



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 08. Juli 2022

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 2021.....	6
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021.....	7
Einleitung.....	8
Datengrundlagen.....	10
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	10
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	12
54030: Präoperative Verweildauer.....	12
Details zu den Ergebnissen.....	15
54050: Sturzprophylaxe.....	18
Details zu den Ergebnissen.....	20
54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung.....	21
Details zu den Ergebnissen.....	24
54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur.....	25
Details zu den Ergebnissen.....	27
54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur.....	29
Details zu den Ergebnissen.....	32
54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur.....	35
Details zu den Ergebnissen.....	38
Datilergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	40
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	40
850147: Angabe von ASA 5.....	40
850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation.....	42
850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen.....	44
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	46
850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	46

850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	48
Basisauswertung.....	50
Basisdokumentation.....	50
Inhouse-Sturz.....	50
Patient.....	50
Präoperative Anamnese/Befunde.....	51
Gehfähigkeit.....	51
Pflegegrad.....	52
ASA- und Wundkontaminationsklassifikation.....	52
Antithrombotische Dauertherapie.....	53
Voroperation.....	54
Frakturlokalisierung und -typ.....	54
Fraktur nach ICD-Kode.....	55
Behandlungsverlauf.....	56
Angabe von Prozeduren.....	56
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren.....	56
Allgemeine Komplikationen.....	57
Spezifische Komplikationen.....	57
Behandlungszeiten.....	59
Entlassung.....	60
Gehfähigkeit.....	60
Entlassungsgrund.....	61

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AKs) 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 des Patienten oder der Patientin liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Aufgrund des Wechsels des Verfahrens von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie sind „Überlieger“ (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2021 enthalten.
- Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung werden zudem die Ergebnisse zu den Vorjahren nicht ausgegeben.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

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/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 2021

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2021. Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung werden die Ergebnisse zu den Vorjahren nicht ausgegeben.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
54030	Präoperative Verweildauer	≤ 15,00 %	9,11 % N = 58.818	8,88 % - 9,35 %
54050	Sturzprophylaxe	≥ 90,00 %	97,54 % N = 51.296	97,40 % - 97,67 %
54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,36 (95. Perzentil)	1,09 N = 45.703	1,07 - 1,11
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 5,88 % (95. Perzentil)	1,85 % N = 58.921	1,75 % - 1,96 %
54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	≤ 2,46 (95. Perzentil)	1,08 N = 58.921	1,06 - 1,11
54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Transparenzkennzahl	1,05 N = 58.921	1,02 - 1,09

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021

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.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850147	Angabe von ASA 5	= 0,00	0,04 % 23/58.941	1,98 % 21/1.061
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	= 0,00	34,55 % 19/55	36,73 % 18/49
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	≤ 50,00 %	44,01 % 290/659	5,71 % 24/420
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,35 % 59.014/58.811	0,21 % 2/933
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,12 % 73/58.811	0,54 % 5/933

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 entfallen ca. 80 % 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 18. März 2021, in Kraft getreten am 17. Juni 2021. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 15.11.2021)

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf einer Datenquelle. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquelle:

- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen QS-Dokumentationsdaten
 - Datengrundlage nach Standort
 - Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 dar.

Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt an, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren, anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zur Sollstatistik bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollzähligkeit bei den Leistungserbringern.

Für das QS-Verfahren HGV erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht immer auch der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein.

Die Sollstatistik basiert jedoch auf dem entlassenen Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenen Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist.

Ab dem Jahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage, sowie die Vollzähligkeit in den Berichten, erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentationsdaten. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, auf der die Ihnen vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren berechnet wurde.

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	59.014	58.811	100,35
	Basisdatensatz	58.941		
	MDS	73		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		934	933	100,11
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		1.062		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		1.133		

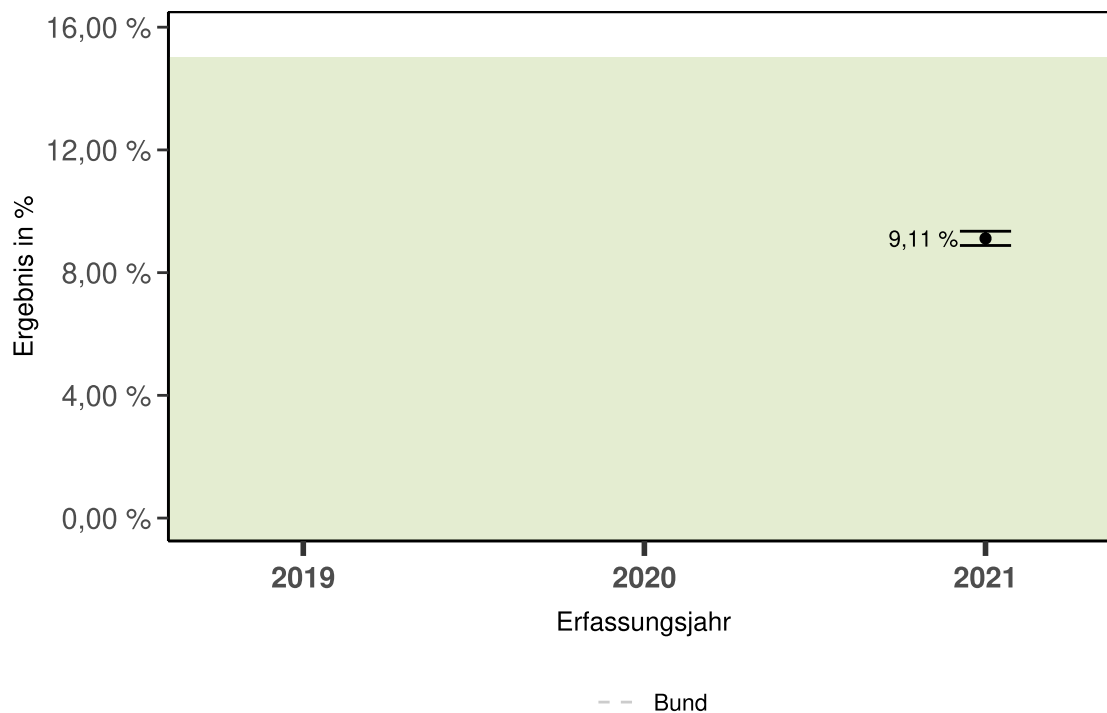
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

54030: Präoperative Verweildauer

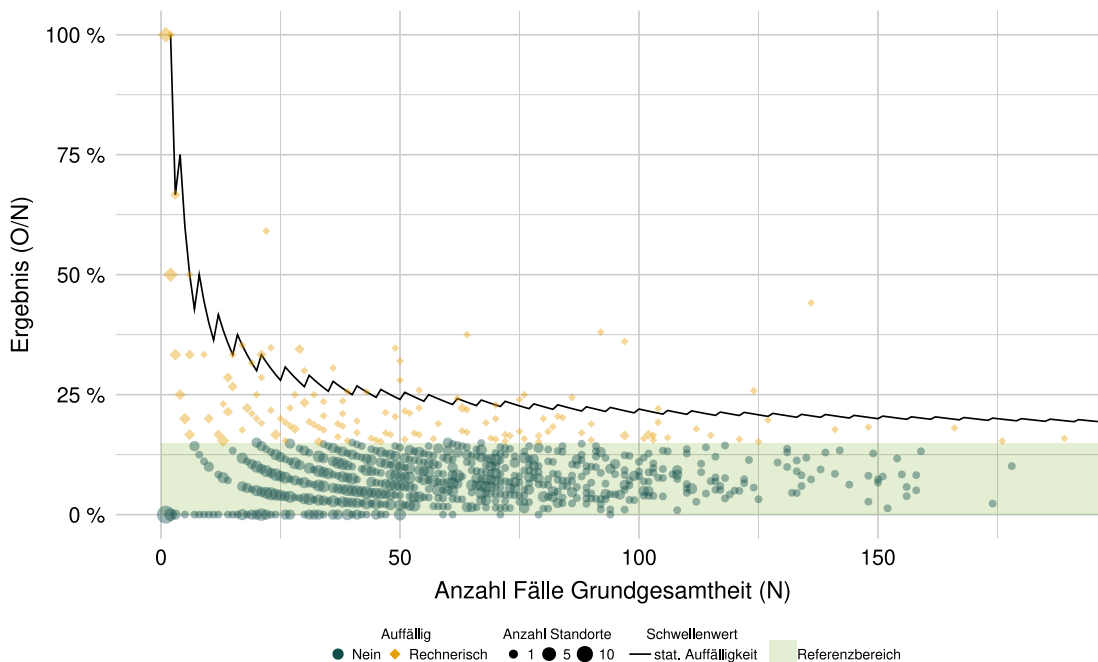
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
ID	54030
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion und Oberschenkel; ICD 10 T84.14) in 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

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 5.361 / 58.818	2019: - 2020: - 2021: 9,11 %	2019: - 2020: - 2021: 8,88 % - 9,35 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Präoperative Verweildauer > 24 Stunden oder > 48 Stunden bei Einnahme direkter bzw. neuer oraler Antikoagulantien (DOAK/NOAK)	9,11 % 5.361/58.818
1.1.1	Verteilung nach Aufnahmewochentag	
1.1.1.1	Montag bis Donnerstag	9,06 % 3.091/34.132
1.1.1.2	Freitag	9,34 % 817/8.743
1.1.1.3	Samstag	9,08 % 757/8.337
1.1.1.4	Sonntag	9,15 % 696/7.606
1.1.2	Verteilung nach gerinnungshemmender Dauertherapie	
1.1.2.1	ohne gerinnungshemmende Dauertherapie	8,69 % 3.035/34.912
1.1.2.2	mit gerinnungshemmender Dauertherapie ¹	9,73 % 2.326/23.906
1.1.2.2.1	Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	30,39 % 612/2.014
1.1.2.2.2	DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	5,37 % 530/9.865
1.1.2.2.3	Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	9,43 % 1.135/12.039
1.1.2.2.4	sonstige	18,81 % 95/505
1.1.3	Verteilung nach ASA Klassifikation	
1.1.3.1	ASA 1	3,41 % 69/2.023
1.1.3.2	ASA 2	6,77 % 1.021/15.084
1.1.3.3	ASA 3	9,56 % 3.595/37.614
1.1.3.4	ASA 4	16,47 % 671/4.074
1.1.3.5	ASA 5	21,74 % 5/23
1.1.4	Verteilung nach Pflegegrad	

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1.4.1	kein Pflegegrad	8,02 % 2.025/25.237
1.1.4.2	Pflegegrad 1	10,00 % 212/2.120
1.1.4.3	Pflegegrad 2	10,13 % 1.017/10.039
1.1.4.4	Pflegegrad 3	10,05 % 1.038/10.326
1.1.4.5	Pflegegrad 4	8,54 % 482/5.647
1.1.4.6	Pflegegrad 5	12,18 % 114/936
1.1.4.7	Information zum Pflegegrad liegt nicht vor	10,48 % 473/4.513

¹ Mehrfachnennung möglich

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Frakturereignis vor stationärer Aufnahme	98,06 % 57.674/58.818
1.2.1	verlängerte präoperative Verweildauer	8,95 % 5.161/57.674

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	Frakturereignis während des stationären Aufenthaltes	1,94 % 1.144/58.818
1.3.1	verlängerte präoperative Verweildauer	17,48 % 200/1.144

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	29,74 % 17.495/58.818	32,88 % 16.096/48.953	14,18 % 1.399/9.865
≤ 12 Stunden	48,70 % 28.647/58.818	52,93 % 25.913/48.953	27,71 % 2.734/9.865
≤ 24 Stunden	86,88 % 51.103/58.818	90,13 % 44.120/48.953	70,79 % 6.983/9.865

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)
≤ 36 Stunden	93,79 % 55.164/58.818	95,20 % 46.603/48.953	86,78 % 8.561/9.865
≤ 48 Stunden	96,51 % 56.768/58.818	96,89 % 47.433/48.953	94,63 % 9.335/9.865
> 48 Stunden	3,48 % 2.048/58.818	3,10 % 1.518/48.953	5,37 % 530/9.865

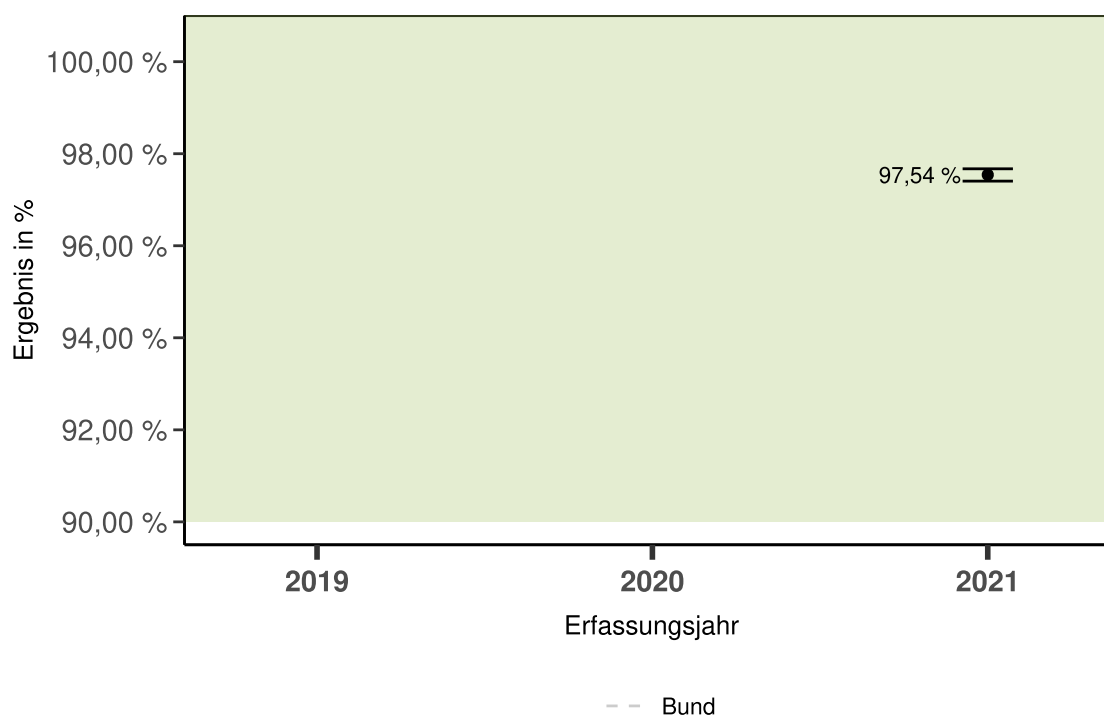
1.5 Zeit zwischen Aufnahme/Inhouse-Sturz und Operation bei medialer Schenkelhalsfraktur Ergebnis Bund (gesamt)	Garden I	Garden II	Garden III	Garden IV	Mediale Schenkelhalsfraktur gesamt
< 24 Stunden	85,64 % 1.664/1.943	86,75 % 2.527/2.913	94,29 % 1.387/1.471	97,31 % 181/186	88,42 % 5.759/6.513
24 - 48 Stunden	10,34 % 201/1.943	9,03 % 263/2.913	3,67 % 54/1.471	x % ≤3/186	8,00 % 521/6.513
> 48 Stunden	4,01 % 78/1.943	4,22 % 123/2.913	2,04 % 30/1.471	x % ≤3/186	3,58 % 233/6.513

54050: Sturzprophylaxe

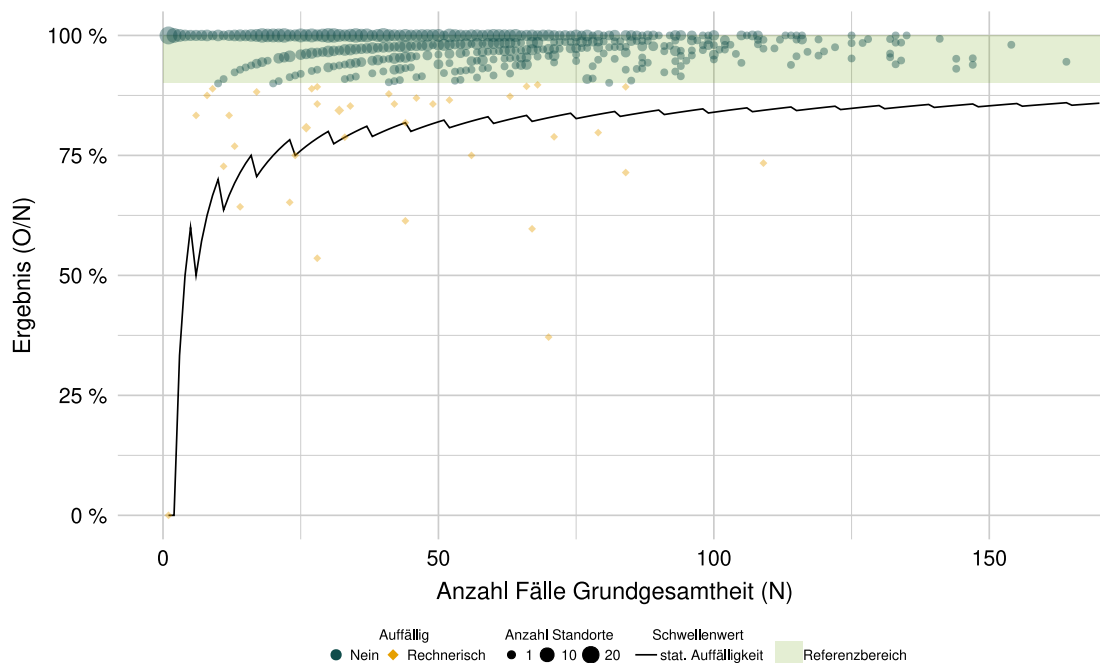
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
ID	54050
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahe Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 50.035 / 51.296	2019: - 2020: - 2021: 97,54 %	2019: - 2020: - 2021: 97,40 % - 97,67 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Sturzprophylaxe ab einem Alter von 65 Jahren ²	
2.1.1	Sturzrisikofaktoren erfasst	98,05 % 50.295/51.296
2.1.2	Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	97,87 % 50.202/51.296
2.1.3	Erfassung von Sturzrisikofaktoren und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen)	97,54 % 50.035/51.296

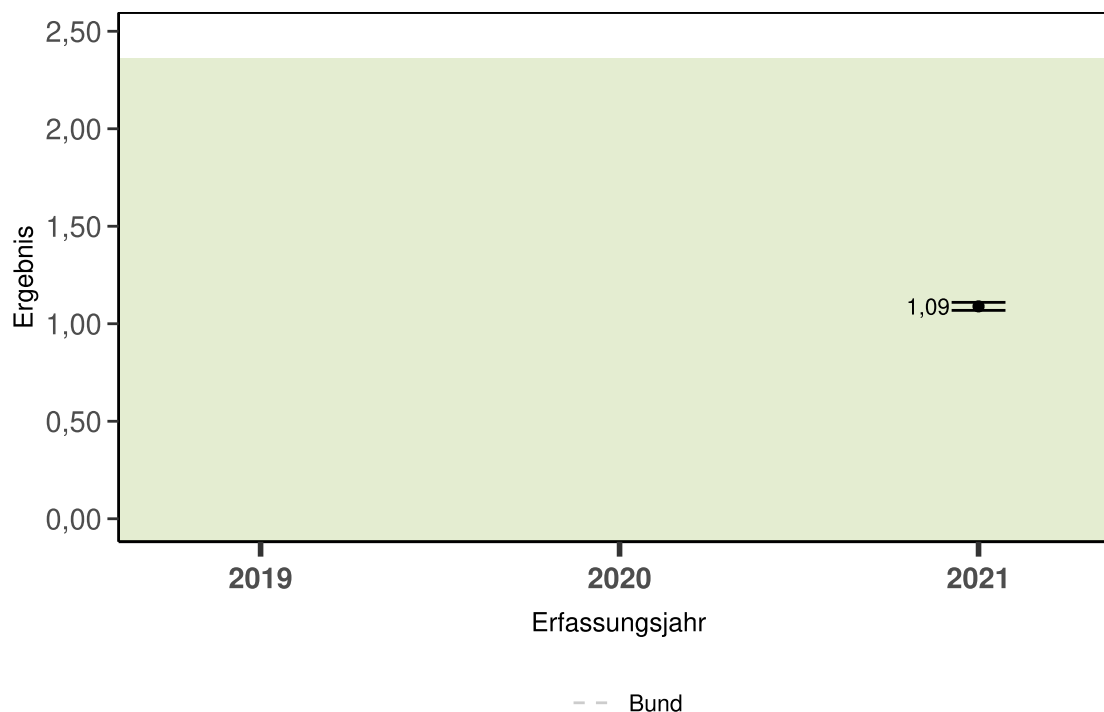
² Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

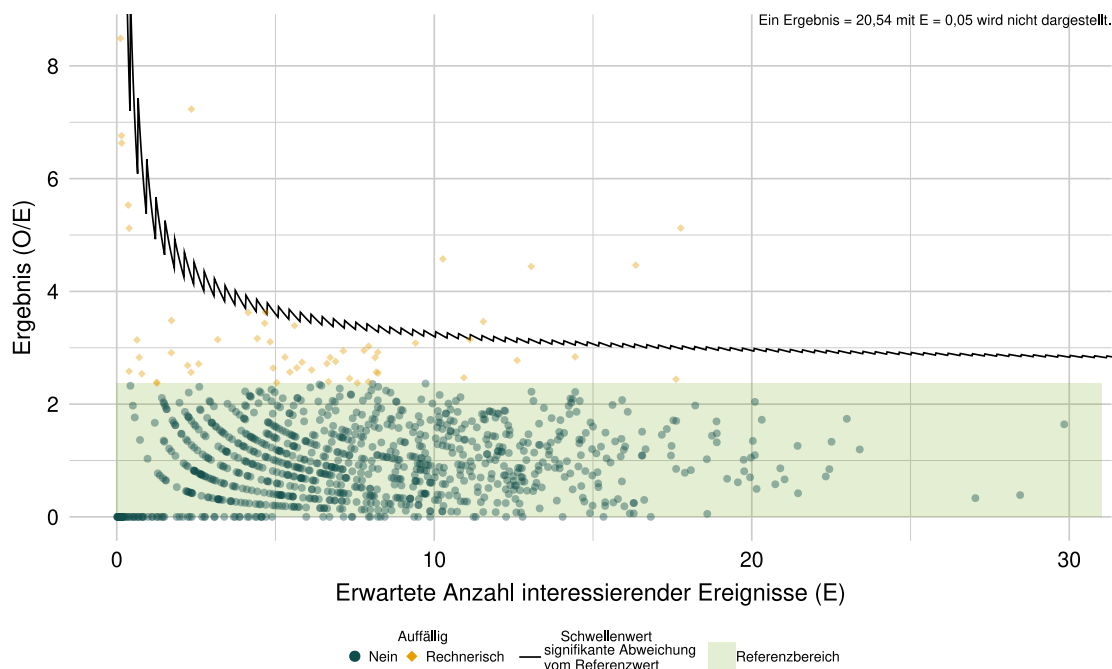
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
ID	54033
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten, 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	≤ 2,36 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

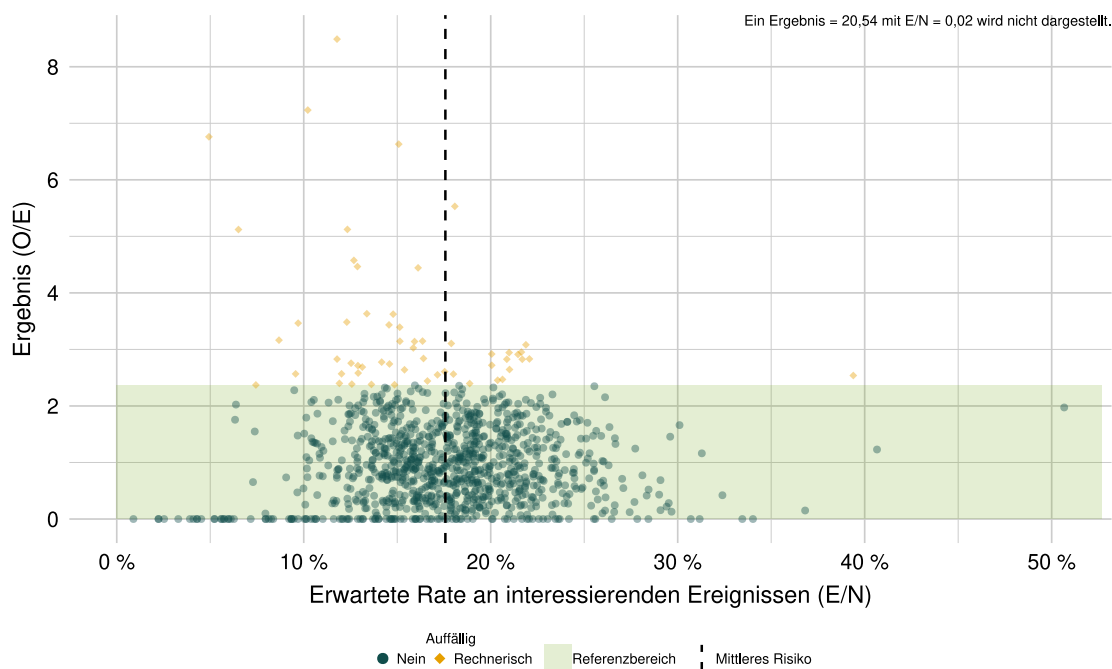
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2019: - 2020: - 2021: 45.703	2019: - / - 2020: - / - 2021: 8.748 / 8.032,18	2019: - 2020: - 2021: 1,09	2019: - 2020: - 2021: 1,07 - 1,11

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

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

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

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	Gehunfähigkeit bei Entlassung	
3.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ³	
3.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	19,14 % 8.748/45.703
3.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	17,57 % 8.032,18/45.703
3.1.1.3	O/E	1,09

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Gehunfähigkeit bei Entlassung	19,14 % 8.748/45.703
3.2.2	Verteilung nach postoperativer Verweildauer	
3.2.2.1	≤ 5 Tage	19,88 % 1.172/5.894
3.2.2.2	6-10 Tage	18,22 % 3.425/18.797
3.2.2.3	11-15 Tage	19,77 % 1.626/8.223
3.2.2.4	16-20 Tage	18,70 % 1.177/6.295
3.2.2.5	> 20 Tage	20,76 % 1.348/6.494

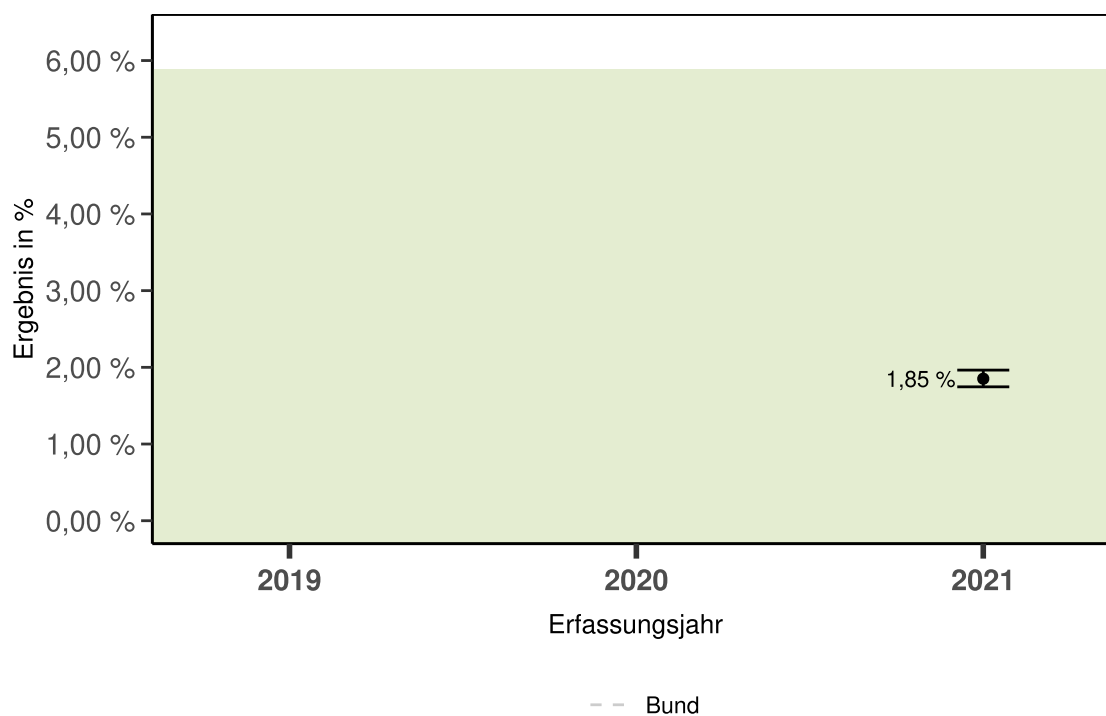
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	Gehunfähigkeit vor der Fraktur	100,00 % 10.195/10.195
3.3.1	gefähig bei Entlassung	13,73 % 1.400/10.195
3.3.2	gehunfähig bei Entlassung	86,27 % 8.795/10.195

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

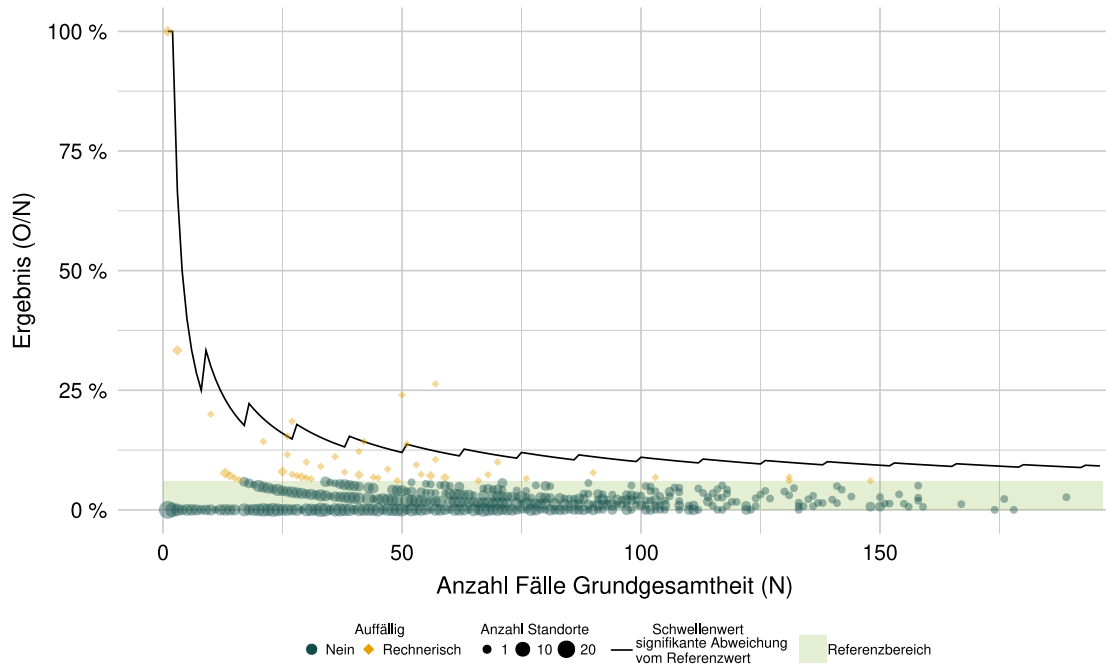
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
ID	54029
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation
Referenzbereich	≤ 5,88 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 1.091 / 58.921	2019: - 2020: - 2021: 1,85 %	2019: - 2020: - 2021: 1,75 % - 1,96 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Spezifische Komplikationen	
4.1.1	Mindestens eine spezifische Komplikation ohne sonstige Komplikationen, ungeplante Folge-OP und oberflächliche Wundinfektion	1,85 % 1.091/58.921
4.1.2	Implantatfehlage	0,18 % 104/58.921
4.1.3	Implantatdislokation	0,33 % 197/58.921
4.1.4	Wundhämatom	0,87 % 510/58.921
4.1.5	Gefäßläsion	0,03 % 20/58.921
4.1.6	Nervenschaden	0,04 % 23/58.921
4.1.7	Fraktur	0,12 % 71/58.921
4.1.8	reoperationspflichtige Wunddehiszenz	0,19 % 112/58.921
4.1.9	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	0,01 % 7/58.921
4.1.10	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen ⁴	0,59 % 345/58.921
4.1.11	Postoperative Wundinfektion	0,48 % 282/58.921
4.1.11.1	A1 (oberflächliche Wundinfektion) ⁵	35,11 % 99/282
4.1.11.2	A2 (tiefe Wundinfektion)	56,38 % 159/282
4.1.11.3	A3 (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)	8,51 % 24/282
4.1.12	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen ⁶	1,49 % 880/58.921

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	Wundhämatome/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	0,87 % 510/58.921

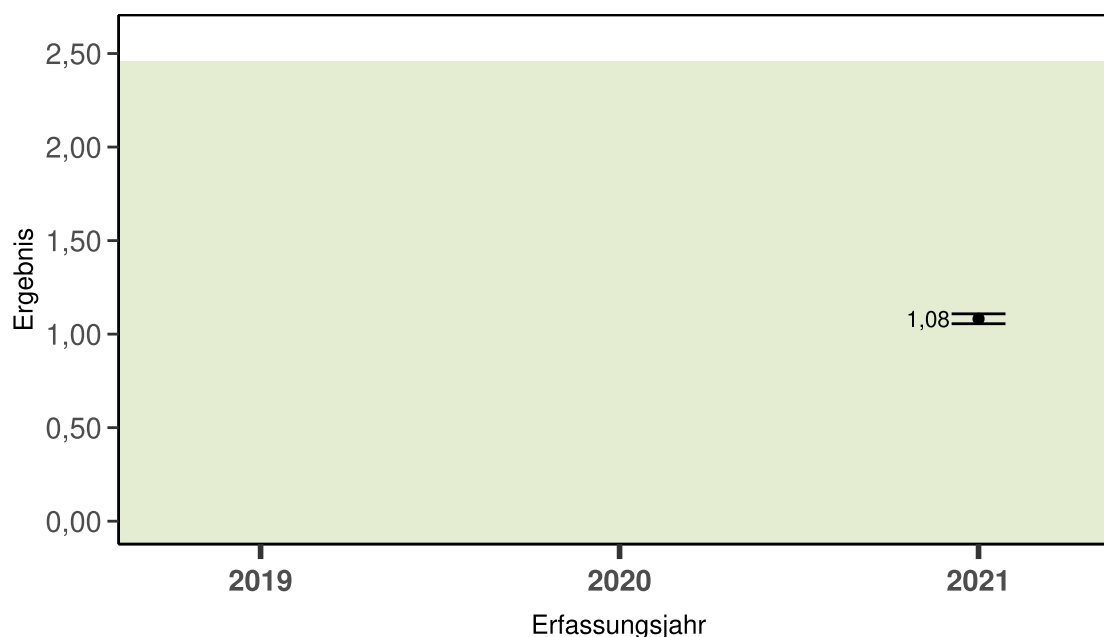
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.1	Aufnahme mit gerinnungshemmender Dauertherapie	56,08 % 286/510
4.2.1.1	Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	8,63 % 44/510
4.2.1.2	DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	29,02 % 148/510
4.2.1.3	Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol)	17,65 % 90/510
4.2.1.4	sonstige	1,37 % 7/510

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
ID	54042
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	≤ 2,46 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

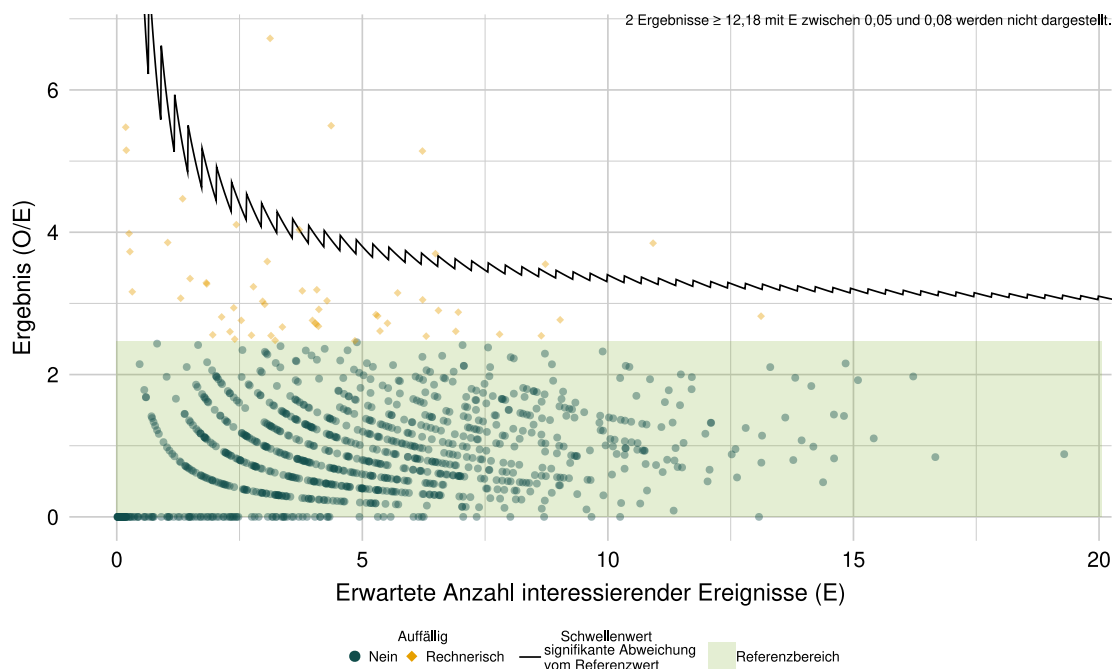
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre

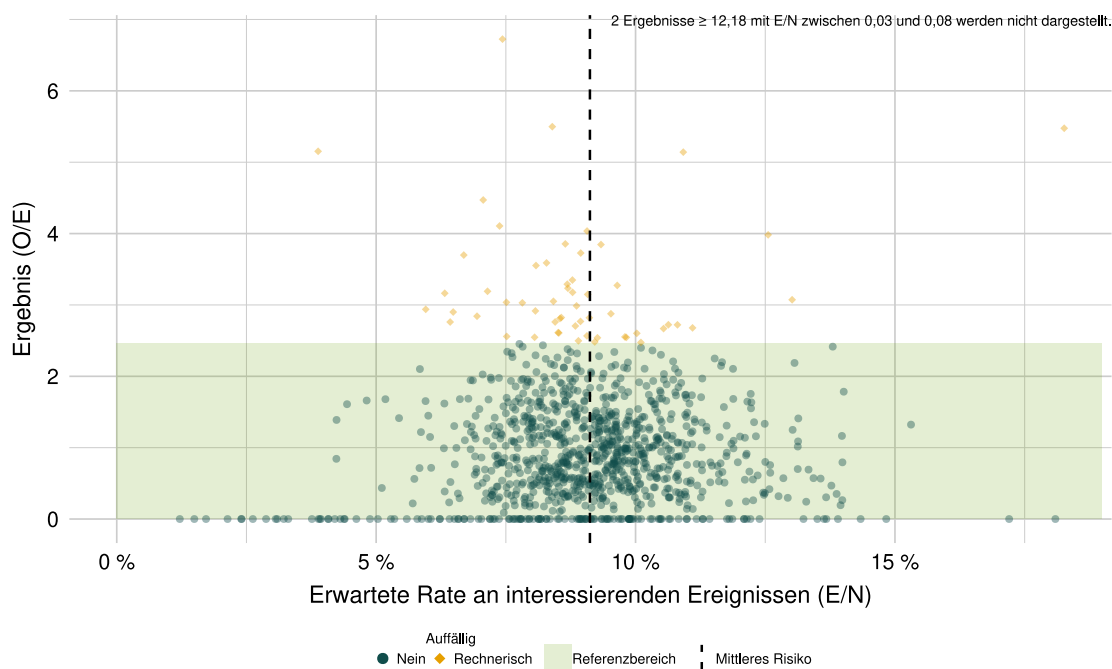


-- Bund

Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2019: - 2020: - 2021: 58.921	2019: - / - 2020: - / - 2021: 5.813 / 5.373,70	2019: - 2020: - 2021: 1,08	2019: - 2020: - 2021: 1,06 - 1,11

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

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

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

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Allgemeine postoperative Komplikationen ohne sonstige Komplikationen	
5.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei mindestens einer allgemeinen Komplikation ⁷	
5.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	9,87 % 5.813/58.921
5.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	9,12 % 5.373,70/58.921
5.1.1.3	O/E	1,08

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Allgemeine postoperative Komplikationen	
5.2.1	Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation ohne sonstige Komplikationen	9,37 % 5.518/58.921
5.2.2	Pneumonie	2,84 % 1.671/58.921
5.2.3	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	3,18 % 1.871/58.921
5.2.4	Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,14 % 80/58.921
5.2.5	Lungenembolie	0,33 % 195/58.921
5.2.6	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1,74 % 1.028/58.921
5.2.7	Schlaganfall	0,52 % 308/58.921
5.2.8	akute gastrointestinale Blutung	0,49 % 289/58.921
5.2.9	akute Niereninsuffizienz	2,09 % 1.231/58.921
5.2.10	Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,80 % 474/58.921
5.2.11	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ⁸	4,91 % 2.893/58.921

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	Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 1 - 2 (ohne sonstige Komplikation)	3,42 % 587/17.142
5.3.2	Pneumonie	0,76 % 131/17.142
5.3.3	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	0,86 % 148/17.142
5.3.4	Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,11 % 18/17.142
5.3.5	Lungenembolie	0,15 % 26/17.142
5.3.6	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	0,92 % 158/17.142
5.3.7	Schlaganfall	0,19 % 33/17.142
5.3.8	akute gastrointestinale Blutung	0,22 % 38/17.142
5.3.9	akute Niereninsuffizienz	0,71 % 121/17.142
5.3.10	Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,43 % 74/17.142
5.3.11	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ⁹	1,97 % 338/17.142

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	
5.4.1	Mindestens eine allgemeine postoperative Komplikation bei Patientinnen und Patienten mit ASA 3 - 4 (ohne sonstige Komplikation)	11,79 % 4.924/41.756
5.4.2	Pneumonie	3,68 % 1.538/41.756
5.4.3	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	4,11 % 1.718/41.756
5.4.4	Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0,15 % 62/41.756
5.4.5	Lungenembolie	0,40 % 169/41.756

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.4.6	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	2,08 % 870/41.756
5.4.7	Schlaganfall	0,66 % 275/41.756
5.4.8	akute gastrointestinale Blutung	0,60 % 250/41.756
5.4.9	akute Niereninsuffizienz	2,65 % 1.106/41.756
5.4.10	Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	0,96 % 400/41.756
5.4.11	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen ¹⁰	6,10 % 2.548/41.756

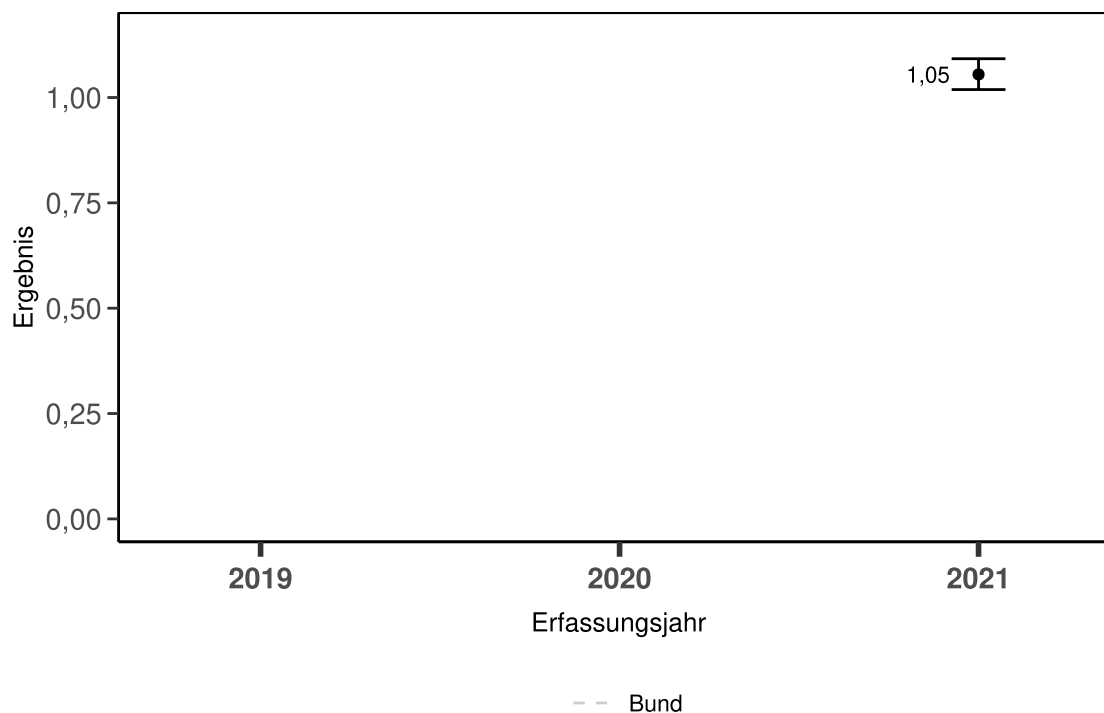
¹⁰ Wird nicht im Zähler des Qualitätsindikators eingeschlossen

54046: Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

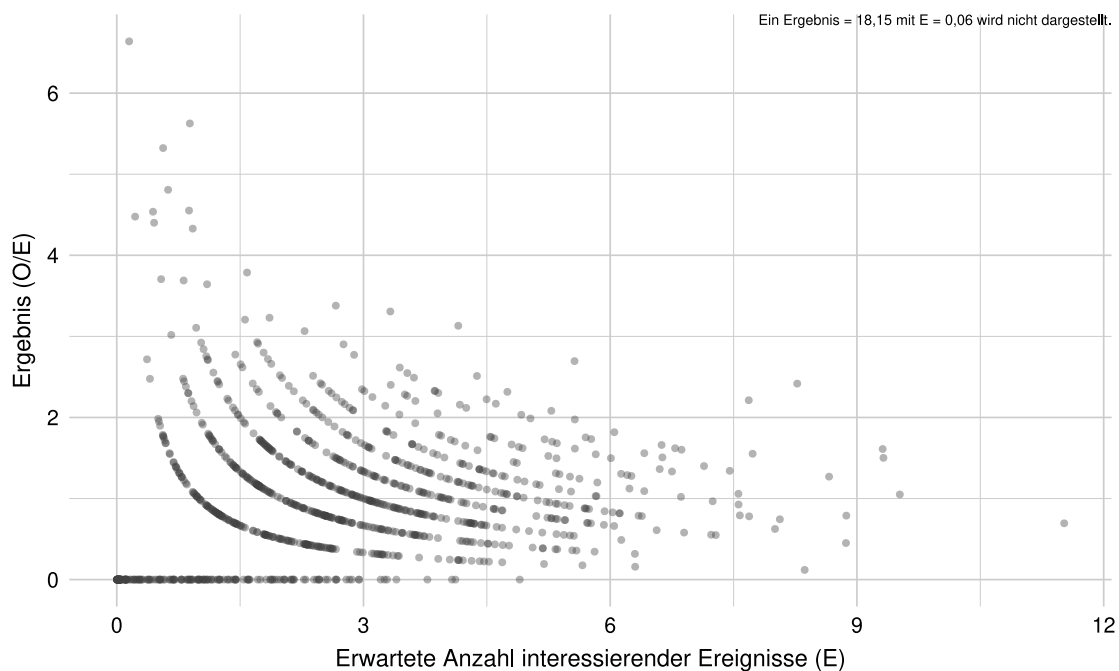
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
ID	54046
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete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

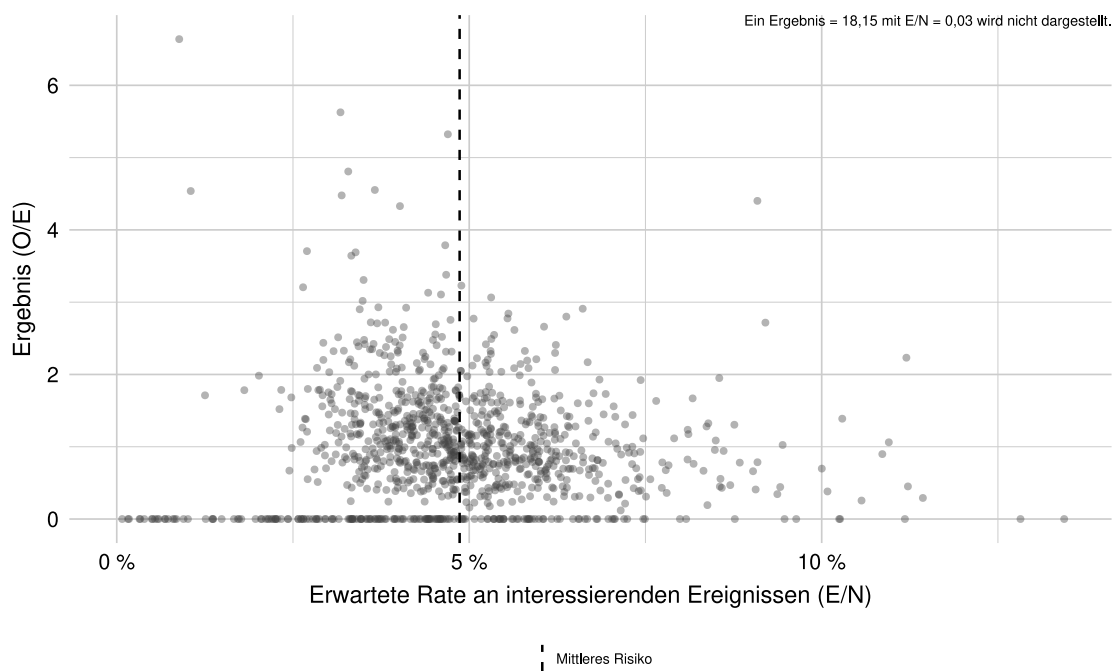
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatoregebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2019: - 2020: - 2021: 58.921	2019: - / - 2020: - / - 2021: 3.023 / 2.865,95	2019: - 2020: - 2021: 1,05	2019: - 2020: - 2021: 1,02 - 1,09

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

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

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

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Sterblichkeit	
6.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹¹	
6.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	5,13 % 3.023/58.921
6.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	4,86 % 2.865,95/58.921
6.1.1.3	O/E	1,05

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Sterblichkeit	5,13 % 3.023/58.921
6.2.1	Verteilung der Todesfälle nach ASA-Klassifikation	
6.2.1.1	ASA 1	x % ≤3/2.024
6.2.1.2	ASA 2	0,86 % 130/15.118
6.2.1.3	ASA 3	5,46 % 2.056/37.677
6.2.1.4	ASA 4	20,13 % 821/4.079
6.2.1.5	ASA 5	60,87 % 14/23
6.2.2	Verteilung der Todesfälle nach Pflegebedarfsgraden	
6.2.2.1	Pflegegrad 0	2,43 % 615/25.282
6.2.2.2	Pflegegrad 1	5,73 % 122/2.130
6.2.2.3	Pflegegrad 2	6,27 % 630/10.051
6.2.2.4	Pflegegrad 3	7,98 % 825/10.341
6.2.2.5	Pflegegrad 4	6,88 % 389/5.657
6.2.2.5	Pflegegrad 5	8,23 % 77/936

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2.2.6	Information zum Pflegegrad ist dem Krankenhaus nicht bekannt	8,07 % 365/4.524

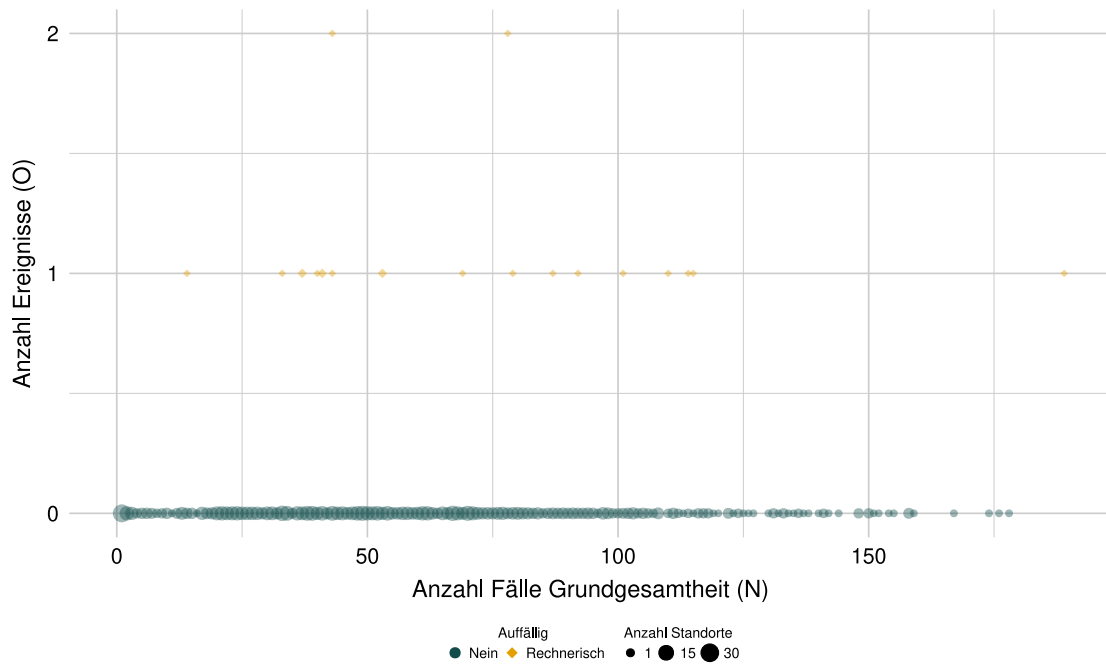
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850147: Angabe von ASA 5

ID	850147
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	= 0,00
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



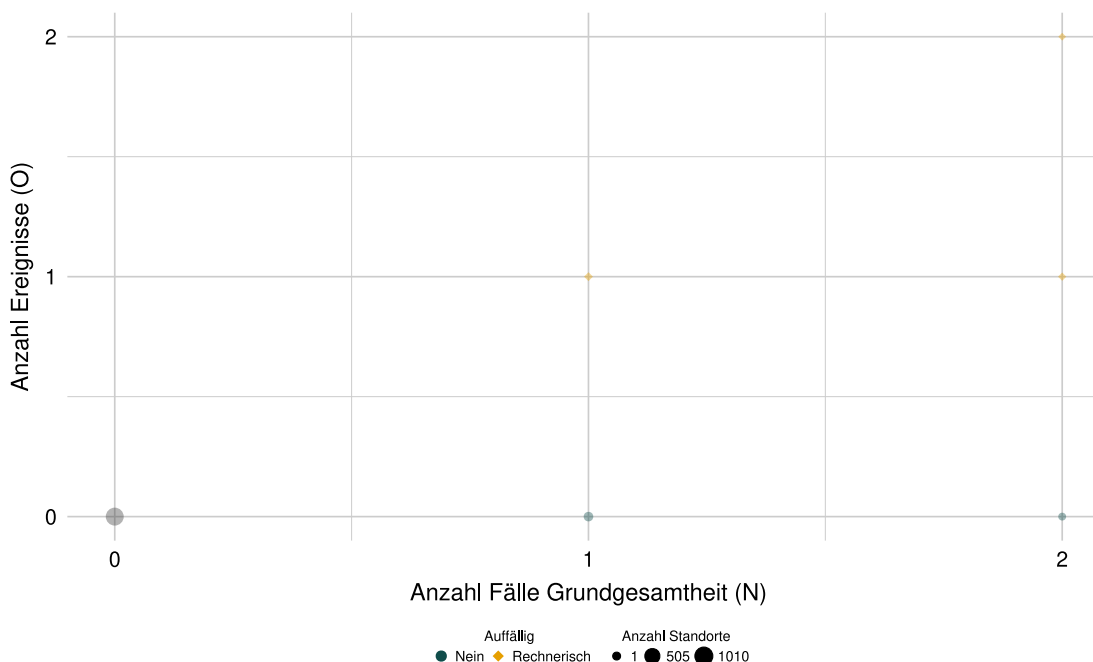
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	23 / 58.941	0,04 %	1,98 % 21/1.061

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

ID	850148
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	= 0,00
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



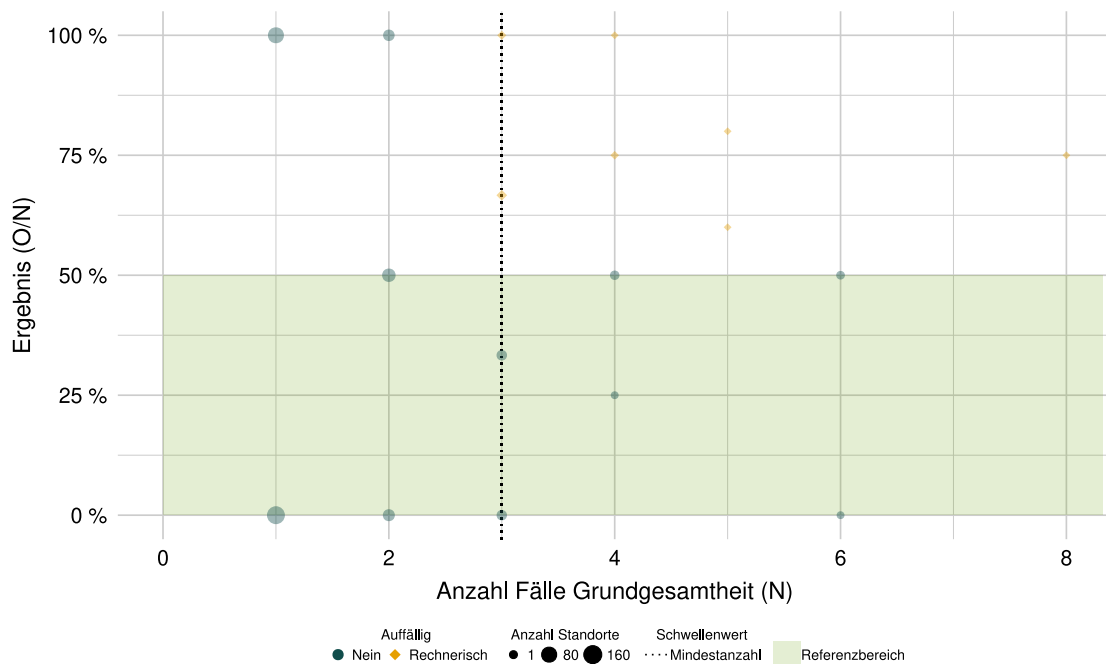
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	19 / 55	34,55 %	36,73 % 18/49

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

ID	850149
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 hüftgelenknahe Femurfraktur
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit einer hüftgelenknahe 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

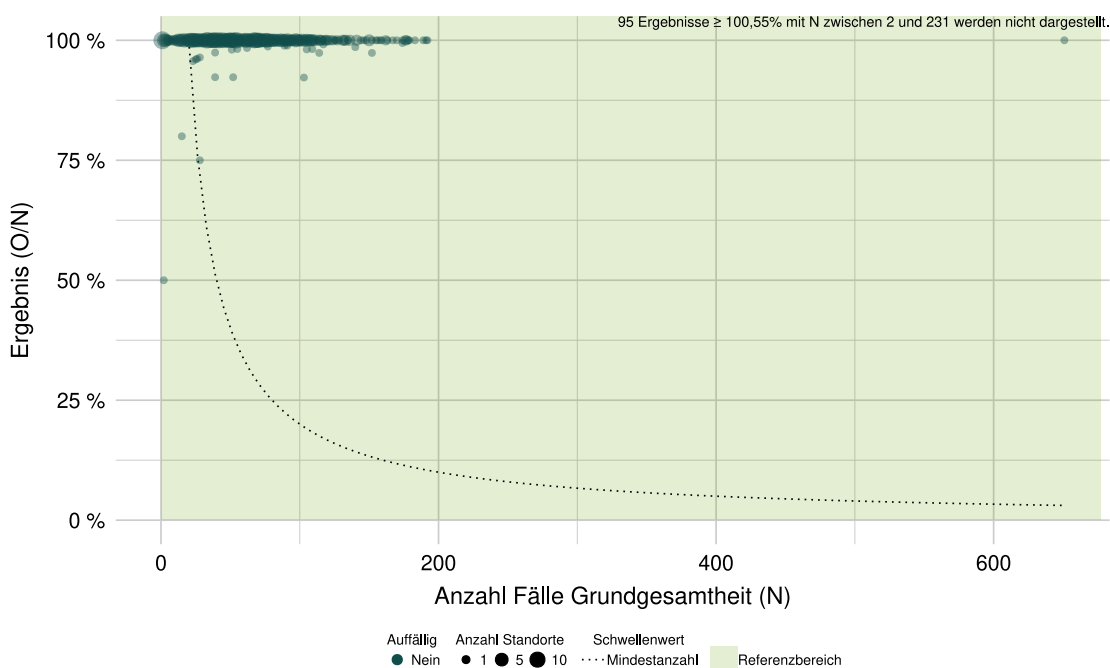
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	290 / 659	44,01 %	5,71 % 24/420

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



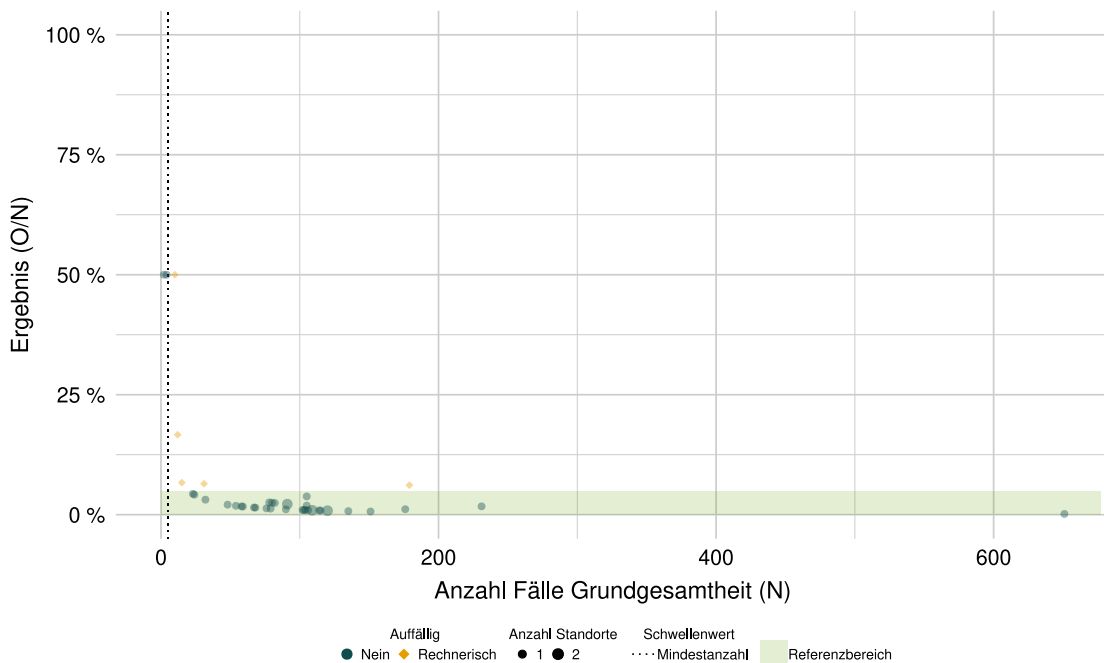
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	59.014 / 58.811	100,35 %	0,21 % 2/933

850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850368
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>
Grundgesamtheit	Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Das Krankenhaus 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

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	73 / 58.811	0,12 %	0,54 % 5/933

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Quartal des Aufnahmetages		
1. Quartal	15.333	26,01
2. Quartal	14.400	24,43
3. Quartal	15.165	25,73
4. Quartal	14.043	23,83
Gesamt	58.941	100,00

Inhouse-Sturz

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		
(0) nein	57.796	98,06
(1) ja	1.145	1,94

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	1.287	2,18
50 - 59 Jahre	3.373	5,72
60 - 69 Jahre	6.383	10,83
70 - 79 Jahre	10.473	17,77
80 - 89 Jahre	24.960	42,35
≥ 90 Jahre	12.465	21,15

Bund (gesamt)	
Durchschnittsalter (Jahre)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	58.941
Mittelwert	79,93

Bund (gesamt)		n	%
Alle Patienten		N = 58.941	
Geschlecht			
(1) männlich	19.608	33,27	
(2) weiblich	39.331	66,73	
(3) divers	0	0,00	
(8) unbestimmt	≤3	x	

Präoperative Anamnese/Befunde

Gehfähigkeit

Bund (gesamt)		n	%
Alle Patienten		N = 58.941	
Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)			
(1) unbegrenzt (> 500m)	17.152	29,10	
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	15.693	26,62	
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	15.088	25,60	
(4) im Zimmer mobil	8.779	14,89	
(5) immobil	2.229	3,78	
verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)			
(0) keine	24.736	41,97	
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	6.831	11,59	
(2) Rollator/Gehbock	23.802	40,38	
(3) Rollstuhl	2.626	4,46	
(4) bettlägerig	946	1,60	

Pflegegrad

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Pflegegrad bei Aufnahme		
(0) nein, liegt nicht vor	25.292	42,91
(1) ja, Pflegegrad 1	2.130	3,61
(2) ja, Pflegegrad 2	10.055	17,06
(3) ja, Pflegegrad 3	10.343	17,55
(4) ja, Pflegegrad 4	5.657	9,60
(5) ja, Pflegegrad 5	936	1,59
(9) Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	4.528	7,68
Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt (gemäß OPS 9-984.b)		
(0) nein	55.072	93,44
(1) ja	3.869	6,56

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	2.025	3,44
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	15.122	25,66
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	37.691	63,95
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	4.080	6,92
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	23	0,04

ASA- und Wundkontaminationsklassifikation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)		
(1) aseptische Eingriffe	58.552	99,34
(2) bedingt aseptische Eingriffe	258	0,44
(3) kontaminierte Eingriffe	67	0,11
(4) septische Eingriffe	64	0,11

Antithrombotische Dauertherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Antithrombotische Dauertherapie		
(0) nein	34.990	59,36
(1) ja	23.951	40,64
davon: Art der Medikation¹²		
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	2.020	8,43
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)	12.060	50,35
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	9.879	41,25
sonstige	509	2,13

¹² Mehrfachnennung möglich

Voroperation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah bereits vor Eingriff		
(0) nein	57.678	97,86
(1) ja	1.263	2,14
Vorbestehende Koxarthrose		
(0) nein	36.590	62,08
(1) ja	22.351	37,92

Frakturlokalisierung und -typ

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Frakturlokalisierung		
(1) medial	6.523	11,07
davon: Frakturtyp - Einteilung nach Garden		
(1) Abduktionsfraktur	1.944	29,80
(2) unverschoben	2.917	44,72
(3) verschoben	1.474	22,60
(4) komplett verschoben	188	2,88
(2) lateral	1.481	2,51
(3) pertrochantär	48.828	82,84
(9) sonstige	2.109	3,58

Fraktur nach ICD-Kode

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Schenkelhalsfrakturen		
(S72.0-) Schenkelhalsfrakturen gesamt	8.972	15,22
davon:¹³		
(S72.00) Teil nicht näher bezeichnet	820	9,14
(S72.01) Intrakapsulär	5.515	61,47
(S72.02) (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung	6	0,07
(S72.03) Subkapital	438	4,88
(S72.04) Mediozervikal	750	8,36
(S72.05) Basis	811	9,04
(S72.08) Sonstige Teile	927	10,33
Petrochantäre Frakturen		
(S72.1-) Petrochantäre Frakturen	50.629	85,90
davon:¹⁴		
(S72.10) Trochantär, nicht näher bezeichnet	31.269	61,76
(S72.11) Intertrochantär	20.470	40,43

¹³ Mehrfachnennung möglich

¹⁴ Mehrfachnennung möglich

Behandlungsverlauf

Angabe von Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Angabe zusätzlicher OPS-Codes		
(5-983) Reoperation	38	0,06
(5-986*) Minimalinvasive Technik	152	0,26
(5-987) Anwendung eines OP-Roboters	0	0,00
(5-988) Anwendung eines Navigationssystems	15	0,03
Operationsverfahren		
(1) DHS, Winkelplatte	5.482	9,30
(2) Intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)	49.645	84,23
(3) Verschraubung	2.675	4,54
(9) sonstige	1.139	1,93
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550.-		
(1) ja	12.886	21,86
Versorgung bei Polytrauma gemäß OPS 5-982.-		
(1) ja	20	0,03

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten im Alter ab 65 Jahren	N = 51.359	
systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten		
(0) nein	1.001	1,95
(1) ja	50.358	98,05
multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe		
(0) nein	1.140	2,22
(1) ja	50.219	97,78

Allgemeine Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	50.705	86,03
(1) ja ¹⁵	8.236	13,97
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)	1.672	2,84
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1.871	3,17
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	80	0,14
Lungenembolie	195	0,33
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)	1.028	1,74
Schlaganfall	308	0,52
akute gastrointestinale Blutung	289	0,49
akute Niereninsuffizienz	1.231	2,09
Delir, akute delirante Symptomatik (gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf)	1.251	2,12
davon: Demenz		
(0) nein	475	37,97
(1) ja	776	62,03
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	2.894	4,91

¹⁵ Mehrfachnennung möglich

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		
(0) nein	57.633	97,78
(1) ja ¹⁶	1.308	2,22

Spezifische Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
primäre Implantatfehlage	104	0,18
sekundäre Implantatdislokation	197	0,33
Nachblutung/Wundhämatom	510	0,87
Gefäßläsion	20	0,03
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	23	0,04
Fraktur	71	0,12
Wunddehiszenz	112	0,19
sekundäre Nekrose der Wundränder	7	0,01
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	345	0,59
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)		
(0) nein	58.659	99,52
(1) ja	282	0,48
davon: Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)		
(1) A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion	99	35,11
(2) A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	159	56,38
(3) A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	24	8,51
ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		
(0) = nein	553	0,94
(1) = ja	880	1,49

¹⁶ Mehrfachnennung möglich

Behandlungszeiten

Bund (gesamt)	
Stationärer Aufenthalt (Tage)¹⁷	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	58.941
Median	10,00
Mittelwert	12,92
Präoperative Verweildauer (Stunden)¹⁸	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	58.939
Median	12,58
Mittelwert	17,47
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	58.941
Median	43,00
Mittelwert	49,50
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	58.941
Median	10,00
Mittelwert	12,10

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

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

Entlassung

Gehfähigkeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Gehstrecke bei Entlassung		
(1) unbegrenzt (> 500m)	1.667	2,83
(2) Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	11.416	19,37
(3) Gehen am Stück bis 50m möglich	25.545	43,34
(4) Im Zimmer mobil	13.359	22,67
(5) immobil	4.156	7,05
Gehhilfen bei Entlassung		
(0) keine	757	1,28
(1) Unterarmgehstützen/Gehstock	17.445	29,60
(2) Rollator/Gehbock	31.981	54,26
(3) Rollstuhl	4.182	7,10
(4) bettlägerig	1.774	3,01

Entlassungsgrund

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 58.941	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	29.533	50,11
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.275	2,16
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	74	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	205	0,35
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	7.355	12,48
(07) Tod	3.023	5,13
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹⁹	293	0,50
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	8.657	14,69
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	8.192	13,90
(11) Entlassung in ein Hospiz	35	0,06
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	43	0,07
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	13	0,02
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	11	0,02
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ²⁰	201	0,34
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	29	0,05
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²¹	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	≤3	x

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