



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Länderbericht

Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 19. Juli 2023

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	7
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	8
Einleitung.....	10
Datengrundlagen.....	12
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	12
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	15
54030: Präoperative Verweildauer.....	15
Details zu den Ergebnissen.....	18
54050: Sturzprophylaxe.....	24
Details zu den Ergebnissen.....	26
54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung.....	27
Details zu den Ergebnissen.....	30
54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur.....	31
Details zu den Ergebnissen.....	33
54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur.....	35
Details zu den Ergebnissen.....	38
54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur.....	41
Details zu den Ergebnissen.....	44
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	46
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	46
850147: Angabe von ASA 5.....	46
850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation.....	48
850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen.....	50
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	52
850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	52

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	54
850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	56
Basisauswertung.....	58
Basisdokumentation.....	58
Inhouse-Sturz.....	58
Patient.....	59
Präoperative Anamnese/Befunde.....	59
Gefähigkeit.....	60
Pflegegrad.....	61
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation.....	62
Antithrombotische Dauertherapie.....	63
Voroperation.....	63
Frakturlokalisierung und -typ.....	64
Fraktur nach ICD-Kode.....	64
Behandlungsverlauf.....	66
Angabe von Prozeduren.....	66
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren.....	66
Allgemeine Komplikationen.....	67
Spezifische Komplikationen.....	68
Behandlungszeiten.....	70
Entlassung.....	71
Gefähigkeit.....	71
Entlassungsgrund.....	72

Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

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

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

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

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

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

zu den Vorjahren vorliegen.

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

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

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

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

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	9,29 % O = 400 N = 4.306	8,46 % - 10,19 %	9,83 % O = 6.324 N = 64.344	9,60 % - 10,06 %
54050	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	98,10 % O = 3.716 N = 3.788	97,61 % - 98,49 %	97,35 % O = 55.019 N = 56.514	97,22 % - 97,48 %
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,22 (95. Perzentil)	0,99 676 / 684,22 N = 3.474	0,92 - 1,06	1,02 9.645 / 9.452,16 N = 50.837	1,00 - 1,04
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 6,35 % (95. Perzentil)	1,60 % O = 69 N = 4.314	1,27 % - 2,02 %	1,89 % O = 1.217 N = 64.445	1,79 % - 2,00 %
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,42 (95. Perzentil)	0,83 331 / 399,13 N = 4.314	0,75 - 0,92	1,03 6.065 / 5.863,72 N = 64.445	1,01 - 1,06
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	1,05 221 / 210,72 N = 4.314	0,92 - 1,19	1,07 3.322 / 3.117,75 N = 64.445	1,03 - 1,10

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

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

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

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

Auffälligkeitskriterien			Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850147	Angabe von ASA 5	= 0	x % ≤3 / 4.316	4,11 % 3 / 73	0,05 % 34 / 64.460	3,08 % 32 / 1.038
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0	60,00 % 6 / 10	60,00 % 6 / 10	49,12 % 28 / 57	46,00 % 23 / 50
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	46,51 % 20 / 43	3,03 % 1 / 33	43,96 % 302 / 687	4,28 % 18 / 421

Auffälligkeitskriterien			Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,72 % 4.319 / 4.288	2,53 % 2 / 79	101,06 % 64.546 / 63.867	1,36 % 15 / 1.107
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,72 % 4.319 / 4.288	2,53 % 2 / 79	101,06 % 64.546 / 63.867	2,35 % 26 / 1.107
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	x % ≤3 / 4.288	1,27 % 1 / 79	0,13 % 86 / 63.867	0,36 % 4 / 1.107

Einleitung

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

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

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

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

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

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

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

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

Für Leistungserbringer

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

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

einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

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

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

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

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Land	Datensätze gesamt	4.319	4.288	100,72
	Basisdatensatz	4.316		
	MDS	3		
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	64.546	63.867	101,06
	Basisdatensatz	64.460		
	MDS	86		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Land	70		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Land	73		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Land	78	79	98,73
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	915		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.042		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.106	1.107	99,91

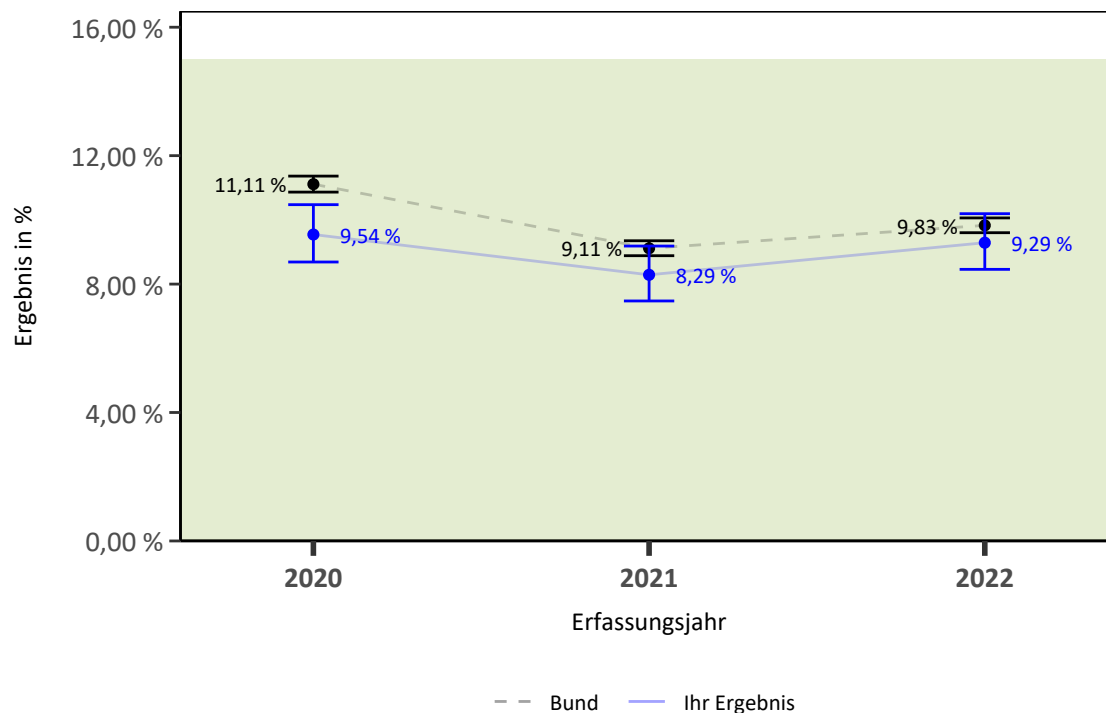
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54030: Präoperative Verweildauer

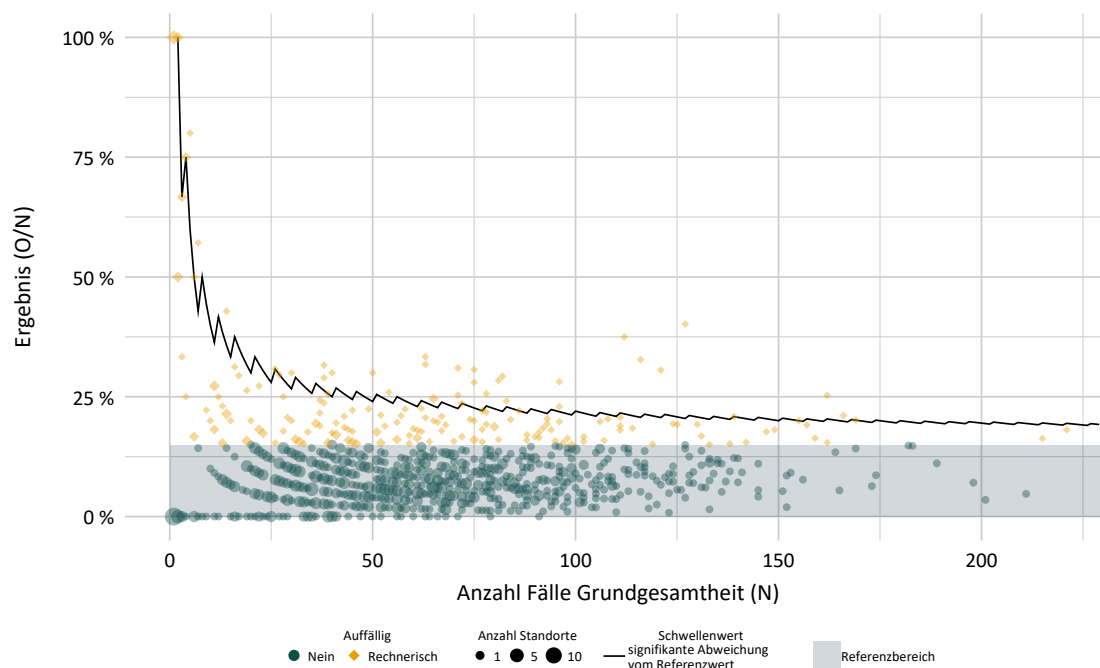
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
ID	54030
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis	2020	397 / 4.160	9,54 %	8,69 % - 10,47 %
	2021	331 / 3.993	8,29 %	7,47 % - 9,19 %
	2022	400 / 4.306	9,29 %	8,46 % - 10,19 %
Bund	2020	6.777 / 60.990	11,11 %	10,86 % - 11,36 %
	2021	5.361 / 58.818	9,11 %	8,88 % - 9,35 %
	2022	6.324 / 64.344	9,83 %	9,60 % - 10,06 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 54030 Präoperative Verweildauer > 24 Stunden oder > 48 Stunden bei Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	9,29 % 400/4.306	9,83 % 6.324/64.344
1.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag		
1.1.1.1	ID: 54_22103 Montag bis Donnerstag	9,93 % 255/2.568	10,15 % 3.822/37.651
1.1.1.2	ID: 54_22123 Freitag	9,00 % 52/578	9,85 % 918/9.323
1.1.1.3	ID: 54_22143 Samstag	7,85 % 45/573	9,08 % 814/8.967
1.1.1.4	ID: 54_22163 Sonntag	8,18 % 48/587	9,16 % 770/8.403
1.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie		
1.1.2.1	ID: 54_22183 ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	9,39 % 237/2.525	9,55 % 3.657/38.299
1.1.2.2	ID: 54_22184 mit gerinnungshemmender Dauertherapie ¹	9,15 % 163/1.781	10,24 % 2.667/26.045
1.1.2.2.1	ID: 54_22185 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	25,00 % 26/104	31,67 % 589/1.860
1.1.2.2.2	ID: 54_22186 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	4,04 % 33/817	5,87 % 682/11.615
1.1.2.2.3	ID: 54_22187 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	11,53 % 99/859	10,70 % 1.345/12.575
1.1.2.2.4	ID: 54_22188 sonstige	28,13 % 9/32	21,56 % 105/487
1.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation		
1.1.3.1	ID: 54_22190 ASA 1	x % ≤3/98	4,28 % 92/2.152
1.1.3.2	ID: 54_22191 ASA 2	7,80 % 85/1.090	7,43 % 1.224/16.472
1.1.3.3	ID: 54_22192 ASA 3	9,23 % 262/2.839	10,22 % 4.209/41.193

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.3.4	ID: 54_22193 ASA 4	18,12 % 50/276	17,54 % 788/4.493
1.1.3.5	ID: 54_22194 ASA 5	x % ≤3	32,35 % 11/34
1.1.4	Verteilung nach Pflegegrad		
1.1.4.1	ID: 54_22195 kein Pflegegrad	8,75 % 149/1.702	8,75 % 2.361/26.977
1.1.4.2	ID: 54_22196 Pflegegrad 1	9,38 % 12/128	10,43 % 259/2.484
1.1.4.3	ID: 54_22197 Pflegegrad 2	9,66 % 76/787	10,71 % 1.226/11.444
1.1.4.4	ID: 54_22198 Pflegegrad 3	10,74 % 89/829	10,40 % 1.190/11.437
1.1.4.5	ID: 54_22199 Pflegegrad 4	8,21 % 34/414	10,51 % 635/6.042
1.1.4.6	ID: 54_22200 Pflegegrad 5	11,76 % 8/68	10,53 % 102/969
1.1.4.7	ID: 54_22201 Information zum Pflegegrad liegt nicht vor	8,47 % 32/378	11,04 % 551/4.991

¹ Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 54_22223 Frakturereignis vor stationärer Aufnahme	98,40 % 4.237/4.306	98,08 % 63.110/64.344
1.2.1	ID: 54_22224 verlängerte präoperative Verweildauer	9,20 % 390/4.237	9,68 % 6.112/63.110

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 54_22225 Frakturereignis während des stationären Aufenthaltes	1,60 % 69/4.306	1,92 % 1.234/64.344
1.3.1	ID: 54_22226 verlängerte präoperative Verweildauer	14,49 % 10/69	17,18 % 212/1.234

1.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ihr Ergebnis	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 54_22227 26,01 % 1.120/4.306	ID: 54_22233 28,83 % 1.006/3.489	ID: 54_22239 13,95 % 114/817
≤ 12 Stunden	ID: 54_22228 42,89 % 1.847/4.306	ID: 54_22234 47,00 % 1.640/3.489	ID: 54_22240 25,34 % 207/817
≤ 24 Stunden	ID: 54_22229 87,02 % 3.747/4.306	ID: 54_22235 89,48 % 3.122/3.489	ID: 54_22241 76,50 % 625/817
≤ 36 Stunden	ID: 54_22230 94,24 % 4.058/4.306	ID: 54_22236 95,21 % 3.322/3.489	ID: 54_22242 90,09 % 736/817
≤ 48 Stunden	ID: 54_22231 96,91 % 4.173/4.306	ID: 54_22237 97,13 % 3.389/3.489	ID: 54_22243 95,96 % 784/817
> 48 Stunden	ID: 54_22232 3,09 % 133/4.306	ID: 54_22238 2,87 % 100/3.489	ID: 54_22244 4,04 % 33/817

1.4 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 54_22227 27,20 % 17.501/64.344	ID: 54_22233 30,13 % 15.885/52.729	ID: 54_22239 13,91 % 1.616/11.615
≤ 12 Stunden	ID: 54_22228 46,78 % 30.101/64.344	ID: 54_22234 50,92 % 26.848/52.729	ID: 54_22240 28,01 % 3.253/11.615
≤ 24 Stunden	ID: 54_22229 85,98 % 55.322/64.344	ID: 54_22235 89,30 % 47.087/52.729	ID: 54_22241 70,90 % 8.235/11.615
≤ 36 Stunden	ID: 54_22230 93,47 % 60.143/64.344	ID: 54_22236 94,91 % 50.047/52.729	ID: 54_22242 86,92 % 10.096/11.615
≤ 48 Stunden	ID: 54_22231 96,26 % 61.940/64.344	ID: 54_22237 96,73 % 51.007/52.729	ID: 54_22243 94,13 % 10.933/11.615
> 48 Stunden	ID: 54_22232 3,74 % 2.404/64.344	ID: 54_22238 3,27 % 1.722/52.729	ID: 54_22244 5,87 % 682/11.615

1.5 Zeit zwischen Aufnahme und Operation (ohne Inhouse-Stürze) Ihr Ergebnis	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 54_22245 24,85 % 1.070/4.306	ID: 54_22249 27,54 % 961/3.489	ID: 54_22253 13,34 % 109/817
≤ 24 Stunden	ID: 54_22246 82,84 % 3.567/4.306	ID: 54_22250 85,53 % 2.984/3.489	ID: 54_22254 71,36 % 583/817
≤ 48 Stunden	ID: 54_22247 92,43 % 3.980/4.306	ID: 54_22251 92,95 % 3.243/3.489	ID: 54_22255 90,21 % 737/817
> 48 Stunden	ID: 54_22248 3,97 % 171/4.306	ID: 54_22252 3,70 % 129/3.489	ID: 54_22256 5,14 % 42/817

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

1.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ihr Ergebnis	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 54_22257 0,19 % 8/4.306	ID: 54_22261 0,20 % 7/3.489	ID: 54_22265 x % ≤3/817
≤ 24 Stunden	ID: 54_22258 1,21 % 52/4.306	ID: 54_22262 1,12 % 39/3.489	ID: 54_22266 1,59 % 13/817

1.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ihr Ergebnis	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 48 Stunden	ID: 54_22259 1,39 % 60/4.306	ID: 54_22263 1,23 % 43/3.489	ID: 54_22267 2,08 % 17/817
> 48 Stunden	ID: 54_22260 0,12 % 5/4.306	ID: 54_22264 0,11 % 4/3.489	ID: 54_22268 x % ≤3/817

1.6 Zeit zwischen Inhouse-Sturz und Operation Ergebnis Bund (gesamt)	Gesamt	Ohne Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	Mit Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)
≤ 6 Stunden	ID: 54_22257 0,25 % 161/64.344	ID: 54_22261 0,25 % 132/52.729	ID: 54_22265 0,25 % 29/11.615
≤ 24 Stunden	ID: 54_22258 1,40 % 904/64.344	ID: 54_22262 1,33 % 703/52.729	ID: 54_22266 1,73 % 201/11.615
≤ 48 Stunden	ID: 54_22259 1,68 % 1.079/64.344	ID: 54_22263 1,54 % 811/52.729	ID: 54_22267 2,31 % 268/11.615
> 48 Stunden	ID: 54_22260 0,15 % 94/64.344	ID: 54_22264 0,13 % 67/52.729	ID: 54_22268 0,23 % 27/11.615

1.7 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation bei medialer Schenkelhalsfraktur Ihr Ergebnis	Garden I	Garden II	Garden III	Garden IV	Mediale Schenkelhalsfraktur gesamt
< 24 Stunden	ID: 54_22269 85,85 % 91/106	ID: 54_22272 85,86 % 164/191	ID: 54_22275 94,12 % 80/85	ID: 54_22278 100,00 % 15/15	ID: 54_22281 88,16 % 350/397
24 - 48 Stunden	ID: 54_22270 13,21 % 14/106	ID: 54_22273 9,42 % 18/191	ID: 54_22276 4,71 % 4/85	ID: 54_22279 0,00 % 0/15	ID: 54_22282 9,07 % 36/397
> 48 Stunden	ID: 54_22271 x % ≤3/106	ID: 54_22274 4,71 % 9/191	ID: 54_22277 x % ≤3/85	ID: 54_22280 0,00 % 0/15	ID: 54_22283 2,77 % 11/397

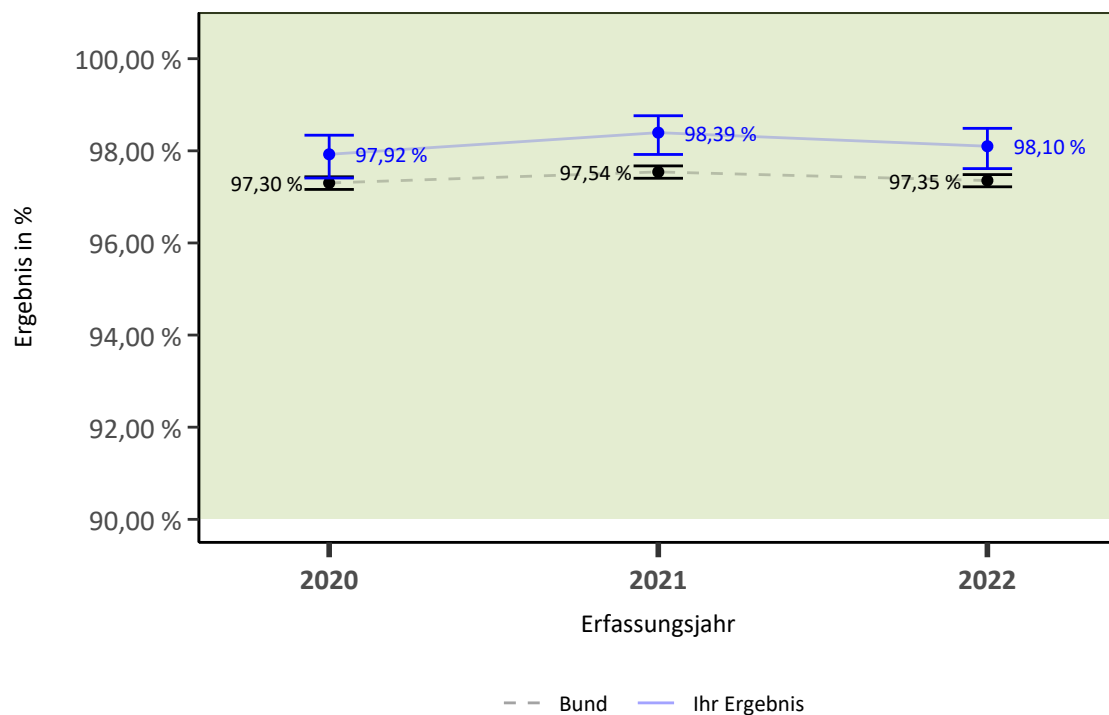
1.7 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation bei medialer Schenkelhalsfraktur Ergebnis Bund (gesamt)	Garden I	Garden II	Garden III	Garden IV	Mediale Schenkelhalsfraktur gesamt
< 24 Stunden	ID: 54_22269 87,61 % 1.845/2.106	ID: 54_22272 86,66 % 2.630/3.035	ID: 54_22275 93,21 % 1.482/1.590	ID: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

54050: Sturzprophylaxe

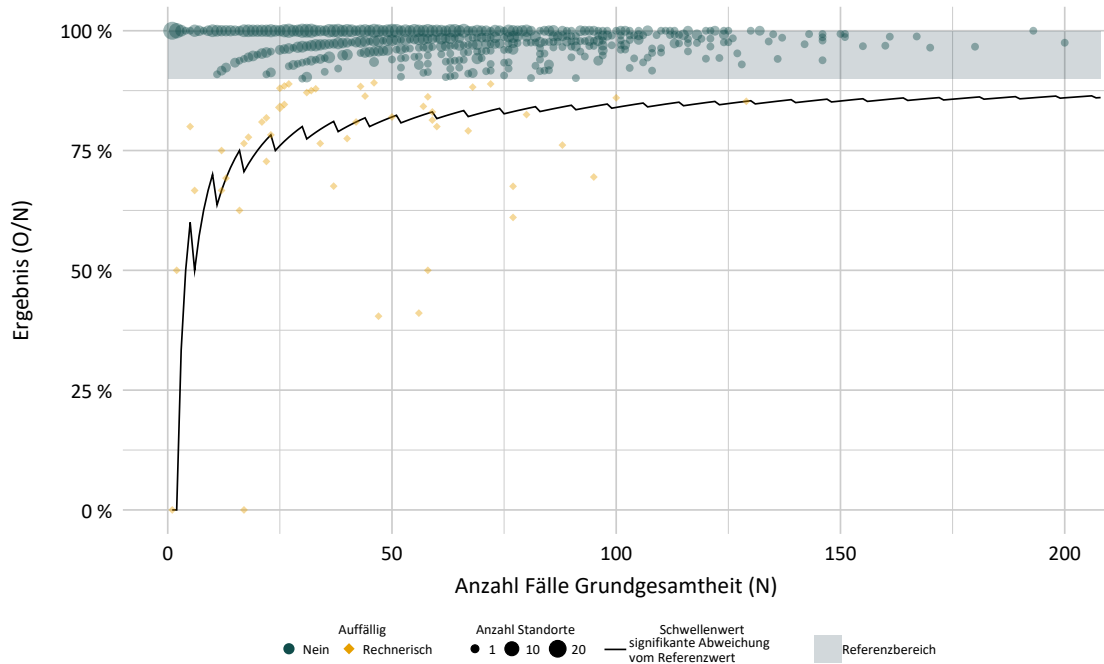
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
ID	54050
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur. 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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis	2020	3.585 / 3.661	97,92 %	97,41 % - 98,34 %
	2021	3.432 / 3.488	98,39 %	97,92 % - 98,76 %
	2022	3.716 / 3.788	98,10 %	97,61 % - 98,49 %
Bund	2020	51.975 / 53.416	97,30 %	97,16 % - 97,44 %
	2021	50.035 / 51.296	97,54 %	97,40 % - 97,67 %
	2022	55.019 / 56.514	97,35 %	97,22 % - 97,48 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren ²		
2.1.1	ID: 54_22284 Sturzrisikofaktoren erfasst	98,65 % 3.737/3.788	97,89 % 55.324/56.514
2.1.2	ID: 54_22285 Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	98,28 % 3.723/3.788	97,67 % 55.195/56.514
2.1.3	ID: 54050 Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)	98,10 % 3.716/3.788	97,35 % 55.019/56.514

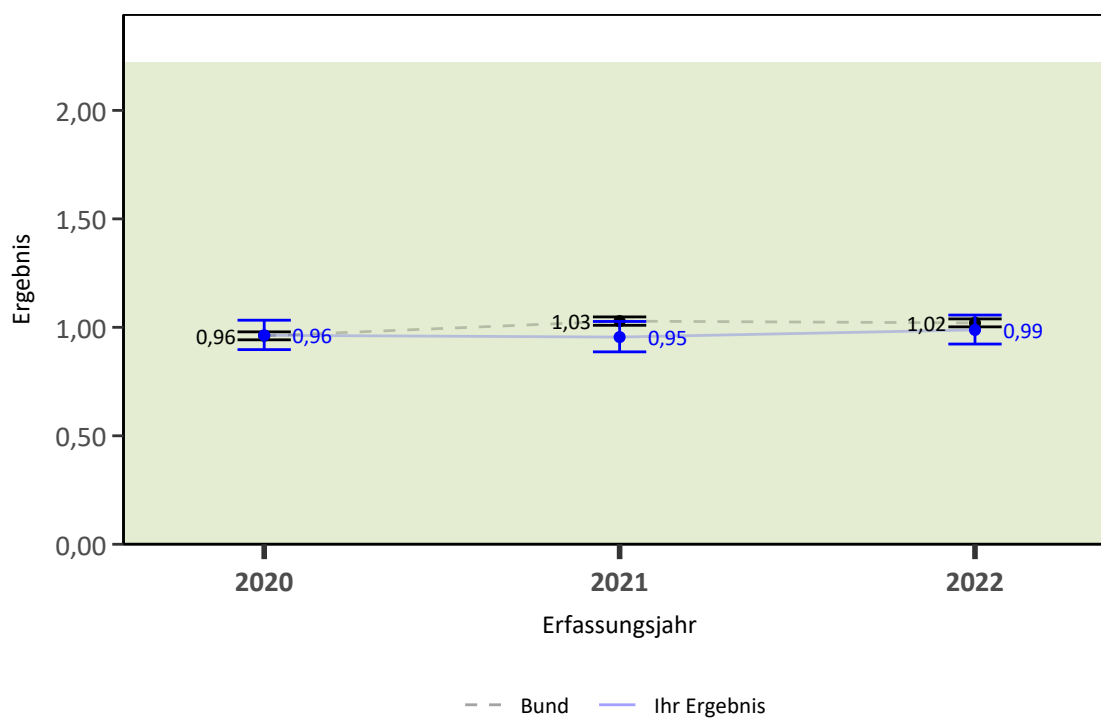
² Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

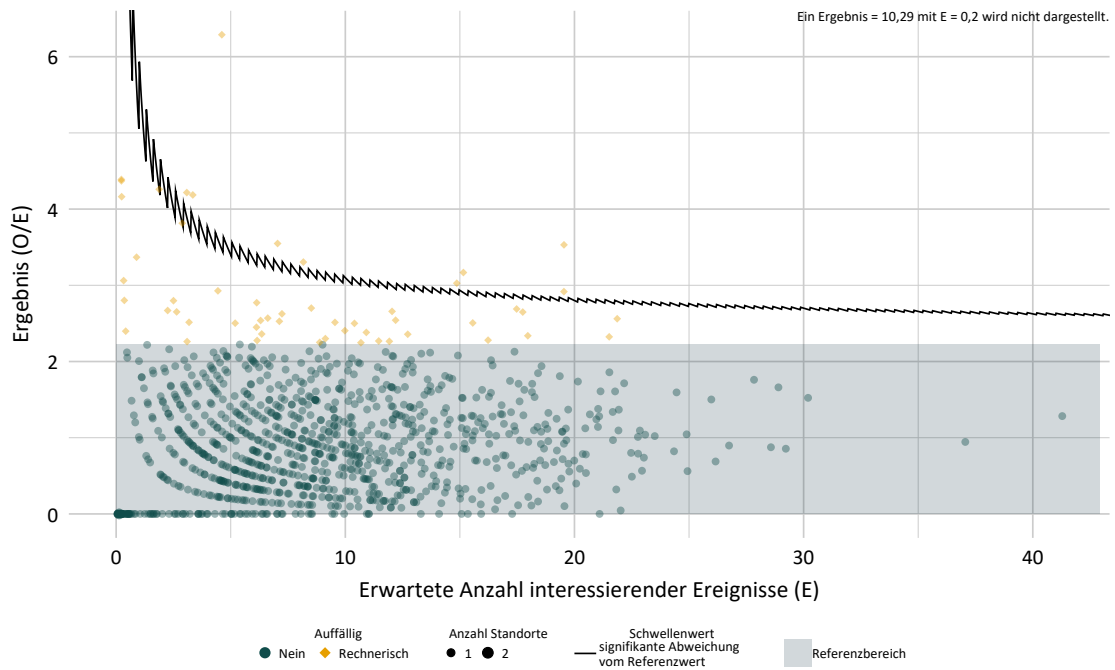
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
ID	54033
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler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

Ergebnisse im Zeitverlauf

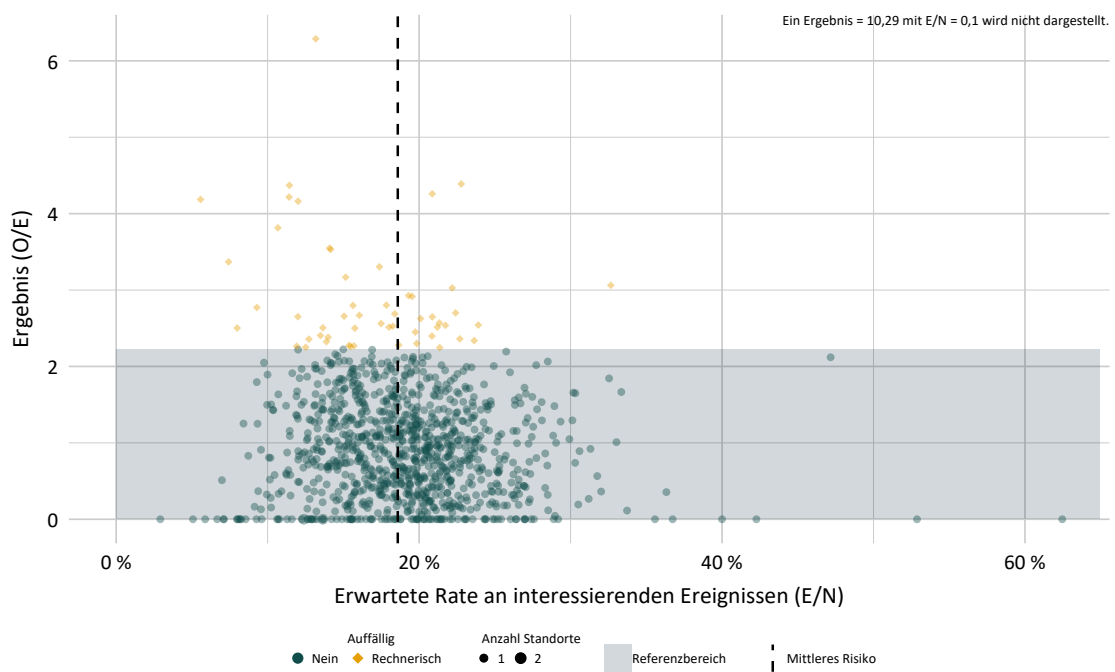
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2020	3.289	628 / 651,99	0,96	0,90 - 1,03
	2021	3.137	582 / 609,45	0,95	0,89 - 1,03
	2022	3.474	676 / 684,22	0,99	0,92 - 1,06
Bund	2020	46.923	8.631 / 8.984,88	0,96	0,94 - 0,98
	2021	45.703	8.748 / 8.505,18	1,03	1,01 - 1,05
	2022	50.837	9.645 / 9.452,16	1,02	1,00 - 1,04

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

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	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)	19,46 % 676/3.474	18,97 % 9.645/50.837
3.1.1.2	ID: E_54033 E/N (expected, erwartet)	19,70 % 684,22/3.474	18,59 % 9.452,16/50.837
3.1.1.3	ID: 54033 O/E	0,99	1,02

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

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	ID: 54_22304 Gehunfähigkeit bei Entlassung	19,46 % 676/3.474	18,97 % 9.645/50.837
3.2.2	Verteilung nach postoperativer Verweildauer		
3.2.2.1	ID: 54_22305 ≤ 5 Tage	19,26 % 88/457	19,10 % 1.356/7.100
3.2.2.2	ID: 54_22306 6-10 Tage	20,33 % 272/1.338	17,87 % 3.423/19.152
3.2.2.3	ID: 54_22307 11-15 Tage	19,93 % 110/552	19,63 % 1.750/8.916
3.2.2.4	ID: 54_22308 16-20 Tage	21,32 % 68/319	18,80 % 1.322/7.031
3.2.2.5	ID: 54_22309 > 20 Tage	17,08 % 138/808	20,77 % 1.794/8.638

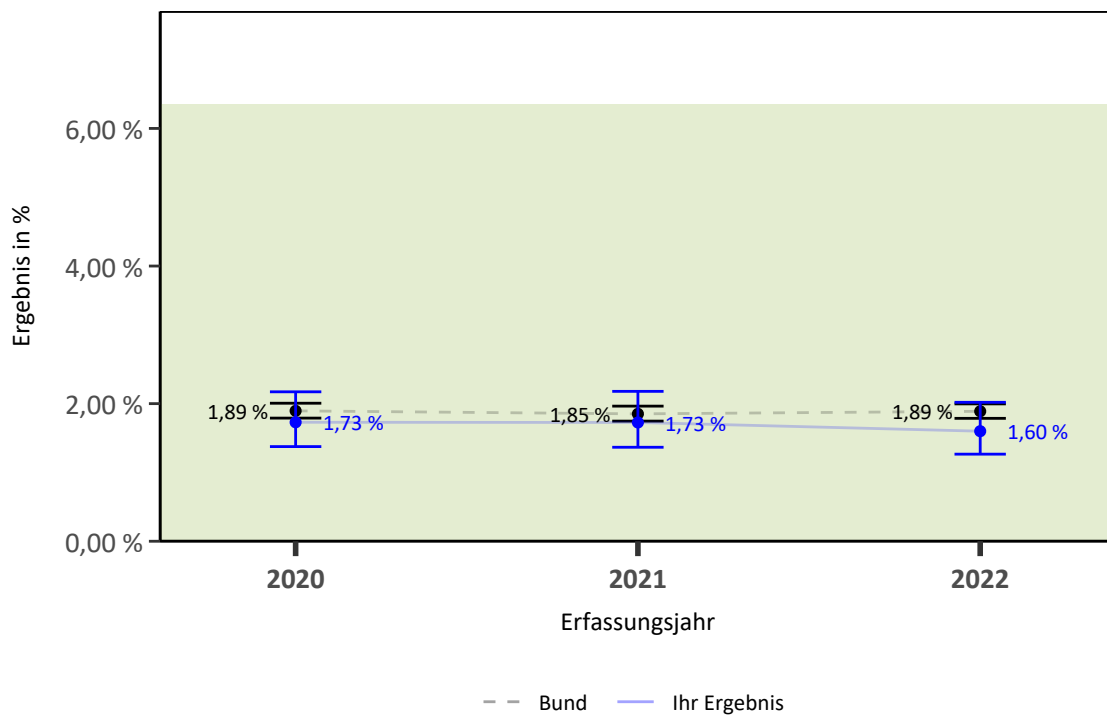
Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 54_22310 Gehunfähigkeit vor der Fraktur	100,00 % 619/619	100,00 % 10.286/10.286
3.3.1	ID: 54_22311 gefähig bei Entlassung	16,16 % 100/619	12,48 % 1.284/10.286
3.3.2	ID: 54_22312 gehunfähig bei Entlassung	83,84 % 519/619	87,52 % 9.002/10.286

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

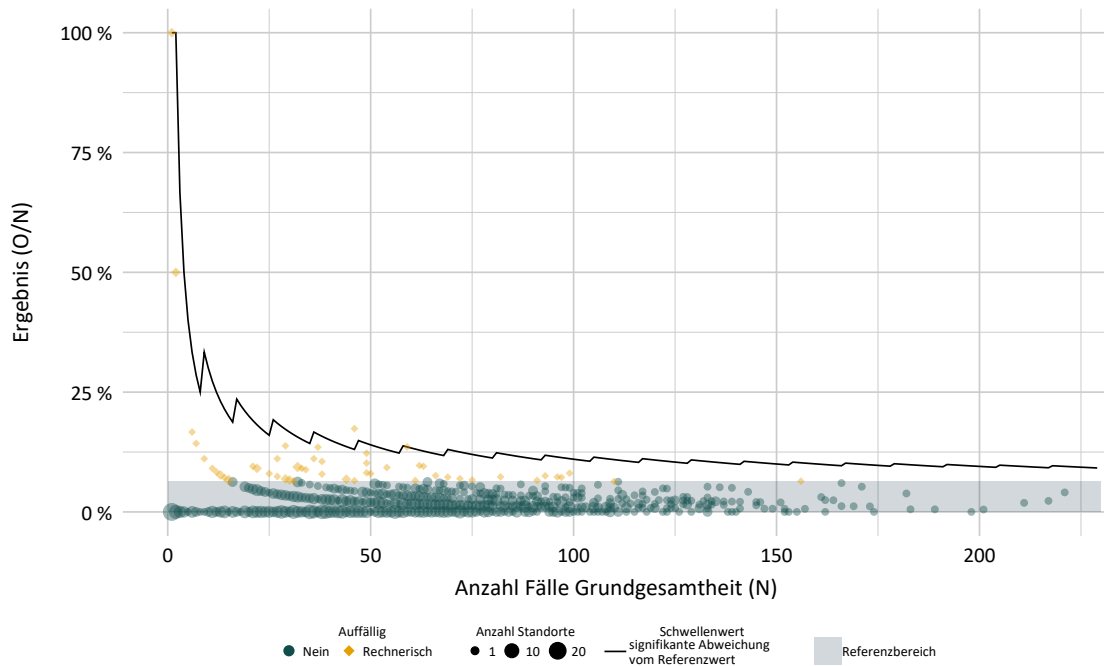
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
ID	54029
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Ihr Ergebnis	2020	72 / 4.164	1,73 %	1,38 % - 2,17 %
	2021	69 / 3.998	1,73 %	1,37 % - 2,18 %
	2022	69 / 4.314	1,60 %	1,27 % - 2,02 %
Bund	2020	1.158 / 61.111	1,89 %	1,79 % - 2,01 %
	2021	1.091 / 58.921	1,85 %	1,75 % - 1,96 %
	2022	1.217 / 64.445	1,89 %	1,79 % - 2,00 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Spezifische Komplikationen		
4.1.1	ID: 54029 Mindestens eine spezifische Komplikation ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	1,60 % 69/4.314	1,89 % 1.217/64.445
4.1.2	ID: 54_22315 Implantatfehlage	x % ≤3/4.314	0,15 % 95/64.445
4.1.3	ID: 54_22316 Implantatdislokation	0,37 % 16/4.314	0,35 % 228/64.445
4.1.4	ID: 54_22317 Wundhämatom	0,76 % 33/4.314	0,87 % 558/64.445
4.1.5	ID: 54_22318 Gefäßläsion	x % ≤3/4.314	0,03 % 21/64.445
4.1.6	ID: 54_22319 Nervenschaden	x % ≤3/4.314	0,05 % 33/64.445
4.1.7	ID: 54_22320 Fraktur	0,09 % 4/4.314	0,12 % 76/64.445
4.1.8	ID: 54_22322 reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,12 % 5/4.314	0,23 % 146/64.445
4.1.9	ID: 54_22323 reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	x % ≤3/4.314	0,02 % 12/64.445
4.1.10	ID: 54_22324 sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen ⁴	0,49 % 21/4.314	0,56 % 358/64.445
4.1.11	ID: 54_22325 Postoperative Wundinfektion	0,53 % 23/4.314	0,53 % 344/64.445
4.1.11.1	ID: 54_22326 A1 (oberflächliche Wundinfektion) ⁵	43,48 % 10/23	37,50 % 129/344
4.1.11.2	ID: 54_22327 A2 (tiefe Wundinfektion)	47,83 % 11/23	57,56 % 198/344
4.1.11.3	ID: 54_22328 A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	x % ≤3/23	4,94 % 17/344
4.1.12	ID: 54_22329 ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen ⁶	1,37 % 59/4.314	1,40 % 904/64.445

⁴ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

⁵ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

⁶ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

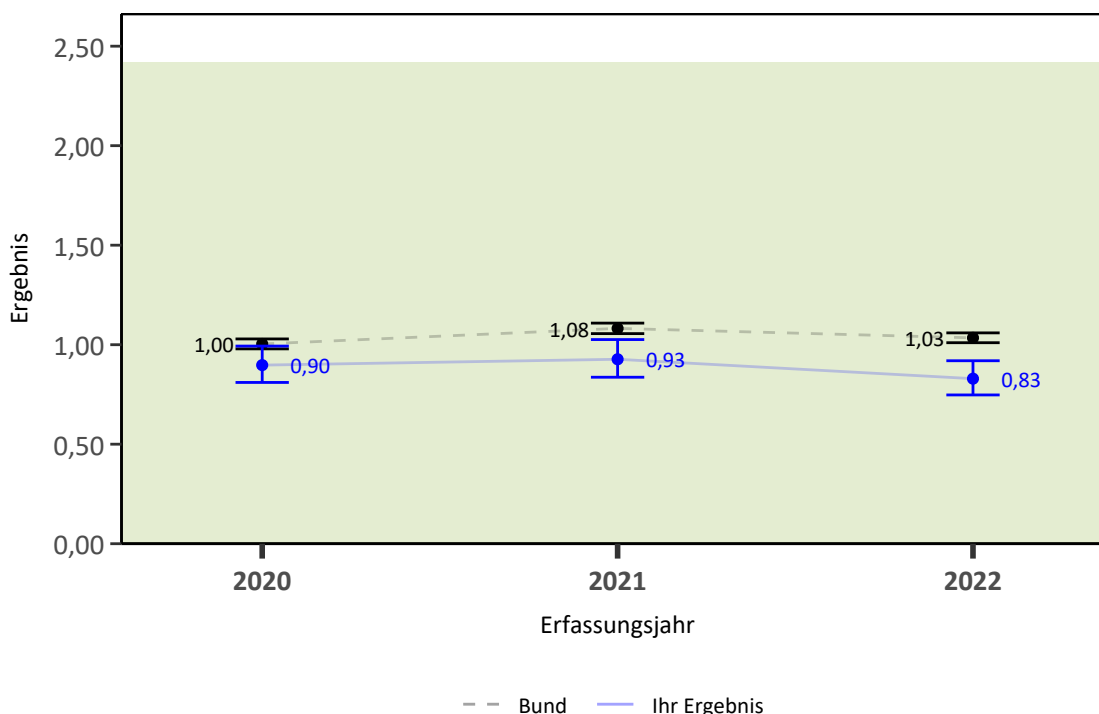
Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 54_22330 Wundhämatome/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	0,76 % 33/4.314	0,87 % 558/64.445
4.2.1	ID: 54_22331 Aufnahme mit gerinnungshemmender Dauertherapie	48,48 % 16/33	57,71 % 322/558
4.2.1.1	ID: 54_22332 Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	x % ≤3/33	5,02 % 28/558
4.2.1.2	ID: 54_22334 DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	27,27 % 9/33	33,33 % 186/558
4.2.1.3	ID: 54_22335 Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	18,18 % 6/33	20,61 % 115/558
4.2.1.4	ID: 54_22336 sonstige	0,00 % 0/33	1,25 % 7/558

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

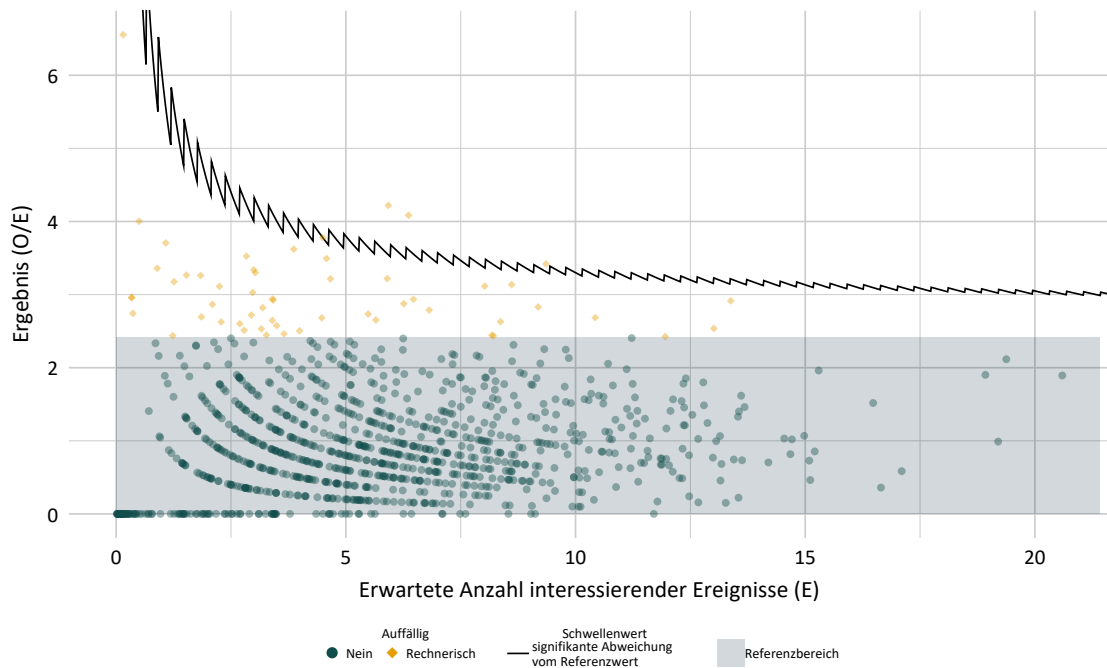
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
ID	54042
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige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

Ergebnisse im Zeitverlauf

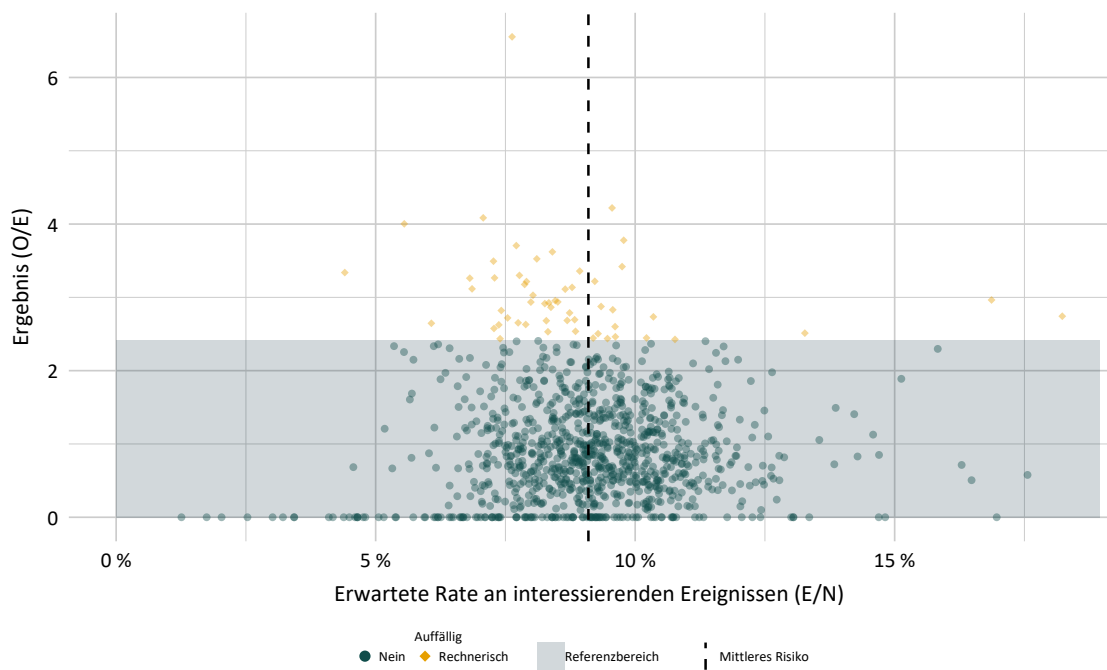
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2020	4.164	341 / 379,98	0,90	0,81 - 0,99
	2021	3.998	338 / 364,69	0,93	0,84 - 1,03
	2022	4.314	331 / 399,13	0,83	0,75 - 0,92
Bund	2020	61.111	5.627 / 5.606,86	1,00	0,98 - 1,03
	2021	58.921	5.813 / 5.373,70	1,08	1,06 - 1,11
	2022	64.445	6.065 / 5.863,72	1,03	1,01 - 1,06

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

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	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)	7,67 % 331/4.314	9,41 % 6.065/64.445
5.1.1.2	ID: E_54042 E/N (expected, erwartet)	9,25 % 399,13/4.314	9,10 % 5.863,72/64.445
5.1.1.3	ID: 54042 O/E	0,83	1,03

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

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Allgemeine postoperative Komplikationen		
5.2.1	ID: 54_22350 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	7,42 % 320/4.314	8,82 % 5.681/64.445
5.2.2	ID: 54_22351 Pneumonie	2,13 % 92/4.314	2,75 % 1.771/64.445
5.2.3	ID: 54_22352 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	2,46 % 106/4.314	2,86 % 1.846/64.445
5.2.4	ID: 54_22353 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	x % ≤3/4.314	0,10 % 67/64.445
5.2.5	ID: 54_22354 Lungenembolie	0,25 % 11/4.314	0,35 % 225/64.445
5.2.6	ID: 54_22355 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1,48 % 64/4.314	1,57 % 1.011/64.445
5.2.7	ID: 54_22356 Schlaganfall	0,23 % 10/4.314	0,41 % 266/64.445
5.2.8	ID: 54_22357 akute gastrointestinale Blutung	0,23 % 10/4.314	0,48 % 308/64.445
5.2.9	ID: 54_22358 akute Niereninsuffizienz	1,55 % 67/4.314	2,04 % 1.315/64.445
5.2.10	ID: 54_22359 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,37 % 16/4.314	0,89 % 571/64.445

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2.11	ID: 54_22360 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ⁸	4,17 % 180/4.314	5,04 % 3.251/64.445

⁸ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
5.3	Allgemeine postoperative Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2		
5.3.1	ID: 54_22362 Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2 (ohne sonstige Komplikation)	3,11 % 37/1.190	3,36 % 627/18.660
5.3.2	ID: 54_22363 Pneumonie	0,84 % 10/1.190	0,76 % 141/18.660
5.3.3	ID: 54_22364 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	0,50 % 6/1.190	0,77 % 143/18.660
5.3.4	ID: 54_22365 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,00 % 0/1.190	0,09 % 17/18.660
5.3.5	ID: 54_22366 Lungenembolie	x % ≤3/1.190	0,20 % 37/18.660
5.3.6	ID: 54_22367 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	0,84 % 10/1.190	0,86 % 161/18.660
5.3.7	ID: 54_22368 Schlaganfall	0,34 % 4/1.190	0,22 % 41/18.660
5.3.8	ID: 54_22369 akute gastrointestinale Blutung	0,00 % 0/1.190	0,21 % 40/18.660
5.3.9	ID: 54_22371 akute Niereninsuffizienz	0,67 % 8/1.190	0,73 % 137/18.660
5.3.10	ID: 54_22372 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	x % ≤3/1.190	0,55 % 103/18.660
5.3.11	ID: 54_22373 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ⁹	1,43 % 17/1.190	2,31 % 431/18.660

⁹ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

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

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	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)	9,07 % 283/3.121	11,03 % 5.047/45.751
5.4.2	ID: 54_22375 Pneumonie	2,63 % 82/3.121	3,56 % 1.629/45.751
5.4.3	ID: 54_22376 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,20 % 100/3.121	3,71 % 1.698/45.751
5.4.4	ID: 54_22377 Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	x % ≤3/3.121	0,11 % 50/45.751
5.4.5	ID: 54_22378 Lungenembolie	0,29 % 9/3.121	0,41 % 188/45.751
5.4.6	ID: 54_22379 katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1,73 % 54/3.121	1,86 % 850/45.751
5.4.7	ID: 54_22380 Schlaganfall	0,19 % 6/3.121	0,49 % 225/45.751
5.4.8	ID: 54_22381 akute gastrointestinale Blutung	0,32 % 10/3.121	0,59 % 268/45.751
5.4.9	ID: 54_22383 akute Niereninsuffizienz	1,89 % 59/3.121	2,57 % 1.175/45.751
5.4.10	ID: 54_22384 Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,42 % 13/3.121	1,02 % 467/45.751
5.4.11	ID: 54_22385 sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ¹⁰	5,19 % 162/3.121	6,15 % 2.812/45.751

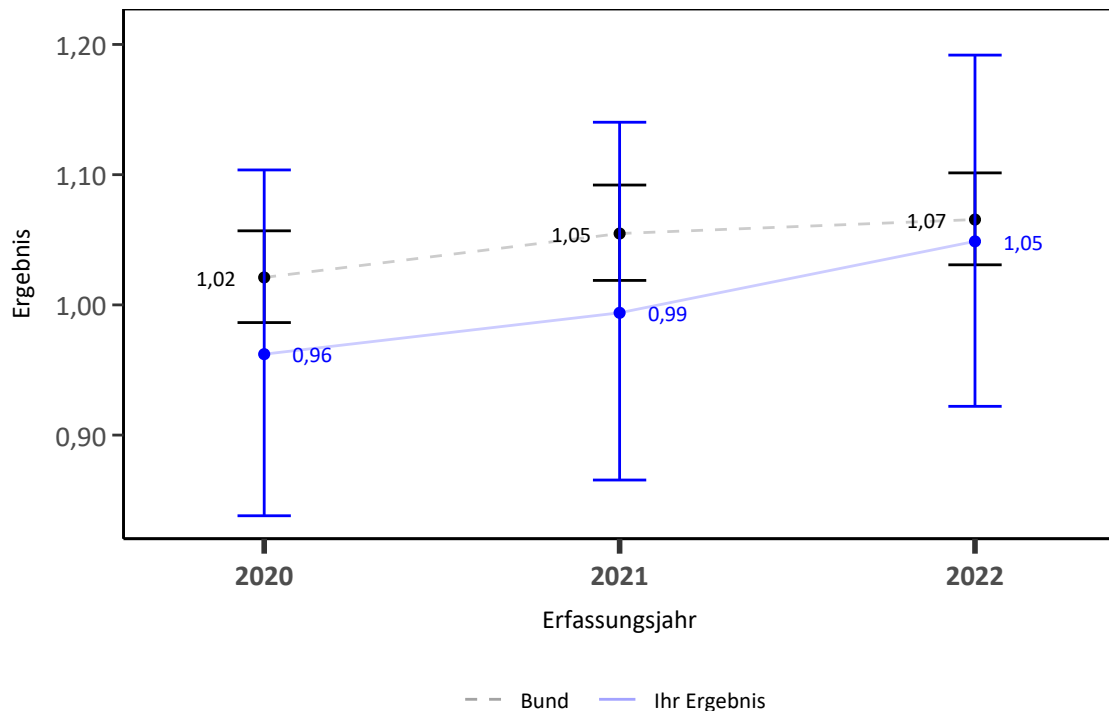
¹⁰ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

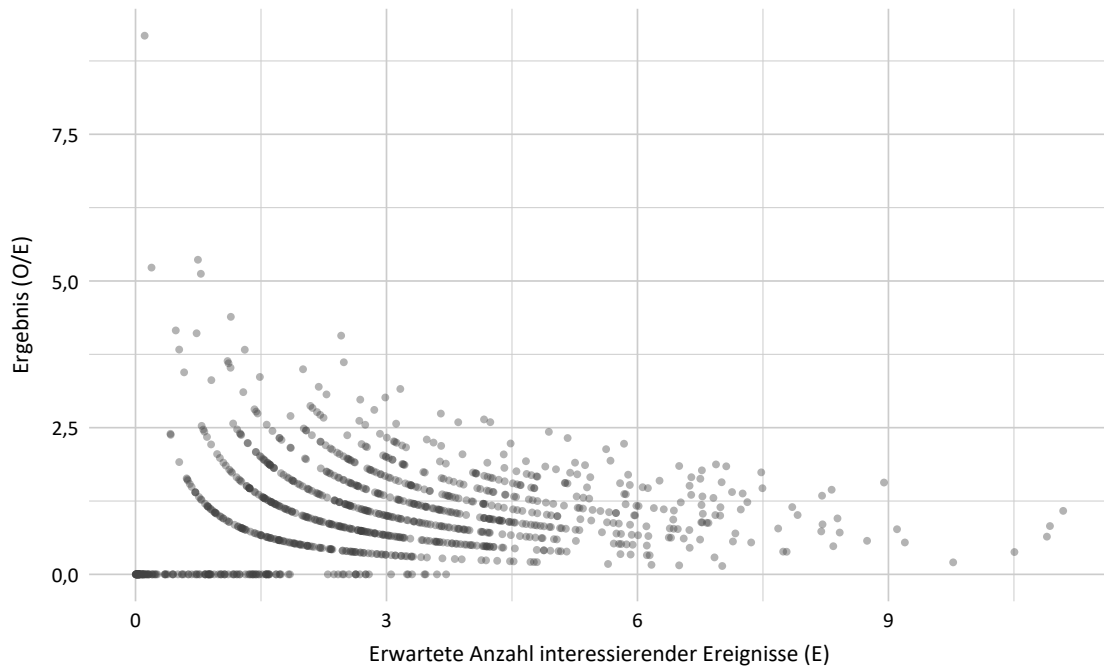
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
ID	54046
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete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

Ergebnisse im Zeitverlauf

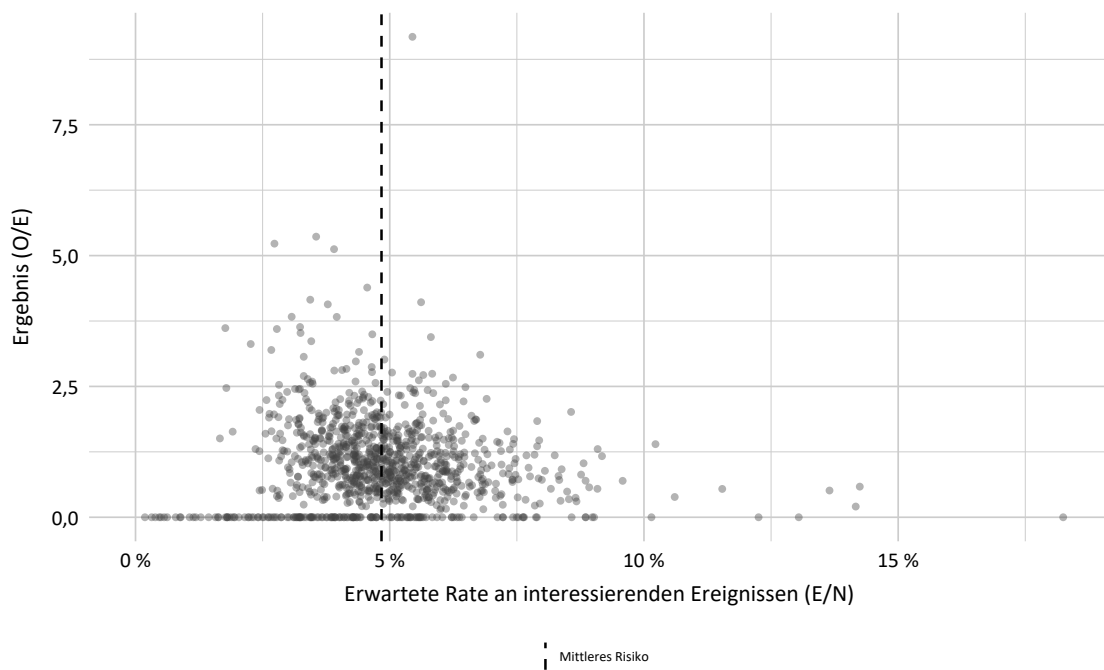
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2020	4.164	193 / 200,59	0,96	0,84 - 1,10
	2021	3.998	192 / 193,18	0,99	0,87 - 1,14
	2022	4.314	221 / 210,72	1,05	0,92 - 1,19
Bund	2020	61.111	3.064 / 3.000,81	1,02	0,99 - 1,06
	2021	58.921	3.023 / 2.865,95	1,05	1,02 - 1,09
	2022	64.445	3.322 / 3.117,75	1,07	1,03 - 1,10

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

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Sterblichkeit		
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹¹		
6.1.1.1	ID: O_54046 O/N (observed, beobachtet)	5,12 % 221/4.314	5,15 % 3.322/64.445
6.1.1.2	ID: E_54046 E/N (expected, erwartet)	4,88 % 210,72/4.314	4,84 % 3.117,75/64.445
6.1.1.3	ID: 54046 O/E	1,05	1,07

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

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	ID: 54_22389 Sterblichkeit	5,12 % 221/4.314	5,15 % 3.322/64.445
6.2.1	Verteilung der Todesfälle nach ASA-Klassifikation		
6.2.1.1	ID: 54_22390 ASA 1	0,00 % 0/98	x % ≤3/2.158
6.2.1.2	ID: 54_22391 ASA 2	0,46 % 5/1.092	0,82 % 136/16.502
6.2.1.3	ID: 54_22392 ASA 3	6,15 % 175/2.845	5,57 % 2.296/41.253
6.2.1.4	ID: 54_22393 ASA 4	14,86 % 41/276	19,43 % 874/4.498
6.2.1.5	ID: 54_22394 ASA 5	x % ≤3	38,24 % 13/34
6.2.2	Verteilung der Todesfälle nach Pflegebedarfsgraden		
6.2.2.1	ID: 54_22395 Pflegegrad 0	1,99 % 34/1.705	2,35 % 635/27.035
6.2.2.2	ID: 54_22396 Pflegegrad 1	3,91 % 5/128	4,62 % 115/2.487
6.2.2.3	ID: 54_22397 Pflegegrad 2	7,23 % 57/788	6,78 % 777/11.459
6.2.2.4	ID: 54_22398 Pflegegrad 3	6,75 % 56/830	7,97 % 912/11.448
6.2.2.5	ID: 54_22399 Pflegegrad 4	7,00 % 29/414	7,44 % 450/6.047

Nummer	Beschreibung	Ihr Ergebnis	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2.2.5	ID: 54_22400 Pflegegrad 5	11,76 % 8/68	6,91 % 67/970
6.2.2.6	ID: 54_22401 Information zum Pflegegrad ist dem Krankenhaus nicht bekannt	8,40 % 32/381	7,32 % 366/4.999

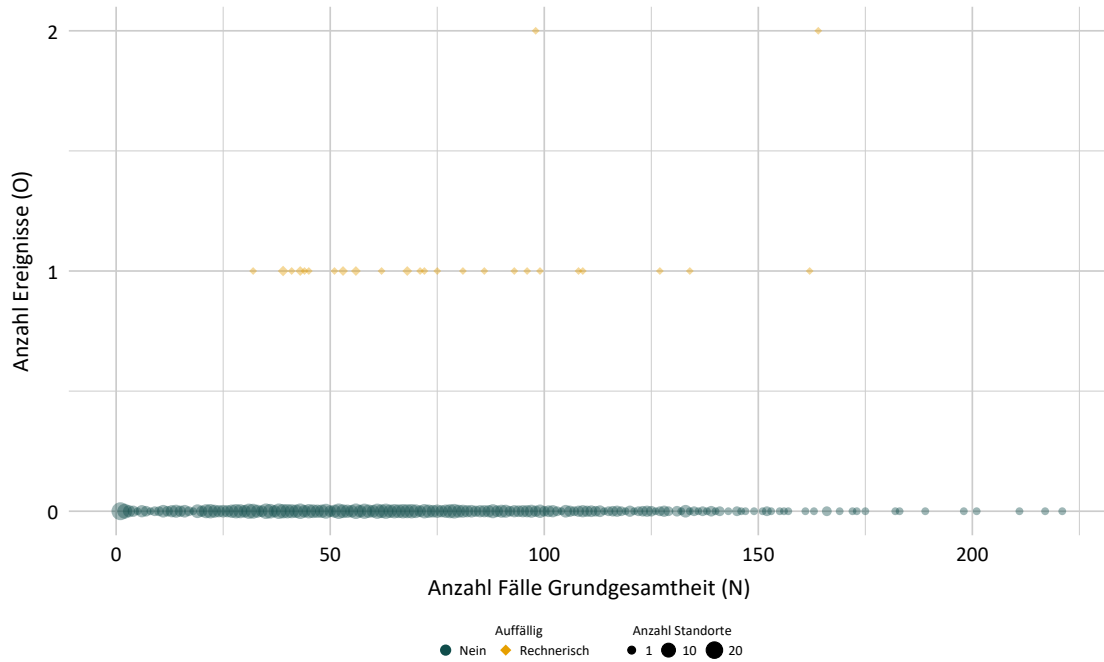
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850147: Angabe von ASA 5

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



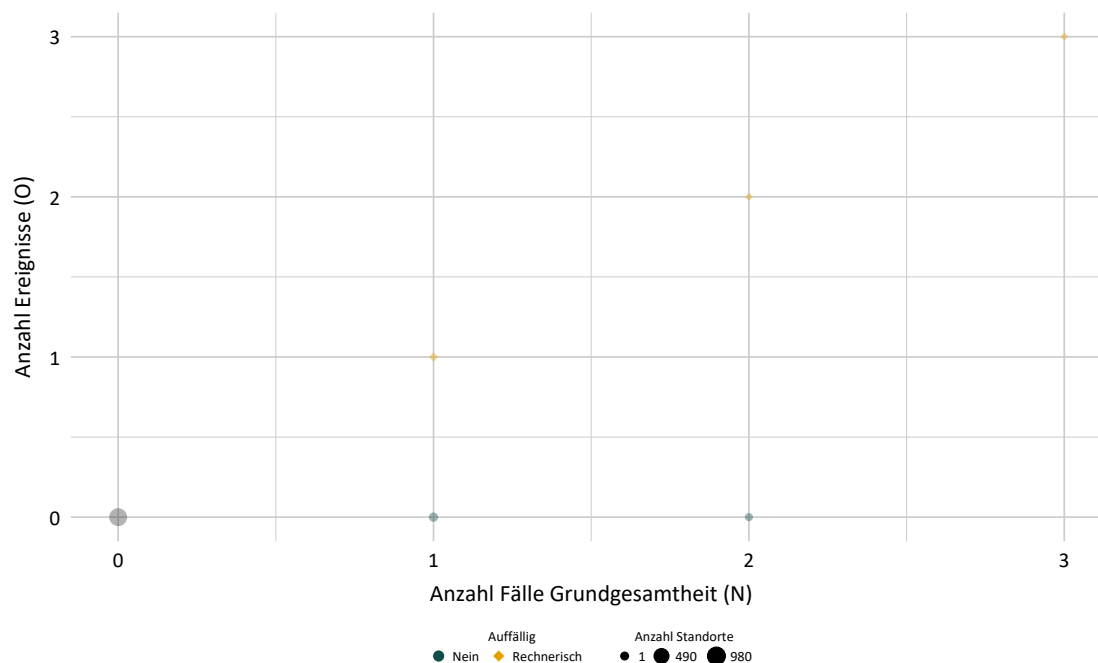
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Ihr Ergebnis	≤3 / 4.316	x %	4,11 % 3 / 73
Bund	34 / 64.460	0,05 %	3,08 % 32 / 1.038

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

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



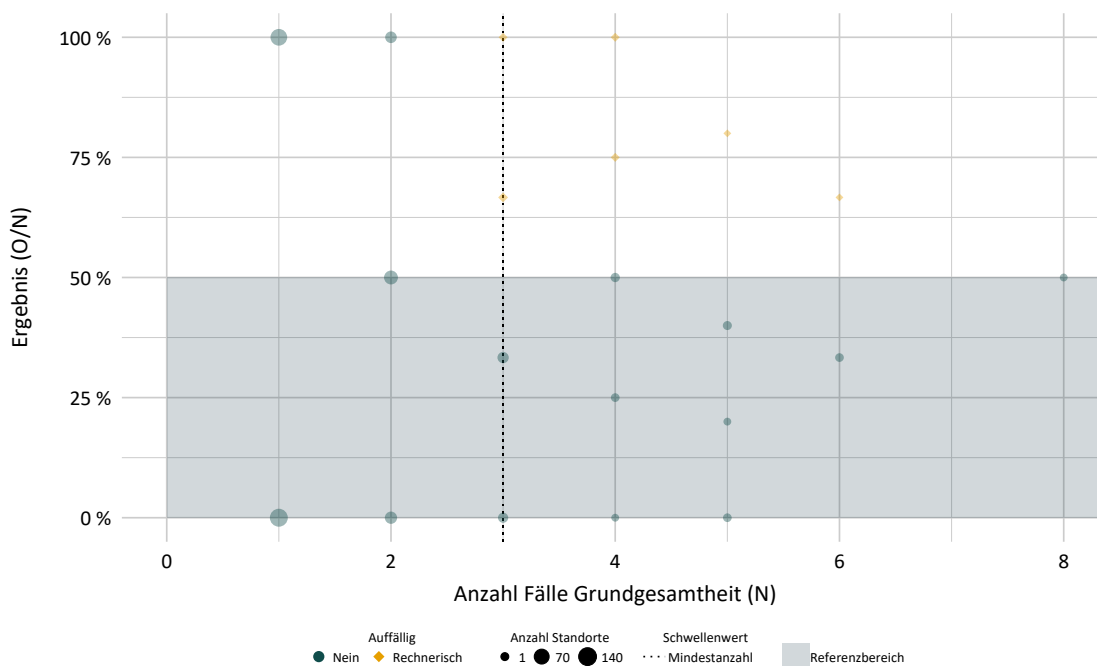
Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Ihr Ergebnis		6 / 10	60,00 %	60,00 % 6 / 10
Bund		28 / 57	49,12 %	46,00 % 23 / 50

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

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

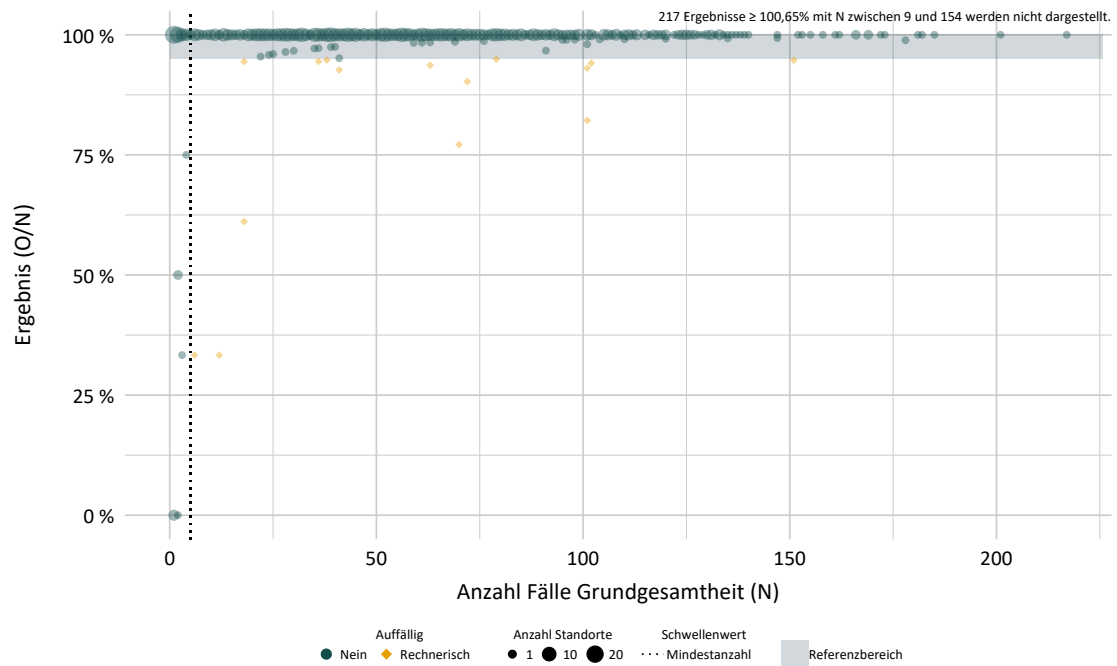
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Ihr Ergebnis		20 / 43	46,51 %	3,03 % 1 / 33
Bund		302 / 687	43,96 %	4,28 % 18 / 421

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



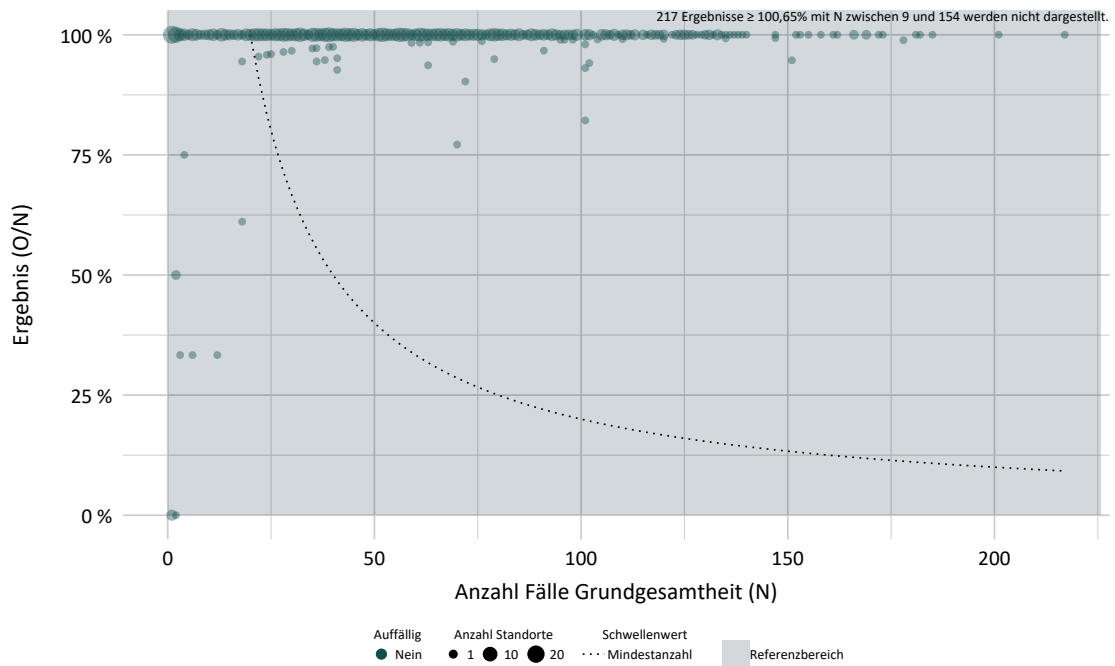
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Ihr Ergebnis	4.319 / 4.288	100,72 %	2,53 % 2 / 79
Bund	64.546 / 63.867	101,06 %	1,36 % 15 / 1.107

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



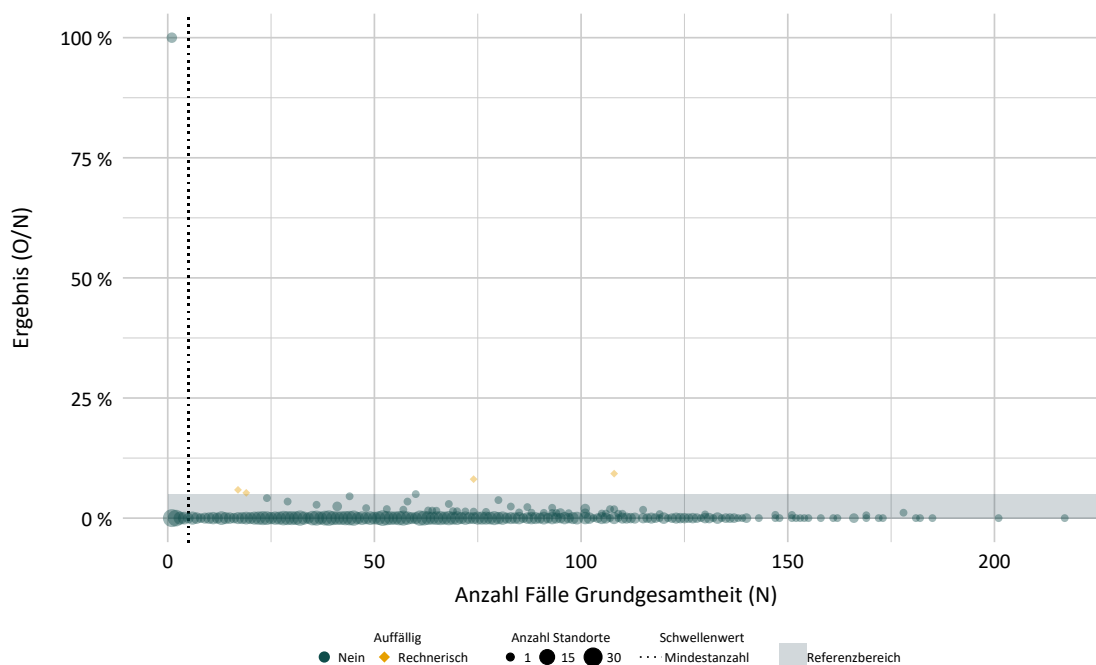
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Ihr Ergebnis	4.319 / 4.288	100,72 %	2,53 % 2 / 79
Bund	64.546 / 63.867	101,06 %	2,35 % 26 / 1.107

850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Ihr Ergebnis		≤3 / 4.288	x %	1,27 % 1 / 79
Bund		86 / 63.867	0,13 %	0,36 % 4 / 1.107

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Quartal des Aufnahmetages				
1. Quartal	987	22,87	15.461	23,99
2. Quartal	1.033	23,93	15.530	24,09
3. Quartal	1.112	25,76	16.019	24,85
4. Quartal	1.184	27,43	17.450	27,07
Gesamt	4.316	100,00	64.460	100,00

Inhouse-Sturz

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes				
(0) nein	4.247	98,40	63.226	98,09
(1) ja	69	1,60	1.234	1,91

Patient

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Altersverteilung				
< 50 Jahre	92	2,13	1.322	2,05
50 - 59 Jahre	217	5,03	3.346	5,19
60 - 69 Jahre	444	10,29	7.160	11,11
70 - 79 Jahre	787	18,23	11.371	17,64
80 - 89 Jahre	1.870	43,33	27.936	43,34
≥ 90 Jahre	906	20,99	13.325	20,67

	Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
Durchschnittsalter (Jahre)		
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	4.316	64.460
Mittelwert	80,27	80,07

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Geschlecht				
(1) männlich	1.472	34,11	21.220	32,92
(2) weiblich	2.844	65,89	43.239	67,08
(3) divers	0	0,00	≤3	x
(8) unbestimmt	0	0,00	0	0,00

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)				
(1) unbegrenzt (> 500m)	1.206	27,94	18.973	29,43
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	1.250	28,96	18.247	28,31
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	1.181	27,36	16.131	25,02
(4) im Zimmer mobil	562	13,02	8.757	13,59
(5) immobil	117	2,71	2.352	3,65
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)				
(0) keine	1.750	40,55	26.911	41,75
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	577	13,37	7.525	11,67
(2) Rollator/Gehbock	1.756	40,69	26.263	40,74
(3) Rollstuhl	188	4,36	2.730	4,24
(4) bettlägerig	45	1,04	1.031	1,60

Pflegegrad

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Pflegegrad bei Aufnahme				
(0) nein, liegt nicht vor	1.706	39,53	27.043	41,95
(1) ja, Pflegegrad 1	128	2,97	2.488	3,86
(2) ja, Pflegegrad 2	788	18,26	11.460	17,78
(3) ja, Pflegegrad 3	831	19,25	11.450	17,76
(4) ja, Pflegegrad 4	414	9,59	6.048	9,38
(5) ja, Pflegegrad 5	68	1,58	970	1,50
(9) Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	381	8,83	5.001	7,76
Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt (gemäß OPS 9-984.b)				
(0) nein	3.987	92,38	60.038	93,14
(1) ja	329	7,62	4.422	6,86

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
(1) normaler, gesunder Patient	99	2,29	2.161	3,35
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	1.092	25,30	16.505	25,61
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	2.845	65,92	41.261	64,01
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	277	6,42	4.499	6,98
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	≤3	x	34	0,05
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)				
(1) aseptische Eingriffe	4.271	98,96	63.989	99,27
(2) bedingt aseptische Eingriffe	34	0,79	310	0,48
(3) kontaminierte Eingriffe	≤3	x	85	0,13
(4) septische Eingriffe	8	0,19	76	0,12

Antithrombotische Dauertherapie

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Antithrombotische Dauertherapie				
(0) nein	2.529	58,60	38.369	59,52
(1) ja	1.787	41,40	26.091	40,48
davon: Art der Medikation¹²				
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	104	5,82	1.862	7,14
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	861	48,18	12.596	48,28
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	821	45,94	11.636	44,60
sonstige	32	1,79	489	1,87

¹² Mehrfachnennung möglich

Voroperation

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknahe bereits vor Eingriff				
(0) nein	4.251	98,49	63.259	98,14
(1) ja	65	1,51	1.201	1,86
Vorbestehende Koxarthrose				
(0) nein	2.822	65,38	39.562	61,37
(1) ja	1.494	34,62	24.898	38,63

Frakturlokalisierung und -typ

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Frakturlokalisierung				
(1) medial	398	9,22	6.941	10,77
davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden				
(1) Abduktionsfraktur	106	26,63	2.106	30,34
(2) unverschoben	191	47,99	3.039	43,78
(3) verschoben	85	21,36	1.591	22,92
(4) komplett verschoben	16	4,02	205	2,95
(2) lateral	93	2,15	1.410	2,19
(3) pertrochantär	3.659	84,78	53.972	83,73
(9) sonstige	166	3,85	2.137	3,32

Fraktur nach ICD-Kode

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Schenkelhalsfrakturen				
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	573	13,28	9.452	14,66
davon:¹³				
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	59	10,30	999	10,57
(S72.01) Intrakapsulär	321	56,02	5.907	62,49
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	0	0,00	6	0,06
(S72.03) Subkapital	38	6,63	431	4,56
(S72.04) Mediozervikal	58	10,12	793	8,39
(S72.05) Basis	37	6,46	571	6,04
(S72.08) Sonstige Teile	72	12,57	1.077	11,39

Fraktur nach ICD-Kode

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Petrochantäre Frakturen				
(S72.1-) Petrochantäre Frakturen	3.777	87,51	55.732	86,46
davon:¹⁴				
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	2.119	56,10	34.367	61,66
(S72.11) Intertrochantär	1.751	46,36	22.664	40,67

¹³ Mehrfachnennung möglich

¹⁴ Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes				
(5-983) Reoperation	4	0,09	44	0,07
(5-986*) Minimalinvasive Technik	7	0,16	166	0,26
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	0	0,00	0	0,00
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	0	0,00	4	0,01
Operationsverfahren				
(1) DHS, Winkelplatte	273	6,33	5.529	8,58
(2) Intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)	3.817	88,44	55.034	85,38
(3) Verschraubung	167	3,87	2.729	4,23
(9) sonstige	59	1,37	1.168	1,81
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550.-				
(1) ja	996	23,08	14.122	21,91
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-				
(1) ja	≤3	x	15	0,02

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Patienten im Alter ab 65 Jahren	N = 3.794		N = 56.578	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten				
(0) nein	51	1,34	1.191	2,11
(1) ja	3.743	98,66	55.387	97,89

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Patienten im Alter ab 65 Jahren	N = 3.794		N = 56.578	
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe				
(0) nein	70	1,85	1.373	2,43
(1) ja	3.724	98,15	55.205	97,57

Allgemeine Komplikationen

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen				
(0) nein	3.839	88,95	55.569	86,21
(1) ja ¹⁵	477	11,05	8.891	13,79

Allgemeine Komplikationen

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	92	2,13	1.771	2,75
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	106	2,46	1.846	2,86
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	≤3	x	67	0,10
Lungenembolie	11	0,25	225	0,35
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	64	1,48	1.011	1,57
Schlaganfall	10	0,23	266	0,41
akute gastrointestinale Blutung	10	0,23	308	0,48
akute Niereninsuffizienz	67	1,55	1.315	2,04
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	52	1,20	1.481	2,30
davon: Demenz				
(0) nein	16	30,77	571	38,56
(1) ja	36	69,23	910	61,44
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	180	4,17	3.252	5,04

¹⁵ Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen				
(0) nein	4.235	98,12	63.037	97,79
(1) ja ¹⁶	81	1,88	1.423	2,21

Spezifische Komplikationen

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
primäre Implantatfehl- lage	≤3	x	95	0,15
sekundäre Implantatdislokation	16	0,37	228	0,35
Nachblutung/Wundhämatom	33	0,76	558	0,87
Gefäßläsion	≤3	x	21	0,03
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	≤3	x	33	0,05
Fraktur	4	0,09	76	0,12
Wunddehiszenz	5	0,12	146	0,23
sekundäre Nekrose der Wundränder	≤3	x	12	0,02
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	21	0,49	358	0,56
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)				
(0) nein	4.293	99,47	64.116	99,47
(1) ja	23	0,53	344	0,53
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)				
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	10	43,48	129	37,50
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	11	47,83	198	57,56
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	≤3	x	17	4,94
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen				
(0) = nein	32	0,74	682	1,06
(1) = ja	59	1,37	904	1,40

¹⁶ Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

	Ihr Ergebnis	Bund (gesamt)
Stationärer Aufenthalt (Tage)¹⁷		
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	4.316	64.460
Median	10,00	11,00
Mittelwert	14,25	13,53
Präoperative Verweildauer (Stunden)¹⁸		
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	4.316	64.460
Median	14,79	13,32
Mittelwert	18,34	18,26
Dauer des Eingriffs (Minuten)		
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	4.316	64.460
Median	40,00	42,00
Mittelwert	44,75	48,24
Postoperative Verweildauer (Tage)		
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	4.316	64.460
Median	10,00	10,00
Mittelwert	13,40	12,66

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

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

Entlassung

Gehfähigkeit

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Gehstrecke bei Entlassung				
(1) unbegrenzt (> 500m)	131	3,04	2.053	3,18
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	1.017	23,56	13.737	21,31
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	1.776	41,15	26.985	41,86
(4) Im Zimmer mobil	906	20,99	14.159	21,97
(5) immobil	279	6,46	4.456	6,91
Gehhilfen bei Entlassung				
(0) keine	53	1,23	787	1,22
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	1.239	28,71	18.898	29,32
(2) Rollator/Gehbock	2.406	55,75	35.289	54,75
(3) Rollstuhl	274	6,35	4.358	6,76
(4) bettlägerig	137	3,17	2.057	3,19

Entlassungsgrund

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)				
(01) Behandlung regulär beendet	2.012	46,62	34.088	52,88
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	210	4,87	1.397	2,17
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	29	0,67	108	0,17
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat	25	0,58	316	0,49

Entlassungsgrund

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	
beendet				
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	863	20,00	7.650	11,87
(07) Tod	221	5,12	3.322	5,15
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹⁹	21	0,49	325	0,50
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	269	6,23	7.659	11,88
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	610	14,13	9.174	14,23
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x	53	0,08
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	5	0,12	38	0,06
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x	9	0,01
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ²⁰	32	0,74	201	0,31
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	13	0,30	55	0,09
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²¹	0	0,00	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00	≤3	x
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x	60	0,09

Entlassungsgrund

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
Alle Patienten	N = 4.316		N = 64.460	

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

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

²¹ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV