IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

HGV-OSFRAK: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Auswertungsjahr 2026
Erfassungsjahr 2025

Stand: 14. August 2026, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Impressum

Titel	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2026
Abgabe	14. August 2026

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

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

© IQTIG 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Datengrundlagen 6

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten 6

Ergebnisübersicht 7

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2025 8

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025 9

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen 11

54030: Präoperative Verweildauer 11

Details zu den Ergebnissen 14

54050: Sturzprophylaxe 18

Details zu den Ergebnissen 21

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 22

Details zu den Ergebnissen 27

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 28

Details zu den Ergebnissen 32

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 34

Details zu den Ergebnissen 39

54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 42

Details zu den Ergebnissen 46

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien 47

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit 47

850147: Angabe von ASA 5 47

850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation 49

850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen 51

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit 53

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation 53

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 55
850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) ... 57
Basisauswertung ... 59
Basisdokumentation ... 59
Inhouse-Sturz ... 59
Patientin und Patient ... 60
Präoperative Anamnese/Befunde ... 60
Gehfähigkeit ... 61
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation ... 62
Antithrombotische Dauertherapie ... 63
Voroperation ... 63
Frakturlokalisation und -typ ... 64
Fraktur nach ICD-Kode ... 65
Behandlungsverlauf ... 66
Angabe von Prozeduren ... 66
Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ... 67
Allgemeine Komplikationen ... 67
Spezifische Komplikationen ... 68
Behandlungszeiten ... 71
Entlassung ... 72
Gehfähigkeit ... 72
Entlassungsgrund ... 73

Einleitung

Die Auswertungen des QS-Verfahrens Hüftgelenkversorgung (HGV) sind unterteilt in zwei Auswertungsmodule: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) und Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP). HGV-OSFRAK enthält ausschließlich die Prozeduren zur osteosynthetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.

Als hüftgelenknahe Femurfraktur wird ein Bruch (Fraktur) im oberen, d. h. zum Hüftgelenk gerichteten Teil des – normalerweise sehr stabilen – Oberschenkelknochens (Femur) bezeichnet. Ein solcher Bruch ist, bedingt durch die im Alter abnehmende Festigkeit der Knochensubstanz bis hin zur Osteoporose und durch die zunehmende Bewegungsunsicherheit, eine häufige Verletzung älterer Menschen. Oft wird sie durch einen Sturz verursacht.
Während viele andere Knochenbrüche konservativ behandelt werden können, z. B. mit einer Ruhigstellung im Gips, um wieder ausreichend zu verheilen, ist eine solche Therapie bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur zumeist nicht möglich. Wenn das Hüftgelenk erhalten werden kann – also nicht gegen ein künstliches Hüftgelenk ausgetauscht werden muss –, wird eine metallene Verbindung zwischen den gebrochenen Knochenteilen hergestellt. Diese Verbindung der Knochen durch Metallteile nennt man Osteosynthese.

Im QS-Verfahren Hüftgelenkversorgung (QS HGV) bildet das Auswertungsmodul Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK) die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten ab, bei denen nach einem solchen Bruch eine Osteosynthese durchgeführt wurde. Bei allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren müssen hier die Krankenhäuser aufgetretene Komplikationen während des Eingriffs und danach, die Mobilität zum Entlasszeitpunkt sowie die Sterblichkeit dokumentieren.
Das Ziel der operativen Behandlung ist eine möglichst schnelle und komplikationslose Wiederherstellung oder Verbesserung der Mobilität und der körperlichen Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten. Jährlich erleiden ca. 65.000 Patientinnen und Patienten einen hüftgelenknahen Oberschenkelbruch, der mit einer Osteosynthese versorgt wird.

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

Zu diesem Bericht steht unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/ eine Leseanleitung inkl. Glossar und unter https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/biometrische-grundlagen/biometrische-methodik-zur-risikoadjustierung/ die Erläuterungen zur Risikoadjustierung zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:
• QS-Dokumentationsdaten
• standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar.
In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen sowie zur Anzahl der Leistungserbringer enthalten.
Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf IKNR/BSNR-Ebene und auf Standortebene ausgegeben. Bei der Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden.
Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt.
Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-dokumentationspflichtige Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

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

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen für eine Übersicht zusammengefasst.
Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:
- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellen 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.

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 2025

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit Eingriffen aus dem Jahr 2025

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	**Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	7,22 % O = 4.581 N = 63.428
54050	Sturzprophylaxe	Nicht definiert	97,82 % O = 56.003 N = 57.254
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,32 (95. Perzentil)	1,00 O/E = 6.949 / 6.952,77 15,73 % O/N = 6.949 / 44.180
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,75 (95. Perzentil)	0,89 O/E = 1.149 / 1.291,15 1,78 % O/N = 1.149 / 64.409
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,06 (95. Perzentil)	0,99 O/E = 8.791 / 8.841,56 13,65 % O/N = 8.791 / 64.409
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	0,95 O/E = 2.919 / 3.060,68 4,53 % O/N = 2.919 / 64.409

© IQTIG 2026

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2025

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

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

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

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zu Eingriffen aus dem Jahr 2025.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850147	Angabe von ASA 5	= 0[1]	0,05 % 31 / 64.444	3,10 % 29 / 934
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0[1]	32,14 % 18 / 56	36,00 % 18 / 50
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	21,18 % 108 / 510	1,50 % 5 / 333

[1] In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 0 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.

© IQTIG 2026

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	**Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums**	**Referenzbereich**	**Ergebnis**	**rechnerisch auffällige Standorte**
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,41 % 64.516 / 64.255	1,50 % 15 / 1.001
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,41 % 64.516 / 64.255	1,00 % 10 / 1.001
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,11 % 72 / 64.255	0,30 % 3 / 1.001

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54030: Präoperative Verweildauer

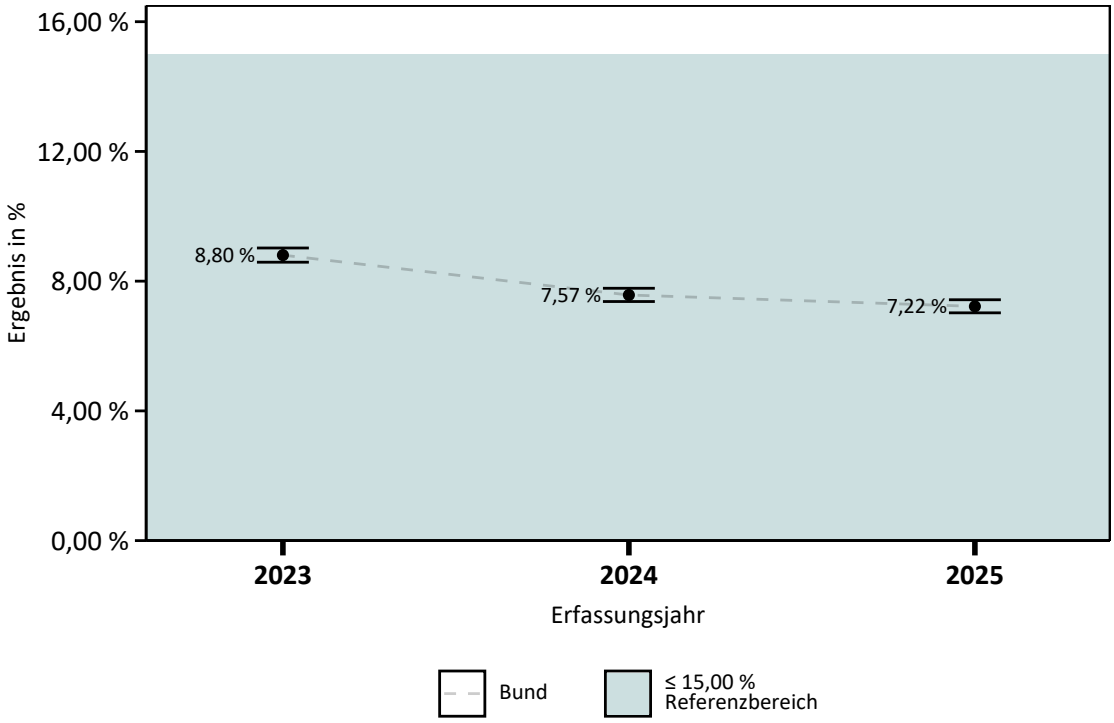
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden: - Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion und Oberschenkel; ICD 10 T84.14) in Kombination mit der Angabe einer osteosynthetische Voroperation und ohne Angabe einer postoperativen Implantatfehllage oder Implantatdislokation - Behandlungsfälle mit einer periprothetischen Fraktur, festgestellt durch Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese (Z96.64) in Kombination mit der Angabe einer endoprothetischen Voroperation am betroffenen Hüftgelenk - Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte ODER Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

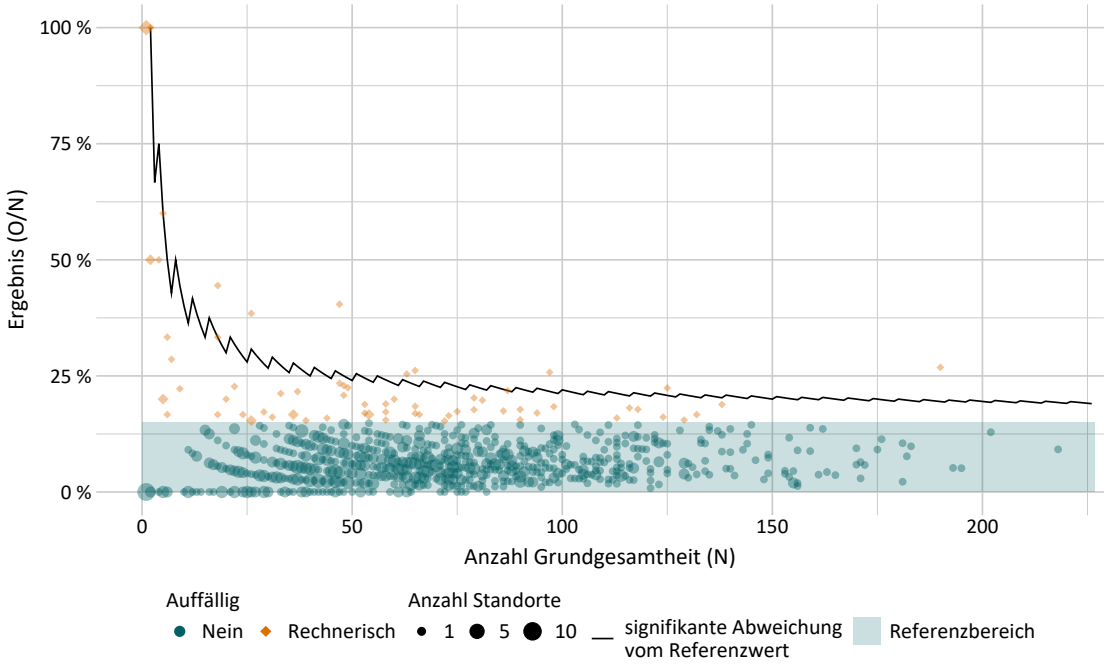
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	5.645 / 64.138	8,80	8,58 - 9,02
	2024	4.851 / 64.052	7,57	7,37 - 7,78
	2025	4.581 / 63.428	7,22	7,02 - 7,43

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	924	75	0,00	100,00	5,99

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	**ID: 54030** **Präoperative Verweildauer > 24 Stunden oder > 48 Stunden bei Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)**	7,22 % 4.581/63.428
1.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag	
1.1.1.1	ID: 54_22103 Montag bis Donnerstag	7,43 % 2.723/36.664
1.1.1.2	ID: 54_22123 Freitag	7,15 % 687/9.613
1.1.1.3	ID: 54_22143 Samstag	6,70 % 609/9.085
1.1.1.4	ID: 54_22163 Sonntag	6,97 % 562/8.066
1.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie	
1.1.2.1	ID: 54_22183 ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	7,42 % 2.747/37.041
1.1.2.2	ID: 54_22184 mit gerinnungshemmender Dauertherapie[1]	6,95 % 1.834/26.387
1.1.2.2.1	ID: 54_22185 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	30,93 % 257/831
1.1.2.2.2	ID: 54_22186 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	4,17 % 571/13.682
1.1.2.2.3	ID: 54_22187 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	8,07 % 962/11.927
1.1.2.2.4	ID: 54_22188 sonstige	18,22 % 82/450
1.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation	
1.1.3.1	ID: 54_22190 ASA 1	2,51 % 47/1.872
1.1.3.2	ID: 54_22191 ASA 2	5,22 % 862/16.522
1.1.3.3	ID: 54_22192 ASA 3	7,57 % 3.084/40.758
1.1.3.4	ID: 54_22193 ASA 4	13,73 % 583/4.245

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.3.5	ID: 54_22194 ASA 5	16,13 % 5/31

[1] Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 54_22223 Frakturereignis vor stationärer Aufnahme	98,37 % 62.394/63.428
1.2.1	ID: 54_22224 verlängerte präoperative Verweildauer	7,08 % 4.418/62.394

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 54_22225 Frakturereignis während des stationären Aufenthaltes	1,63 % 1.034/63.428
1.3.1	ID: 54_22226 verlängerte präoperative Verweildauer	15,76 % 163/1.034

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 26,78 % 16.986/63.428	ID: 54_22233 29,66 % 14.756/49.746	ID: 54_22239 16,30 % 2.230/13.682
≤ 12 Stunden	ID: 54_22228 47,36 % 30.038/63.428	ID: 54_22234 51,38 % 25.561/49.746	ID: 54_22240 32,72 % 4.477/13.682
≤ 24 Stunden	ID: 54_22229 89,09 % 56.506/63.428	ID: 54_22235 91,94 % 45.736/49.746	ID: 54_22241 78,72 % 10.770/13.682
≤ 36 Stunden	ID: 54_22230 95,33 % 60.466/63.428	ID: 54_22236 96,35 % 47.929/49.746	ID: 54_22242 91,63 % 12.537/13.682
≤ 48 Stunden	ID: 54_22231 97,20 % 61.649/63.428	ID: 54_22237 97,57 % 48.538/49.746	ID: 54_22243 95,83 % 13.111/13.682
> 48 Stunden	ID: 54_22232 2,80 % 1.779/63.428	ID: 54_22238 2,43 % 1.208/49.746	ID: 54_22244 4,17 % 571/13.682

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 26,59 % 16.867/63.428	ID: 54_22249 29,48 % 14.663/49.746	ID: 54_22253 16,11 % 2.204/13.682
≤ 24 Stunden	ID: 54_22246 87,93 % 55.771/63.428	ID: 54_22250 90,85 % 45.194/49.746	ID: 54_22254 77,31 % 10.577/13.682
≤ 48 Stunden	ID: 54_22247 96,01 % 60.899/63.428	ID: 54_22251 96,51 % 48.012/49.746	ID: 54_22255 94,19 % 12.887/13.682
> 48 Stunden	ID: 54_22248 3,99 % 2.529/63.428	ID: 54_22252 3,49 % 1.734/49.746	ID: 54_22256 5,81 % 795/13.682

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 0,21 % 131/63.428	ID: 54_22261 0,21 % 104/49.746	ID: 54_22265 0,20 % 27/13.682
≤ 24 Stunden	ID: 54_22258 1,26 % 801/63.428	ID: 54_22262 1,19 % 593/49.746	ID: 54_22266 1,52 % 208/13.682
≤ 48 Stunden	ID: 54_22259 1,51 % 959/63.428	ID: 54_22263 1,37 % 681/49.746	ID: 54_22267 2,03 % 278/13.682
> 48 Stunden	ID: 54_22260 0,12 % 75/63.428	ID: 54_22264 0,10 % 50/49.746	ID: 54_22268 0,18 % 25/13.682

1.7 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation bei medialer Schenkelhalsfraktur Ergebnis Bund (gesamt)	**Garden I**	**Garden II**	**Garden III**	**Garden IV**	**Mediale Schenkelhals-fraktur gesamt**
< 24 Stunden	ID: 54_22269 89,69 % 1.818/2.027	ID: 54_22272 90,04 % 2.522/2.801	ID: 54_22275 93,89 % 1.060/1.129	ID: 54_22278 96,43 % 162/168	ID: 54_22281 90,81 % 5.562/6.125
24 - 48 Stunden	ID: 54_22270 7,55 % 153/2.027	ID: 54_22273 7,00 % 196/2.801	ID: 54_22276 4,07 % 46/1.129	ID: 54_22279 x % ≤3/168	ID: 54_22282 6,48 % 397/6.125
> 48 Stunden	ID: 54_22271 2,76 % 56/2.027	ID: 54_22274 2,96 % 83/2.801	ID: 54_22277 2,04 % 23/1.129	ID: 54_22280 2,38 % 4/168	ID: 54_22283 2,71 % 166/6.125

54050: Sturzprophylaxe

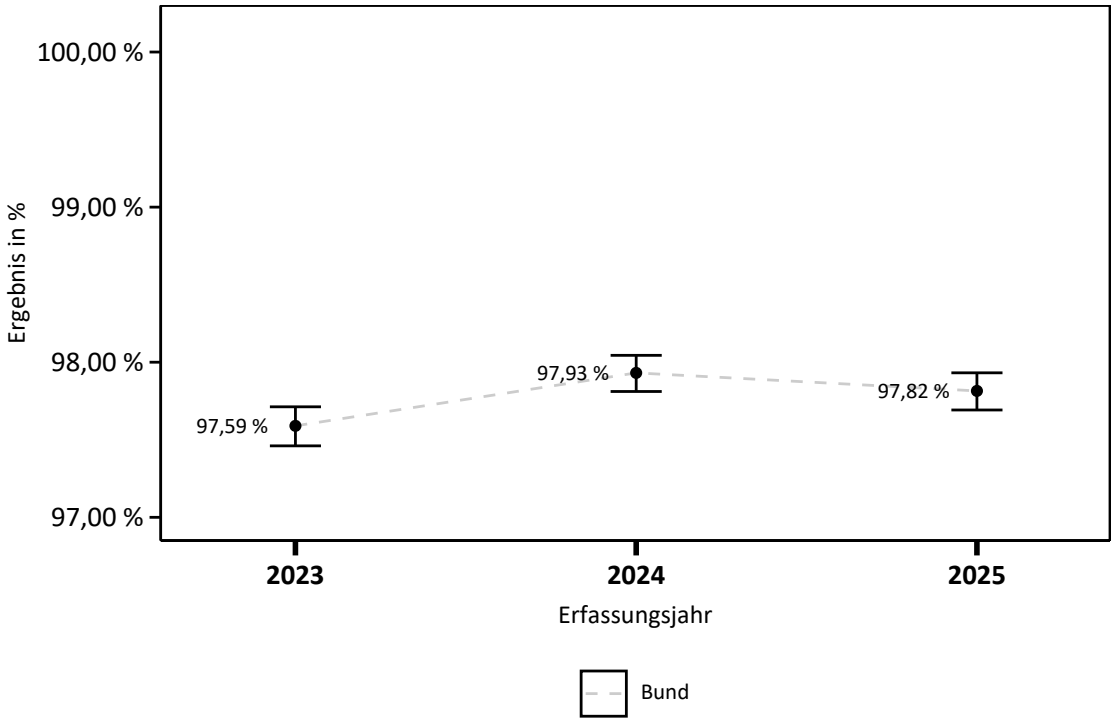
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden
Referenzbereich	Nicht definiert
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

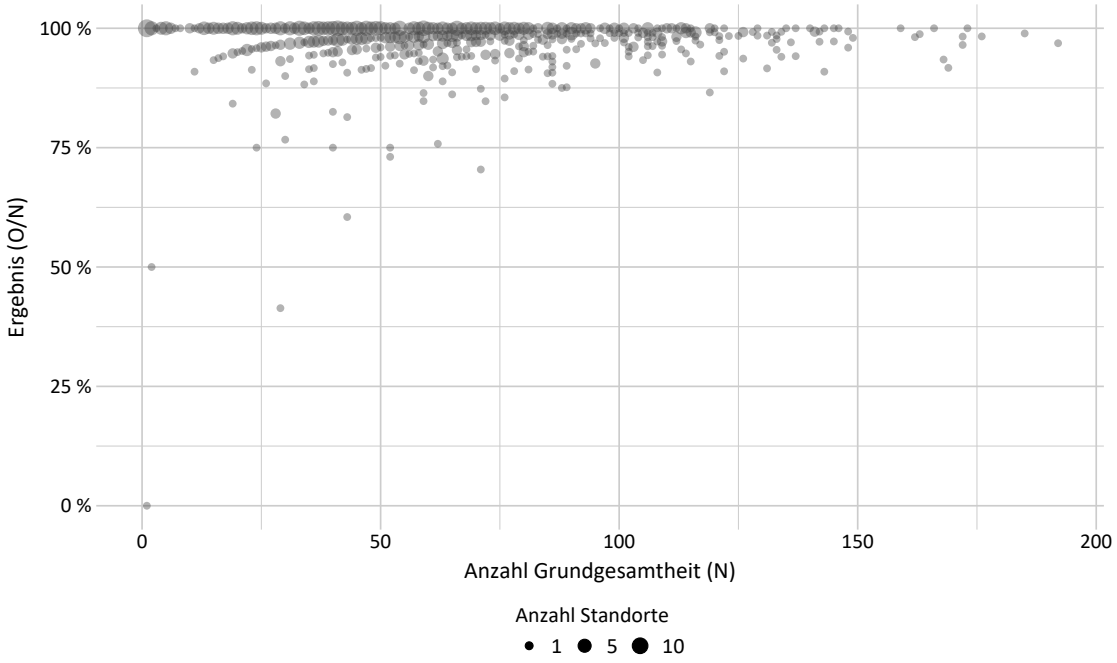
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	95%-Vertrauensbereich in %
Bund	**2023**	55.755 / 57.132	97,59	97,46 - 97,71
	2024	56.186 / 57.373	97,93	97,81 - 98,04
	2025	56.003 / 57.254	97,82	97,69 - 97,93

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	929	0	0,00	100,00	100,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren[2]	
2.1.1	ID: 54_22284 Sturzrisikofaktoren erfasst	98,33 % 56.298/57.254
2.1.2	ID: 54_22285 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	98,06 % 56.143/57.254
2.1.3	**ID: 54050** **Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)**	97,82 % 56.003/57.254

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

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit: - Versorgung bei Polytrauma - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
Zähler	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54033
Referenzbereich	≤ 2,32 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Alter zentriert um 62 Alter ab 62 Alter ab 86 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 Wundkontamination - septische Eingriffe Frakturlokalisation - pertrochantär Frakturlokalisation - sonstige vorbestehende Koxarthrose Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock Gehstrecke - unter oder gleich 500m Gehstrecke - gleich 50m Interaktion: Gehhilfen und Gehstrecke - # Gehen unter oder gleich 500m mit Unterarmgehstützen/Gehstock Interaktion: Gehhilfen und Gehstrecke - # Gehen unter oder gleich 500m mit Rollator/Gehbock Interaktion: Gehhilfen und Gehstrecke - # Gehen gleich 50m mit Gehhilfe Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Alter zentriert um 62 wenn Gehen unter oder gleich 500m Interaktion: Alter und Gehstrecke - # Alter ab 86 wenn Gehen gleich 50m Diagnose - Adipositas Diagnose - Andere_neurologische_Erkrankungen Diagnose - Chronische_Lungenerkrankungen Diagnose - Depressionen Diagnose - Diabetes_mit_Komplikationen Diagnose - Diabetes_ohne_Komplikationen Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Psychosen Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

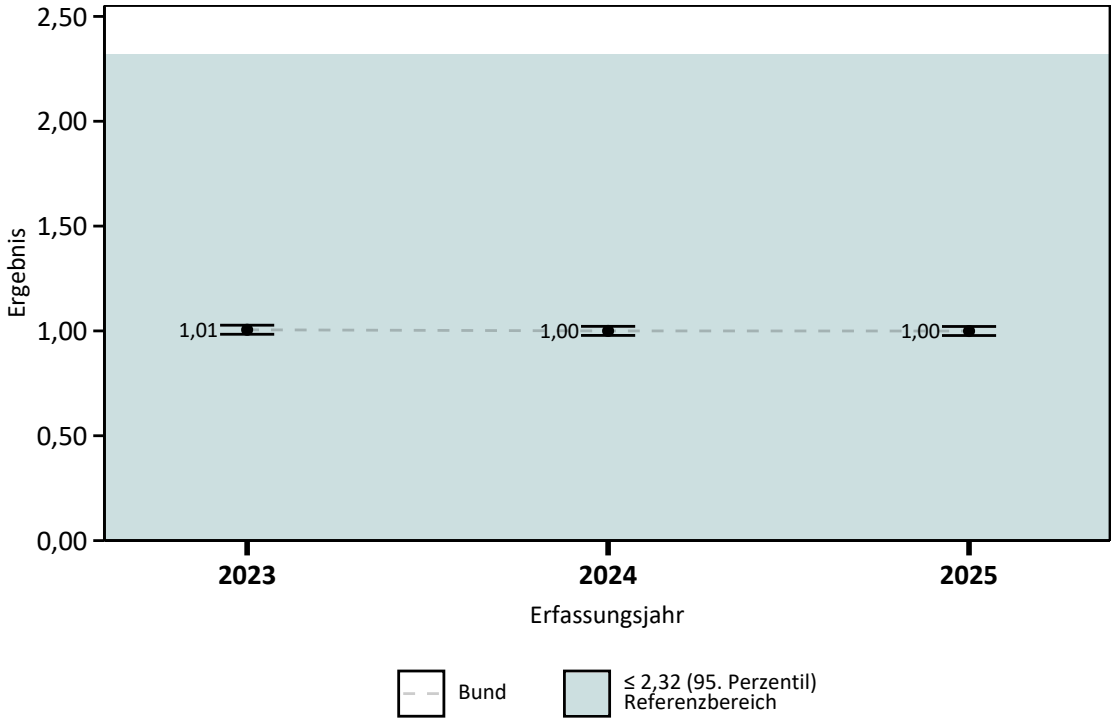
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	44.603	7.018 / 6.979,66	1,01	0,98 - 1,03
	2024	44.348	6.932 / 6.932,00	1,00	0,98 - 1,02
	2025	44.180	6.949 / 6.952,77	1,00	0,98 - 1,02

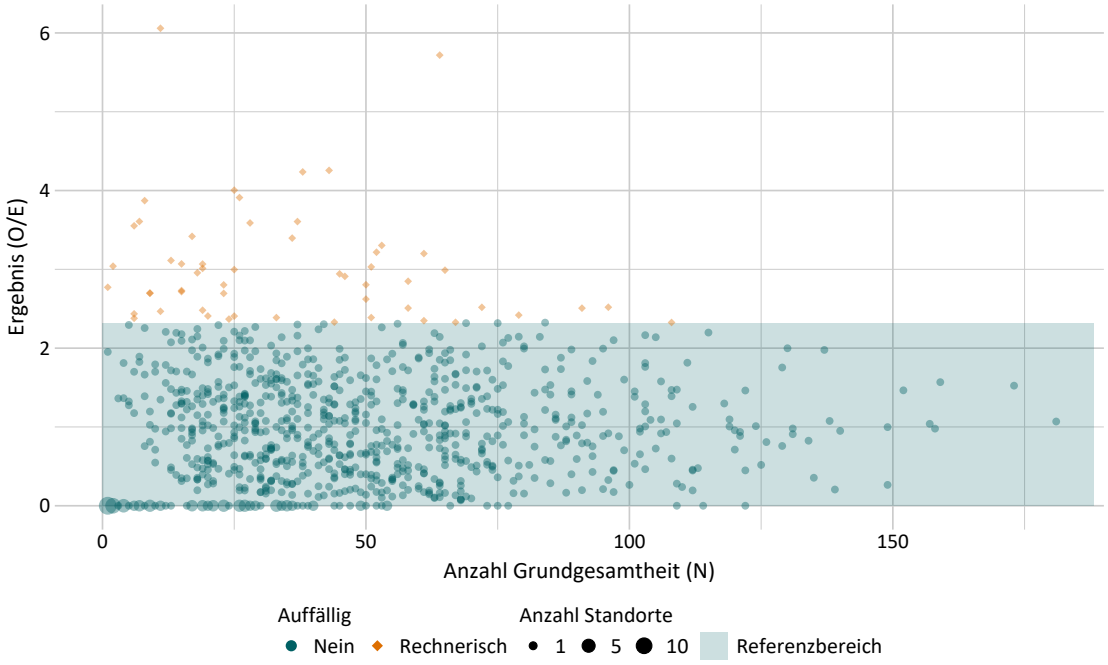
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

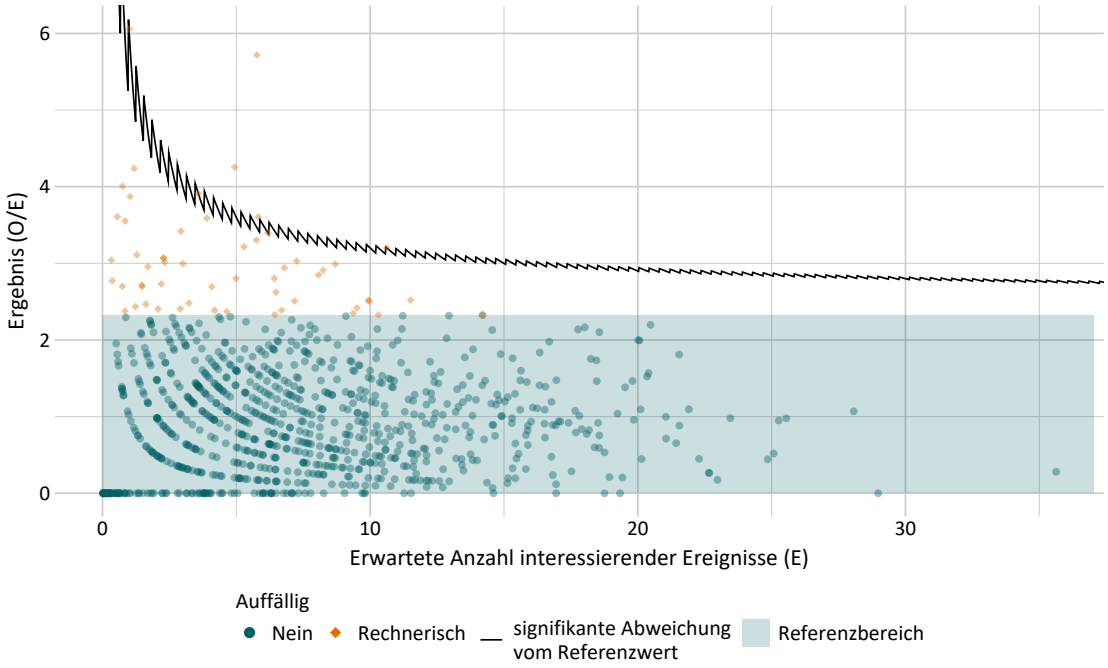
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



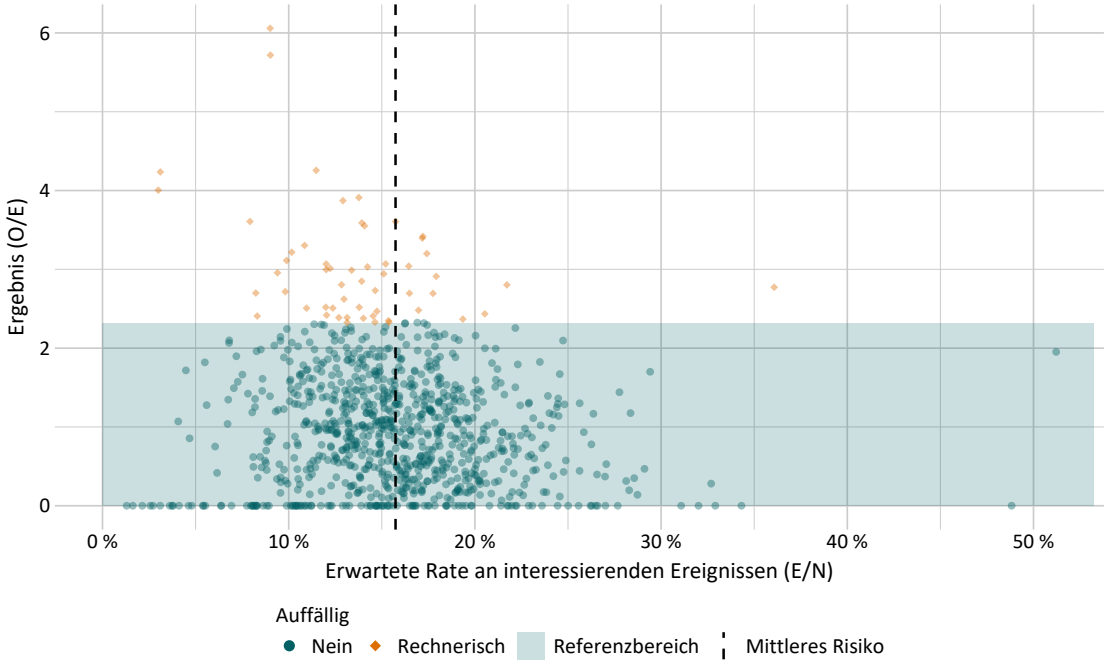
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	926	55	0,00	6,06	0,95

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Gehunfähigkeit bei Entlassung	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[3]	
3.1.1.1	ID: O_54033 O/N (observed, beobachtet)	15,73 % 6.949/44.180
3.1.1.2	ID: E_54033 E/N (expected, erwartet)	15,74 % 6.952,77/44.180
3.1.1.3	**ID: 54033** **O/E**	1,00

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 54_22304 Gehunfähigkeit bei Entlassung	17,55 % 9.248/52.692
3.2.2	Verteilung nach postoperativer Verweildauer	
3.2.2.1	ID: 54_22305 ≤ 5 Tage	18,42 % 1.784/9.685
3.2.2.2	ID: 54_22306 6-10 Tage	17,46 % 3.061/17.534
3.2.2.3	ID: 54_22307 11-15 Tage	19,35 % 1.331/6.878
3.2.2.4	ID: 54_22308 16-20 Tage	14,62 % 1.531/10.472
3.2.2.5	ID: 54_22309 > 20 Tage	18,97 % 1.541/8.123

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 54_22310 Gehunfähigkeit vor der Fraktur	100,00 % 8.798/8.798
3.3.1	ID: 54_22311 gehfähig bei Entlassung	14,23 % 1.252/8.798
3.3.2	ID: 54_22312 gehunfähig bei Entlassung	85,77 % 7.546/8.798

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation
O (observed)	Beobachtete Anzahl an spezifischen postoperativen Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an spezifischen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54029
Referenzbereich	≤ 2,75 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich ASA - Klassifikation 3, 4 oder 5 Wundkontamination - bedingt aseptische, kontaminierte oder septische Eingriffe hüftgelenknahe Femurfraktur - Abduktionsfraktur oder unverschoben hüftgelenknahe Femurfraktur - verschoben oder komplett verschoben Frakturlokalisation - sonstige vorbestehende Koxarthrose Voroperation - Osteosynthese Voroperation - Endoprothese Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Diagnose - Adipositas Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Hypothyreose Diagnose - Niereninsuffizienz
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

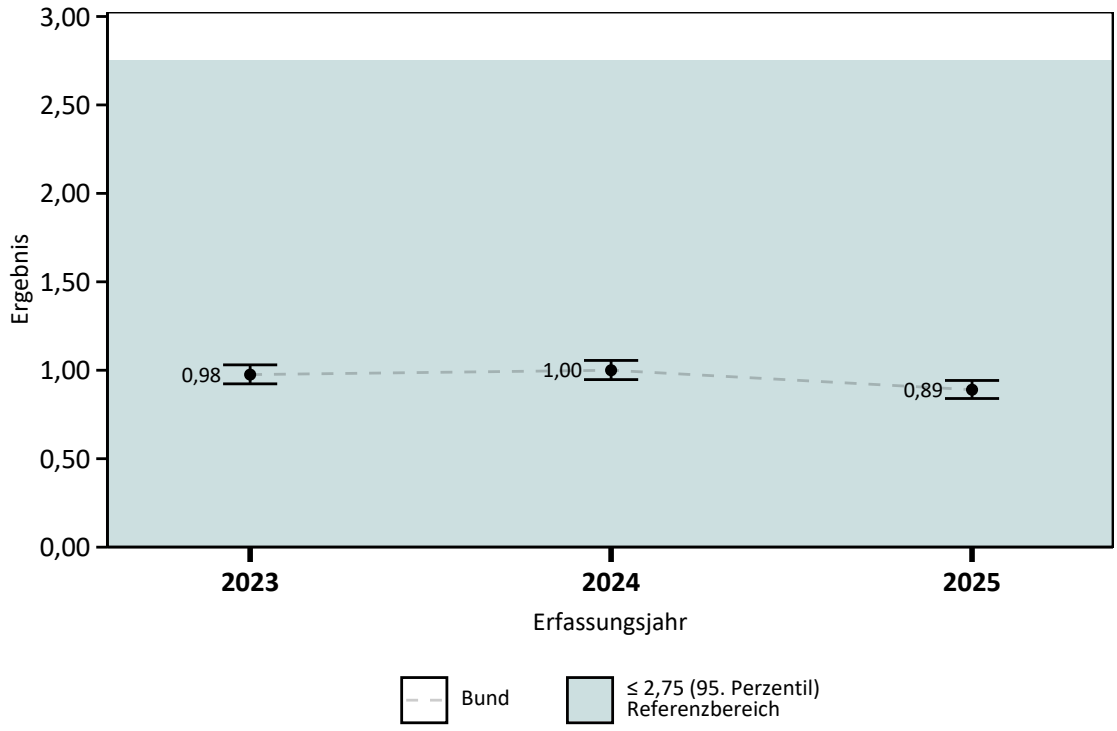
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	64.915	1.247 / 1.278,34	0,98	0,92 - 1,03
	2024	64.972	1.286 / 1.286,00	1,00	0,95 - 1,06
	2025	64.409	1.149 / 1.291,15	0,89	0,84 - 0,94

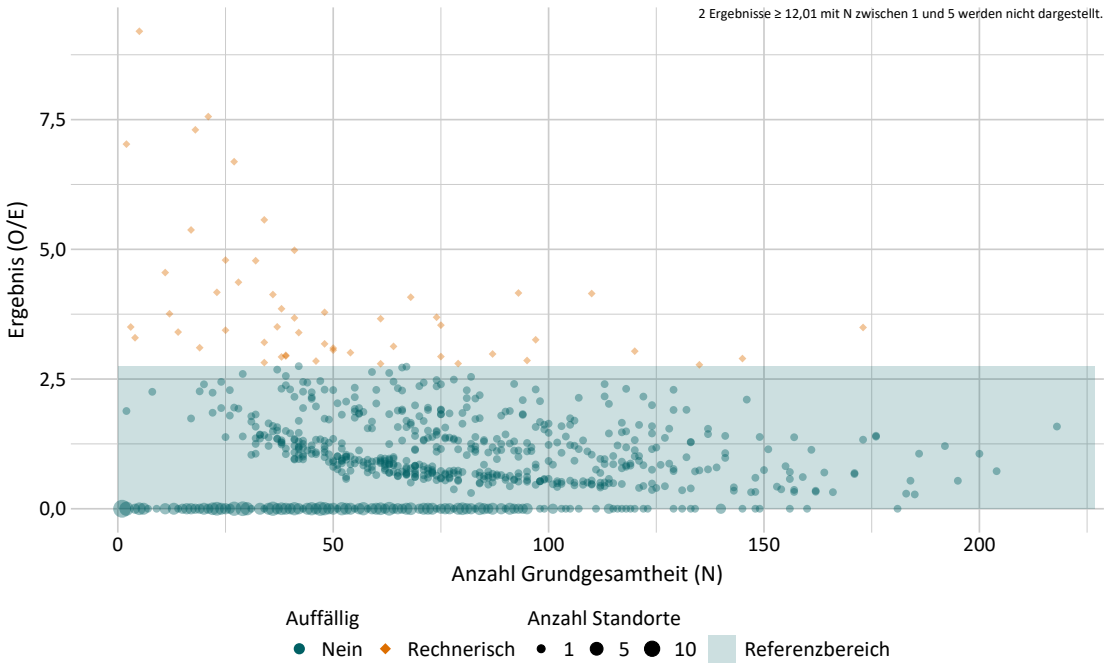
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

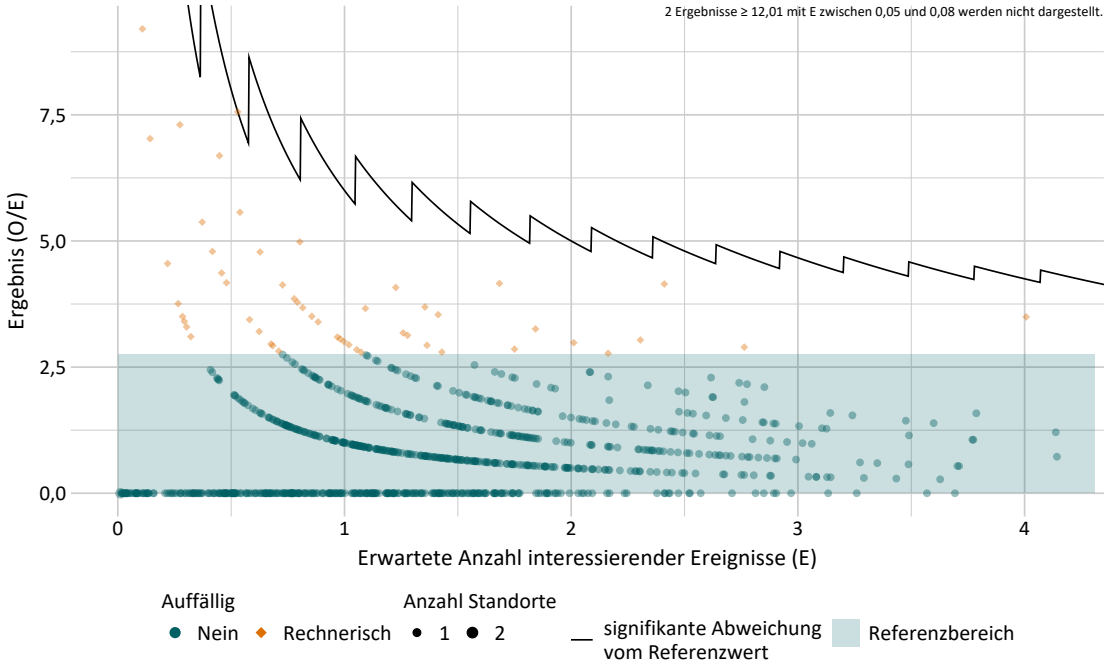
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



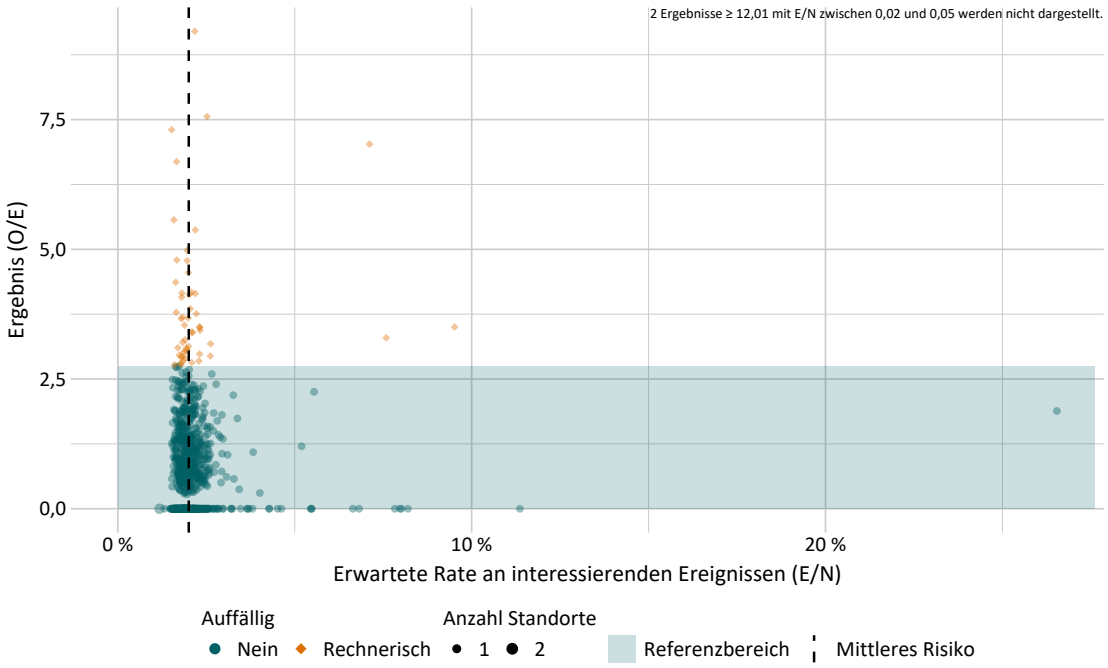
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	934	54	0,00	18,22	0,68

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Spezifische Komplikationen	
4.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression	
4.1.1.1	ID: O_54029 O/N (observed, beobachtet)	1,78 % 1.149/64.409
4.1.1.2	ID: E_54029 E/N (expected, erwartet)	2,00 % 1.291,15/64.409
4.1.1.1	**ID: 54029** **O/E**	0,89
4.1.2	ID: 54_22315 Implantatfehllage	0,16 % 104/64.409
4.1.3	ID: 54_22316 Implantatdislokation	0,38 % 242/64.409
4.1.4	ID: 54_22317 Wundhämatom	0,43 % 278/64.409
4.1.5	ID: 54_23000 revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	0,39 % 254/64.409
4.1.6	ID: 54_22318 Gefäßläsion	0,04 % 24/64.409
4.1.7	ID: 54_22319 Nervenschaden	0,07 % 47/64.409
4.1.8	ID: 54_22320 Fraktur	0,15 % 96/64.409
4.1.9	ID: 54_22322 reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,17 % 109/64.409
4.1.10	ID: 54_22323 reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0,01 % 6/64.409
4.1.11	ID: 54_22324 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen[4]	1,14 % 732/64.409
4.1.12	ID: 54_22325 Postoperative Wundinfektion	0,47 % 305/64.409
4.1.12.1	ID: 54_22326 A1 (oberflächliche Wundinfektion)[5]	36,72 % 112/305
4.1.12.2	ID: 54_22327 A2 (tiefe Wundinfektion)	57,05 % 174/305
4.1.12.3	ID: 54_22328 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	6,23 % 19/305

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1.13	ID: 54_22329 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen[6]	1,41 % 911/64.409

[4] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

[5] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

[6] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 54_22330 Wundhämatome/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	0,43 % 278/64.409
4.2.1	ID: 54_22331 Aufnahme mit gerinnungshemmender Dauertherapie	57,91 % 161/278
4.2.1.1	ID: 54_22332 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	2,52 % 7/278
4.2.1.2	ID: 54_22334 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	40,65 % 113/278
4.2.1.3	ID: 54_22335 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	14,03 % 39/278
4.2.1.4	ID: 54_22336 sonstige	1,44 % 4/278

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
O (observed)	Beobachtete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen
E (expected)	Erwartete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54042
Referenzbereich	≤ 2,06 (95. Perzentil)
Methode Auffälligkeit (Schwellenwert α)	Klassisch (-)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression

Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter um 64 Alter ab 64 Alter ab 73 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 hüftgelenknahe Femurfraktur - Abduktionsfraktur oder unverschoben hüftgelenknahe Femurfraktur - verschoben oder komplett verschoben Frakturlokalisation - lateral vorbestehende Koxarthrose Antithrombotische Dauertherapie - Thrombozytenaggregationshemmer Antithrombotische Dauertherapie - Vitamin-K-Antagonisten Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Gehhilfen - Unterarmgehstützen/Gehstock Gehhilfen - Rollator/Gehbock oder Rollstuhl oder bettlägerig Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich, im Zimmer mobil oder immobil Diagnose - Adipositas Diagnose - Alimentaere_Annaemie Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - boesartige_solide_Tumorerkrankungen Diagnose - Diabetes_mit_Komplikationen Diagnose - Drogenabusus Diagnose - Entzuendliche_Erkrankungen_Verdauungstraktes Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Gewichtsverlust Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzklappenerkrankungen Diagnose - Herzkreislauferkrankungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Metastasierende_Tumorerkrankung Diagnose - Niereninsuffizienz Diagnose - Paralysen Diagnose - Peptische_Ulkuserkrankung_ohne_Blutung Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf Diagnose - Rheuma_Arthritis
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

Detailergebnisse

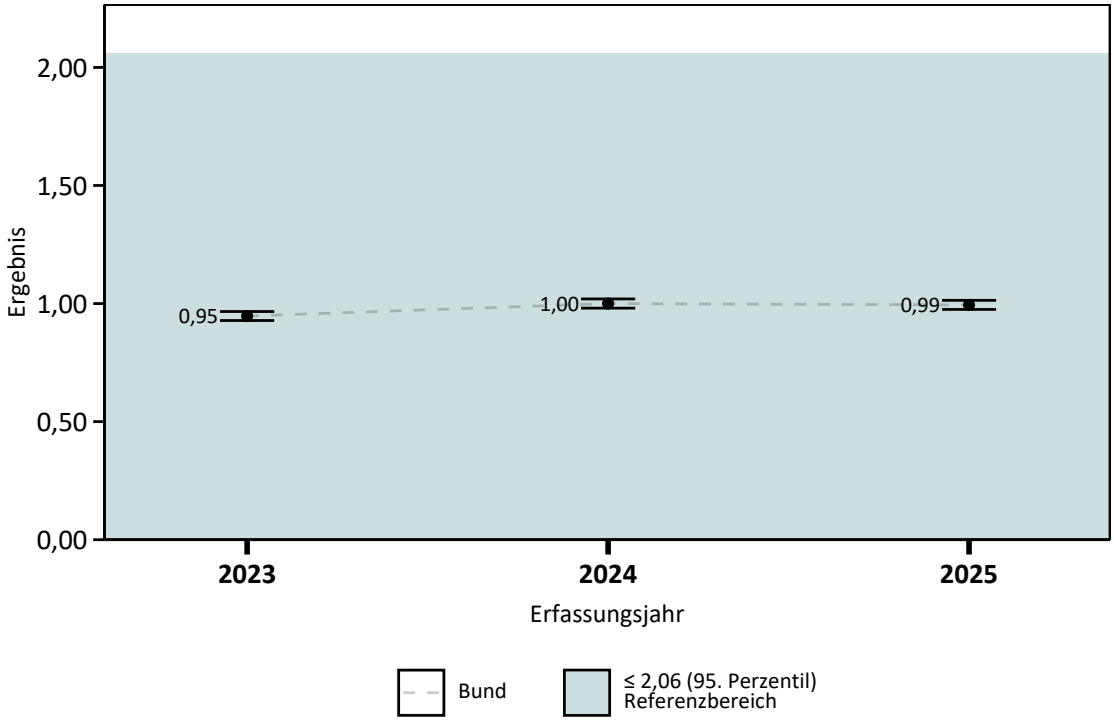
Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	64.915	8.253 / 8.713,67	0,95	0,93 - 0,97
	2024	64.972	8.743 / 8.743,00	1,00	0,98 - 1,02
	2025	64.409	8.791 / 8.841,56	0,99	0,98 - 1,01

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist

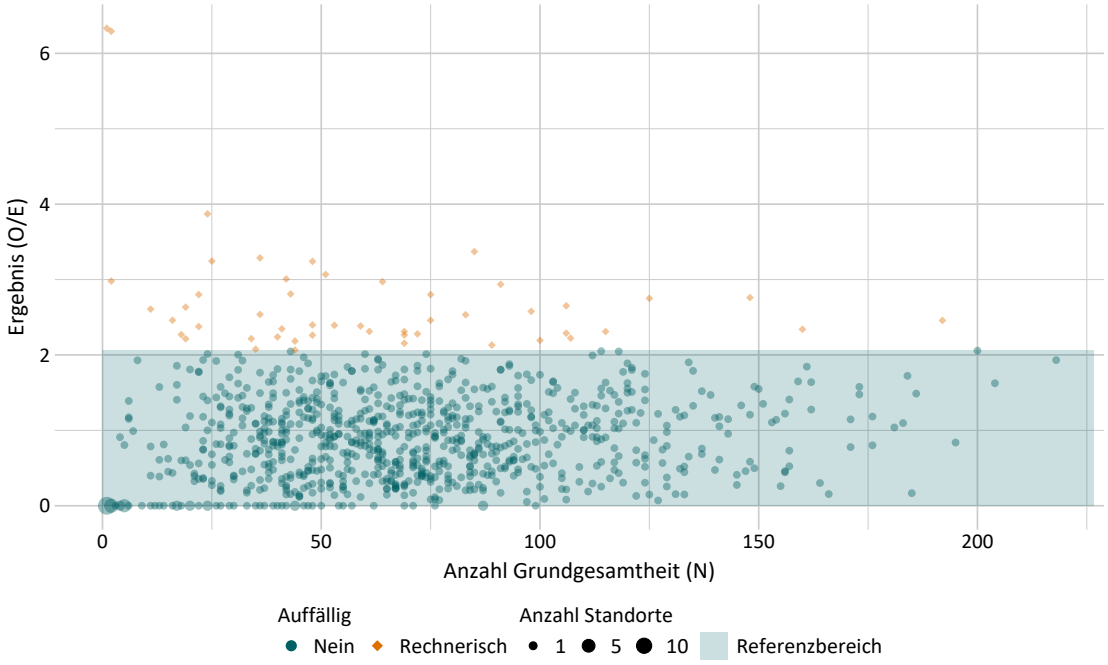
als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

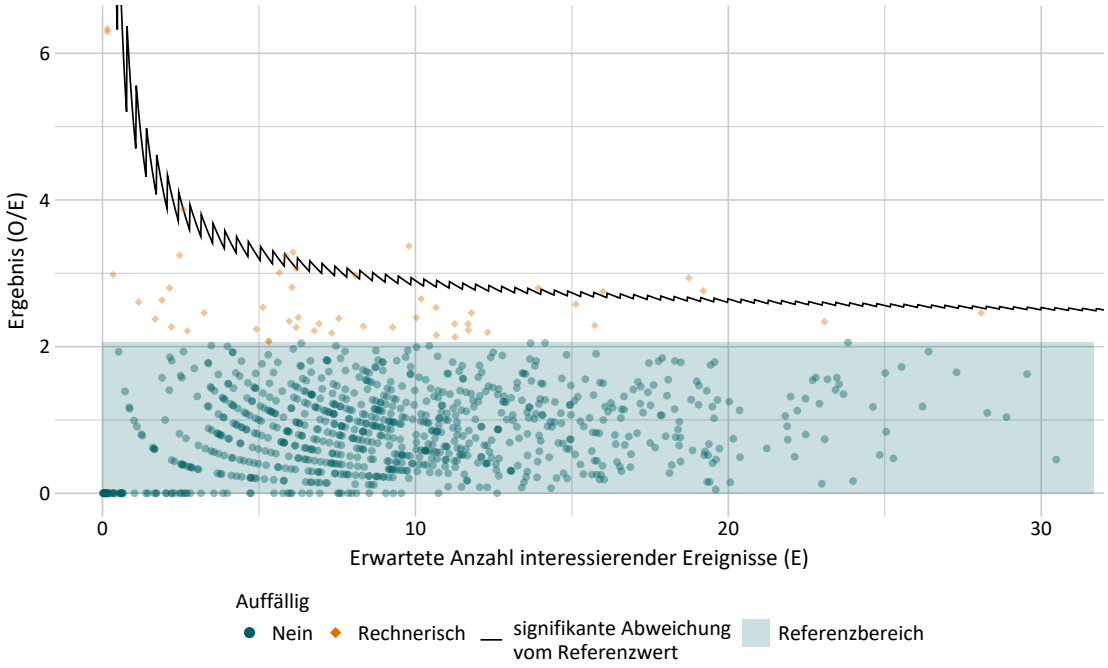
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



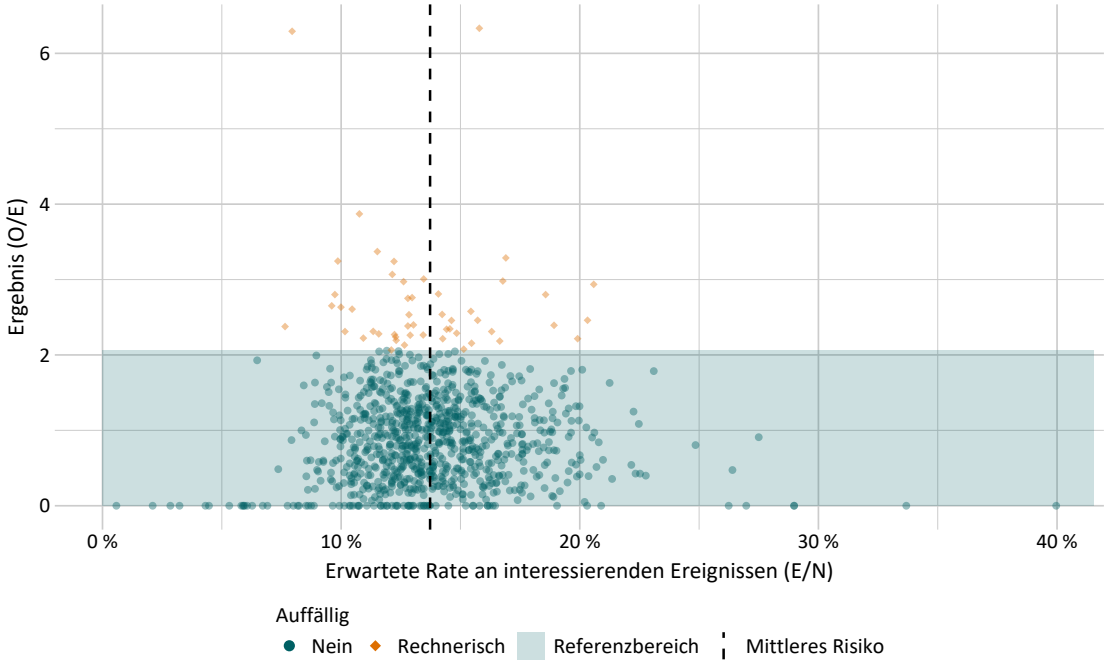
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	934	50	0,00	6,33	0,88

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Allgemeine postoperative Komplikationen ohne sonstige Komplikationen	
5.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation[7]	
5.1.1.1	ID: O_54042 O/N (observed, beobachtet)	13,65 % 8.791/64.409
5.1.1.2	ID: E_54042 E/N (expected, erwartet)	13,73 % 8.841,56/64.409
5.1.1.3	**ID: 54042** **O/E**	0,99

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Allgemeine postoperative Komplikationen	
5.2.1	ID: 54_22350 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	13,65 % 8.791/64.409
5.2.2	ID: 54_22351 Pneumonie	3,50 % 2.256/64.409
5.2.3	ID: 54_22352 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,01 % 1.938/64.409
5.2.4	ID: 54_22353 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,13 % 83/64.409
5.2.5	ID: 54_22354 Lungenembolie	0,32 % 209/64.409
5.2.6	ID: 54_22355 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	3,68 % 2.370/64.409
5.2.7	ID: 54_22356 Schlaganfall	0,46 % 299/64.409
5.2.8	ID: 54_22357 akute gastrointestinale Blutung	0,50 % 324/64.409
5.2.9	ID: 54_22358 akute Niereninsuffizienz	2,60 % 1.677/64.409
5.2.10	ID: 54_22359 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	1,75 % 1.130/64.409

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.11	ID: 54_22360 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[8]	8,38 % 5.397/64.409

[8] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2	
5.3.1	ID: 54_22362 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2 (ohne sonstige Komplikation)	6,44 % 1.202/18.679
5.3.2	ID: 54_22363 Pneumonie	1,22 % 227/18.679
5.3.3	ID: 54_22364 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	0,99 % 185/18.679
5.3.4	ID: 54_22365 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,15 % 28/18.679
5.3.5	ID: 54_22366 Lungenembolie	0,14 % 26/18.679
5.3.6	ID: 54_22367 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	2,17 % 406/18.679
5.3.7	ID: 54_22368 Schlaganfall	0,22 % 42/18.679
5.3.8	ID: 54_22369 akute gastrointestinale Blutung	0,24 % 45/18.679
5.3.9	ID: 54_22371 akute Niereninsuffizienz	1,10 % 205/18.679
5.3.10	ID: 54_22372 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,90 % 169/18.679
5.3.11	ID: 54_22373 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[9]	4,59 % 858/18.679

[9] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit ASA 3 - 4	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4.1	ID: 54_22374 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 3 - 4 (ohne sonstige Komplikation)	16,59 % 7.581/45.699
5.4.2	ID: 54_22375 Pneumonie	4,43 % 2.026/45.699
5.4.3	ID: 54_22376 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,83 % 1.750/45.699
5.4.4	ID: 54_22377 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,12 % 55/45.699
5.4.5	ID: 54_22378 Lungenembolie	0,40 % 183/45.699
5.4.6	ID: 54_22379 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	4,30 % 1.964/45.699
5.4.7	ID: 54_22380 Schlaganfall	0,56 % 257/45.699
5.4.8	ID: 54_22381 akute gastrointestinale Blutung	0,61 % 279/45.699
5.4.9	ID: 54_22383 akute Niereninsuffizienz	3,22 % 1.470/45.699
5.4.10	ID: 54_22384 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	2,10 % 961/45.699
5.4.11	ID: 54_22385 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen[10]	9,91 % 4.531/45.699

[10] Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54046
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Geschlecht - männlich Alter um 83 Alter ab 83 ASA - Klassifikation 2 ASA - Klassifikation 3 ASA - Klassifikation 4 oder 5 Wundkontamination - bedingt aseptische, kontaminierte oder septische Eingriffe Gehhilfen - Rollator/Gehbock oder Rollstuhl Gehhilfen - bettlägerig Gehstrecke - Gehen am Stück bis 500m möglich Gehstrecke - Gehen am Stück bis 50m möglich Gehstrecke - im Zimmer mobil oder immobil hüftgelenknahe Femurfraktur - Abduktionsfraktur oder unverschoben hüftgelenknahe Femurfraktur - verschoben oder komplett verschoben Frakturlokalisation - lateral Antithrombotische Dauertherapie - DOAK/NOAK Antithrombotische Dauertherapie - sonstige Diagnose - Adipositas Diagnose - Alkoholabusus Diagnose - boesartige_solide_Tumorerkrankungen Diagnose - Entzuendliche_Gerinnungsstoerungen Diagnose - Herzinsuffizienz Diagnose - Herzkreislauferkrankungen Diagnose - Intrakranielle_Blutungen Diagnose - Lebererkrankungen Diagnose - Metastasierende_Tumorerkrankung Diagnose - Paralysen Diagnose - Peptische_Ulkuserkrankung_ohne_Blutung Diagnose - Gefaesserkrankungen Diagnose - Pulmonare_Herzkrankheit_Krankheiten_Lungenkreislauf
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2025 bis Quartal 4/2025

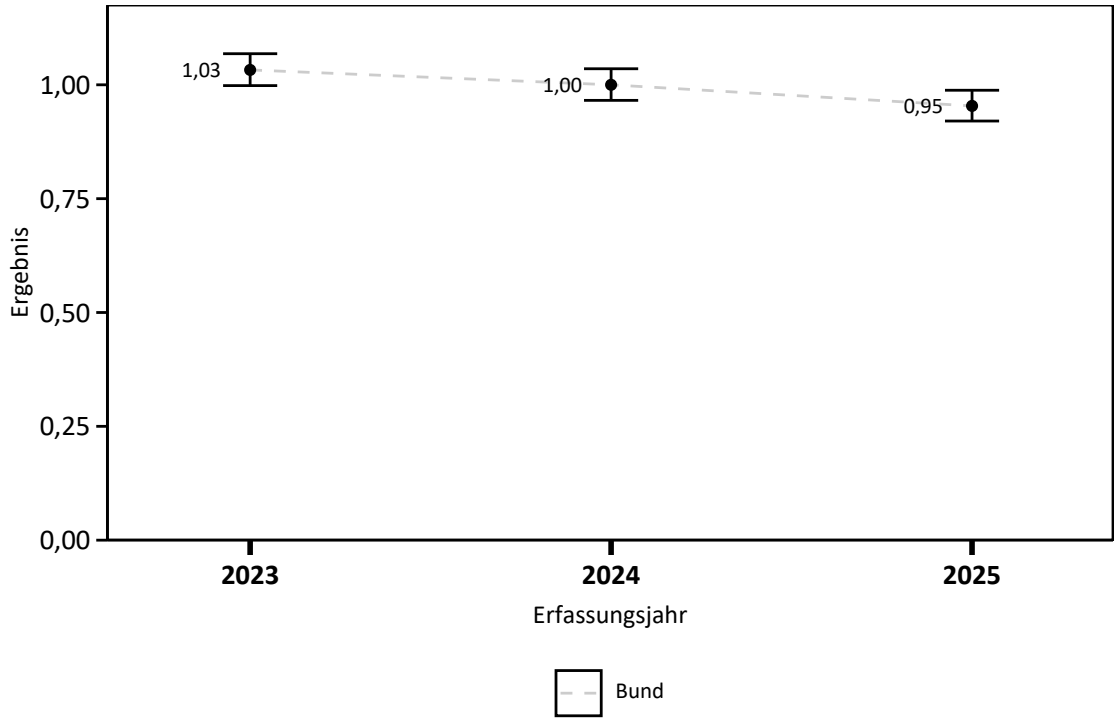
Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	95%-Vertrauensbereich
Bund	**2023**	64.915	3.172 / 3.071,52	1,03	1,00 - 1,07
	2024	64.972	3.046 / 3.046,00	1,00	0,97 - 1,04
	2025	64.409	2.919 / 3.060,68	0,95	0,92 - 0,99

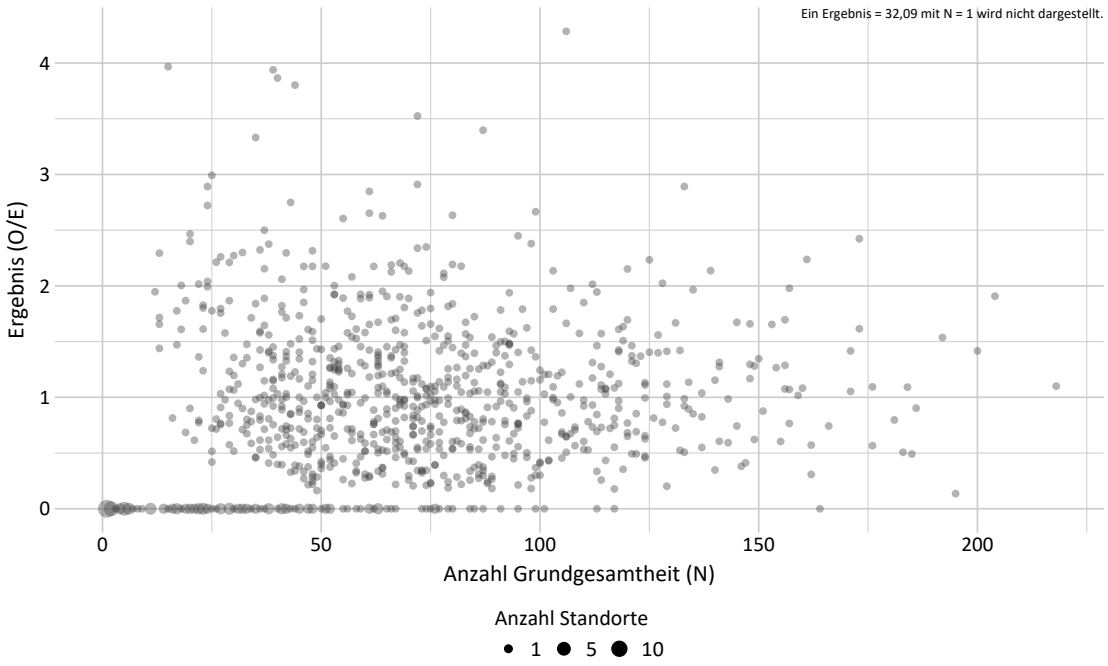
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

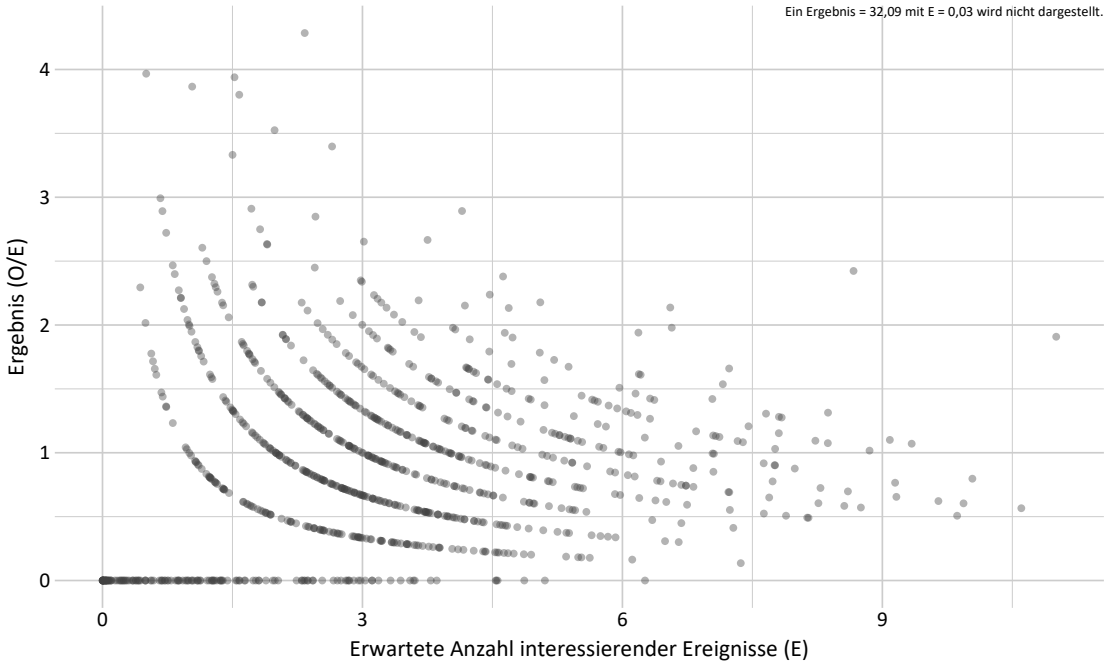
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



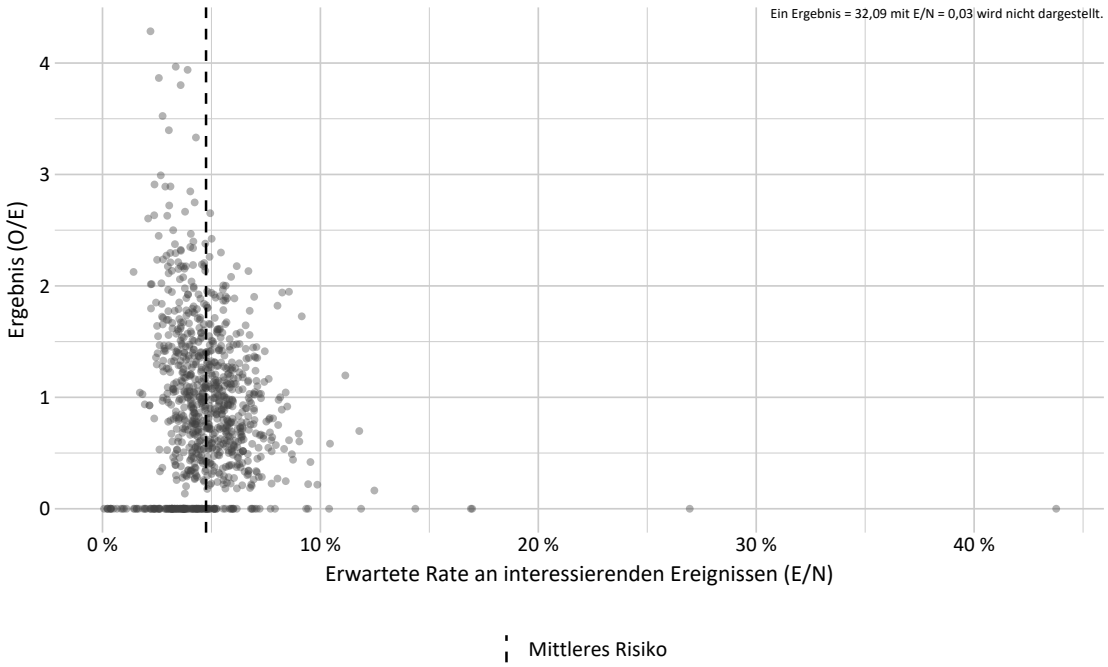
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der tatsächlichen Fallzahl je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2025	934	0	0,00	32,09	0,87

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Sterblichkeit	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression[11]	
6.1.1.1	ID: O_54046 O/N (observed, beobachtet)	4,53 % 2.919/64.409
6.1.1.2	ID: E_54046 E/N (expected, erwartet)	4,75 % 3.060,68/64.409
6.1.1.3	**ID: 54046** **O/E**	0,95

[11] 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	4,53 % 2.919/64.409
6.2.1	Verteilung der Todesfälle nach ASA-Klassifikation	
6.2.1.1	ID: 54_22390 ASA 1	x % ≤3/1.882
6.2.1.2	ID: 54_22391 ASA 2	0,80 % 135/16.797
6.2.1.3	ID: 54_22392 ASA 3	4,94 % 2.047/41.404
6.2.1.4	ID: 54_22393 ASA 4	16,88 % 725/4.295
6.2.1.5	ID: 54_22394 ASA 5	32,26 % 10/31

Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

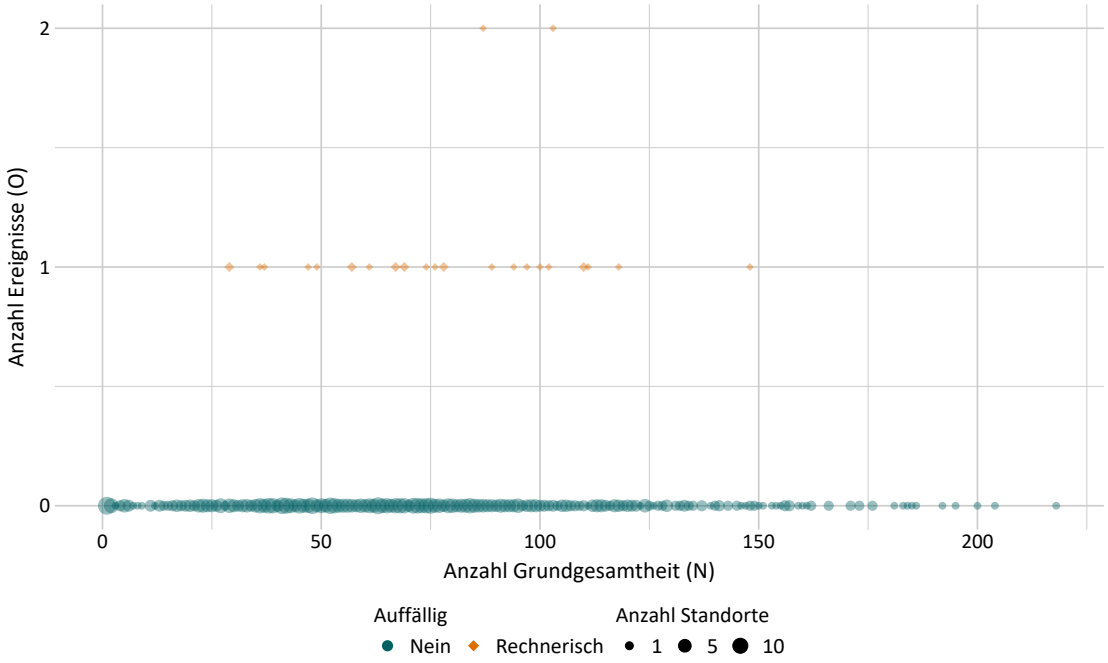
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850147: Angabe von ASA 5

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	**Relevanz** Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. **Hypothese** Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine niedrigere ASA-Einstufung vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54029 Spezifische 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

*In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 0 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

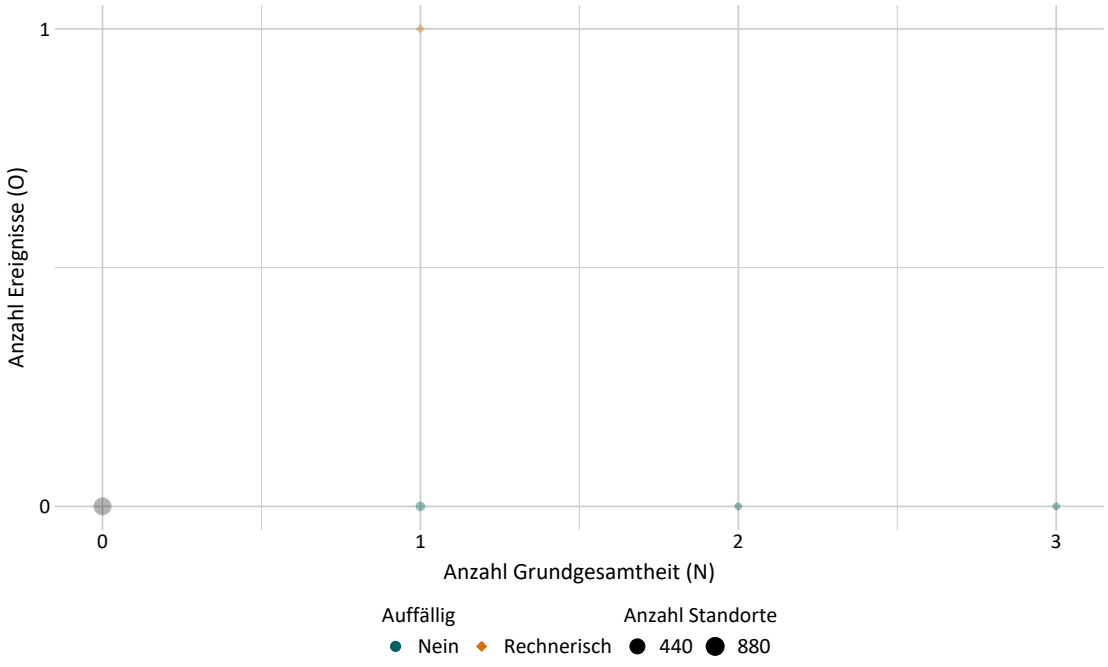
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	31 / 64.444	0,05	3,10 % 29 / 934

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

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

* In den eRR 2026 wird der Referenzbereich fälschlicherweise mit "≤ 0 %" angeben. Der Fehler beschränkt sich auf die Darstellung und hatte weder Auswirkungen auf die Berechnung des AK-Ergebnisses noch auf die Berechnung der rechnerisch auffälligen Leistungserbringer.

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



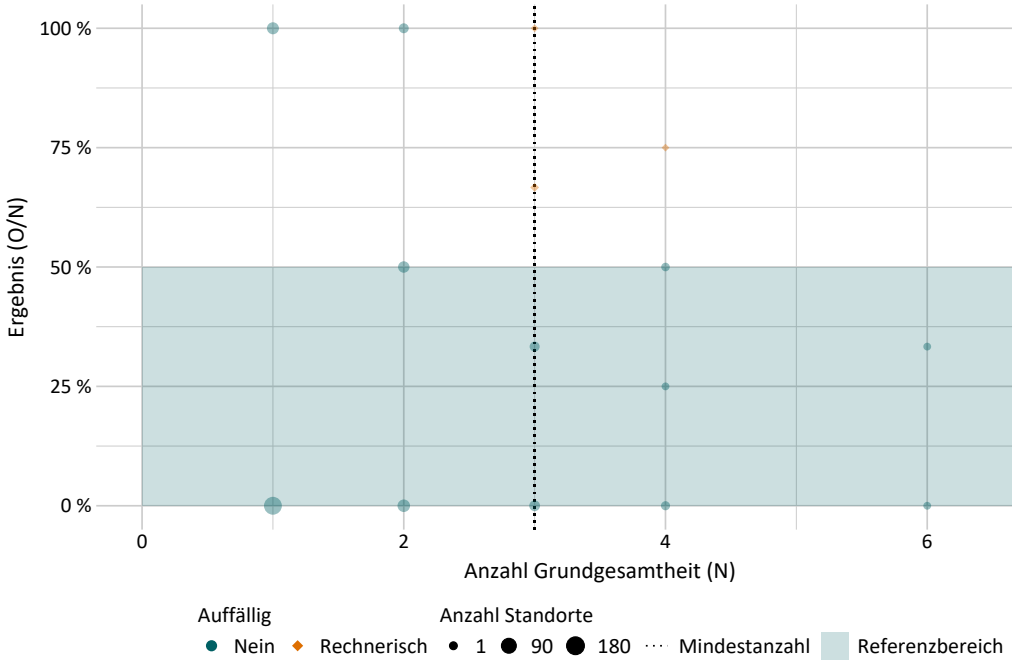
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	18 / 56	32,14	36,00 % 18 / 50

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

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	333	5	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

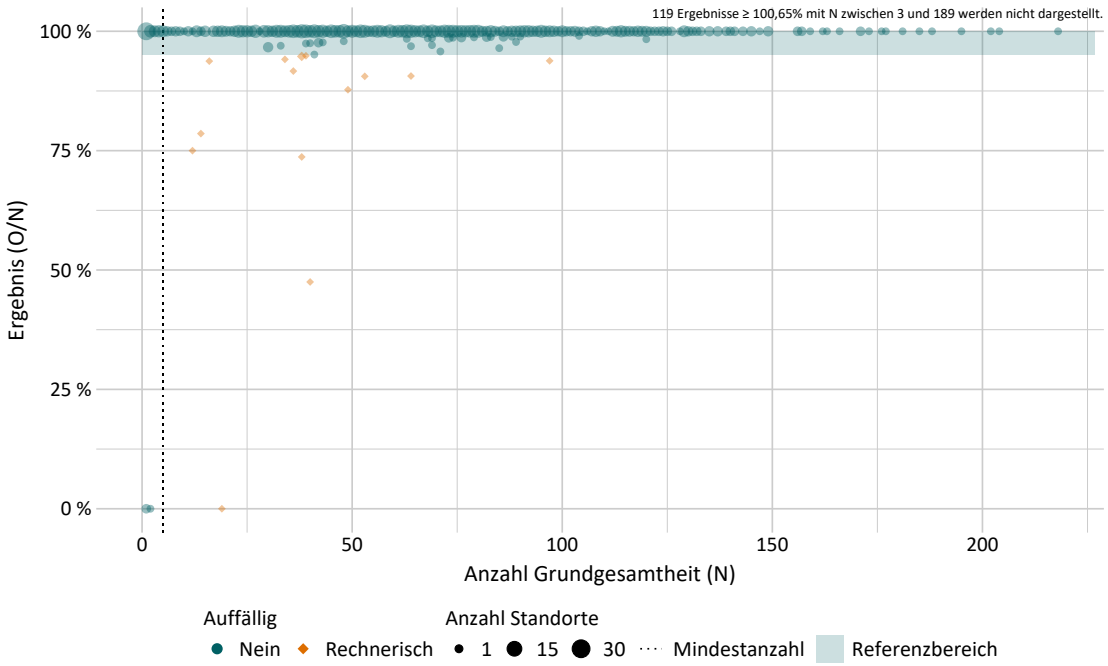
Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	108 / 510	21,18	1,50 % 5 / 333

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.001	15	0,00	191,43	100,00

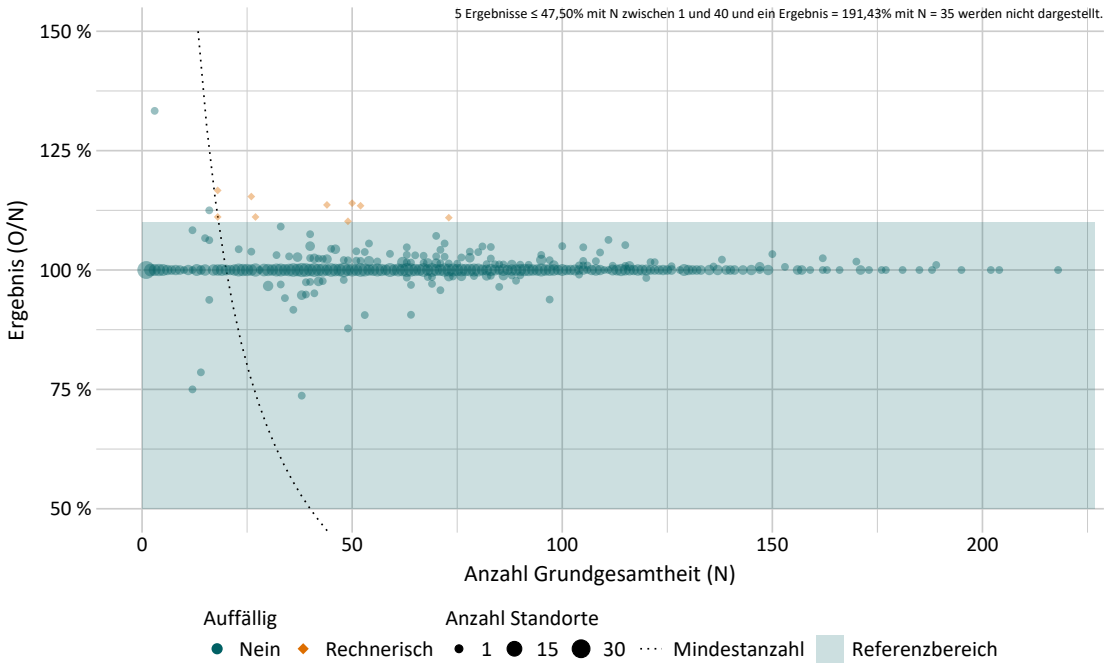
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	64.516 / 64.255	100,41	1,50 % 15 / 1.001

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.001	10	0,00	191,43	100,00

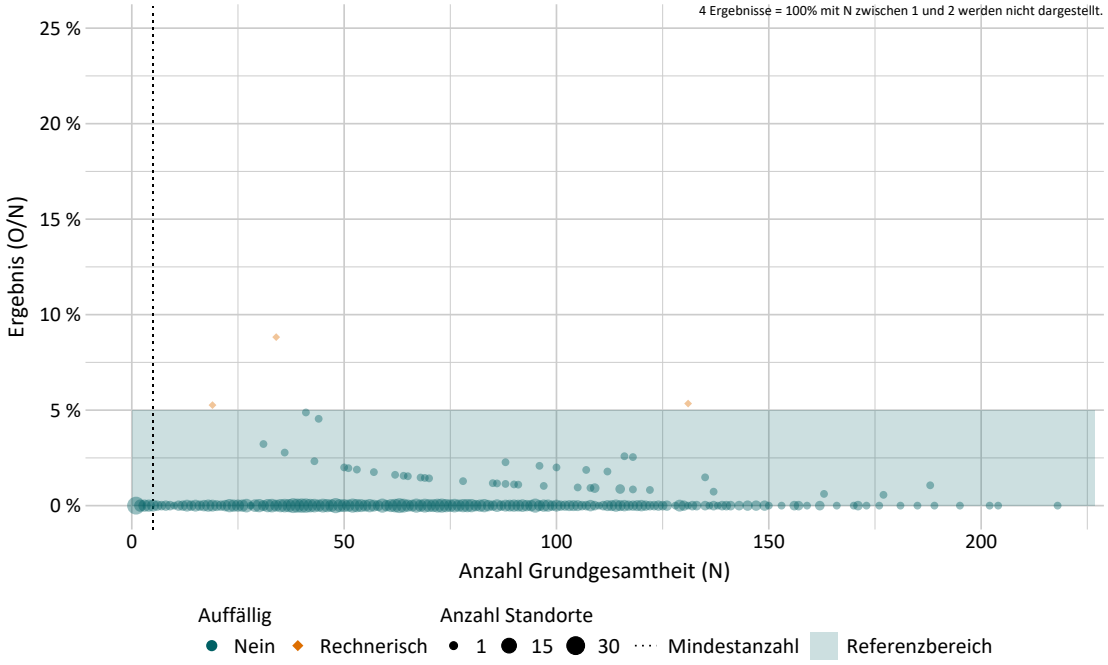
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	64.516 / 64.255	100,41	1,00 % 10 / 1.001

850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2025	1.001	3	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2025	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	72 / 64.255	0,11	0,30 % 3 / 1.001

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Quartal des Aufnahmetages		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	2.777	4,31
1. Quartal	16.314	25,32
2. Quartal	15.567	24,16
3. Quartal	15.548	24,13
4. Quartal	14.238	22,09

Inhouse-Sturz

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		
(0) nein	63.395	98,37
(1) ja	1.049	1,63

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	1.338	2,08
50 - 59 Jahre	2.744	4,26
60 - 69 Jahre	7.143	11,08
70 - 79 Jahre	12.311	19,10
80 - 89 Jahre	27.925	43,33
≥ 90 Jahre	12.983	20,15

	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.444
Mittelwert	80,29

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Geschlecht		
(1) männlich	21.899	33,98
(2) weiblich	42.544	66,02
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	0	0,00

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(1) unbegrenzt (> 500m)	19.355	30,03
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	19.651	30,49
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	16.032	24,88
(4) im Zimmer mobil	7.490	11,62
(5) immobil	1.916	2,97
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		
(0) keine	27.123	42,09
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	7.059	10,95
(2) Rollator/Gehbock	27.120	42,08
(3) Rollstuhl	2.428	3,77
(4) bettlägerig	714	1,11

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	1.884	2,92
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	16.803	26,07
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	41.426	64,28
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	4.300	6,67
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	31	0,05
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	63.871	99,11
(2) bedingt aseptische Eingriffe	485	0,75
(3) kontaminierte Eingriffe	34	0,05
(4) septische Eingriffe	54	0,08

Antithrombotische Dauertherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Antithrombotische Dauertherapie		
(0) nein	37.666	58,45
(1) ja	26.778	41,55
davon: Art der Medikation[12]		
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	841	3,14
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	12.088	45,14
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	13.886	51,86
sonstige	476	1,78

[12] Mehrfachnennung möglich

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt		
(0) nein	62.282	96,65
(1) ja, eine Osteosynthese	972	1,51
(2) ja, eine Endoprothese	1.190	1,85
Vorbestehende Koxarthrose		
(0) nein	38.805	60,22
(1) ja	25.639	39,78

Frakturlokalisation und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Frakturlokalisation		
(1) medial	6.138	9,52
davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden		
(1) Abduktionsfraktur	2.027	33,02
(2) unverschoben	2.805	45,70
(3) verschoben	1.136	18,51
(4) komplett verschoben	170	2,77
(2) lateral	1.255	1,95
(3) pertrochantär	54.477	84,53
(9) sonstige	2.574	3,99

Fraktur nach ICD-Kode

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Schenkelhalsfrakturen		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	8.562	13,29
davon:[13]		
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	932	10,89
(S72.01) Intrakapsulär	5.323	62,17
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	12	0,14
(S72.03) Subkapital	357	4,17
(S72.04) Mediozervikal	665	7,77
(S72.05) Basis	523	6,11
(S72.08) Sonstige Teile	983	11,48
Pertrochantäre Frakturen		
(S72.1-) Pertrochantäre Frakturen	56.609	87,84
davon:[14]		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	34.680	61,26
(S72.11) Intertrochantär	23.171	40,93

[13] Mehrfachnennung möglich
[14] Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes[15]		
(5-983) Reoperation	49	0,08
(5-986*) Minimalinvasive Technik	149	0,23
(5-987*) Anwendung eines OP-Roboters	0	0,00
(5-988*) Anwendung eines Navigationssystems	29	0,05
Operationsverfahren		
(1) DHS, Winkelplatte	4.457	6,92
(2) Intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)	56.192	87,20
(3) Verschraubung	2.387	3,70
(9) sonstige	1.408	2,18
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	20.095	31,18
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	35	0,05

[15] Mehrfachnennung möglich

Präventionsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten im Alter ab 65 Jahren	**N = 57.309**	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren der Patientinnen und Patienten		
(0) nein	961	1,68
(1) ja	56.348	98,32
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	1.137	1,98
(1) ja	56.172	98,02

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	50.227	77,94
(1) ja[16]	14.217	22,06

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	2.260	3,51
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1.938	3,01
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	83	0,13
Lungenembolie	209	0,32
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	2.370	3,68
Schlaganfall	299	0,46
akute gastrointestinale Blutung	324	0,50
akute Niereninsuffizienz	1.677	2,60
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	2.922	4,53
davon: Demenz		
(0) nein	1.131	38,71
(1) ja	1.791	61,29
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	5.402	8,38

[16] Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	62.661	97,23
(1) ja[17]	1.783	2,77

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
primäre Implantatfehllage	104	0,16
sekundäre Implantatdislokation	243	0,38
revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom	278	0,43
revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss	254	0,39
Gefäßläsion	24	0,04
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	47	0,07
Fraktur	96	0,15
Wunddehiszenz	110	0,17
sekundäre Nekrose der Wundränder	6	0,01
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	732	1,14
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	64.139	99,53
(1) ja	305	0,47
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	112	36,72
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	174	57,05
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	19	6,23

[17] Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	**%**
Patientinnen und Patienten mit spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen oder postoperativer Wundinfektion	**N = 1.866**	
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	954	51,13
(1) = ja	912	48,87

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)[18]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.444
Median	10,00
Mittelwert	13,15
Präoperative Verweildauer (Stunden)[19]	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.444
Median	13,22
Mittelwert	17,81
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.444
Median	42,00
Mittelwert	48,64
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	64.444
Median	10,00
Mittelwert	12,33

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

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

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	2.000	3,10
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	16.396	25,44
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	26.603	41,28
(4) Im Zimmer mobil	12.827	19,90
(5) immobil	3.772	5,85
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	841	1,31
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	17.730	27,51
(2) Rollator/Gehbock	37.489	58,17
(3) Rollstuhl	3.911	6,07
(4) bettlägerig	1.623	2,52

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	33.638	52,20
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.140	1,77
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	89	0,14
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	249	0,39
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	6	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	9.784	15,18
(07) Tod	2.919	4,53
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit[20]	259	0,40
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	5.802	9,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	9.823	15,24
(11) Entlassung in ein Hospiz	56	0,09
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	39	0,06
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	11	0,02
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen[21]	250	0,39
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	55	0,09
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr[22]	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	294	0,46

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	**N = 64.444**	
nicht spezifizierter Entlassungsgrund[23]		
(1) ja	26	0,04

[20] § 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

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

[22] für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

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