



Jahresbericht 2025

www.auc-online.de

AltersTraumaRegister DGU®

Allgemeiner Jahresbericht

Jahresbericht 2025 - AltersTraumaRegister DGU®

für den Zeitraum bis Ende 2024

September 2025

Impressum

Herausgeber:

Dr.-Ing. Christine Höfer
AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH
Register und Forschungscoordination
Emil-Riedel-Straße 5
80538 München
<http://www.alterstraumazentrum-dgu.de>
E-Mail: support@auc-online.de
Telefon: +49 89 540481-220

Für die Mitarbeit der Erstellung dieses Jahresberichtes möchten wir besonders danken:

Bereich Register und Forschungscoordination der AUC: H. Schmidt und S. Bartha

Sektion Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).
(Leiter: Prof. Dr. C. Neuerburg, Stellvertretender Leiter: Prof. Dr. C. Schöneberg)

Besonderen Dank für die Erstellung der Texte geht an den Arbeitskreis AltersTraumaRegister der Sektion Alterstraumatologie der DGU.

Jede Veröffentlichung oder sonstige publizistische Weiterverarbeitung von Daten aus dem AltersTraumaRegister DGU® bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Sektion Alterstraumatologie der DGU mittels eines Antrags an die AUC (E-Mail: support@auc-online.de).

Von der Genehmigung ausgenommen sind Veröffentlichungen von Daten aus der eigenen Klinik. Auch können Daten aus diesem Jahresbericht ohne weitere Anzeigepflicht, aber unter Verweis auf die Herkunft der Daten, genutzt werden (Zitierweise: „Sektion Alterstraumatologie der DGU & AUC (2025). Jahresbericht 2025 AltersTraumaRegister DGU®.“).

Für wissenschaftliche Publikationen mit Daten aus dem AltersTraumaRegister DGU® gilt die Publikationsrichtlinie des AltersTraumaRegister DGU®. Der Begriff **AltersTraumaRegister DGU®** ist geschützt.

Inhalt

	Seite
Vorwort	4
1 AltersTraumaZentrum DGU®	6
2 AltersTraumaRegister DGU®	7
2.1 Hintergrund	7
2.2 Organisation	7
2.3 Entwicklung	8
3 Die Daten des AltersTraumaRegisters DGU®	9
3.1 Erläuterung der Werte	9
3.2 Fallzahlen und Patientencharakteristika	9
3.3 Prä-OP	16
3.4 OP	19
3.5 Erste post-OP-Woche	28
3.6 Entlassung / Verlegung	33
3.7 Follow-Up 120 Tage post-OP	36
4 Publikationen aus dem AltersTraumaRegister DGU®	43
4.1 Publikationen	43
4.2 Abstracts in 2024	45
5 Literaturverzeichnis	48
6 Tabellenverzeichnis	51
7 Abbildungsverzeichnis	52
8 Abkürzungsverzeichnis	53

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen den 9. Jahresbericht des AltersTraumaRegister DGU® (ATR-DGU) präsentieren zu können. In dieser Ausgabe sind die gesammelten Daten bis einschließlich dem Behandlungsjahr 2024 dargestellt. Die teilnehmenden Kliniken sind zertifizierte AltersTraumaZentren nach dem Verfahren der Deutschen Gesellschaft der Unfallchirurgie® (DGU).

Im Jahr 2024 haben 171 Kliniken aus Deutschland (163), Österreich (2), der Schweiz (5) und Luxemburg (1) insgesamt über 19.500 Fälle zum ATR-DGU beigetragen. Rund 42 % dieser Kliniken haben in 2024 auf freiwilliger Basis bei mindestens einem Patienten Informationen zum Follow-Up hinterlegt. In 2024 wurden über 4.000 Fälle mit Follow-Up fristgerecht abgeschlossen, sodass sie in die vorliegende Auswertung einfließen konnten. Leider ist festzustellen, dass die Quote der Fälle mit Follow-Up im Vergleich zu 2023 um 2 % weiter gesunken ist. Gerade das 120-Tage-Outcome ist für die wissenschaftliche Auswertung der wertvollen Daten aus dem stationären Aufenthalt von besonderer Bedeutung. Daher bitten wir Sie, trotz der Herausforderungen zur Einholung des Follow-Ups, Ihre Bemühungen dahingehend aufrecht zu halten.

Im Register können Sie nun jederzeit die Vollständigkeit der individuellen Falldokumentation sehen. Mit dieser neuen Funktion möchten wir Ihnen ermöglichen, die Qualität Ihrer Datenbasis für den Vergleich mit dem Gesamtregister stets im Blick zu behalten. 75 % der seit Einführung dieser Neuerung eingetragenen Fälle weisen eine Vollständigkeit von mindestens 93 % auf, der Mittelwert beträgt 94 % und entspricht damit einer moderaten Vollständigkeitsquote. Ab einer Vollständigkeit von über 95 % ist diese als sehr gut einzustufen.

Nur über eine vollständige und qualitativ hochwertige Registerdokumentation kann die maßgebende Qualität unserer AlterstraumaZentren DGU® (ATZ) auch im aktuell turbulenten gesundheitspolitischen Kontext belegt werden. Demzufolge soll zukünftig für die Rezertifizierungen und bei den Vor-Ort-Audits einer engagierten Registerarbeit vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Für eine erfolgreiche Rezertifizierung ist die Registereingabe von 80 % der operativ behandelten Fälle mit einer sehr guten Ausfüllquote anzustreben.

Die standardisierte Erfassung geriatrischer Hüftfrakturpatienten im ATR-DGU bietet eine wichtige Chance, die Qualität der interdisziplinären Patientenversorgung nachhaltig zu verbessern. Mit > 94.000 interdisziplinär behandelten Hüftfraktur-Datensätzen konnten seit dem Regelbetrieb des Registers ab dem Jahr 2016 inzwischen bereits 23 Publikationen in international anerkannten Zieljournals veröffentlicht und somit wichtige Informationen zur Versorgung von Hüftfrakturpatienten gewonnen werden.

Im Hinblick auf die Entwicklungen der letzten Jahre wurde unter anderem deutlich, dass der geriatrische Erstkontakt immer früher stattfindet. Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Anteil der Patienten, bei denen die geriatrische Mitbehandlung bereits vor der Operation erfolgte, um 4 % (siehe Kapitel 3.5.4), von 2022 auf 2023 betrug der Anstieg 2 %. Zudem konnte die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GfK) im Jahr 2024 häufiger umgesetzt werden (64 % in 2024 vs. 59 % in 2023 vs. 54 % in 2022) (siehe Kapitel 3.6.5).

Wir möchten gerne alle Interessierten aus den teilnehmenden Kliniken auffordern, die wertvollen Datensätze auch weiterhin für wissenschaftliche und klinikinterne Auswertungen zu nutzen. Auf der Website der AUC - Akademie der Unfallchirurgie (www.auc-online.de) finden Sie Information zum Prozess. Die Abstracts der aus dem ATR-DGU gewonnenen Publikationen zwischen Juni 2024 und Mai 2025 sind am Ende dieses vorliegenden Jahresberichts aufgenommen.

Wir hoffen, Ihnen mit diesem Jahresbericht wieder ein gutes Instrument für Ihre Qualitätssicherung an die Hand zu geben. Unser herzlicher Dank gilt Ihnen allen für Ihr herausragendes Engagement!

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen und Anregungen für Ihre Arbeit in Ihrem AltersTraumaZentrum DGU®.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Prof. Dr. C. Neuerburg



Dr. T. Friess



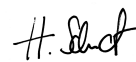
Dr. C. Höfer



Prof. Dr. C. Schöneberg



Prof. Dr. M. Knobe



H. Schmidt

1 AltersTraumaZentrum DGU®

Bei circa 700.000 osteoporoseassoziierten Frakturen pro Jahr in Deutschland machen geriatrische Patienten aktuell über die Hälfte des unfallchirurgischen Krankenguts in einer Akutklinik aus. Unter allen in Deutschland stationär behandelten Patienten zählt die coxale Femurfraktur als Indikatorfraktur zu den zehn häufigsten Hauptdiagnosen. Eine Analyse aller stationär in Deutschland 2019 behandelten Frakturen (*Rupp et al.*, Dtsch Ärztebl, 2021) ergab eine Inzidenz der Schenkelhalsfrakturen von 120,2/100.000 und der pertrochantären Femurfrakturen von 108,7/100.000. Im Vergleich zu 2009 entwickelte sich bis 2019 eine Zunahme der Schenkelhalsfrakturen um 23 %, bei den pertrochantären Frakturen um 24 %. Die Untersuchung basiert auf Krankenkassendaten und analysiert die Inzidenz aufgrund der Frakturen der S-Klassifikation (für Frakturen). Die zunehmende sozioökonomische Relevanz der Alterstraumatologie wird mit diesen Zahlen evident.

Zusammenhänge typischer geriatrischer Frakturen mit Osteoporose, Sarkopenie und anderen altersassoziierten Vorerkrankungen machen die Versorgung alterstraumatologischer Patienten zu einer Herausforderung für alle beteiligten Berufsgruppen. Mit 1-Jahres-Mortalitätsraten von bis zu 30% und hohen Institutionalisierungsraten nach stattgehabter Fraktur stehen die coxalen Femurfrakturen als Surrogatparameter für eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes, für einen Einbruch im Aktivitätsniveau des täglichen Lebens und für eine weitere Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie widmet sich in der Sektion Alterstraumatologie seit 2004 intensiv dieser Thematik. Über die Befassung mit Osteosynthesetechniken bei osteoporoseassoziierten Frakturereignissen hinaus, liegt der Schwerpunkt auf notwendigen interdisziplinären und multiprofessionellen Therapieansätzen.

Hier kommt der umfassenden Betreuung und Versorgung von Patienten mit einer Fragilitätsfraktur eine besondere Bedeutung zu, sowohl multiprofessionell als auch interdisziplinär. Durch eine frühe geriatrische Mitbehandlung alterstraumatologischer Patienten können eine Senkung der postoperativen Mortalität und die Reduktion perioperativer Komplikationen bewirkt und mit einer frühzeitig beginnenden, altersangepassten Rehabilitation das zu erwartende Mobilitätsniveau und damit auch die Aktivitäten des täglichen Lebens positiv beeinflusst werden. Es liegen mittlerweile eine Reihe von Studien vor, die einen oder mehrere dieser Endpunkte untersuchten. Eine herausragende Stellung nimmt dabei eine randomisiert-kontrollierte Studie aus Norwegen ein. Hier fanden sich vier Monate nach Hüftfraktur bessere körperliche Funktionsparameter in dem Behandlungssarm, der eine umfassende geriatrische Betreuung vorsah (*Prestmo et al.*, Lancet, 2015).

Vor diesem Hintergrund begleitet die Sektion Alterstraumatologie der DGU initiativ die Idee der sich seit 2007 konstituierenden, interdisziplinären Zentren für Alterstraumatologie. Nach einer Pilotphase werden seit Beginn 2014 auf Grundlage eines mit den geriatrischen Fachgesellschaften konsentierten Kriterienkatalogs AltersTraumaZentren DGU® durch ein akkreditiertes Zertifizierungsunternehmen mit ausgewählten Systemauditoren und Fachexperten auditiert und zertifiziert. Die Dynamik des Verfahrens mit den zur Zeit 179 zertifizierten Zentren (Stand März 2025) und weiteren 45 in Vorbereitung spiegelt sich auch in der inhaltlichen Weiterentwicklung der Zentrumsarbeit und den 2017/18 begonnenen Rezertifizierungen wider. Die Überarbeitung des Kriterienkataloges in 2021 als Grundlage für die Zertifizierung der AlterstraumaZentren DGU® berücksichtigt die G-BA Richtlinie zu Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur vollumfänglich. Die Teilnahme am AltersTraumaRegister DGU® als wichtigem Beleg für die Qualität unserer Arbeit ist seit 2016 für alle zertifizierten Zentren verpflichtend.

2 AltersTraumaRegister DGU®

Ein wichtiger Bestandteil des Zertifizierungsverfahrens ist die Qualitätssicherung. Zur Messung der Behandlungsqualität in den zertifizierten Zentren für Alterstraumatologie ist die systematische Erfassung von Qualitätskennzahlen essenziell. Diese Kennzahlen werden verpflichtend von allen zertifizierten Kliniken im AltersTraumaRegister DGU® (ATR-DGU) für Patienten ab 70 Jahren mit hüftgelenknahen Femurfrakturen und Implantat-assoziierten Frakturen des Femurs erfasst. Mit dem Register wird damit die Grundlage für eine alterstraumatologische Versorgungsforschung gelegt. Erweiterungen des Registers auf andere Frakturen oder spezielle Fragestellungen sind perspektivisch beispielsweise für multizentrische Forschungsprojekte möglich ebenso wie internationale Vergleiche der Daten.

2.1 Hintergrund

Qualitätssicherung erhält im Gesundheitswesen einen immer größeren Stellenwert. Versorgungsforschungsregister können ein Instrument zur Qualitätssicherung sein. Dazu werden Indikatoren erhoben, die indirekt oder direkt mit der Qualität der Versorgung verbunden sind (*Müller et al.*, Gesundheitswesen, 2010). In einem Patientenregister werden Daten im Sinne einer prospektiven Beobachtungsstudie zu vorher definierten Zielen gesammelt. Eingeschlossen werden Patienten, die sich durch eine bestimmte Diagnose und/oder Behandlung definieren, um deren Behandlung und Outcome zu evaluieren (*Gliklich et al.*, Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide, 2007). Zusätzlich bieten Register wichtige epidemiologische Informationen über Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen sowie deren Inzidenz und Verlauf. Sie liefern damit die Grundlage für Prognosen und die Versorgungsplanung (*Müller et al.*, Gesundheitswesen, 2010).

Aufgrund der oben genannten Bedeutung großer Patientenregister, ist die Etablierung eines Registers als Instrument zur Qualitätssicherung im Rahmen des Zertifizierungsprozesses AltersTraumaZentrum DGU® von sehr großer Bedeutung. Daher wurde parallel zum Zertifizierungsverfahren das ATR-DGU aufgebaut. Die Basis stellt ein Datensatz zur Erfassung von Patienten mit hüftgelenknahen Femurfrakturen und Implantat-assoziierten Frakturen des Femurs dar. Die erhobenen Qualitätsindikatoren orientieren sich an von internationalen Expertengruppen festgelegten Qualitätskennzahlen (*Haywood et al.*, Bone Joint J, 2014; *Liem et al.*, Injury, 2013). Zusätzlich sind die Parameter an das sogenannte „minimum-common-dataset“ des FFN (<https://www.fragilityfracturenetwork.org/what-we-do/hip-fracture-audit-database/>) angepasst. Damit sind die Ergebnisse international vergleichbar. Im Rahmen der kontinuierlichen Überarbeitung wurden weiterhin Parameter ergänzt, die auch eine Vergleichbarkeit mit dem bereits etablierten TraumaRegister DGU® ermöglichen. Weiterhin wurden die Qualitätskriterien an die Erfordernisse der am 1. Januar 2021 in Kraft getretenen Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) angepasst und werden dahingehend auch entsprechend der jeweiligen Neuerungen evaluiert. Die ebenso typisch geriatrische Fraktur des Beckens kann im Beckenmodul des TraumaRegister DGU® dokumentiert werden.

2.2 Organisation

Das AltersTraumaRegister DGU® wird von der AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH betreut. Hier wird auch – analog zum TraumaRegister DGU® – das Datenmanagement durchgeführt. Die Dateneingabe erfolgt seit 2022 über die AUC Registerplattform. Die wissenschaftliche Leitung liegt beim Arbeitskreis Register der Sektion Alterstraumatologie der DGU. Wissenschaftliche Auswertungen des Datensatzes des ATR-DGU können unter Berücksichtigung der Publikationsrichtlinie ATR-DGU beantragt werden (AUC – Akademie der Unfallchirurgie & Arbeitskreis AltersTraumaRegister DGU®, Unfallchirurg, 2021).

2.3 Entwicklung

Mit Start des regulären Zertifizierungsverfahrens im Jahr 2014 begann auch der Aufbau des ATR-DGU. Zur Überprüfung des Datensatzes und zur technischen Umsetzung des Registerbetriebes wurde 2015 eine Pilotphase durchgeführt und das Register nachfolgend angepasst (*Bücking et al.*, Unfallchirurg, 2018). Mit Beginn des Jahres 2016 ist das Register in den Regelbetrieb übergegangen. Seitdem sind alle als AltersTraumaZentrum DGU® zertifizierten Kliniken verpflichtet, ihre Patienten in das Register einzugeben. Im Jahr 2022 erfolgte die erste Bogenrevision mit moderaten Anpassungen.

3 Die Daten des AltersTraumaRegisters DGU®

3.1 Erläuterung der Werte

Die Tabellen des Kapitels 3 beschreiben den Gesamtdatensatz des ATR-DGU. Zur Darstellung der Dokumentationsqualität sind weiterhin folgende Werte angegeben:

- n: Anzahl der Patienten mit gültigen Werten in einem Parameter
- N: Anzahl aller eingegebenen Patienten im ATR-DGU
- %: prozentualer Anteil der Patienten mit gültigen Werten in einem Parameter bzgl. aller Patienten im ATR-DGU

Ein Beispiel: Im ATR-DGU sind 89 Patienten eingegeben und bei nur 80 dieser Patienten (aufgerundet: 90 %) eine Angabe bei dem Parameter "Geschlecht" vorgenommen. Dann sieht die Darstellung in der ersten Zeile der Tabelle wie folgt aus: 80/89 (90%).

Kategoriale Parameter wie z.B. „Geschlecht“, werden mithilfe von absoluten und relativen Häufigkeiten dargestellt und kontinuierliche Parameter, wie z.B. „Alter“, mit Mittelwert, Median, Minimum und Maximum.

Die Vollständigkeitsquote eines Parameters wird zusätzlich durch eine Farbkodierung dargestellt. Die Grenzen hierfür sind willkürlich gewählt und wie folgt definiert:

Tabelle 1: Definition der Farbkodierung für die Vollständigkeitsquote eines Parameters

Farbkodierung			
Grenzwert	> 95%	90%-95%	< 90%
Definition	Sehr gute Vollständigkeitsquote	Moderate Vollständigkeitsquote	Schlechte Vollständigkeitsquote

3.2 Fallzahlen und Patientencharakteristika

3.2.1 Anzahl eingegebener Patientenfälle

Der Datensatz für das AltersTraumaRegister DGU® ist umfangreich und erfordert für eine vollständige Eingabe auch Angaben zum Follow-Up 120 Tage nach erfolgter OP. Einerseits kann dies aus verschiedensten Gründen nicht zu 100% erreicht werden, andererseits wird für eine sinnvolle Anwendung und Auswertung eine möglichst hohe Quote benötigt.

Tabelle 2: Anzahl der Patientenfälle im ATR-DGU in 2024

	ATR-DGU 2024			
	Anzahl Gesamt	Mittelwert pro Klinik	Median pro Klinik	Range pro Klinik
Alle Fälle mit geschlossener Akutbehandlung	19.589	114,6	98,0	(4-561)
Mit Follow-Up Tag 120	4.047 (21%)	56,2	36,5	(1-239)
Mit EQ-5D Tag 7 *	13.380 (68%)	93,6	83,0	(1-297)
Mit EQ-5D Tag 120 *	3.506 (18%)	49,4	34,0	(1-204)
„Offene“ Fälle	542	-	-	-

* Ausgeschlossen sind (im Gegensatz zu Darstellungen der Vorjahre) alle Fälle, bei denen "Beantwortung des Fragebogens verweigert" oder "EQ-5D-Erhebung wurde nicht durchgeführt" angegeben wurde.

3.2.2 Vollständigkeit der Daten in der Akutphase

Vollständige Datensätze sind für wissenschaftliche Auswertungen, aber auch für eine gute Darstellung der Behandlungsqualität einer Klinik, unabdingbar. Als eine Maßzahl hierfür ist in Abbildung 1 die Ausfüllquote für ausgewählte Parameter aus der Akutphase angegeben. Zu beachten ist, dass die Antwortmöglichkeit "unbekannt" hier als ausgefüllt gilt, diese Daten aber von den meisten Analysen ausgeschlossen werden müssen.

Folgende Parameter wurden dabei berücksichtigt:

Aufnahme: Aufnahmedatum, Geschlecht, Alter, Wohnsituation vor Fraktur, Ort des Unfalls, Contralaterale Femurfraktur in den vergangenen 6 Monaten, Antikoagulation, Gehfähigkeit vor Fraktur, Osteoporosetherapie vor Fraktur, geriatrisches Screening (Clinical Frailty Scale, Delir, Identification of Seniors at Risk (ISAR)-Test)

Prä-OP: ASA-Klassifikation, Frakturtyp, zusätzliche Verletzungen, pathologische Fraktur, Mitbehandlung durch Geriater, Labor, präoperative medikamentöse Gerinnungstherapie

OP: OP-Datum, Narkoseform, medikamentöse Gerinnungstherapie, postoperative intensivmedizinische Behandlung

1. Post-OP Woche: Durchführung der Mobilisation, Vollbelastung der Fraktur erlaubt, Dekubitus, Gehfähigkeit am 7. post-OP-Tag, Mitbehandlung durch Geriater, Re-OP während Aufenthalt, nicht-chirurgische Komplikationen, Osteoporosetherapie bis Tag 7 post-OP, Ausfüllstatus des EQ-5D für den Tag 7 post-OP

Entlassung/Verlegung: Entlassungsdatum, Entlassen nach, Hämostasetherapie, Todesursache

Die Vollständigkeitsquote aller teilnehmenden Kliniken ist über die Zeit grafisch dargestellt. Die **hellblauen Kreise** entsprechen dabei jeweils dem Wert einer einzelnen Klinik. Die **graue horizontale Linie** (ATR-DGU) entspricht dem Mittel aller Klinikwerte pro Jahr.

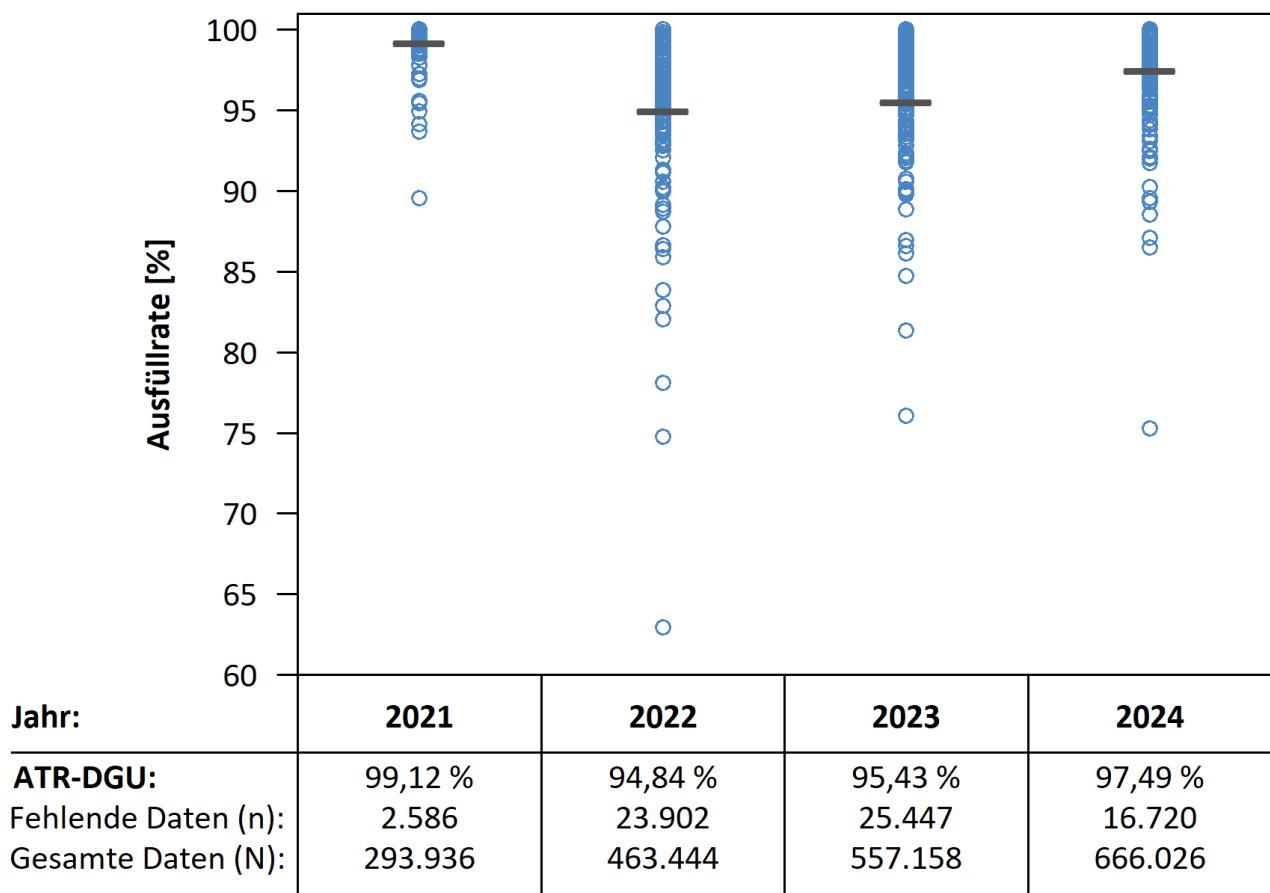


Abbildung 1: Vollständigkeitsquote über alle Kliniken, 2021-2024, — ATR-DGU, o einzelner Klinikwert

3.2.3 Anzahl an Patientenaufnahmen über die Zeit

In der folgenden Abbildung ist grafisch aufgearbeitet, wie viele Patienten, die den Einschlusskriterien des ATR-DGU entsprachen, im Median über die letzten 4 Jahre monatlich in den Kliniken aufgenommen und im Register dokumentiert wurden.

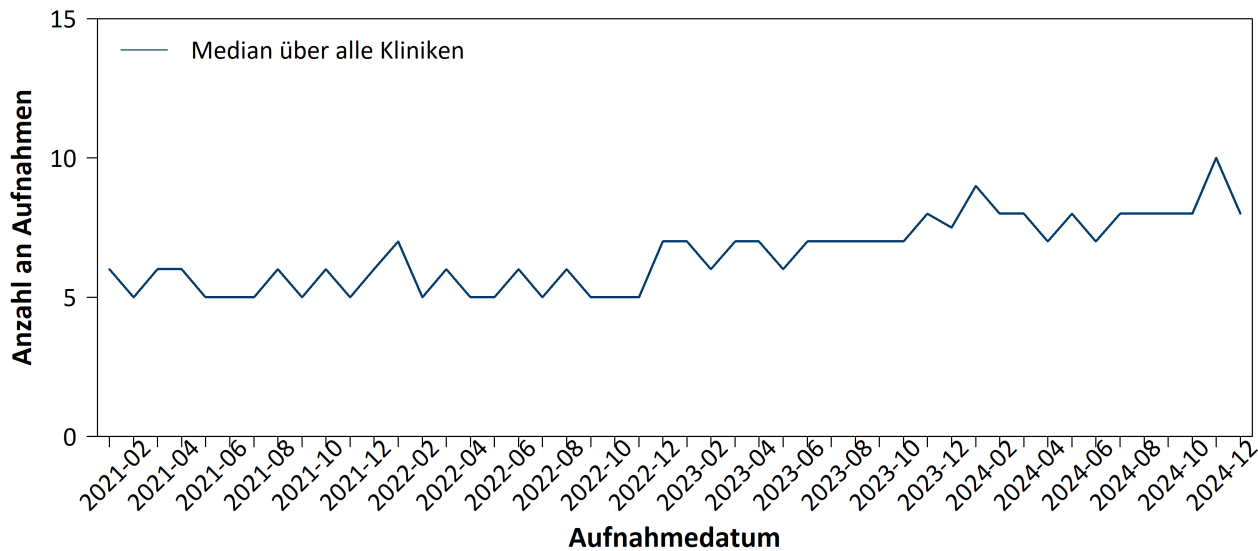


Abbildung 2: Monatliche mediane Anzahl an Patientenaufnahmen im ATR-DGU von 2021-2024

3.2.4 Geschlecht der Patienten

Die Erfassung der Geschlechterverteilung gehört zu den Basisangaben des Registers. Zusätzlich zu den Zeilen „weiblich“ und „männlich“ finden Sie die Zeile „Anzahl erfasster Fälle“. Mit diesem Feld wird, wie in Kapitel 3.1 erläutert, die Vollständigkeit dieses Parameters dargestellt.

Tabelle 3: Geschlechterverteilung der Patienten vom ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.589 / 19.589 (100%) ■	16.387 / 16.387 (100%) ■	13.676 / 13.676 (100%) ■
Geschlecht			
Unbekannt	4 (0%)	13 (0%)	30 (0%)
Weiblich	13.616 (70%)	11.419 (70%)	9.596 (70%)
Männlich	5.969 (30%)	4.955 (30%)	4.050 (30%)

3.2.5 Alter der Patienten

Neben den altersbezogenen Daten Mittelwert, Median, Minimum und Maximum finden Sie auch hier eine Zeile „Anzahl erfasster Fälle“ analog zu 3.2.2, die die Vollständigkeitsquote abbildet. Zur Erläuterung der Angaben siehe Kapitel 3.1.

Tabelle 4: Altersverteilung der Patienten Ihrer Klinik im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.361 / 19.589 (99%) ■	15.755 / 16.387 (96%) ■	13.448 / 13.676 (98%) ■
Alter in Jahren			
Mittelwert	84,3	84,3	84,3
Median	85,0	85,0	85,0
Minimum	70,0	70,0	70,0
Maximum	108,0	108,0	108,0

Nur Fälle mit gültigen Altersangaben (> 70 Jahre und < 110 Jahre) wurden berücksichtigt.

3.2.6 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht

Frauen werden im Durchschnitt älter als Männer, was dazu führt, dass der Anteil an Männern mit einer hüftgelenksnahen Fraktur ab einer bestimmten Altersstufe geringer wird. Die nachfolgende Abbildung stellt die Altersverteilung der Patienten getrennt nach Geschlecht über das gesamte ATR-DGU dar.

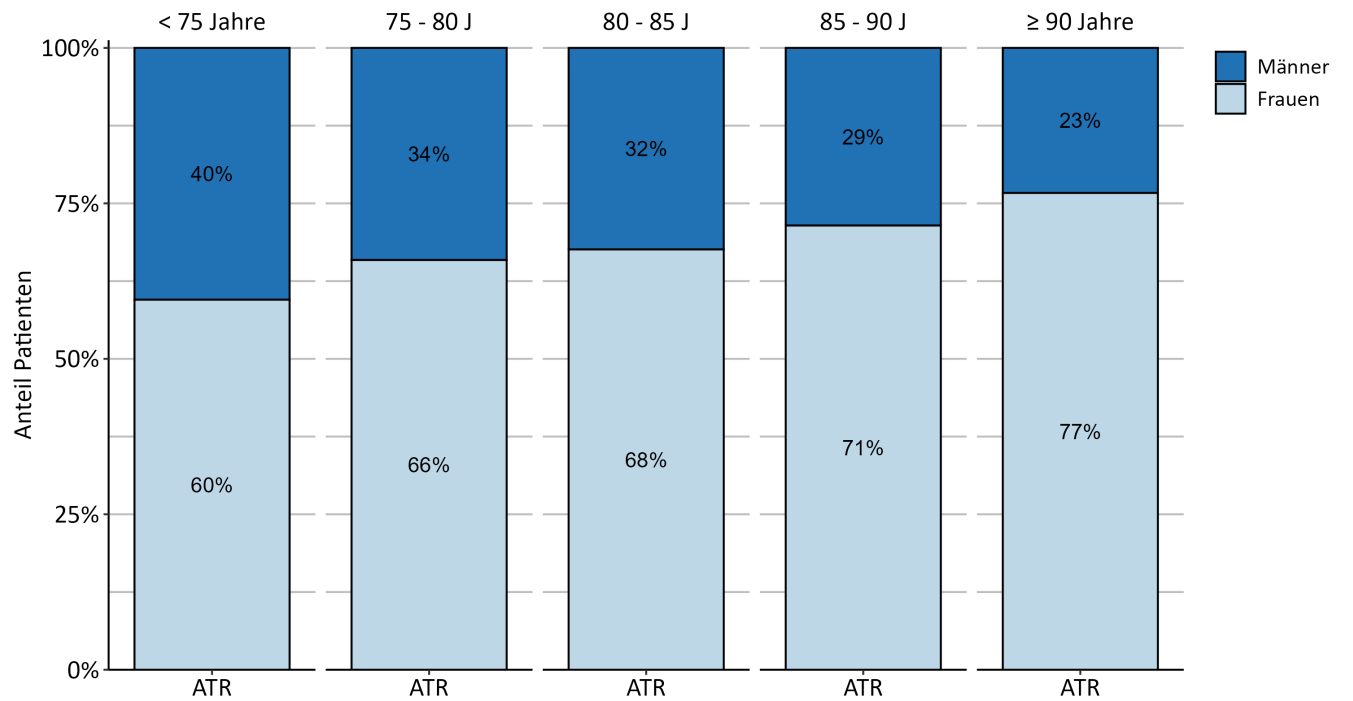


Abbildung 3: Altersverteilung der Patienten im ATR-DGU getrennt nach Geschlecht in 2024

3.2.7 Wohnsituation

Eine hüftgelenksnahe Femurfraktur stellt insbesondere bei hochaltrigen Patienten ein Ereignis dar, das mit einer massiven Gefahr für die gewohnte Selbständigkeit und Lebenssituation einhergeht. Die Erhaltung von Mobilität und Autonomie ist somit auch ein wesentliches Behandlungsziel bei der alterstraumatologischen Versorgung dieser Verletzungen. Die Erfassung der Wohnsituation vor dem Unfallereignis ist sehr wichtig für die Einschätzung von Behandlungsergebnissen. In Verbindung mit den entsprechenden Angaben bei Entlassung aus der stationären Behandlung und dem 120 Tage Follow-Up soll z. B. eine Einschätzung ermöglicht werden, zu welchem Anteil eine coxale Femurfraktur zu einem Verlust der vorbestehenden Selbständigkeit oder Gehfähigkeit führt. Aktuell leben etwa 16% der behandelten Patienten, die vor der Fraktur noch im häuslichen Umfeld lebten, nach Abschluss der Behandlung in einem Pflegeheim (*Schoeneberg et al., Arch Osteoporos, 2021*).

Tabelle 5: Wohnsituation der Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.478 / 19.589 (99%) 	16.198 / 16.387 (99%) 	13.477 / 13.676 (99%) 
Wohnsituation vor Aufnahme			
Unbekannt	129 (1%)	125 (1%)	101 (1%)
Zu Hause oder betreutes Wohnen	15.590 (80%)	12.844 (79%)	10.680 (79%)
Heim	3.619 (19%)	3.090 (19%)	2.599 (19%)
Sonstiges	140 (1%)	139 (1%)	96 (1%)

3.2.8 Antikoagulation bei Aufnahme

Tabelle 6: Angaben zur Antikoagulation bei Aufnahme der Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.405 / 19.589 (99%) 	15.857 / 16.387 (97%) 	13.128 / 13.676 (96%) 
Vorliegende Antikoagulation bei Aufnahme?			
Unbekannt	260 (1%)	365 (2%)	266 (2%)
Ja	10.266 (53%)	8.276 (52%)	6.733 (51%)
Nein	8.879 (46%)	7.216 (46%)	6.129 (47%)
Spezifikation (mehr als ein Antikoagulanz pro Patient ist möglich)			
Vitamin-K-Antagonist	434 (4%)	431 (5%)	456 (7%)
Acetylsalicylsäure	4.724 (46%)	3.793 (46%)	3.153 (47%)
Andere Thrombozytenaggregationshemmer	489 (5%)	350 (4%)	306 (5%)
Direkte Thrombininhibitoren	186 (2%)	181 (2%)	179 (3%)
Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren	4.467 (44%)	3.455 (42%)	2.643 (39%)
Heparin, Heparinoid	214 (2%)	168 (2%)	94 (1%)
Andere	103 (1%)	152 (2%)	138 (2%)

3.2.9 ISAR-Test

ISAR („Identification of Seniors at Risk“) ist ein einfach zu erhebender Screeningtest zur Einschätzung des akutgeriatrischen Behandlungsbedarfs. Sechs Fragen müssen mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden, wobei jede mit „Ja“ beantwortete Frage mit einem Punkt bewertet wird. Der Test ist international gut evaluiert. Ein ISAR-Score von 2 oder mehr wird als ein positives Screening angesehen (*Thiem et al., Z Gerontol Geriat, 2012*). In 2012 haben DGG, DGGG und BVG den ISAR-Test zur flächendeckenden Anwendung als geriatrisches Aufnahmescreening empfohlen. Nordrhein-Westfalen hat im Krankenhausplan 2015 als erstes Bundesland die Durchführung eines entsprechenden Screenings für jeden Patienten > 75 Jahre eingeführt. Berücksichtigt wird an dieser Stelle die Erfassung eines akutgeriatrischen Behandlungsbedarfes ausschließlich mittels ISAR-Screening. Wissenschaftlich konnte gezeigt werden, dass der ISAR-Score gut mit dem Outcome korreliert (*Knauf et al., Clin Interv Aging, 2022*).

Tabelle 7: Angaben zum ISAR-Test der Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	14.815 / 19.589 (76%) 	10.900 / 16.387 (67%) 	9.259 / 13.676 (68%) 
Erreichte Punktezahl im ISAR-Test			
0 Punkte	1.215 (8%)	794 (7%)	698 (8%)
1 Punkt	2.011 (14%)	1.295 (12%)	1.136 (12%)
2 Punkte	3.364 (23%)	2.446 (22%)	2.099 (23%)
3 Punkte	3.808 (26%)	2.922 (27%)	2.367 (26%)
4 Punkte	2.831 (19%)	2.238 (21%)	1.959 (21%)
5 Punkte	1.253 (8%)	1.005 (9%)	825 (9%)
6 Punkte	333 (2%)	200 (2%)	175 (2%)

3.2.10 Geriatrics at Risk Score (GeRi-Score)

Aus den prä-operativ vorhandenen Daten aus dem ATR-DGU wurde der Geriatrics at Risk Score (GeRi-Score) entwickelt (*Schoeneberg et al.*, Osteoporosis International, 2023). Ziel war ein sehr einfach zu erhebender Score zur Risikoevaluation nach hüftgelenksnaher Femurfraktur. Der GeRi-Score wird aus dem ASA-Grad, der Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten, dem Geschlecht, dem Alter, Vorhandensein von Begleitverletzungen und dem Ort des Sturzes berechnet und kann einen Wert zwischen 0 und 20 Punkten annehmen. Zur Vereinfachung der Anwendung des GeRi-Scores im klinischen Alltag wurden drei Risikogruppen definiert: niedriges, mittleres und hohes Risiko. Ein niedriges Risiko liegt vor, wenn die vorhergesagte Sterbewahrscheinlichkeit höchstens halb so hoch ist wie die Mortalität im gesamten ATR-DGU. Dies entspricht einem GeRi-Score von 0 bis 4,5 Punkten. Ein mittleres Risiko ist definiert als eine bis zu 1,5-fach erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit im Vergleich zum ATR-DGU und entspricht einem GeRi-Score von 5 bis 7,5 Punkten. Ein Wert von über 7,5 Punkten wird als hohes Risiko eingestuft. Zusätzlich kann mithilfe des GeRi-Scores die Standard-Mortality-Rate (SMR) berechnet werden, indem die beobachtete durch die berechnete Mortalität dividiert wird.

Tabelle 8: Risikogruppen, berechnete und beobachtete Mortalität nach GeRi-Score

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl Patienten mit vollständig dokumentierten Daten für den GeRi-Score / Patienten mit hüftgelenksnaher Femurfraktur	16.042 / 17.269 (93%) 	11.823 / 13.629 (87%) 	9.583 / 10.888 (88%) 
GeRi-Score Risikogruppen			
niedriges Risiko (0 bis 4,5 Punkte)	5.447 (34%)	4.024 (34%)	3.324 (35%)
mittleres Risiko (5 bis 7,5 Punkte)	7.608 (47%)	5.666 (48%)	4.456 (46%)
hohes Risiko (≥ 8 Punkte)	2.987 (19%)	2.133 (18%)	1.803 (19%)
berechnete vs. beobachtete Mortalität			
Berechnete Mortalität von GeRi-Score	5,8%	5,7%	5,9%
Beobachtete Mortalität	5%	5,5%	6,4%
Standard-Mortality-Rate (SMR)	0,85	0,96	1,1

3.3 Prä-OP

Eine häufig bereits vorbestehende Osteoporose spielt bei der Entstehung sogenannter Altersfrakturen als Folge von Stürzen im Alter eine entscheidende Rolle. Somit erschwert die mit der Osteoporose einhergehende schlechte Knochenqualität die operative Frakturversorgung und stellt an unfallchirurgische Osteosynthesetechniken und Versorgung besondere Anforderungen. Gleichzeitig führen die Nebenerkrankungen geriatrischer Patienten nicht selten zu perioperativen Komplikationen und einer erschwerten Rehabilitation. Besteht die Indikation zur operativen Frakturbehandlung, muss die Dringlichkeit geprüft werden.

Hierbei ist entscheidend, dass die alterstraumatologischen Patienten im Team multidisziplinär beurteilt und behandelt werden. Insbesondere in Kooperation mit der Geriatrie (orthogeriatrisches Komanagement) werden damit Synergien geschaffen, um Problemfelder wie postoperatives Delir, Mangelernährung, Schmerzbekämpfung, Wundmanagement und Sturzprävention gemeinsam anzugehen (*Knobe und Siebert, Orthopäde, 2014*).

3.3.1 ASA-Klassifikation

Ältere Traumapatienten weisen sehr häufig ein ausgeprägtes Komorbiditätsprofil mit mehreren relevanten Begleiterkrankungen auf. Deshalb sollte in der alterstraumatologischen präoperativen Untersuchung eine interdisziplinäre Risikoabschätzung erfolgen, um die behandelnden Ärzte, Patienten und Angehörigen über Risiken und Nutzen der Operation zu informieren. Das Thema „End-of-life surgery“ gewinnt dabei zunehmend an Bedeutung. Altersabhängige physiologische Einschränkungen, Multimorbidität und Gebrechlichkeit sind unabhängige Risikofaktoren, die mit einem erhöhten perioperativen Risiko assoziiert sind. Zudem kommen eingriffsspezifische Risikofaktoren zum Tragen, die von der Einrichtung und dem Operateur abhängig sind.

Meta-Analysen und retrospektive Auswertungen zeigen, dass neben dem Alter und einem männlichen Geschlecht gerade auch ein hoher ASA-Score mit einer erhöhten Mortalität nach hüftgelenksnahen Frakturen einhergeht (*Hu et al., Injury, 2012; Carow et al., Int Orthop, 2018*). Das Wissen über das individuelle Patientenrisiko kann dann, kombiniert mit angepasster medikamentöser Therapie, die Prognose verbessern (*Bachmann et al., BMJ, 2010*). Daneben sollten End-of-Life-Fragen präoperativ geklärt werden.

Tabelle 9: ASA-Klassifikation der Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.342 / 19.589 (99%) 	16.046 / 16.387 (98%) 	13.306 / 13.676 (97%) 
ASA-Klassifikation			
ASA 0: Unbekannt	311 (2%)	359 (2%)	283 (2%)
ASA 1: Normaler, gesunder Patient	168 (1%)	155 (1%)	129 (1%)
ASA 2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	4.485 (23%)	3.579 (22%)	2.975 (22%)
ASA 3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	13.085 (68%)	10.998 (69%)	8.948 (67%)
ASA 4: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung ist	1.281 (7%)	946 (6%)	960 (7%)
ASA 5: Moribunder Patient, der ohne OP voraussichtlich nicht überleben wird	12 (0%)	9 (0%)	11 (0%)

3.3.2 Zusätzlich behandlungsbedürftige Verletzungen

Böhme et al. beschreiben eine Inzidenz von 20% Begleitverletzungen in der achten Lebensdekade beim Niedrigenergietrauma (*Böhme et al.*, Chirurg, 2012). Im ATR-DGU liegt die Inzidenz bei etwa 9%. Zusätzliche Verletzungen haben naturgemäß Einfluss auf das Patienten-Outcome. Doch gerade beim geriatrischen Patienten steigt die Mortalität und die Komplikationsrate überproportional, was hauptsächlich an einer eingeschränkten postoperativen Mobilisationsfähigkeit und der geringen Reservekapazität liegt. Auswertungen aus dem ATR-DGU zeigen eine signifikant höhere Mortalitätsrate und einen verlängerten Krankenhausaufenthalt (*Schoenberg et al.*, Bone Joint J, 2021). Daneben spielt das zusätzliche systemische Trauma in Form von inflammatorischen Vorgängen, auch durch zusätzliche operative Maßnahmen getriggert, eine besondere Rolle. Deshalb sollten geriatrische Patienten mit schweren Verletzungen (z.B. mindestens eine Körperregion mit AIS-Schweregrad ≥ 3) in Traumazentren behandelt werden (*Liener et al.*, Weißbuch Alterstraumatologie, 2020; DGU, Weißbuch Schwerverletztenversorgung 3., erweiterte Auflage, 2020).

Tabelle 10: Art der behandlungsbedürftigen Verletzungen der Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.436 / 19.589 (99%) 	15.956 / 16.387 (97%) 	13.159 / 13.676 (96%) 
Zusätzliche behandlungsbedürftige Verletzungen vorhanden?			
Unbekannt	11 (0%)	22 (0%)	21 (0%)
Ja	1.820 (9%)	1.513 (9%)	1.226 (9%)
Nein	17.605 (91%)	14.421 (90%)	11.912 (91%)
Art der Verletzung (mehr als eine Verletzung pro Patient ist möglich)			
Höhergradiges Schädel-Hirn-Trauma	86 (5%)	88 (6%)	73 (6%)
Wirbelsäulen-Verletzung	119 (7%)	92 (6%)	86 (7%)
Fraktur und/oder Luxation des Beckens	119 (7%)	95 (6%)	69 (6%)
Ipsilaterale Fraktur und/oder Luxation der oberen Extremität	725 (40%)	654 (43%)	479 (39%)
Kontralaterale Fraktur und/oder Luxation der oberen Extremität	86 (5%)	63 (4%)	57 (5%)
Ipsilaterale Fraktur und/oder Luxation der unteren Extremität	61 (3%)	37 (2%)	33 (3%)
Kontralaterale Fraktur und/oder Luxation der unteren Extremität	43 (2%)	31 (2%)	18 (1%)
Andere/weitere	691 (38%)	571 (38%)	507 (41%)

3.3.3 Behandelte Frakturtyp

Eine Evidenz für das eine oder andere Osteosyntheseverfahren existiert bis zum heutigen Zeitpunkt nicht (*Knobe und Siebert*, Orthopäde, 2014). Dennoch ist die dynamische Hüftschraube (DHS) bei instabilen Frakturen (A2) aufgrund hoher Komplikationsraten (bis 25%) problematisch und sollte zumindest durch stabilere extramedulläre oder intramedulläre Kraftträger ersetzt werden. A3 Frakturen mit ihrer kraniokaudalen Instabilität sollten intramedullär versorgt werden. Eine Auswertung aus dem ATR-DGU ergab Vorteile für intramedulläre Kraftträger hinsichtlich der Lebensqualität am 120. Tag postoperativ und einer geringeren Institutionalisierungsrate. Unterschiede in der Mortalität wurden nicht beobachtet (*Marks et al.*, Injury, 2021).

Tabelle 11: Art der Fraktur bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.550 / 19.589 (100%) 	16.293 / 16.387 (99%) 	13.489 / 13.676 (99%) 
Art der Fraktur			
Unbekannt	67 (0%)	32 (0%)	34 (0%)
Medial / intrakapsulär	8.832 (45%)	7.376 (45%)	5.996 (44%)
Pertrochantär	8.555 (44%)	7.032 (43%)	5.918 (44%)
Rein subtrochantär	684 (4%)	610 (4%)	510 (4%)
Periprothetische Fraktur	960 (5%)	827 (5%)	660 (5%)
Periimplantäre Fraktur	113 (1%)	109 (1%)	103 (1%)
Andere	339 (2%)	307 (2%)	268 (2%)

3.3.4 Pathologische Frakturen

Bei pathologischen Frakturen ist zu unterscheiden zwischen Frakturen bei einer geschwächten Knochensubstanz aufgrund eines Malignoms (insbesondere ossäre Metastase) sowie atypischen Frakturen unter einer laufenden Bisphosphonat-Therapie. Für den Kliniker ist es wichtig, die Nebenwirkung zu kennen und eine Abklärung anzustreben, wenn Patienten unter Bisphosphonat-Therapie persistierende Schmerzen in Oberschenkel oder Leiste beklagen. Der Nutzen der Therapie mit Bisphosphonaten hinsichtlich der Prävention von Frakturen überwiegt das Risiko, eine atypische Fraktur zu erleiden.

Tabelle 12: Pathologische Frakturen bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.323 / 19.589 (99%) 	15.525 / 16.387 (95%) 	12.608 / 13.676 (92%) 
Pathologische Frakturen vorhanden?			
Unbekannt	0 (0%)	0 (0%)	12 (0%)
Nein	18.277 (95%)	14.479 (93%)	11.563 (92%)
Malignom	111 (1%)	102 (1%)	90 (1%)
Atypisch	935 (5%)	944 (6%)	943 (7%)

3.4 OP

Osteoporose-assoziierte Frakturen des Schenkelhalses, der trochantären Region oder periprothetische Femurfrakturen stellen ein existenzielles Problem für den einzelnen Patienten, aber auch ein relevantes Problem für die Gesellschaft dar. Trotz zahlreicher Innovationen auf dem Implantate-Sektor persistiert in diesem überwiegend multimorbiden Patientengut neben einer hohen Mortalität eine hohe systemische wie auch mechanische Komplikationsrate. Die Ansprüche an das OP-Verfahren sind neben der unmittelbaren postoperativen Belastbarkeit eine schonende und einfache OP-Technik mit niedriger Komplikationsrate. Im Allgemeinen sind für den Erfolg der operativen Maßnahme neben der sicheren Implantatverankerung im häufig osteoporotischen Knochen ebenso patientenspezifische Faktoren (Frakturstabilität, Knochenqualität, Vorerkrankungen, Geschlecht) sowie chirurgische Faktoren (Verfahrenswahl, operative Präzision) verantwortlich (Knobe und Siebert, Orthopäde, 2014).

3.4.1 Dauer bis zur OP nach Aufnahme

Aus unfallchirurgischer Sicht sollten die Frakturen so schnell wie möglich und möglichst definitiv, das heißt beim geriatrischen Patienten mit nur einem geplanten und sicheren Eingriff, belastungsstabil versorgt werden. Der ideale Zeitpunkt für die Operation von Patienten mit proximalen Femurfrakturen wird noch diskutiert. Im Allgemeinen sollten die Patienten so bald wie möglich operiert werden (Dresing et al., DGU Guidelines, 2015). Patienten, die innerhalb einer Zeitspanne von 24 Stunden nach Hüftfraktur operativ versorgt wurden, wiesen zum Beispiel eine geringere Letalität und weniger Druckulcera auf als die Patienten, die innerhalb von 48 Stunden operiert wurden (Moja et al., PLoS One, 2012). Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass eine sofortige Behandlung innerhalb von 24 Stunden für die meisten Patienten die bestmögliche Behandlung ist und zu einer deutlich geringeren Sterblichkeit führt (Leung et al., Osteoporos Int, 2010). Eine Analyse von Daten aus dem ATR-DGU zeigt jedoch, dass es - zumindest für Patienten, die in einem orthogeriatrischen Umfeld versorgt werden - keinen Unterschied macht, ob sie innerhalb von 24 oder 48 Stunden behandelt werden (Schoeneberg et al., Injury, 2021). Die am 1. Januar 2021 in Kraft getretene Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Bundesanzeiger, 2020) schreibt nun die Versorgung von hüftgelenknahen Frakturen innerhalb des 24-Stunden-Intervalls vor und verlangt eine Dokumentation der Umstände, die zu Verzögerung der Versorgung geführt haben. Somit kommt dem Faktor Zeit bis zur OP weiterhin eine gravierende Bedeutung zu.

Die frühzeitige operative Versorgung der alterstraumatologischen Patienten ist, wie oben bereits dargelegt, anzustreben. Natürlich gilt es, die Prämisse der zeitnahen Versorgung mit anderen Umständen abzuwägen, wie z.B. der Tages-/Nachtzeit der Operation oder einer möglichst optimalen Vorbereitung der Patienten. Hier müssen auch Aspekte wie z.B. eine bestehende Antikoagulation Berücksichtigung finden. Generell sind jedoch die im Weißbuch Alterstraumatologie der DGU empfohlenen Vorgaben einzuhalten: Patienten mit hüftgelenknahen Frakturen sollten so schnell wie möglich innerhalb von 24 Stunden operiert werden, wenn es ihr Allgemeinzustand zulässt (Liener et al., Weißbuch Traumatologie, 2020). Diese Zeitgrenze wird aufgrund einer erhöhten 30-Tage-Mortalität und einer höheren Komplikationsrate (72 Krankenhäuser, retrospektive Kohortenstudie) auch aktuell durch die Literatur untermauert (Pincus et al., JAMA, 2018). Wie obenstehend bereits beschrieben, wird diese seit 2021 durch die in Kraft getretene Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur auch gesetzlich vorgeschrieben.

Tabelle 13: Zeitl. Abstand von Aufnahme bis Schnitt bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.174 / 19.589 (98%) 	15.932 / 16.387 (97%) 	13.396 / 13.676 (98%)
Zeitintervall Aufnahme bis Schnitt [Std]			
Mittelwert	21,5	22,9	22,9
Median	16,6	16,8	17
Range	(0 - 335)	(0 - 336)	(0 - 334)

Nur Fälle mit gültiger Zeitangabe (> 0 Tage und < 14 Tage) wurden berücksichtigt.

In der folgenden Grafik ist der Anteil an Patienten zu verschiedenen Zeiten von Aufnahme bis Schnitt kumulativ dargestellt. Der Anteil der Patienten, die innerhalb von 48 Stunden operiert werden, ist seit dem letzten Jahr leicht gestiegen. In 2024 waren 93 % der Patienten innerhalb von 48 Stunden operiert – 1 % mehr als im Vorjahr.

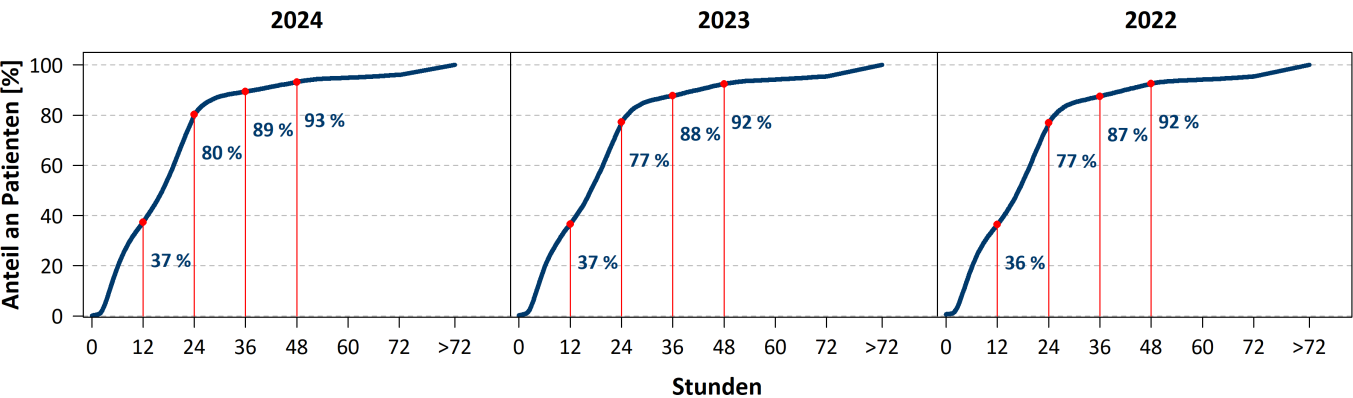


Abbildung 4: Kumulative Häufigkeit der operierten Patienten für die Dauer von Aufnahme bis Schnitt im ATR-DGU über die Zeit

3.4.2 Narkoseformen

Die Wahl des adäquaten Anästhesieverfahrens muss weiterhin individuell entschieden werden. Viele bisher durchgeführte Meta-Analysen zeigten keinen Unterschied zwischen Regional- oder Allgemeinanästhesie im Hinblick auf 30-Tage-Letalität und Krankenhausverweildauer (*Guay et al., Anesth Analg, 2014*). Allerdings gibt es neuere Hinweise auf Vorteile des Regionalverfahrens hinsichtlich der Krankenhaus-Letalität (*Van Waesberghe et al., BMC Anesthesiol, 2018*). Eine aktuelle Auswertung aus dem ATR-DGU konnte ebenfalls einen Vorteil für ein Regionalverfahren nachweisen (*Pass et al., Injury, 2023*).

Tabelle 14: Narkoseformen bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.589 / 19.589 (100%) ■	16.375 / 16.387 (100%) ■	13.600 / 13.676 (99%) ■
Narkoseform (Kombinationen aus mehreren Narkoseformen sind möglich)			
Vollnarkose	17.788 (91%)	14.608 (90%)	12.229 (90%)
Spinalanästhesie	1.645 (8%)	1.469 (9%)	1.169 (9%)
Andere	743 (4%)	713 (4%)	443 (3%)

3.4.3 OP-Verfahren bei Schenkelhalsfrakturen

Als Versorgungsoptionen bei der medialen Schenkelhalsfraktur werden die Reposition mit osteosynthetischer Versorgung, die Hemiprothese und die Total-Endoprothese (H-TEP) diskutiert. Entscheidet man sich für die Osteosynthese, stehen im Allgemeinen die dynamische Hüftschraube (DHS) oder drei kanülierte Schrauben zur Diskussion. In Meta-Analysen und randomisiert-kontrollierten Studien zeichnet sich für instabile Frakturen (Garden III/IV) eine starke Tendenz zur Endoprothese ab (*Knobe und Siebert*, Orthopäde, 2014). Hierfür ist hauptsächlich die teils erheblich höhere Re-Operationsrate nach osteosynthetischer Versorgung verantwortlich (*Keating et al.*, J Bone Joint Surg Am, 2006). In den letzten Jahren ist zusätzlich ein winkelstabiles, extramedulläres Osteosyntheseverfahren hinzugekommen (z.B. das Femoral Neck System der Firma Synthes). Um die Ergebnisse dieser Systeme in Zukunft analysieren zu können, wird eine Spezifizierung der OP-Verfahren bei der nächsten Bogenrevision notwendig werden.

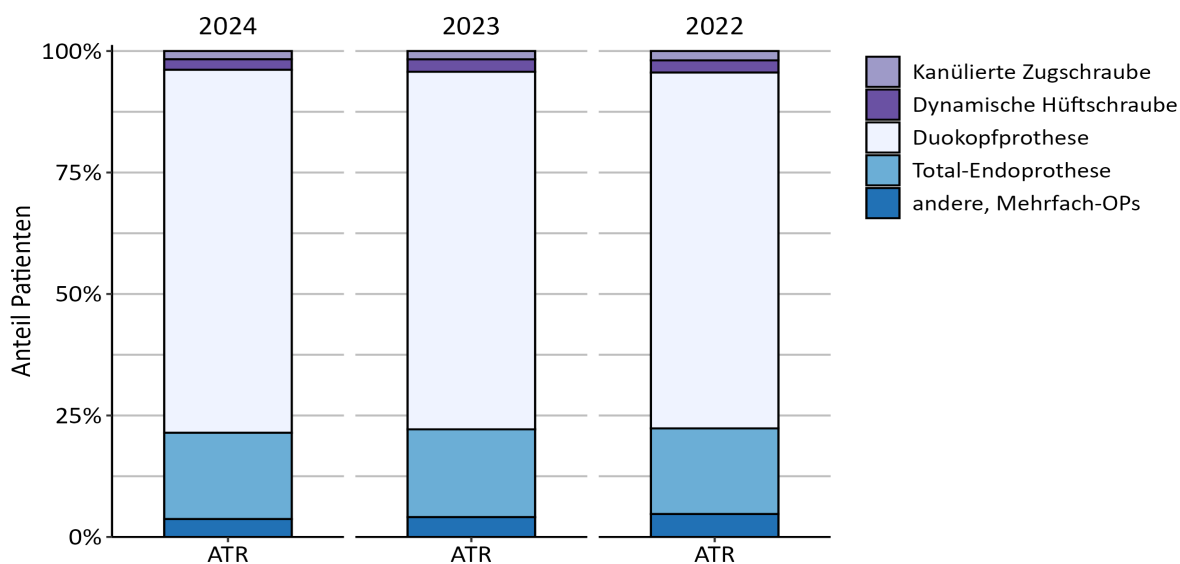


Abbildung 5: Verteilung der OP-Verfahren bei Schenkelhalsfrakturen im ATR-DGU über die Zeit

Für altersgemäß gesunde ältere Patienten mit guter Mobilität vor dem Sturz ist die H-TEP die primäre Therapie der Wahl. Bei vorerkrankten, bettlägerigen oder dementen Patienten spricht jedoch einiges für den Einsatz einer Hemiprothese. Dieses Vorgehen entspricht auch den Ergebnissen aus dem ATR-DGU (*Marks et al., Injury, 2021*). Das zementierte Vorgehen kann aufgrund des geringeren postoperativen Schmerzes und einer teilweise besseren Funktion bei geringerer Komplikationsrate als Fixationsmethode der Wahl beim geriatrischen Patientengut angesehen werden (*Knobe und Siebert, Orthopäde, 2014; Li et al., PLoS One, 2013*). Dies wird auch durch die Ergebnisse aus dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) zur zementierten Schaftfixierung bei elektiven Patienten ab dem 75. Lebensjahr unterstützt (EPRD, Jahresbericht-Patienteninformation, 2021).

Tabelle 15: OP-Verfahren bei Garden I und II Frakturen im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Garden-Klassifikation	Garden I, II		
Anzahl erfasster Fälle	1.973 / 1.975 (100%) 	1.498 / 1.502 (100%) 	1.211 / 1.213 (100%) 
Verwendetes OP-Verfahren (mehrere OP-Verfahren pro Fall sind möglich)			
Kanülierte Zugschrauben	143 (7%)	110 (7%)	109 (9%)
Dynamische Hüftschraube	173 (0%)	161 (0%)	127 (1%)
Duokopfprothese	1.239 (63%)	873 (58%)	718 (59%)
Total-Endoprothese	319 (16%)	246 (16%)	158 (13%)
Andere Operationsverfahren	117 (6%)	122 (8%)	113 (9%)

Tabelle 16: OP-Verfahren bei Garden III und IV Frakturen im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Garden-Klassifikation	Garden III, IV		
Anzahl erfasster Fälle	6.093 / 6.096 (100%) 	5.173 / 5.184 (100%) 	4.340 / 4.350 (100%) 
Verwendetes OP-Verfahren (Mehrere OP-Verfahren pro Fall sind möglich)			
Kanülierte Zugschrauben	7 (0%)	12 (0%)	6 (0%)
Dynamische Hüftschraube	30 (0%)	24 (0%)	26 (0%)
Duokopfprothese	4.911 (81%)	4.115 (80%)	3.422 (79%)
Total-Endoprothese	1.051 (17%)	951 (18%)	807 (19%)
Andere Operationsverfahren	121 (2%)	93 (2%)	96 (2%)

3.4.4 OP-Verfahren bei pertrochantären Frakturen

Die pertrochantäre Femurfraktur ist die Domäne der Osteosynthese. Die Entscheidung zwischen intra- und extramedullärem Implantat bei A1- und A2-Frakturen ist multifaktoriell und auch von der chirurgischen Expertise des Operators abhängig. Eine Evidenz für das eine oder andere Verfahren existiert zum heutigen Zeitpunkt nicht (*Knobe und Siebert, Orthopäde, 2014*). Im Weißbuch Alterstraumatologie wird empfohlen, A3-Frakturen aufgrund ihrer kraniokaudalen Instabilität intramedullär zu versorgen (*Liener et al., Weißbuch Alterstraumatologie, 2020*). Die Reposition sowie die stabile und korrekte interne Fixation stellen die Grundvoraussetzungen für eine komplikationslose Heilung und schnelle Rehabilitation dar. Neben der Frakturinstabilität und dem Design des Kraftträgers ist hauptsächlich der Operateur für einen Großteil der Komplikationen verantwortlich (*Knobe und Siebert, Orthopäde, 2014*).

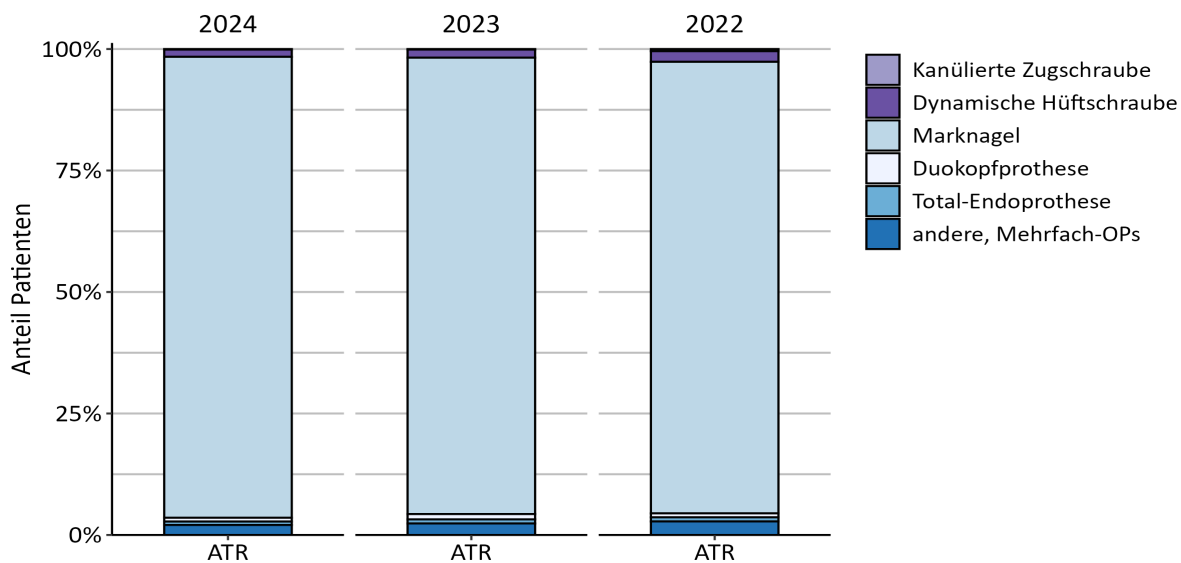


Abbildung 6: Verteilung der OP-Verfahren bei pertrochantären Frakturen im ATR-DGU über die Zeit

Tabelle 17: OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit A1-Frakturen über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Frakturtyp	A1-Frakturen		
Anzahl erfasster Fälle	1.999 / 2.000 (100%) ■	1.553 / 1.556 (100%) ■	1.341 / 1.346 (100%) ■
Verwendetes OP-Verfahren (mehrere OP-Verfahren pro Fall sind möglich)			
Kanülierte Zugschrauben	22 (1%)	13 (1%)	11 (1%)
Dynamische Hüftschraube	45 (2%)	47 (3%)	48 (4%)
Marknagel	1.930 (97%)	1.466 (94%)	1.273 (95%)
Duokopfprothese	18 (1%)	15 (1%)	10 (1%)
Total-Endoprothese	6 (0%)	13 (1%)	4 (0%)
Andere Operationsverfahren	43 (2%)	42 (3%)	30 (2%)

Tabelle 18: OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit A2-Frakturen über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Frakturtyp	A2-Frakturen		
Anzahl erfasster Fälle	4.013 / 4.017 (100%) ■	3.110 / 3.113 (100%) ■	2.834 / 2.844 (100%) ■
Verwendetes OP-Verfahren (mehrere OP-Verfahren pro Fall sind möglich)			
Kanülierte Zugschrauben	29 (1%)	19 (1%)	12 (0%)
Dynamische Hüftschraube	43 (1%)	19 (1%)	51 (2%)
Marknagel	3.920 (98%)	3.038 (98%)	2.760 (97%)
Duokopfprothese	26 (1%)	21 (1%)	25 (1%)
Total-Endoprothese	20 (1%)	15 (0%)	14 (0%)
Andere Operationsverfahren	71 (2%)	72 (2%)	49 (2%)

Tabelle 19: OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit A3-Frakturen über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Frakturtyp	A3-Frakturen		
Anzahl erfasster Fälle	1.106 / 1.107 (100%) ■	956 / 958 (100%) ■	949 / 953 (100%) ■
Verwendetes OP-Verfahren (mehrere OP-Verfahren pro Fall sind möglich)			
Kanülierte Zugschrauben	8 (1%)	5 (1%)	2 (0%)
Dynamische Hüftschraube	12 (1%)	10 (1%)	16 (2%)
Marknagel	1.074 (97%)	915 (96%)	908 (96%)
Duokopfprothese	8 (1%)	15 (2%)	15 (2%)
Total-Endoprothese	12 (1%)	6 (1%)	11 (1%)
Andere Operationsverfahren	22 (2%)	35 (4%)	25 (3%)

3.4.5 OP-Verfahren bei subtrochantären Frakturen

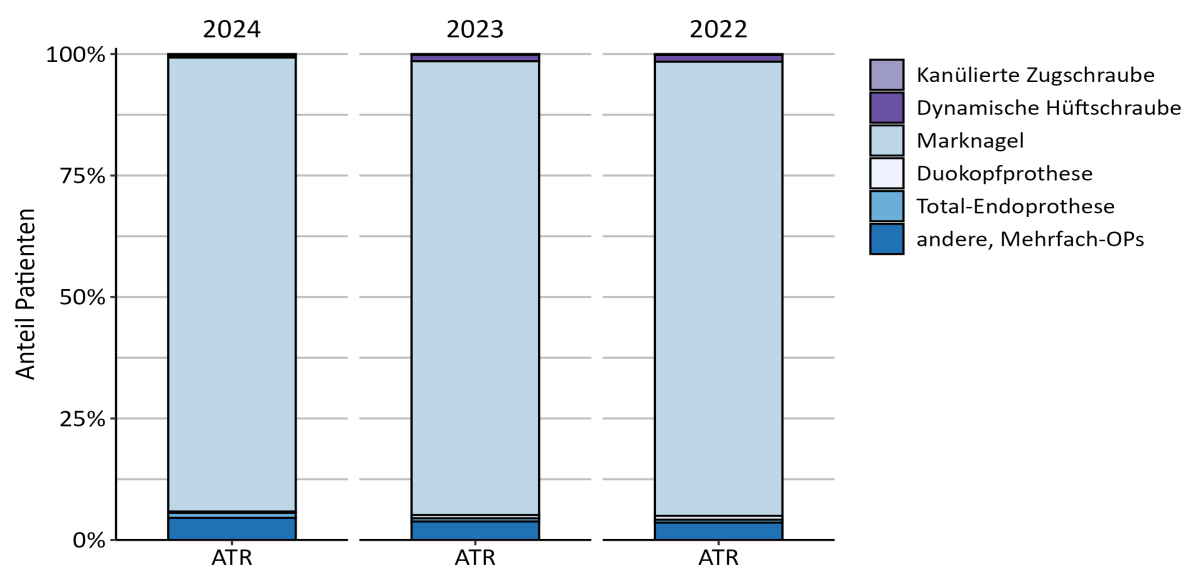


Abbildung 7: Verteilung der OP-Verfahren bei subtrochantären Frakturen im ATR-DGU über die Zeit

Tabelle 20: OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit subtrochantären Frakturen über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Frakturtyp	Subtrochantäre Frakturen		
Anzahl erfasster Fälle	683 / 684 (100%) ■	606 / 610 (99%) ■	504 / 510 (99%) ■
Verwendetes OP-Verfahren (mehrere OP-Verfahren pro Fall sind möglich)			
Kanülierte Zugschrauben	10 (1%)	3 (1%)	3 (1%)
Dynamische Hüftschraube	5 (1%)	9 (1%)	9 (2%)
Marknagel	650 (95%)	577 (95%)	479 (95%)
Duokopfprothese	2 (0%)	7 (1%)	6 (1%)
Total-Endoprothese	8 (1%)	4 (1%)	3 (1%)
Andere Operationsverfahren	33 (5%)	21 (3%)	15 (3%)

3.4.6 OP-Verfahren bei periprothetischen/periimplantären Frakturen

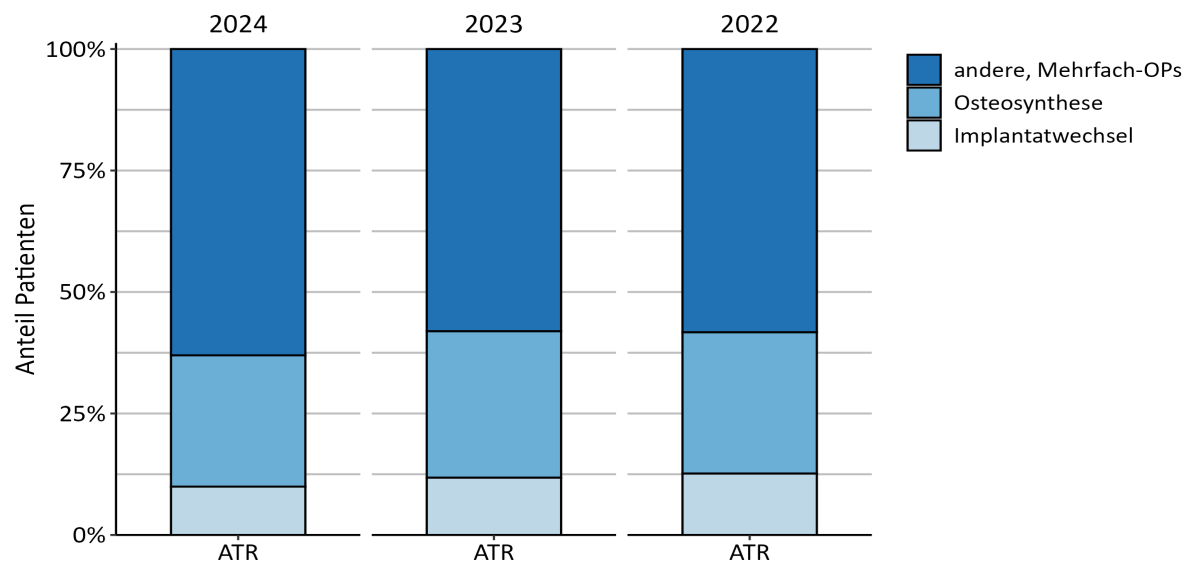


Abbildung 8: Verteilung der OP-Verfahren bei periprothetischen Frakturen im ATR-DGU über die Zeit

Tabelle 21: OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit periprothetischen Frakturen über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Frakturtyp	Periprothetische Frakturen		
Anzahl erfasster Fälle	955 / 960 (99%) ■	823 / 827 (100%) ■	657 / 660 (100%) ■
Verwendetes OP-Verfahren (mehrere OP-Verfahren pro Fall sind möglich)			
Implantatwechsel	398 (42%)	324 (39%)	263 (40%)
Osteosynthese (zusätzl.)	662 (69%)	545 (66%)	432 (66%)
Andere Operationsverfahren	426 (45%)	318 (39%)	271 (41%)

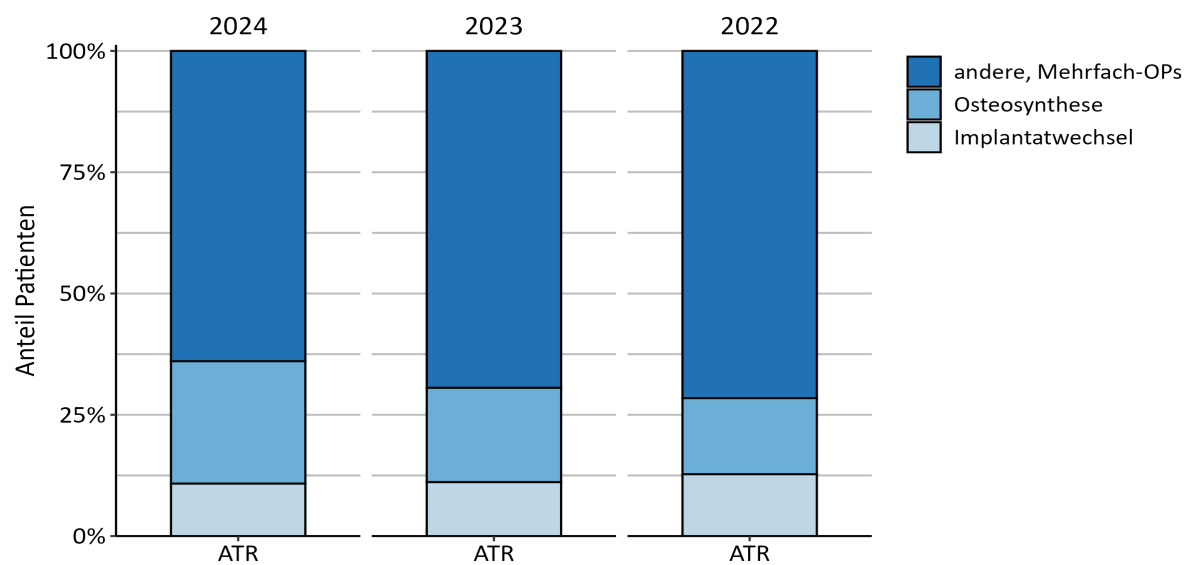


Abbildung 9: Verteilung der OP-Verfahren bei periimplantären Frakturen im ATR-DGU über die Zeit

Tabelle 22: OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit periimplantären Frakturen über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Frakturtyp	Periimplantäre Frakturen		
Anzahl erfasster Fälle	111 / 113 (98%) ■	108 / 109 (99%) ■	102 / 103 (99%) ■
Verwendetes OP-Verfahren (mehrere OP-Verfahren pro Fall sind möglich)			
Implantatwechsel	37 (33%)	42 (39%)	51 (50%)
Osteosynthese (zusätzl.)	61 (55%)	44 (41%)	45 (44%)
Andere Operationsverfahren	63 (57%)	73 (68%)	64 (63%)

3.5 Erste post-OP-Woche

Der Verlauf der ersten postoperativen Phase beim multimorbiden alterstraumatologischen Patienten ist besonders wichtig. Die rasche Mobilisierung dient der Prophylaxe von liegebedingten Komplikationen wie Pneumonie und Dekubitus. Gleichzeitig ist ein postoperatives Delir ein wichtiger Parameter für das Outcome und ausschlaggebend für die weitere Behandlung. Des Weiteren empfiehlt das Weißbuch Alterstraumatologie eine Evaluation und Mitbehandlung durch den Geriater, um die weitere Therapie zu koordinieren und Grunderkrankungen sowie internistische Komplikationen suffizient zu erkennen und zu behandeln (Liener et al., Weißbuch Alterstraumatologie, 2020).

3.5.1 Mobilisation am ersten post-OP-Tag

Die Mobilisierung des Patienten im Rahmen seiner Möglichkeiten ist zum frühestmöglichen Zeitpunkt anzustreben. Die folgenden Fragen erfassen die Mobilisierung sowie die Belastbarkeit der versorgten Fraktur.

3.5.1.1 Vollbelastung der Fraktur erlaubt?

Das Ziel der Versorgung ist eine belastungsstabile Fraktur. Dieser Abschnitt umfasst die Frage, ob der Operateur laut OP-Bericht eine Vollbelastung ab dem ersten postoperativen Tag erlaubt hat.

Tabelle 23: Status Vollbelastung bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.394 / 19.589 (99%) 	16.066 / 16.387 (98%) 	13.273 / 13.676 (97%) 
Vollbelastung erlaubt?			
Unbekannt	54 (0%)	39 (0%)	62 (0%)
Ja	17.749 (92%)	14.672 (91%)	11.893 (90%)
Nein	1.591 (8%)	1.355 (8%)	1.318 (10%)

3.5.1.2 Durchführung der Mobilisation

Wurde eine Mobilisation des Patienten am ersten Tage durchgeführt und dokumentiert? Dabei spielt es keine Rolle, ob dies durch das Pflegepersonal oder durch Physio- oder Ergotherapeuten erfolgte.

Tabelle 24: Status Mobilisation der Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.290 / 19.589 (98%) 	15.966 / 16.387 (97%) 	13.038 / 13.676 (95%) 
Mobilisation am ersten Tag post-OP			
Ja	16.590 (86%)	13.039 (82%)	10.529 (81%)
Nein	2.700 (14%)	2.927 (18%)	2.509 (19%)

3.5.2 Dekubitus

Ein vorbestehender oder postoperativ entstandener Dekubitus kann als Indikator einer längeren Immobilisierung verstanden werden. Dabei ist die Entstehung eines Dekubitus im Verlauf einer stationären Krankenhausbehandlung immer kritisch zu hinterfragen und zu dokumentieren.

Tabelle 25: Status Dekubitus bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.292 / 19.589 (98%) 	16.192 / 16.387 (99%) 	13.107 / 13.676 (96%) 
Dekubitus aufgetreten?			
Unbekannt	0 (0%)	0 (0%)	3 (0%)
Ja	453 (2%)	381 (2%)	355 (3%)
Nein	18.839 (98%)	15.811 (98%)	12.749 (97%)
Bei Ja: Bereits bei Aufnahme vorhanden?	108 (24%)	101 (27%)	80 (23%)

3.5.3 Gehfähigkeit am 7. Tag post-OP

Die Gehfähigkeit am siebten postoperativen Tag gibt einen Hinweis auf die postoperative Entwicklung des Patienten und kann einen ersten Eindruck vermitteln, ob die Ausgangsmobilität vor dem Unfallereignis wieder erreichbar erscheint.

Tabelle 26: Gehfähigkeit der Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.302 / 19.589 (99%) 	15.823 / 16.387 (97%) 	13.113 / 13.676 (96%) 
Status Gehfähigkeit an Tag 7 post-OP			
Unbekannt	729 (4%)	577 (4%)	433 (3%)
Ohne Hilfsmittel	129 (1%)	134 (1%)	89 (1%)
Mit Unterarmgehstütze/ Gehstock	1.784 (9%)	1.468 (9%)	1.196 (9%)
Mit Rollator	5.740 (30%)	4.440 (28%)	3.667 (28%)
Mit Gehbock	1.889 (10%)	1.615 (10%)	1.423 (11%)
Mit Gehwagen	5.132 (27%)	4.185 (26%)	3.239 (25%)
Nicht möglich	3.899 (20%)	3.404 (22%)	3.066 (23%)

3.5.4 Mitbehandlung durch Geriater

Die Mitbehandlung durch den Geriater ist fester Bestandteil des zertifizierten ATZ. Der geriatrische Erstkontakt sollte frühestmöglich stattfinden, eine geriatrische Visite sollte anschließend mindestens zweimal pro Woche durchgeführt werden (Kriterienkatalog ATZ, <https://www.alterstraumazentrum-dgu.de/infos-downloads>).

Tabelle 27: Mitbehandlung durch Geriater bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	18.932 / 19.589 (97%) 	15.525 / 16.387 (95%) 	12.650 / 13.676 (93%) 
Mitbehandlung durch Geriater fand statt			
Nein	869 (5%)	1.063 (7%)	1.261 (10%)
Ja	18.063 (95%)	14.462 (93%)	11.389 (90%)
Falls ja, davon vor OP	6.404 (35%)	4.541 (31%)	3.322 (29%)

3.5.5 Osteoporose-Therapie bei Aufnahme

Zur Prävalenz der Osteoporose auf der Grundlage der WHO-Definition einer erniedrigten Knochendichte gibt es für Deutschland nur wenige Daten. Die Prävalenz bei postmenopausalen Frauen im Alter von 50-60 Jahren liegt bei etwa 15%. Sie steigt im Alter von mehr als 70 Jahren auf 45% an. Fast die Hälfte der über 80-jährigen Frauen ist von einer Osteoporose betroffen (*Liener et al.*, Weißbuch Alterstraumatologie, 2020). Bei den Männern beträgt die Prävalenz einer erniedrigten Knochendichte am Schenkelhals im Alter von 50 bis 60 Jahren 2,4% und steigt im Alter von mehr als 70 Jahren auf 17% an (*DVO*, DVO-Leitlinie, 2023).

Man rechnet in Deutschland bei ca. 7.000.000 durch Osteoporose betroffenen Patienten mit 720.000 osteoporoseassoziierten Frakturen (*Liener et al.*, Weißbuch Alterstraumatologie, 2020). Auch beim alten Menschen kann die Einleitung einer entsprechenden Medikation weitere Frakturereignisse signifikant reduzieren (*Ström et al.*, Arch Osteoporos, 2011; *Black et al.*, N Engl J Med, 2007).

Die Erfassung des Status und die Einleitung einer spezifischen Osteoporosetherapie muss aus diesen Gründen neben der adäquaten operativen und rehabilitativen Therapie als ein Qualitätsindikator einer alterstraumatologischen Therapie gewertet werden. Insbesondere in der neuen DVO-Leitlinie Osteoporose 2023 wurden die Therapieempfehlungen nochmals angepasst. Allerdings bleibt die Indikation zum Beginn einer Behandlung der Osteoporose nach hüftgelenksnaher Femurfraktur unverändert bestehen (*DVO*, DVO-Leitlinie, 2023).

Tabelle 28: Angaben zur Osteoporose-Therapie vor Frakturereignis bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.232 / 19.589 (98%) 	15.669 / 16.387 (96%) 	13.027 / 13.676 (95%) 
Osteoporose-Therapie vor Frakturereignis			
Unbekannt	736 (4%)	926 (6%)	753 (6%)
Ja	4.710 (24%)	3.759 (24%)	2.975 (23%)
Nein	13.786 (72%)	10.984 (70%)	9.299 (71%)
Wenn Osteoporose-Therapie vor Frakturereignis, dann mit:			
Vitamin D	4.089 (87%)	3.247 (87%)	2.516 (85%)
Spezifischer Osteoporose-Therapie	228 (5%)	167 (4%)	150 (5%)
Beidem	350 (7%)	277 (7%)	258 (9%)

3.5.6 Osteoporose-Therapie während der ersten Woche post-OP

Osteoporose als Mitursache einer Vielzahl der erlittenen Frakturen der alterstraumatologischen Patienten ist eine der häufigsten Komorbiditäten dieses Patientenkollektivs. Das Weißbuch Alterstraumatologie empfiehlt, bei der Entlassung eines Frakturpatienten die Therapie einer Osteoporose bereits festzulegen (*Liener et al., Weißbuch Alterstraumatologie, 2021*).

3.5.6.1 Osteoporose-Therapie mit Vitamin D

Vitamin D und Kalzium-Präparate sollten die Basis bei der Osteoporose-Therapie bilden.

Tabelle 29: Patienten aus dem ATR-DGU, die bis zum 7. post-OP-Tag eine Osteoporose-Therapie mit Vitamin D erhalten haben, im Vergleich über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.011 / 19.589 (97%) 	15.541 / 16.387 (95%) 	12.891 / 13.676 (94%) 
Osteoporose-Therapie mit Vitamin D durchgeführt?			
Empfohlen	813 (4%)	729 (5%)	668 (5%)
Ja	13.757 (72%)	10.667 (69%)	8.609 (67%)
Nein	4.441 (23%)	4.145 (27%)	3.614 (28%)

3.5.6.2 Osteoporose-Therapie mit einer spezifischen Osteoporosemedikation

Wurde die spezifische Therapie der Osteoporose im Sinne einer Dauertherapie gegen die Grunderkrankung während des Akutaufenthaltes eingeleitet?

Tabelle 30: Patienten im ATR-DGU, die bis zum 7. post-OP-Tag eine Osteoporose-Therapie mit einer spezifischen Osteoporosemedikation erhalten haben, im Vergleich über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	18.802 / 19.589 (96%) 	15.431 / 16.387 (94%) 	12.621 / 13.676 (92%) 
Osteoporose-Therapie mit spezifischer Osteoporosemedikation durchgeführt?			
Empfohlen	5.460 (29%)	4.218 (27%)	3.332 (26%)
Ja	1.424 (8%)	1.181 (8%)	784 (6%)
Nein	11.918 (63%)	10.032 (65%)	8.505 (67%)

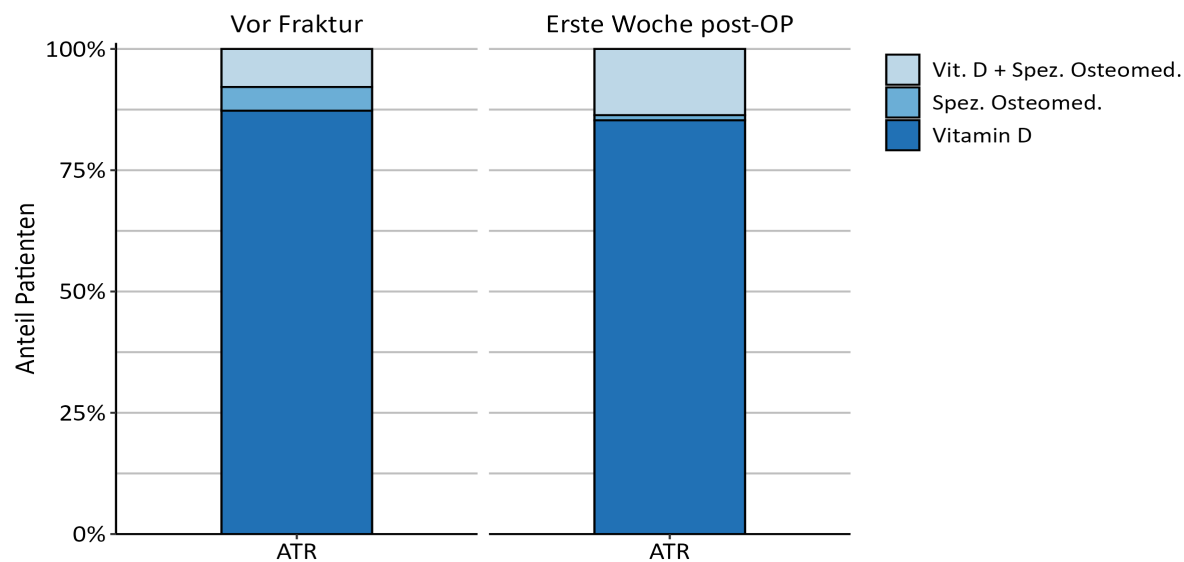


Abbildung 10: Unterschiede in der Zusammensetzung der Osteoporose-Therapie vor Fraktur gegenüber der Osteoporose-Therapie während der ersten Woche post-OP in 2024 für das ATR-DGU

3.6 Entlassung / Verlegung

Aus den Daten zur Entlassung und Verlegung des Patienten können klinikintern wesentliche Indikatoren für den Behandlungserfolg abgeleitet werden. Ein Vergleich mit dem Gesamtdatensatz aus dem ATR-DGU ist aber nicht ohne weiteres möglich und sinnvoll: Der Erfassungszeitraum dieser Daten kann von ATZ zu ATZ sehr stark variieren, da hier die Zeitspanne bis zur Entlassung zugrunde gelegt wird. Je nachdem, ob z. B. eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GfK) im ATZ durchgeführt werden kann, sind Zeitunterschiede von mehreren Wochen denkbar. Dies wird sich in absehbarer Zeit nicht endgültig vereinheitlichen lassen, da auch auf Ebene der Bundesländer höchst unterschiedliche Regelungen existieren. So kann sich z. B. in Nordrhein-Westfalen prinzipiell eine geriatrische Reha an eine GfK anschließen, in einigen Bundesländern gilt das „Entweder-Oder“-Prinzip, in wieder anderen Bundesländern werden Akutgeriatrie und rehabilitative Geriatrie nicht parallel vorgehalten.

3.6.1 Entlassungsstatus der Patienten nach der Akutphase

Die oben genannte Problematik ist insbesondere auch für die Mortalität während des stationären Aufenthaltes zu berücksichtigen. Ein ATZ, das beispielsweise einen wesentlichen Anteil der Patienten „unter einem Dach“ einer GfK zuführt, kann im Vergleich zu einem ATZ, das viele Patienten frühzeitig in eine (externe) Rehaklinik verlegt, möglicherweise eine höhere Mortalitätsrate aufweisen. Diese könnte alleine durch den längeren Erfassungszeitraum innerhalb der Klinik bedingt sein. Die Mortalität während des stationären Aufenthaltes ist also kein geeigneter Parameter zum Vergleich unterschiedlicher Alterstraumazentren. Die Rate an Todesfällen innerhalb der ersten post-OP Woche ist in dieser Hinsicht zwar besser geeignet, aber auch hier sind systematische Unterschiede denkbar und ein genereller Vergleich einzelner Zentren miteinander nicht uneingeschränkt zulässig.

Tabelle 31: Entlassungsstatus der Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.520 / 19.589 (100%) 	16.275 / 16.387 (99%) 	13.549 / 13.676 (99%) 
...davon lebend aus der Akutphase entlassen	18.551 (95%)	15.384 (95%)	12.679 (94%)
...davon während der Akutphase verstorben	969 (5%)	891 (5%)	870 (6%)
...innerhalb der ersten Woche post-OP verstorben ¹	432 / 965 (45%)	388 / 890 (44%)	362 / 870 (42%)

¹ Nur Fälle mit gültiger Zeitangabe (> 0 Tage und < 62 Tage) wurden berücksichtigt. Damit bezieht sich diese Zahl nur auf die Todesfälle für die ein gültiges OP- und Todesdatum verfügbar war.

3.6.2 Liegedauer im Krankenhaus während des Akutaufenthalts

Aufgrund der unter 3.6.1 erläuterten Problematik des Erfassungszeitraumes kann eine weitere Differenzierung für das klinikinterne Qualitätsmanagement hilfreich sein.

Tabelle 32: Liegedauer im Krankenhaus während des Akutaufenthalts der Patienten aus dem ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl lebender Patienten (mit berechenbarer Aufenthaltsdauer)	18.388 / 18.551 (99%) ■	15.262 / 15.384 (99%) ■	12.579 / 12.679 (99%) ■
Dauer Aufenthalt [Tage]			
Mittelwert	16,2	16,1	16,3
Median	16,0	15,1	15,0
Range	(0 - 61)	(0 - 61)	(0 - 61)
Anzahl im Krankenhaus verstorbener Patienten (mit berechenbarer Aufenthaltsdauer)	951 / 969 (98%) ■	879 / 891 (99%) ■	859 / 870 (99%) ■
Dauer Aufnahme bis Tod [Tage]			
Mittelwert	11,4	12,0	12,5
Median	8,1	9,0	9,1
Range	(0 - 61)	(0 - 61)	(0 - 60)

Nur Fälle mit gültiger Zeitangabe (> 0 Tage und < 62 Tage) wurden berücksichtigt.

Wie in Abbildung 11 zu sehen ist, wurden nach ca. 30 Tagen über 94% der ATR-DGU Patienten aus dem Akutaufenthalt entlassen. Dazu zählt auch die Beendigung des Akutaufenthaltes aufgrund Versterbens.

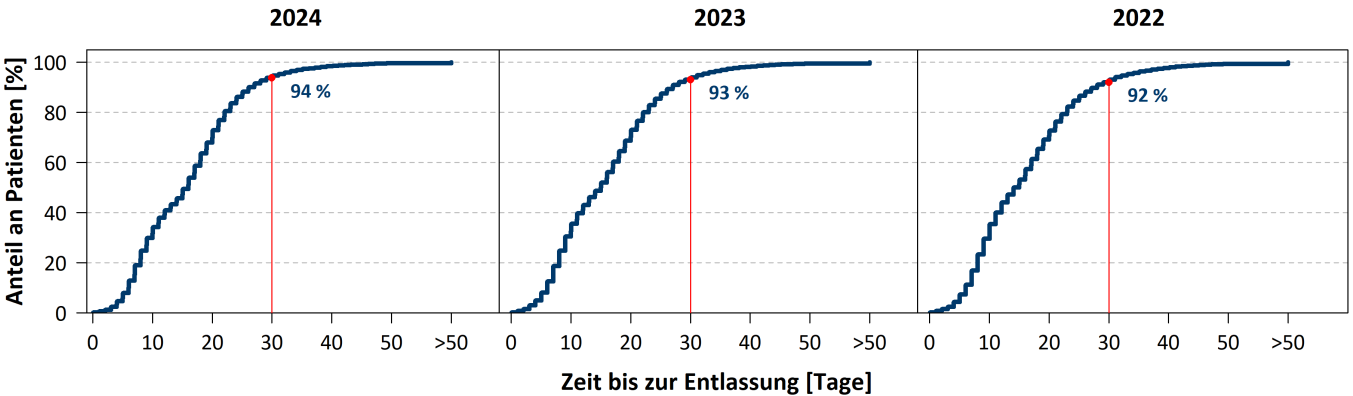


Abbildung 11: Kumulative Häufigkeit der Patienten aus dem ATR-DGU für die Zeit von Aufnahme bis Entlassung aus dem Akutaufenthalt über die Zeit

3.6.3 Entlassende Abteilung nach Akutaufenthalt

Die Auswertung der Daten „entlassen durch“ kann ggf. zur Erstellung von Kennzahlen herangezogen werden, insbesondere wenn geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen oder geriatrische Rehabilitation innerhalb der ATZ-Strukturen möglich sind.

Tabelle 33: Entlassende Abteilung nach der Akutphase. ATR-DGU im zeitlichen Vergleich

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster nicht verstorbener Fälle	18.516 / 18.551 (100%) ■	/ 15.384 (100%) ■	/ 12.679 (99%) ■
Nicht verstorbener Patient entlassen durch:			
Unfallchirurgie	10.899 (59%)	9.740 (64%)	8.394 (67%)
Akutgeriatrie	7.094 (38%)	5.131 (33%)	3.880 (31%)
Andere Krankenhausabteilung	523 (3%)	463 (3%)	334 (3%)

3.6.4 Wohnsituation nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus

Ist die Wohnsituation vor Unfall bekannt, lassen sich aus dieser Angabe unter Umständen bereits klinikinterne Kennzahlen in Bezug auf die Behandlungsqualität ableiten, beispielsweise bei einer hohen Rate an Entlassungen in das gewohnte Umfeld oder einer niedrigen Rate an erstmaliger Heimunterbringung. Auch hier sind aber individuelle Gegebenheiten eines ATZs und das große Spektrum möglicher alternativer Gegebenheiten in anderen ATZs zu berücksichtigen.

Tabelle 34: Entlassung nach Akutaufenthalt der Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.520 / 19.589 (100%) ■	16.275 / 16.387 (99%) ■	13.549 / 13.676 (99%) ■
Patient entlassen:			
Nach Unbekannt	23 (0%)	28 (0%)	33 (0%)
Nach Hause oder in betreutes Wohnen	5.560 (28%)	4.348 (27%)	3.453 (25%)
In eine andere Krankenhausabteilung	624 (3%)	530 (3%)	421 (3%)
In ein Heim (Institution mit IK-Nummer) ¹	5.234 (27%)	4.229 (26%)	3.361 (25%)
In die Akutgeriatrie	3.240 (17%)	3.008 (18%)	2.518 (19%)
In die geriatrische Rehabilitationsklinik	3.386 (17%)	2.749 (17%)	2.336 (17%)
In die AHB-Klinik	484 (2%)	492 (3%)	557 (4%)
Tod	969 (5%)	891 (5%)	870 (6%)

¹ Hierbei handelt es sich um jede Art von Heim mit einem gültigen Institutionskennzeichen (IK).

3.6.5 Geriatriisch frührehabilitative Komplexbehandlung (GfK)

Bekanntermaßen muss bei der Behandlung einer mobilitätsgefährdenden Verletzung wie z. B. einer coxalen Femurfraktur bei hochaltrigen Patienten mit einem breiten Spektrum möglicher, komplizierender Faktoren gerechnet werden, sowohl unfallchirurgisch wie auch geriatrisch. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GfK) erscheint vor diesem Hintergrund als ein vielversprechendes und sinnvolles Instrument im alterstraumatologischen Behandlungskonzept, vor allem wenn die unfallchirurgische Behandlungskompetenz während der GfK weiter verfügbar ist.

Neueste wissenschaftliche Untersuchungen belegen dabei zweifelsfrei die positiven Auswirkungen eines orthogeriatrischen Komanagements in Form der Durchführung einer geriatrischen Komplexbehandlung, insbesondere auch auf die Letalität nach coxaler Femurfraktur (PROFinD 2: Prävention und Rehabilitation osteoporotischer Frakturen in benachteiligten Populationen, Teilprojekte 1-5, Stuttgart, Bundesministerium für Bildung und Forschung). Auch die Ergebnisse aus dem ATR-DGU bestätigen eine Reduktion der Mortalität nach durchgeführter GfK (*Schoeneberg et al.*, Arch Osteoporos, 2021).

Tabelle 35: Geriatriisch frührehabilitative Komplexbehandlung bei den Patienten des ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	19.135 / 19.589 (98%) 	15.822 / 16.387 (97%) 	13.021 / 13.676 (95%) 
Geriatriisch frührehabilitative Komplexbehandlung durchgeführt?			
Unbekannt	86 (0%)	60 (0%)	33 (0%)
Ja	12.206 (64%)	9.340 (59%)	7.026 (54%)
Nein	6.843 (36%)	6.422 (41%)	5.962 (46%)

3.7 Follow-Up 120 Tage post-OP

Die Behandlung in einem ATR-DGU hat neben der Verbesserung der Struktur und Behandlungsqualität vor allem auch eine Verbesserung der Ergebnisqualität im Fokus. Um die erreichten Behandlungserfolge bzw. die Nachhaltigkeit einer guten perioperativen Behandlung zu evaluieren, ist eine Nachuntersuchung der Patienten notwendig. Daher ist – derzeit noch auf freiwilliger Basis – im Datensatz des Registers 120 Tage nach OP eine Follow-Up Untersuchung für die behandelten Patienten vorgesehen.

Der Zeitpunkt nach 120 Tagen wurde bewusst gewählt. Zu diesem Zeitpunkt nach der OP sind die allermeisten Patienten bereits aus der akutstationären Behandlung sowie der sich anschließenden Rehabilitationseinrichtung wieder in ihr häusliches Umfeld zurückgekehrt und die Rehabilitation nach dem Unfall und der Operation sollte abgeschlossen sein. Daher kann zu diesem Zeitpunkt ein „vorläufiges Endergebnis“ evaluiert werden (*Prestmo et al.*, Lancet, 2015). Ein wesentlich früherer Nachuntersuchungstermin empfiehlt sich in diesem Zusammenhang nicht, da die Nachbehandlung bis zu diesem Zeitpunkt oftmals noch nicht abgeschlossen ist. Eine zeitlich deutlich spätere Nachuntersuchung erscheint ebenfalls in mehrerlei Hinsicht nicht zielführend, da hierbei zum einen der Einfluss einer guten perioperativen Behandlung bei zunehmender Latenz zum Operationszeitpunkt immer schwerer zu messen ist, zum anderen aber auch der natürliche Verlauf des Patienten die Aussagekraft der Ergebnisparameter im Bezug auf die Behandlung verzerrt.

Um den Aufwand für die teilnehmenden Zentren zu minimieren, ist die Nachuntersuchung als Telefoninterview vorgesehen. Dies ist zwar mit einigen Limitationen verbunden, scheint aber die einzige Möglichkeit zu sein, relativ vollständige Datensätze zu generieren. Regelmäßige Wiedervorstellungen zur Verlaufsuntersuchung im Akutkrankenhaus sind im deutschen Gesundheitswesen nicht vorgesehen und eine zusätzliche Untersuchung im Krankenhaus wäre sehr aufwändig für die geriatrischen Patienten und die Kliniken.

Im Rahmen der Follow-Up-Untersuchung werden für geriatrische Patienten mit proximaler Femurfraktur wesentliche Outcomeparameter erfasst, die geeignet sind, im Rahmen eines Telefoninterviews erfragt zu werden. Diese sind die Mortalität, die Revisionsrate, die Wohnsituation, die Gehfähigkeit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die genannten Parameter sind Bestandteil der wesentlichen Variablen, die von internationalen Expertengruppen für die Durchführung von Studien bei geriatrischen Patienten mit proximaler Femurfraktur empfohlen werden (*Liem et al., Injury, 2013; Haywood et al., Bone Joint J, 2014*). Zusätzlich wird aufgrund der besonderen Problematik der Therapieeinleitung und Therapieadhärenz der Osteoporosetherapie in Deutschland – analog zur Erfassung während des Akutaufenthalts – die aktuelle Osteoporosetherapie der Patienten nach 120 Tagen erfragt. Zusammenfassend werden also 120 Tage nach OP die relevanten Kennzahlen zur Evaluation der Ergebnisqualität erfasst. Allerdings ist die Erhebung des Follow-Ups bislang im ATR-DGU noch nicht verpflichtend, weswegen die folgenden Zahlen auch mit Bedacht zu interpretieren sind, da sie nicht konsekutiv oder randomisiert erfasst sind.

3.7.1 Durchgeführtes Follow-Up

Tabelle 36: Patienten des ATR-DGU mit einem durchgeführten Follow-Up im Vergleich über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Follow-Up bei den aus der Akutphase lebend entlassenen Patienten erfasst	4.045 / 18.551 (22%) 	3.750 / 15.384 (24%) 	3.580 / 12.679 (28%) 

3.7.2 Wiederaufnahme aufgrund derselben coxalen Femurfraktur

Tabelle 37: Wiederaufnahme der Patienten des ATR-DGU aufgrund derselben coxalen Femurfraktur im Vergleich über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	3.572 / 4.045 (88%) 	3.303 / 3.750 (88%) 	3.085 / 3.580 (86%) 
Erfolgte eine Wiederaufnahme?			
Unbekannt	32 (1%)	45 (1%)	27 (1%)
Ja	74 (2%)	122 (4%)	121 (4%)
Nein	3.466 (97%)	3.136 (95%)	2.937 (95%)

3.7.3 Wohnsituation 120 Tage post-OP

3.7.3.1 Aufenthaltsort 120 Tage post-OP

Tabelle 38: Aufenthaltsort der Patienten des ATR-DGU 120 Tage post-OP im Vergleich über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	4.043 / 4.045 (100%) 	3.737 / 3.750 (100%) 	3.576 / 3.580 (100%) 
Welchen Aufenthaltsort hatte der Patient 120 Tage post-OP?			
Unbekannt	2 (0%)	17 (0%)	64 (2%)
Zu Hause oder betreutes Wohnen	2.560 (63%)	2.388 (64%)	2.273 (64%)
Heim (Institution mit IK-Nummer) ¹	930 (23%)	836 (22%)	728 (20%)
Geriatrische Rehabilitationsklinik	26 (1%)	18 (0%)	18 (1%)
AHB-Klinik	17 (0%)	6 (0%)	3 (0%)
Akutgeriatrie	8 (0%)	14 (0%)	7 (0%)
Unfallchirurgie	13 (0%)	12 (0%)	23 (1%)
Andere Krankenhausabteilung	30 (1%)	26 (1%)	21 (1%)
Sonstiges	15 (0%)	27 (1%)	10 (0%)
Verstorben	442 (11%)	393 (11%)	429 (12%)

¹ Hierbei handelt es sich um jede Art von Heim mit einem gültigen Institutionskennzeichen (IK).

3.7.3.2 Grafische Darstellung der Wohnsituation bei Aufnahme im Vergleich zu 120 Tage post-OP

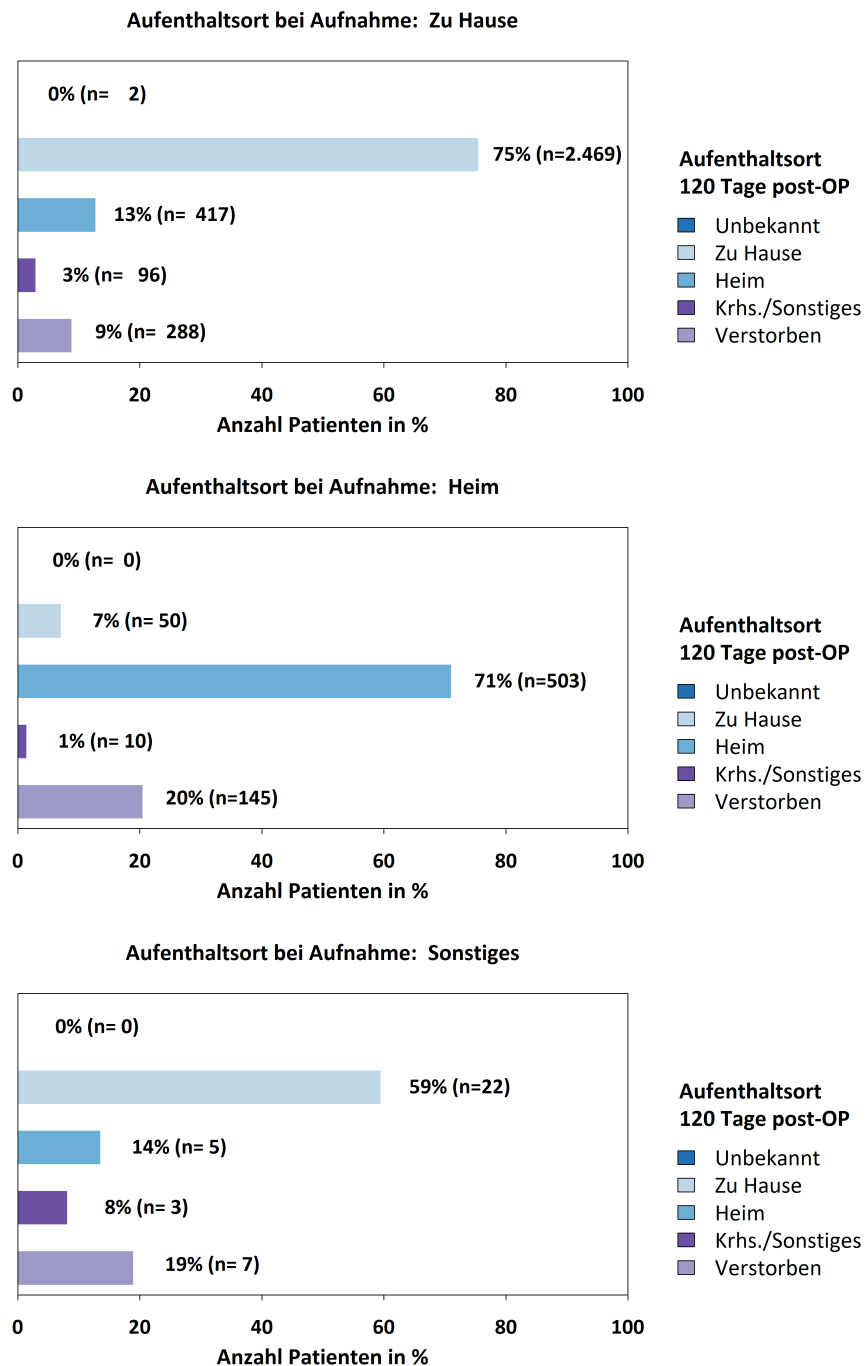


Abbildung 12: Wohnsituation der Patienten aus dem ATR-DGU bei Aufnahme im Vergleich zu 120 Tage post-OP für 2024

3.7.4 Gehfähigkeit

3.7.4.1 Vergleich der Gehfähigkeit vor Fraktur und 120 Tage post-OP

Tabelle 39: Gehfähigkeit der Patienten aus dem ATR-DGU vor Fraktur und 120 Tage post-OP für 2024

	2024	
	ATR-DGU n / N (%)	
	Vor Fraktur	120 Tage post-OP
Anzahl erfasster Fälle	4.020 / 4.045 (99%) 	3.580 / 4.045 (89%) 
Gehfähigkeit		
Unbekannt	130	23
Selbständige Gehfähigkeit ohne Hilfsmittel	1.536 (39%)	487 (14%)
Gehfähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze	359 (9%)	422 (12%)
Gehfähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator	1.481 (38%)	1.784 (50%)
Gewisse Gehfähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson	418 (11%)	445 (13%)
Keine funktionale Gehfähigkeit	96 (2%)	419 (12%)

Tabelle 40: Gehfähigkeit der Patienten aus dem ATR-DGU vor Fraktur und 120 Tage post-OP für 2023

	2023	
	ATR-DGU n / N (%)	
	Vor Fraktur	120 Tage post-OP
Anzahl erfasster Fälle	3.705 / 3.750 (99%) 	3.310 / 3.750 (88%) 
Gehfähigkeit		
Unbekannt	123	45
Selbständige Gehfähigkeit ohne Hilfsmittel	1.467 (41%)	443 (14%)
Gehfähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze	342 (10%)	423 (13%)
Gehfähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator	1.339 (37%)	1.515 (46%)
Gewisse Gehfähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson	363 (10%)	514 (16%)
Keine funktionale Gehfähigkeit	71 (2%)	370 (11%)

Tabelle 41: Gehfähigkeit der Patienten aus dem ATR-DGU vor Fraktur und 120 Tage post-OP für 2022

	2022	
	ATR-DGU n / N (%)	
	Vor Fraktur	120 Tage post-OP
Anzahl erfasster Fälle	3.534 / 3.580 (99%) 	3.104 / 3.580 (87%) 
Gehfähigkeit		
Unbekannt	131	66
Selbständige Gehfähigkeit ohne Hilfsmittel	1.325 (39%)	400 (13%)
Gehfähigkeit außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze	373 (11%)	468 (15%)
Gehfähigkeit außer Haus mit zwei Gehstützen oder Rollator	1.160 (34%)	1.336 (44%)
Gewisse Gehfähigkeit in der Wohnung, aber außer Haus nur mit Hilfsperson	466 (14%)	499 (16%)
Keine funktionale Gehfähigkeit	79 (2%)	335 (11%)

3.7.4.2 Veränderung der Gehfähigkeit

Unter „Stufe“ ist die Abstufung zwischen zwei Kategorien in der Gehfähigkeit gemeint. Hat sich z.B. bei einem Patienten die Gehfähigkeit von „selbstständig ohne Hilfsmittel“ zu „außer Haus mit einem Gehstock oder einer Gehstütze“ geändert, dann handelt es sich um eine Verschlechterung um eine „Stufe“.

Tabelle 42: Veränderung der Gehfähigkeit vor Fraktur zu 120 Tage post-OP bei den Patienten aus dem ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle (d. h. „unbekannte“ Fälle werden ausgeschlossen)	3.443 / 4.045 (98%) 	3.133 / 3.750 (98%) 	2.912 / 3.580 (99%) 
Veränderung der Gehfähigkeit			
Verschlechterung um mehr als zwei „Stufen“	172 (5%)	192 (6%)	151 (5%)
Verschlechterung um zwei „Stufen“	851 (25%)	740 (24%)	635 (22%)
Verschlechterung um eine „Stufe“	716 (21%)	748 (24%)	762 (26%)
Keine Veränderung	1.411 (41%)	1.226 (39%)	1.092 (38%)
Verbesserung um eine „Stufe“	211 (6%)	158 (5%)	205 (7%)
Verbesserung um mehr als eine „Stufe“	82 (2%)	69 (2%)	67 (2%)

3.7.5 Re-OPs zwischen Entlassung und 120 Tage post-OP

Tabelle 43: Re-OPs zwischen Entlassung und 120 Tage post-OP der Patienten im ATR-DGU über die Zeit

	ATR-DGU n / N (%)		
	2024	2023	2022
Anzahl erfasster Fälle	3.562 / 4.045 (88%) 	3.287 / 3.750 (88%) 	3.066 / 3.580 (86%) 
Wurde eine Re-OP durchgeführt?			
Unbekannt	37 (1%)	54 (2%)	28 (1%)
Ja	91 (3%)	113 (3%)	117 (4%)
Nein	3.434 (96%)	3.120 (95%)	2.921 (95%)
Wenn ja, welche Re-OPs wurden durchgeführt? (Mehrfachantworten sind möglich)			
Reposition (nach Luxation)	7 (8%)	19 (17%)	14 (12%)
Spülung / Débridement	20 (22%)	21 (19%)	28 (24%)
Entfernung von Implantat oder Osteosynthesematerial	23 (25%)	24 (21%)	28 (24%)
Revision der Osteosynthese	13 (14%)	23 (20%)	19 (16%)
Konversion in Duokopfprothese	5 (5%)	10 (9%)	9 (8%)
Konversion in H-TEP	18 (20%)	20 (18%)	27 (23%)
Girdlestone-OP	2 (2%)	1 (1%)	2 (2%)
Periprothetische / periimplantäre Fraktur	7 (8%)	11 (10%)	16 (14%)
Sonstiges (lokal)	21 (23%)	17 (15%)	19 (16%)

4 Publikationen aus dem AltersTraumaRegister DGU®

4.1 Publikationen

2019

AUC –Akademie der Unfallchirurgie; Arbeitskreis AltersTraumaRegister DGU®. The geriatric trauma register of the DGU-current status, methods and publication guidelines. Unfallchirurg. 2019; 122: 820-822.

2020

Schoeneberg C, Knobe M, Babst R, Friess T, Volland R, Hartwig E, Schmidt W, Lendemans S, Buecking B 120-Tage-Follow-up nach hüftgelenknahen Frakturen – erste Daten aus dem AltersTraumaRegister DGU®. Unfallchirurg. 2020; 123: 375-385.

2021

Bliemel C, Rascher K, Knauf T, Hack J, Eschbach D, Aigner R, Oberkircher L, AltersTraumaRegister DGU. Early Surgery Does Not Improve Outcomes for Patients with Periprosthetic Femoral Fractures — Results from the Registry for Geriatric Trauma of the German Trauma Society. Medicina 2021; <https://doi.org/10.3390/medicina57060517>.

Gleich J, Fleischhacker E, Rascher K, Friess T, Kammerlander C, Böcker W, Bücking B, Liener U, Drey M, Höfer C, Neuerburg C, AltersTraumaRegister DGU. . Increased Geriatric Treatment Frequency Improves Mobility and Secondary Fracture Prevention in Older Adult Hip Fracture Patients-An Observational Cohort Study of 23,828 Patients from the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). J Clin Med. 2021; <https://doi.org/10.3390/jcm10235489>

Knauf T, Eschbach D, Buecking B, Knobe M, Barthel J, Rascher K, Ruchholtz S, Aigner R, Schoeneberg C, AltersTraumaRegister DGU. Open Reduction in Subtrochanteric Femur Fractures Is Not Accompanied by a Higher Rate of Complications. Medicina 2021; <https://doi.org/10.3390/medicina57070659>.

Marks L, Pass B, Knobe M, Volland R, Eschbach D, Lendemans S, Aigner R, Schoeneberg C, AltersTraumaRegister DGU. Quality of life, walking ability and change of living situation after trochanteric femur fracture in geriatric patients – Comparison between sliding hip screw and cephalomedullary nails from the registry for geriatric trauma. Injury 2021; <https://doi.org/10.1016/j.injury.2022.05.012>.

Schoeneberg C, Pass B, Volland R, Knobe M, Eschbach D, Ketter V, Lendemans S, Aigner R; AltersTraumaRegister DGU. Four-month outcome after proximal femur fractures and influence of early geriatric rehabilitation: data from the German Centres of Geriatric Trauma DGU®. Archives of Osteoporosis 2021; 16: 68. <https://doi.org/10.1007/s11657-021-00930-9>

Schoeneberg C, Aigner R, Pass B, Volland R, Eschbach D, Peiris SE, Ruchholtz S, Lendemans S; AltersTraumaRegister DGU. Effect of time-to-surgery on in-house mortality during orthogeriatric treatment following hip fracture: A retrospective analysis of prospectively collected data from 16,236 patients of the AltersTraumaRegister DGU®. Injury 2021; 52: 554-561. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2022.09.007>

Schoeneberg C, Pass B, Oberkircher L, Rascher K, Knobe M, Neuerburg C, Lendemans S, Aigner R, AltersTraumaRegister DGU. Impact of concomitant injuries in geriatric patients with proximal femur fracture - an analysis of the Registry for Geriatric Trauma. The Bone and Joint Journal 2021; 103: 15264-1533. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.103B9.BJJ-2023-0358.R1>

2022

Aigner R, Buecking B, Hack J, Schwenzfeuer R, Eschbach D, Einheuser J, Schoeneberg C, Pass B, Ruchholtz S, Knauf T, On Behalf Of The Registry For Geriatric Trauma ATR-DGU. Effect of Direct Oral Anticoagulants on Treatment of Geriatric Hip Fracture Patients: An Analysis of 15,099 Patients of the AltersTraumaRegister DGU. *Medicina* 2022; <https://doi.org/10.3390/medicina58030379>.

Bliemel C, Rascher K, Oberkircher L, Schlosshauer T, Schoeneberg C, Knobe M, Pass B, Ruchholtz S, Klasan A, On Behalf Of The AltersTraumaRegister ATR-DGU. Surgical Management and Outcomes following Pathologic Hip Fracture-Results from a Propensity Matching Analysis of the Registry for Geriatric Trauma of the German Trauma Society. *Medicina* 2022; 58(7): 871.

Knauf T, Buecking B, Geiger L, Hack J, Schwenzfeuer R, Knobe M, Eschbach D, Ruchholtz S, Aigner R; Registry for Geriatric Trauma DGU. The Predictive Value of the "Identification of Seniors at Risk" Score on Mortality, Length of Stay, Mobility and the Destination of Discharge of Geriatric Hip Fracture Patients. *Clin Interv Aging*. 2022; 17:309-316.

Laubach M, Bläsius FM, Volland R, Knobe M, Weber CD, Hildebrand F, Pishnamaz M, Registry for Geriatric Trauma DGU. Internal fixation versus hip arthroplasty in patients with nondisplaced femoral neck fractures: short-term results from a geriatric trauma registry. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2022 Jun;48(3):1851-1859.

Pass B, Nowak L, Eschbach D, Volland R, Knauf T, Knobe M, Oberkircher L, Lendemans S, Schoeneberg C, AltersTraumaRegister DGU. Differences of hemiarthroplasty and total hip replacement in orthogeriatric treated elderly patients: a retrospective analysis of the Registry for Geriatric Trauma DGU®. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2022 Jun; 48(3):1841-1850.

Pass B, Vajna E, Knauf T, Rascher K, Aigner R, Eschbach D, Lendemans S, Knobe M, Schoeneberg C, AltersTraumaRegister DGU. COVID-19 and proximal femur fracture in older adults – A lethal combination? An analysis of the Registry for Geriatric Trauma. *JAMDA – J Am Med Dir Assoc*. 2022; 23: 576-580. doi: 10.1016/j.jamda.2022.09.027.

2023

Gleich J, Neuerburg C, Schoeneberg C, Knobe M, Böcker W, Rascher K, Fleischhacker E; Working Committee on Geriatric Trauma Registry of the German Trauma Society (DGU). Time to surgery after proximal femur fracture in geriatric patients depends on hospital size and provided level of care: analysis of the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2023 [Epub ahead of print] DOI: 10.1007/s00068-023-02246-4.

Pass B, Knauf T, Knobe M, Rascher K, Bliemel C, Maslaris A, Aigner R, Dirkmann D, Lendemans S, Schoeneberg C; Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). Spinal anesthesia with better outcome in geriatric hip fracture surgery - An analysis of the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). *Injury*. 2023 [Epub ahead of print] DOI: 10.1016/j.injury.2023.04.001.

Schoeneberg C, Heuser L, Rascher K, Lendemans S, Knobe M, Eschbach D, Buecking B, Liener U, Neuerburg C, Pass B, Schmitz D; Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). The Geriatrics at Risk Score (GeRi-Score) for mortality prediction in geriatric patients with proximal femur fracture - a development and validation study from the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). *Osteoporos Int*. 2023; 34(5):879-890.

2024

Knauf T, Eschbach D, Buecking B, Knobe M, Rascher K, Schoeneberg C, Bliemel C, Ruchholtz S, Aigner R, Bökeler U; Arbeitskreis AltersTraumaRegister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den Verlauf von alterstraumatologischen Patienten mit proximaler Femurfraktur. *Unfallchirurgie*. 2024; Mar;127(3):228-234.

Bliemel C, Birkelbach R, Knauf T, Pass B, Craiovan B, Schoeneberg C, Ruchholtz S, Bäumlein M; AltersTraumaRegister DGU. Surgical management and outcomes following atypical subtrochanteric femoral fractures - results from a matched-pair analysis of the registry for geriatric trauma of the German Trauma Society. Arch Orthop Trauma Surg. 2024 Jun;144(6):2561-2572. doi: 10.1007/s00402-024-05297-3.

Heuser L, Schoeneberg C, Rascher K, Lendemanns S, Knobe M, Aigner R, Ruchholtz S, Neuerburg C, Pass B on behalf of the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). Validation of the Geriatrics at Risk Score (GeRi-Score) on 120-day follow-up, the influence of preoperative geriatric visits, and the time to surgery on the outcome of hip fracture patients: an analysis from the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). Osteoporos Int. 2024 Oct;35(10):1797-1805. doi: 10.1007/s00198-024-07177-3.

Bökeler U, Liener U, Schmidt H, Vogeley N, Ketter V, Ruchholtz S, Pass B; AltersTraumaRegister DGU. Intensive Multiprofessional Rehabilitation Is Superior to Standard Orthogeriatric Care in Patients with Proximal Femur Fractures-A Matched Pair Study of 9580 Patients from the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). J Clin Med. 2024 Oct 23;13(21):6343. doi: 10.3390/jcm13216343.

Pass B, Knobe M, Schmidt H, Bliemel C, Aigner R, Liener U, Lendemanns S, Schoeneberg C, Bökeler U; AltersTraumaRegister DGU. Outcome of Centenarians with Hip Fracture: An Analysis of the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). J Clin Med. 2024 Oct 26;13(21):6421. doi: 10.3390/jcm13216421.

Ketter V, Korschinsky A, Bökeler U, Aigner R, Bücking B, Eschbach D, Rascher K, Ruchholtz S, Knauf T; AltersTraumaRegister DGU. Proximal Femur Fractures: Evaluating the Necessity of On-Call Surgery. J Clin Med. 2024 Dec 27;14(1):93. doi: 10.3390/jcm14010093.

4.2 Abstracts Juni 2024 bis Mai 2025

Osteoporosis International. 2024 Oct;35(10):1797-1805. doi: 10.1007/s00198-024-07177-3.

Validation of the Geriatrics at Risk Score (GeRi-Score) on 120-day follow-up, the influence of preoperative geriatric visits, and the time to surgery on the outcome of hip fracture patients: an analysis from the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU)

Heuser L, Schoeneberg C, Rascher K, Lendemanns S, Knobe M, Aigner R, Ruchholtz S, Neuerburg C, Pass B on behalf of the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU).

SUMMARY A validation of the GeRi-Score on 120-day mortality, the impact of a pre-operative visit by a geriatrician, and timing of surgery on the outcome was conducted. The score has predictive value for 120-day mortality. No advantage was found for surgery within 24 h or a preoperative geriatric visit.

PURPOSE Numerous tools predict mortality among patients with hip fractures, but they include many variables, require timeconsuming assessment, and are difficult to calculate. The GeRi-Score provides a quick method of pre-operative assessment. The aim of this study is to validate the score in the 120-day follow-up and determine the impact of a pre-operative visit by a geriatrician and timing of surgery on the patient outcome.

METHODS A retrospective analysis of the AltersTraumaRegister DGU® from 2017 to 2021 was conducted, including all proximal femur fractures. The patients were divided into low-, moderate-, and high-risk groups based on the GeRi-Score. Mortality was analyzed using logistic regression. To determine the influence of the time to surgery and the preoperative visit by a geriatrician, matching was performed using the exact GeRi-Score, preoperative walking ability, type of fracture, and the time to surgery.

RESULTS The study included 38,570 patients, divided into 12,673 low-risk, 18,338 moderate-risk, and 7,559 high-risk patients. The moderate-risk group had three times the mortality risk of the low-risk group (OR 3.19 (95% CI 2.68–3.79; $p < 0.001$)), while the high-risk group had almost eight times the mortality risk than the low-risk group (OR 7.82 (95% CI 6.51–9.93; $p < 0.001$)). No advantage was found for surgery within the first 24 h across all groups. There was a correlation of a preoperative geriatric visit and mortality showing an increase in the moderate and high-risk group on in-house mortality.

CONCLUSIONS The GeRi-Score has predictive value for 120-day mortality. No advantage was found for surgery within 24 h. The analysis did not demonstrate a benefit of the preoperative geriatric visit, but more data are needed.

J Clin Med. 2024 Oct 23;13(21):6343. doi: 10.3390/jcm13216343.

Intensive Multiprofessional Rehabilitation Is Superior to Standard Orthogeriatric Care in Patients with Proximal Femur Fractures-A Matched Pair Study of 9580 Patients from the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU)

Bökeler U, Liener U, Schmidt H, Vogeley N, Ketter V, Ruchholtz S, Pass B; AltersTraumaRegister DGU.

BACKGROUND Orthogeriatric treatment, which involves a collaborative approach between orthopedic surgeons and geriatricians, is generally considered to be superior to standard care following hip fractures. The aim of this study was to investigate additional effects of a geriatrician-led multidisciplinary rehabilitation program.

METHODS In this matched paired observational cohort study, patients aged 70 years and older with a proximal femur fracture requiring surgery were included. Between 1 January 2016 and 31 December 2022 data were recorded from hospital admission to 120-day follow-up in the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU), a registry of older adults with hip fractures. Out of 60,254 patients, 9580 patients met the inclusion criteria, 4669 patients received early multiprofessional rehabilitation (EMR) and 4911 patients were treated by standard orthogeriatric co-management (OGC).

RESULTS Compared to standard orthogeriatric treatment, multiprofessional therapy significantly lowered the 7-day mortality rate (2.89% vs. 5.11%) and had a significant impact on walking ability seven days after surgery (86.44% vs. 77.78%).

CONCLUSIONS In summary, a geriatrician-led multiprofessional rehabilitation program resulted in lower mortality and improved walking ability than standard orthogeriatric care.

J Clin Med. 2024 Oct 26;13(21):6421. doi: 10.3390/jcm13216421.

Outcome of Centenarians with Hip Fracture: An Analysis of the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU)

Pass B, Knobe M, Schmidt H, Bliemel C, Aigner R, Liener U, Lendemans S, Schoeneberg C, Boekeler U; AltersTraumaRegister DGU.

BACKGROUND/OBJECTIVES Outcomes for hip fracture patients have improved over the years, yet the population of older patients (≥ 80 years) continues to grow. By 2100, the global centenarian population is projected to exceed 25 million, but data on hip fracture outcomes in this group are rare and often derived from small samples. This study aimed to analyze outcomes for centenarian hip fracture patients in specialized geriatric trauma centers and compare them with those of patients under 80.

METHODS We conducted a retrospective analysis of the AltersTraumaRegister DGU® from 2016 to 2022, including all proximal femur fracture data. Patients were categorized into two groups: under 80 years and centenarians. The primary outcome was in-hospital mortality, with secondary outcomes including quality of life, walking ability on postoperative day seven, length of hospital stay, readmission rates, and changes in living situations.

RESULTS Among 14,521 patients, 316 were over 99 years old. In-house mortality was significantly higher in centenarians (15.44% vs. 3.58%; $p < 0.001$), with more discharged to nursing homes. After matching by the Geriatrics at Risk (GeRi) score, mortality differences diminished.

CONCLUSIONS While age is a risk factor for mortality, centenarian hip fracture patients' outcomes do not significantly differ from those aged ≤ 80 when considering other risk factors.

J Clin Med. 2024 Dec 27;14(1):93. doi: 10.3390/jcm14010093.

Proximal Femur Fractures: Evaluating the Necessity of On-Call Surgery

Ketter V, Korschinsky A, Bökeler U, Aigner R, Bücking B, Eschbach D, Rascher K, Ruchholtz S, Knauf T; AltersTraumaRegister DGU.

BACKGROUND The decision of the Joint Federal Committee on the treatment of hip fractures stipulates that proximal femur fractures must be treated within the first 24 h. This leads to organizational and personnel difficulties in day-to-day care. Therefore, we investigated the question at what times of day we operate to maintain this timeline and whether there is a difference in the outcome for the patients according to treatment hours.

METHODS Data from the DGU's "AltersTraumaRegister" from 2016 to 2020 were analyzed. For the analysis, the patients were divided into seven cohorts depending on the time of surgery. Pre-operative, operative, and follow-up data were analyzed.

RESULTS A total of 29,470 patients were included in our study. The results showed that 74% of patients were treated within 24 h. 72% of patients operated on between 0-7 h had pertrochanteric fractures, while 56% of all arthroplasties were performed during normal working hours. In supra-regional trauma centers, significantly fewer operations were performed during normal working hours, while significantly more surgeries were carried out in the late evening and at night ($p < 0.001$). There were no significant differences in mortality and morbidity between the individual groups.

CONCLUSIONS Although we manage to treat most patients within 24 h, only 46% of patients are operated on within normal working hours. In terms of the outcome parameters, this does not appear to be a disadvantage for the patients. Nevertheless, night work and fatigue affect concentration and post-operative results in many areas, as we know. Consequently, patient care during normal working hours within 24 h creates the best possible initial situation for the patient, as significantly more personnel resources are available during normal working hours. The aim should be to create the logistical and personnel requirements for this.

5 Literaturverzeichnis

AUC –Akademie der Unfallchirurgie, Arbeitskreis AltersTraumaRegister DGU®. The geriatric trauma register of the DGU-current status, methods and publication guidelines. *Unfallchirurg*. 2019; 122: 820-822.

Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010; 340: c1718.

Black DM, Delmas PD, Eastell R, Reid IR, Boonen S, Cauley JA, Cosman F, Lakatos P, Leung PC, Man Z, Mautalen C, Mesenbrink P, Hu H, Caminis J, Tong K, Rosario-Jansen T, Krasnow J, Hue TF, Sellmeyer D, Eriksen EF, Cummings SR; HORIZON Pivotal Fracture Trial. Once-yearly zoledronic acid for treatment of postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 2007; 356(18): 1809–22.

Böhme J, Höch A, Josten C. Osteoporotische Frakturen des Beckens. *Chirurg* 2012; 83(10): 875–81.

Bücking B, Walz M, Hartwig E, Friess T, Liener U, Knobe M, Ruchholtz S, Bliemel C. Interdisciplinary treatment in geriatric traumatology from the trauma surgeons' perspective : Results of a survey in Germany. *Unfallchirurg* 2017; 120(1): 32–39.

Carow J, Carow JB, Coburn M, Kim BS, Bücking B, Bliemel C, Bollheimer LC, Werner CJ, Bach JP, Knobe M. Mortality and cardiorespiratory complications in trochanteric femoral fractures: a ten year retrospective analysis. *Int Orthop* 2017; 41(11): 2371–2380.

Dachverband Osteologie e.V. (DVO). DVO-Leitlinie 2023 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr. Im Internet: www.leitlinien.dv-osteologie.org; Stand: 24.06.2024.

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU): Weißbuch Schwerverletztenversorgung: 3., erweiterte Auflage. Berlin, 2019.

Dresing K, Stürmer M, Bonnaire F, Frosch KH, Kuderna H, Kübke R, et al. DGU Guidelines - Pertrochanteric Fractures. 2015; 36.

EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH. EPRD-Jahresbericht 2021 - Patienteninformation. Im Internet: www.eprd.de; Stand: 24.06.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur: Erstfassung. Im Internet: www.g-ba.de/beschluesse/4069/; Stand: 20.03.2025

Gliklich R E, Dreyer Nancy A, Leavy Michelle B: Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2007.

Guay J, Choi PT, Suresh S, Albert N, Kopp S, Pace NL. Neuraxial anesthesia for the prevention of postoperative mortality and major morbidity: an overview of cochrane systematic reviews. *Anesth Analg* 2014; 119(3): 716-25.

Haywood KL, Griffin XL, Achten J, Costa ML. Developing a core outcome set for hip fracture trials. *Bone Joint J* 2014; 96-B(8): 1016–23.

Hu Z, Zeng X, Fu P, Luo Z, Tu Y, Liang J, Tao Y, Qin W. Predictive factors for acute renal failure in crush injuries in the Sichuan earthquake. *Injury* 2012; 43(5): 613–8.

Keating JF, Grant A, Masson M, Scott NW, Forbes JF. Randomized comparison of reduction and fixation, bipolar hemiarthroplasty, and total hip arthroplasty. Treatment of displaced intracapsular hip fractures in healthy older patients. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88(2): 249–60.

Knobe M, Siebert CH. Hip fractures in the elderly: Osteosynthesis versus joint replacement. *Orthopäde* 2014; 43(4): 314–24.

Leung F, Lau TW, Kwan K, Chow S, Kung A. Does timing of surgery matter in fragility hip fractures? *Osteoporos Int*. 2010; 21: S529-34.

Li T, Zhuang Q, Weng X, Zhou L, Bian Y. Cemented versus uncemented hemiarthroplasty for femoral neck fractures in elderly patients: a meta-analysis. *PLoS One* 2013; 8(7): e68903.

Liem IS, Kammerlander C, Suhm N, Blauth M, Roth T, Gosch M, Hoang-Kim A, Mendelson D, Zuckerman J, Leung F, Burton J, Moran C, Parker M, Giusti A, Pioli G, Goldhahn J, Kates SL; Investigation performed with the assistance of the AOTrauma Network. Identifying a standard set of outcome parameters for the evaluation of orthogeriatric co-management for hip fractures. *Injury* 2013; 44(11): 1403–12.

Liener U CH, Becker C, Rapp K (Hrsg.): Weißbuch Alterstraumatologie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2018.

Marks L, Pass B, Knobe M, Volland R, Eschbach D, Lendemans S, Aigner R, Schoeneberg C, ATR-DGU. Quality of life, walking ability and change of living situation after trochanteric femur fracture in geriatric patients-Comparison between sliding hip screw and cephalomedullary nails from the registry for geriatric trauma. *Injury* 2021; 52(7): 1793-1800.

Masud T, McClung M, Geusens P. Reducing hip fracture risk with risedronate in elderly women with established osteoporosis. *Clin Interv Aging* 2009; 4: 445–449.

Moja L, Piatti A, Pecoraro V, Ricci C, Virgili G, Salanti G, Germagnoli L, Liberati A, Banfi G. Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes. A meta-analysis and meta-regression of over 190,000 patients. *PLoS One* 2012; 7(10): e46175.

Müller D, Augustin M, Banik N, Baumann W, Bestehorn K, Kieschke J, Lefering R, Maier B, Mathis S, Rustenbach S, Sauerland S, Semler SC, Stausberg J, Sturm H, Unger C, Neugebauer EAM. Memorandum Register für die Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen* 2010; 72: 824–839.

Pincus D, Ravi B, Wasserstein D, Huang A, Paterson JM, Nathens AB, Kreder HJ, Jenkinson RJ, Wodchis WP. Association Between Wait Time and 30-Day Mortality in Adults Undergoing Hip Fracture Surgery. *JAMA* 2018; 318(20): 1994-2003.

Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, Helbostad JL, Thingstad P, Taraldsen K, Lydersen S, Halsteinli V, Saltnes T, Lamb SE, Johnsen LG, Saltvedt I. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *Lancet* 2015; 385(9978): 1623-33.

PROFinD 2: Prävention und Rehabilitation osteoporotischer Frakturen in benachteiligten Populationen, Teilprojekte 1-5, Stuttgart, Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Rupp M, Walter N, Pfeifer C, Lang S, Kerschenbaum M, Krutsch W, Baumann F, Alt V. Inzidenz von Frakturen in der Erwachsenenpopulation in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 2021; 118: 665-9.

Schoeneberg C, Aigner R, Pass B, Volland R, Eschbach D, Peiris SE, et al. Effect of time-to-surgery on in-house mortality during orthogeriatric treatment following hip fracture: A retrospective analysis of prospectively collected data from 16,236 patients of the AltersTraumaRegister DGU®. *Injury* 2021; 52(3): 554-61.

Schoeneberg C, Pass B, Oberkircher L, Rascher K, Knobe M, Neuerburg C, Lendemans S, Aigner R, ATR-DGU. Impact of concomitant injuries in geriatric patients with proximal femur fracture : an analysis of the Registry for Geriatric Trauma. *Bone Joint J* 2021; 103-B(9): 1526-1533.

Schoeneberg C, Heuser L, Rascher K, Lendemans S, Knobe M, Eschbach D, Buecking B, Liener U, Neuerburg C, Pass B, Schmitz D, ATR-DGU. The Geriatrics at Risk Score (GeRi-Score) for mortality prediction in geriatric patients with proximal femur fracture – a development and validation study from the Registry for Geriatric Trauma (ATR-DGU). *Osteoporosis International* 2023; 34: 879–890.

Ström O, Borgström F, Kanis JA, Compston J, Cooper C, McCloskey EV, Jönsson B. Osteoporosis: burden, health care provision and opportunities in the EU: a report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). *Arch Osteoporos* 2011; 6: 59–155.

Thiem U, Greuel HW, Reingraber A, Koch-Gwinner P, Püllen R, Heppner HJ, Pfisterer M. Consensus for the identification of geriatric patients in the emergency care setting in Germany. *Z Gerontol Geriat* 2012; 45: 310–314.

Van Waesberghe J, Stevanovic A, Rossaint R, Coburn M. General vs. neuraxial anaesthesia in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Anesthesiol* 2017; 17(1): 87.

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Definition der Farbkodierung für die Vollständigkeitsquote eines Parameters	S. 9
Tabelle 2	Anzahl der Patientenfälle im ATR-DGU in 2024	S. 9
Tabelle 3	Geschlechterverteilung der Patienten vom ATR-DGU über die Zeit	S. 11
Tabelle 4	Altersverteilung der Patienten Ihrer Klinik im ATR-DGU über die Zeit	S. 12
Tabelle 5	Wohnsituation der Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 13
Tabelle 6	Angaben zur Antikoagulation bei Aufnahme der Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 13
Tabelle 7	Angaben zum ISAR-Test der Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 14
Tabelle 8	Risikogruppen, berechnete und beobachtete Mortalität nach GeRi-Score	S. 15
Tabelle 9	ASA-Klassifikation der Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 16
Tabelle 10	Art der behandlungsbedürftigen Verletzungen der Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 17
Tabelle 11	Art der Fraktur bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 18
Tabelle 12	Pathologische Frakturen bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 18
Tabelle 13	Zeitl. Abstand von Aufnahme bis Schnittzeit bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 20
Tabelle 14	Narkoseformen bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 21
Tabelle 15	OP-Verfahren bei Garden I und II Frakturen im ATR-DGU über die Zeit	S. 22
Tabelle 16	OP-Verfahren bei Garden III und IV Frakturen im ATR-DGU über die Zeit	S. 22
Tabelle 17	OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit A1-Frakturen über die Zeit	S. 24
Tabelle 18	OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit A2-Frakturen über die Zeit	S. 24
Tabelle 19	OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit A3-Frakturen über die Zeit	S. 24
Tabelle 20	OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit subtrochantären Frakturen über die Zeit	S. 25
Tabelle 21	OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit periprothetischen Frakturen über die Zeit	S. 26
Tabelle 22	OP-Verfahren bei Patienten im ATR-DGU mit periimplantären Frakturen über die Zeit	S. 27
Tabelle 23	Status Vollbelastung bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 28
Tabelle 24	Status Mobilisation der Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 28
Tabelle 25	Status Dekubitus bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 29
Tabelle 26	Gehfähigkeit der Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 29
Tabelle 27	Mitbehandlung durch Geriater bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 30
Tabelle 28	Angaben zur Osteoporose-Therapie vor Frakturereignis bei Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 31
Tabelle 29	Patienten aus dem ATR-DGU, die bis zum 7. post-OP-Tag eine Osteoporose-Therapie mit Vitamin D erhalten haben, im Vergleich über die Zeit	S. 31
Tabelle 30	Patienten im ATR-DGU, die bis zum 7. post-OP-Tag eine Osteoporose-Therapie mit einer spezifischen Osteoporosemedikation erhalten haben, im Vergleich über die Zeit	S. 32
Tabelle 31	Entlassungsstatus der Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 33
Tabelle 32	Liegedauer im Krankenhaus während des Akutaufenthalts der Patienten aus dem ATR-DGU über die Zeit	S. 34
Tabelle 33	Entlassende Abteilung nach der Akutphase. ATR-DGU im zeitlichen Vergleich	S. 35

Tabelle 34	Entlassung nach Akutaufenthalt der Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 35
Tabelle 35	Geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung bei den Patienten des ATR-DGU über die Zeit	S. 36
Tabelle 36	Patienten des ATR-DGU mit einem durchgeführten Follow-Up im Vergleich über die Zeit	S. 37
Tabelle 37	Wiederaufnahme der Patienten des ATR-DGU aufgrund derselben coxalen Femurfraktur im Vergleich über die Zeit	S. 37
Tabelle 38	Aufenthaltort der Patienten des ATR-DGU 120 Tage post-OP im Vergleich über die Zeit	S. 38
Tabelle 39	Gehfähigkeit der Patienten aus dem ATR-DGU vor Fraktur und 120 Tage post-OP für 2024	S. 40
Tabelle 40	Gehfähigkeit der Patienten aus dem ATR-DGU vor Fraktur und 120 Tage post-OP für 2023	S. 40
Tabelle 41	Gehfähigkeit der Patienten aus dem ATR-DGU vor Fraktur und 120 Tage post-OP für 2022	S. 41
Tabelle 42	Veränderung der Gehfähigkeit vor Fraktur zu 120 Tage post-OP bei den Patienten aus dem ATR-DGU über die Zeit	S. 41
Tabelle 43	Re-OPs zwischen Entlassung und 120 Tage post-OP der Patienten im ATR-DGU über die Zeit	S. 42

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Vollständigkeitsquote über alle Kliniken, 2021-2024, — ATR-DGU, o einzelner Klinikwert	S. 10
Abbildung 2	Monatliche mediane Anzahl an Patientenaufnahmen im ATR-DGU von 2021-2024	S. 11
Abbildung 3	Altersverteilung der Patienten im ATR-DGU getrennt nach Geschlecht in 2024	S. 12
Abbildung 4	Kumulativen Häufigkeit der operierten Patienten für die Dauer von Aufnahme bis Schnitt im ATR-DGU über die Zeit	S. 20
Abbildung 5	Verteilung der OP-Verfahren bei Schenkelhalsfrakturen im ATR-DGU über die Zeit	S. 21
Abbildung 6	Verteilung der OP-Verfahren bei pertrochantären Frakturen im ATR-DGU über die Zeit	S. 23
Abbildung 7	Verteilung der OP-Verfahren bei subtrochantären Frakturen im ATR-DGU über die Zeit	S. 25
Abbildung 8	Verteilung der OP-Verfahren bei periprothetischen Frakturen im ATR-DGU über die Zeit	S. 26
Abbildung 9	Verteilung der OP-Verfahren bei periimplantären Frakturen im ATR-DGU über die Zeit	S. 27
Abbildung 10	Unterschiede in der Zusammensetzung der Osteoporose-Therapie vor Fraktur gegenüber der Osteoporose-Therapie während der ersten Woche post-OP in 2024 für das ATR-DGU	S. 32
Abbildung 11	Kumulative Häufigkeit der Patienten aus dem ATR-DGU für die Zeit von Aufnahme bis Entlassung aus dem Akutaufenthalt über die Zeit	S. 34
Abbildung 12	Wohnsituation der Patienten aus dem ATR-DGU bei Aufnahme im Vergleich zu 120 Tage post-OP für 2024	S. 39

8 Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgemeinschaft
AHB	Anschlussheilbehandlung
AIS	Abbreviated Injury Scale
Anz	Anzahl
ASA	American Society of Anesthesiologists
ATR-DGU	AltersTraumaRegister DGU®
ATZ	AltersTraumaZentrum DGU®
AUC	AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
DVO	Dachverband Osteologie e.V.
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
DGOU	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
DHS	Dynamische Hüftschraube
DOAK	Direkte orale Antikoagulanzen
DVO	Dachverband Osteologie e.V.
EPRD	Endoprothetikregister Deutschland
FFN	Fragility Fracture Networks
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GeRi-Score	Geriatrics at Risk Score
GfK	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
H-TEP	Total-Endoprothese der Hüfte
IK	Institutionskennzeichen
Inhibit.	Inhibitoren
ISAR	Identification of seniors at risk
Krhs	Krankenhaus
MD	Medizinischer Dienst
Min	Minute
NOAK	Neue orale Antikoagulanzen
OP	Operation
[Std]	Stunde
Spez. Osteomed.	Spezifische Osteoporosemedikation
Verf.	Verfahren
WHO	World Health Organization
zusätzl.	zusätzlich