	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.927
Mittelwert	80,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Geschlecht</b>		
(1) männlich	21.750	33,50
(2) weiblich	43.177	66,50
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00



## Präoperative Anamnese/Befunde

### Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</b>		
(1) unbegrenzt (> 500m)	19.096	29,41
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	18.878	29,08
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	16.395	25,25
(4) im Zimmer mobil	8.467	13,04
(5) immobil	2.091	3,22
<b>verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</b>		
(0) keine	27.578	42,48
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	7.290	11,23
(2) Rollator/Gehbock	26.704	41,13
(3) Rollstuhl	2.519	3,88
(4) bettlägerig	836	1,29

## ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>		
(1) normaler, gesunder Patient	1.988	3,06
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	16.885	26,01
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	41.628	64,12
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	4.387	6,76
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	39	0,06
<b>Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)</b>		
(1) aseptische Eingriffe	64.449	99,26
(2) bedingt aseptische Eingriffe	381	0,59
(3) kontaminierte Eingriffe	50	0,08
(4) septische Eingriffe	47	0,07

## Antithrombotische Dauertherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Antithrombotische Dauertherapie</b>		
(0) nein	38.471	59,25
(1) ja	26.456	40,75
<b>davon: Art der Medikation<sup>13</sup></b>		
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	1.450	5,48
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	12.298	46,48
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	12.706	48,03
sonstige	509	1,92

<sup>13</sup> Mehrfachnennung möglich

## Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt</b>		
(0) nein	62.952	96,96
(1) ja, eine Osteosynthese	922	1,42
(2) ja, eine Endoprothese	995	1,53
<b>Vorbestehende Koxarthrose</b>		
(0) nein	39.158	60,31
(1) ja	25.769	39,69

## Frakturlokalisierung und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Frakturlokalisierung</b>		
(1) medial	6.838	10,53
<b>davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden</b>		
(1) Abduktionsfraktur	2.164	31,65
(2) unverschoben	3.018	44,14
(3) verschoben	1.457	21,31
(4) komplett verschoben	199	2,91
(2) lateral	1.533	2,36
(3) pertrochantär	54.306	83,64
(9) sonstige	2.250	3,47

## Fraktur nach ICD-Kode

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Schenkelhalsfrakturen</b>		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	9.426	14,52
<b>davon:<sup>14</sup></b>		
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	953	10,11
(S72.01) Intrakapsulär	5.891	62,50
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	7	0,07
(S72.03) Subkapital	380	4,03
(S72.04) Mediozervikal	728	7,72
(S72.05) Basis	609	6,46
(S72.08) Sonstige Teile	1.124	11,92
<b>Petrochantäre Frakturen</b>		
(S72.1-) Petrochantäre Frakturen	56.230	86,60
<b>davon:<sup>15</sup></b>		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	34.777	61,85
(S72.11) Intertrochantär	22.749	40,46

<sup>14</sup> Mehrfachnennung möglich

<sup>15</sup> Mehrfachnennung möglich

## Behandlungsverlauf

### Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Angabe zusätzlicher OPS-Codes</b>		
(5-983) Reoperation	38	0,06
(5-986*) Minimalinvasive Technik	152	0,23
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	0	0,00
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	5	0,01
<b>Operationsverfahren</b>		
(1) DHS, Winkelplatte	5.313	8,18
(2) Intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)	55.648	85,71
(3) Verschraubung	2.682	4,13
(9) sonstige	1.284	1,98
<b>Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-</b>		
(1) ja	15.813	24,36
<b>Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-</b>		
(1) ja	12	0,02

### Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten im Alter ab 65 Jahren</b>	<b>N = 57.185</b>	
<b>systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten</b>		
(0) nein	1.035	1,81
(1) ja	56.150	98,19

## Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten im Alter ab 65 Jahren</b>	<b>N = 57.185</b>	
<b>multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe</b>		
(0) nein	1.251	2,19
(1) ja	55.934	97,81

## Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen</b>		
(0) nein	51.624	79,51
(1) ja <sup>16</sup>	13.303	20,49

## Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	2.181	3,36
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	2.040	3,14
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	84	0,13
Lungenembolie	224	0,35
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	2.080	3,20
Schlaganfall	308	0,47
akute gastrointestinale Blutung	326	0,50
akute Niereninsuffizienz	1.707	2,63
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	2.383	3,67
<b>davon: Demenz</b>		
(0) nein	915	38,40
(1) ja	1.468	61,60
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	5.155	7,94

<sup>16</sup> Mehrfachnennung möglich

## Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen</b>		
(0) nein	63.098	97,18
(1) ja <sup>17</sup>	1.829	2,82



## Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
primäre Implantatfehlage	93	0,14
sekundäre Implantatdislokation	265	0,41
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	357	0,55
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	259	0,40
Gefäßläsion	29	0,04
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	42	0,06
Fraktur	88	0,14
Wunddehiszenz	117	0,18
sekundäre Nekrose der Wundränder	12	0,02
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	666	1,03
<b>Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)</b>		
(0) nein	64.580	99,47
(1) ja	347	0,53
<b>davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)</b>		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	135	38,90
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	191	55,04
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	21	6,05
<b>ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen</b>		
(0) = nein	905	1,39
(1) = ja	1.023	1,58

<sup>17</sup> Mehrfachnennung möglich

## Behandlungszeiten

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Stationärer Aufenthalt (Tage)<sup>18</sup></b>	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.927
Median	10,00
Mittelwert	13,33
<b>Präoperative Verweildauer (Stunden)<sup>19</sup></b>	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.925
Median	13,45
Mittelwert	18,35
<b>Dauer des Eingriffs (Minuten)</b>	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.927
Median	42,00
Mittelwert	48,17
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	64.927
Median	10,00
Mittelwert	12,48

<sup>18</sup> Der stationäre Aufenthalt berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahmedatum

<sup>19</sup> Dargestellt wird der Abstand der Aufnahme bzw. des Inhouse-Sturzes zum Eingriff

## Entlassung

### Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Gehstrecke bei Entlassung</b>		
(1) unbegrenzt (> 500m)	1.912	2,94
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	15.292	23,55
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	27.433	42,25
(4) Im Zimmer mobil	13.347	20,56
(5) immobil	3.943	6,07
<b>Gehhilfen bei Entlassung</b>		
(0) keine	872	1,34
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	18.882	29,08
(2) Rollator/Gehbock	36.455	56,15
(3) Rollstuhl	4.042	6,23
(4) bettlägerig	1.675	2,58

## Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)</b>		
(01) Behandlung regulär beendet	34.804	53,60
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.333	2,05
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	80	0,12
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	252	0,39
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	8.524	13,13
(07) Tod	3.172	4,89
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit <sup>20</sup>	310	0,48
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	6.141	9,46
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	9.786	15,07
(11) Entlassung in ein Hospiz	49	0,08
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	41	0,06
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	7	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	12	0,02
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen <sup>21</sup>	156	0,24
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	41	0,06
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr <sup>22</sup>	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	183	0,28

## Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 64.927</b>	
<b>nicht spezifizierter Entlassungsgrund<sup>23</sup></b>		
(1) ja	35	0,05

<sup>20</sup> § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

<sup>21</sup> nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

<sup>22</sup> für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

<sup>23</sup> z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

# 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](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)  
<https://www.iqtig.org/>