



Jahresbericht 2026

www.auc-online.de

HandTraumaRegister DGH

Allgemeiner Jahresbericht

Jahresbericht 2026 - HandTraumaRegister DGH für den Zeitraum 2025

September 2026

Impressum

Herausgeber:

Institut für Traumaforschung
AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH
Emil-Riedel-Straße 5
80538 München
<http://www.handtraumaregister-dgh.de>
E-Mail: support@auc-online.de
Telefon: +49 89 540481-220

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

Institut für Traumaforschung (ITF) der AUC:
H. Schmidt (Statistikerin), E. Schwojer (wissenschaftliche Mitarbeiterin)

HandTraumaRegister (HTR) der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH):
Sprecher: Prof. M. Schädel-Höpfner und Dr. med. P. Harenberg

Dieser Bericht verwendet aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum.

Jede Veröffentlichung oder sonstige publizistische Weiterverarbeitung von Daten aus dem HandTraumaRegister DGH bedarf der vorherigen Genehmigung durch das HandTraumaRegister der DGH über einen Antrag an die AUC (E-Mail: reviewboard@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: „AG HandTraumaRegister der DGH & ITF der AUC (2026). Jahresbericht 2026 HandTraumaRegister DGH.“).

Für wissenschaftliche Publikationen mit Daten aus dem HandTraumaRegister DGH gilt die Publikationsrichtlinie des HandTraumaRegister DGH. Die aktuelle Richtlinie ist auf der Homepage des Registers (www.handtraumaregister-dgh.de) verfügbar.

Inhalt

		Seite
	Vorwort	4
1	HandTraumaRegister DGH	5
2	Darstellung der Daten	6
3	Datenqualität	6
4	Fallzahlen und Patientencharakteristika	7
5	Behandlungsdaten	11
6	Verletzungsmuster	21
7	Knochen	23
8	Sehnen	27
9	Nerven	29
10	Arterien	31
11	Muskeln	33
12	Gelenke	34
13	Haut und Weichteile	37
14	Verbrennungen	39
15	Amputationen	40
16	Publikationen	41
17	Abkürzungsverzeichnis	43
18	Tabellenverzeichnis	44
19	Abbildungsverzeichnis	45

Vorwort

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer des HandTraumaRegisters,

in Ihren Kliniken stehen Sie täglich vor neuen Herausforderungen, die Sie mit stets neuen Lösungsansätzen bewältigen. Daneben tragen Sie mit 62 weiteren Kliniken durch Ihre Teilnahme am HandTraumaRegister DGH zur Erfassung der Epidemiologie, der Art und Häufigkeiten von Verletzungen an der Hand sowie der Versorgungsrealität bei. Insgesamt gaben im Jahr 2025 45 Kliniken mehr als 7.400 neue Patientenfälle in das HandTraumaRegister (HTR) ein und erweiterten damit erheblich die Datenbasis für die angestrebte Abbildung der Handverletzungen und deren Versorgungsmuster in Deutschland. Diese Erkenntnisse sollen über die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Daten in den Versorgungsalltag einfließen.

Im vergangenen Jahr wurden die ersten zwei wissenschaftlichen Publikationen aus dem Register veröffentlicht. Die Abstracts dieser aus dem HTR DGH gewonnenen Publikationen sind am Ende dieses vorliegenden Jahresberichts aufgenommen. Wir möchten Sie ausdrücklich auffordern, Ihre Fragestellungen zu formulieren und den durch gemeinsame Anstrengungen geschaffenen Datensatz nicht nur durch regelmäßige Falldokumentation zu bereichern, sondern auch wissenschaftlich zu nutzen. Details zum Prozess finden Sie in der Publikationsrichtlinie, auf der HTR-Website und erhalten Sie über die Mitarbeiter der AUC (support@auc-online.de).

Der vorliegende Jahresbericht soll Ihnen einen Überblick und einen Vergleich mit anderen Kliniken geben. Bitte beachten Sie, dass in einem jungen Register, wie dem HTR, Aussagen zu Inzidenzen, beteiligten anatomischen Strukturen und Versorgungsmuster noch mit einer gewissen statistischen Unsicherheit behaftet sind, die sich jedoch mit steigender Fallzahl in den kommenden Jahren immer mehr relativieren wird. Außerdem können die teilnehmenden Kliniken durch eine noch vollständigere Falleingabe die Datenqualität und damit die Aussagekraft des Registers erheblich verbessern.

Wir betrachten das Register als ein wachsendes Projekt, das sich nur durch Ihre aktive Teilnahme weiterentwickeln kann. Folglich gilt Ihnen unser großer Dank für Ihre bisherige Beteiligung, verbunden mit der Bitte um kontinuierliche Fortsetzung. Langfristig planen wir, die Erhebung von Outcome und Ergebnisqualität in das Register zu implementieren. Bitte geben Sie uns Ihr Feedback zu den hier vorliegenden Datenauswertungen und tragen Sie somit aktiv zur Fokussierung des Jahresberichts auf Ihre Interessenschwerpunkte bei. Wir sind gespannt auf Ihre Reaktionen.

Gemeinsam werden wir erreichen, dass das HandTraumaRegister der DGH zunehmend zur Stärkung der handchirurgischen Versorgung beiträgt.

Für die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner
Dr. med. Patrick Harenberg
PD Dr. Martin Lautenbach

Für das Institut für Traumaforschung der AUC - Akademie für Unfallchirurgie

Elisabeth Schwojer
Hannah Schmidt
Dr. med. Katja Walther

1 HandTraumaRegister DGH

Das HandTraumaRegister (HTR DGH) ist ein prioritäres Projekt der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) zur Datenerfassung von frischen Handverletzungen mit den Schwerpunkten Epidemiologie, Verletzungsmuster und Versorgungsrealität. Es handelt sich um ein interdisziplinäres Forschungsvorhaben, welches in Kooperation mit den Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) und Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV) betrieben wird.

1.1 Hintergrund

Die Hand als einzigartiges Schaffensorgan des Menschen ist in Beruf, Haushalt, Sport und Freizeit besonders exponiert. Deshalb stellen Handverletzungen die häufigsten Unfallfolgen dar. Die Auswirkungen von Handverletzungen können gravierend sein und sowohl die Arbeitsfähigkeit und Eigenständigkeit, als auch die Teilhabe am sozialen Leben erheblich beeinträchtigen. Die Versorgung von Handverletzungen ist mit einem hohen Aufwand verbunden, für die betroffenen Patienten, die Behandler und die Nachsorgenden. Nur durch eine bestmögliche Primärbehandlung und eine umfassende Rehabilitation können bei schweren Handverletzungen gute funktionelle Ergebnisse erzielt und die sozioökonomischen Belastungen reduziert werden. Der Aufwand für die Erstbehandlung von Handverletzungen wurde noch nicht systematisch untersucht und wird stark unterschätzt. Das HandTraumaRegister der DGH soll verlässliche Daten zur Erfassung des Vorkommens und des Ausmaßes von Handverletzungen sowie der Versorgungsrealität in den Kliniken liefern. Dadurch wird es möglich sein, einerseits die Behandlungsabläufe zu verbessern und andererseits die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von Handverletzungen zu verdeutlichen.

1.2 Einschlusskriterium

Das Einschlusskriterium für die Falleingabe in das HandTraumaRegister ist die operative Versorgung einer frischen Handverletzung (Unfall liegt maximal 14 Tage zurück), welche im Klinikinformationssystem mit einem OPS-Code (Operationen- und Prozedurenschlüssel) dokumentiert wird. Die Fallerfassung im Register erfolgt einmalig, idealerweise unmittelbar nach der Operation durch das Operationsteam.

1.3 Entwicklung

Das HandTraumaRegister der DGH wurde im Juli 2014 initialisiert. Die inhaltliche Entwicklung des Registers wurde durch eine Arbeitsgruppe der DGH vorgenommen. Die technische Entwicklung, die Erstellung der Datenbank und der Eingabemaske sowie die Umsetzung von Datenschutz und Qualitätssicherung erfolgten durch die AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH (AUC). Die AUC gewährleistet auch den laufenden Registerbetrieb durch Bereitstellung der IT-Infrastruktur, Administration, Hotline und Support sowie die Berichtserstellung.

Im Januar 2018 unterzeichnete die erste Klinik den Kooperationsvertrag mit der AUC und nahm damit am Register teil. Die erste Dateneingabe von Patientendaten in das Register erfolgte im März 2018. Seitdem hat das Register durch die Teilnahme zahlreicher Kliniken und die Eingabe einer Vielzahl von Fällen eine kontinuierliche positive Entwicklung genommen.

1.4 Teilnehmende Kliniken 2025

Ende des Jahres 2025 nahmen 63 Kliniken mit einem gültigen Vertrag am HTR DGU teil. 45 dieser 63 Kliniken hatten im Jahr 2025 mindestens einen Patienten in das Register eingegeben.

2 Darstellung der Daten

Die nachfolgenden Tabellen sind so strukturiert, dass die Gesamtdaten des HTR dargestellt werden. Zur Kontrolle der Dokumentationsqualität werden weiterhin folgende Werte angegeben:

n: Anzahl der Patienten mit gültigen Werten in einem Parameter

N: Anzahl aller eingegebenen Patienten

%: Anteil der Patienten mit gültigen Werten in einem Parameter bzgl. aller Patienten (gerundet)

Ein Beispiel: 89 Patienten sind im Register eingegeben und bei nur 80 dieser Patienten (gerundet: 90%) wurde 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 Datenqualität

Zur Beurteilung der Datenqualität wird aus den folgenden Parametern ein Score erstellt:

Anästhesieverfahren	Uhrzeit Erstkontakt/Aufnahme
Beruf	Uhrzeit Naht
Datum Erstkontakt/Aufnahme	Uhrzeit Schnitt
Datum Naht	Unfallmechanismus
Datum Schnitt	Verletzte Handseite
Datum Unfall	Verletzungsart
Geschlecht	Versicherungsverhältnis
Händigkeit	Versorgungsart
Therapie	

Die genannten Parameter sollen für alle Patienten erfasst werden, während die Anzahl der dokumentierten Verletzungen variabel ist. Ein Patient ist als „gut dokumentiert“ klassifiziert, wenn alle genannten Parameter dokumentiert sind.

	mehr als 95% gut dokumentierte Fälle
	90 - 95% gut dokumentierte Fälle
	weniger als 90% gut dokumentierte Fälle

Tabelle 2: Anzahl und Anteil „gut dokumentierte“ Fälle

	HTR DGH		
	2025	2024	2023
Fallzahl gesamt (N)	7.436	7.602	7.094
„gut dokumentiert“ (n)	4.181	4.191	4.219
„gut dokumentiert“ (%)	56%	55%	59%
Datenqualität Farbcode			

4 Fallzahlen und Patientencharakteristika

Die Fallzahl soll die Anzahl der operativ versorgten Handverletzungen pro Jahr möglichst vollständig wiedergeben. Dafür ist die Erfassung aller mit einem relevanten Behandlungsaufwand versorgten Patienten wesentlich, weshalb alle Fälle erfasst werden sollen, deren Therapie im Klinikinformationssystem mit einem OPS-Code dokumentiert ist. Die Erfassung der Patientencharakteristika dient nicht nur wissenschaftlich-epidemiologischen Zwecken, sondern erlaubt z.B. durch die Beschreibung des Versicherungsverhältnisses auch wesentliche Rückschlüsse auf die Belastungen der Behandlungsträger. Längerfristig ist dadurch eine Kontrolle der Effektivität von Präventionsmaßnahmen für Unfälle möglich.

4.1 Anzahl eingegebener Patientenfälle

Die Eingabe von Falldaten soll unmittelbar nach der operativen Versorgung erfolgen. Klinikintern unterliegen die eingegebenen Falldaten einer Überprüfung durch den/die Klinikadministrator/en. Erst danach kann der Fallabschluss durch den Administrator erfolgen. Die Anzahl „offener Fälle“ sollte durch einen jeweils raschen Fallabschluss möglichst gering sein, da nur „geschlossene Fälle“ eine vollumfängliche Auswertung ermöglichen.

Tabelle 3: Anzahl der Patientenfälle im HTR DGH

	HTR DGH		
	2025	2024	2023
Alle geschlossenen Fälle	7.436	7.602	7.094
„Offene Fälle“	368	391	422

4.2 Alter der Patienten

Neben den altersbezogenen Daten Mittelwert, Median, Minimum und Maximum finden Sie auch hier eine Zeile „Anzahl erfasster Fälle“ mit Angabe der Vollständigkeitsquote. Zur Erläuterung der Angaben siehe Kapitel 2.

Tabelle 4: Altersverteilung der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl erfasster Fälle	7.354 / 7.436 (99%) 	7.401 / 7.602 (97%) 	6.923 / 7.094 (98%) 
Alter in Jahren			
Mittelwert	45,8	45,0	44,8
Median	46	45	44
Minimum	0	0	0
Maximum	99	97	98

4.3 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 an erfassten Fällen“. Mit diesem Feld wird, wie in Kapitel 2 erläutert, die Vollständigkeitsquote dargestellt.

Tabelle 5: Geschlechterverteilung der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl erfasster Fälle	7.386 / 7.436 (99%) 	7.516 / 7.602 (99%) 	7.009 / 7.094 (99%) 
Geschlecht			
Weiblich	2.249 (30%)	2.241 (30%)	1.978 (28%)
Männlich	5.136 (70%)	5.260 (70%)	5.028 (72%)
Unbekannt	1 (0%)	15 (0%)	3 (0%)

4.4 Händigkeit

Die Händigkeit stellt insbesondere im Zusammenhang mit der verletzten Handseite einen wesentlichen epidemiologischen Aspekt des Vorkommens von Handverletzungen dar. Die routinemäßige Abfrage der Händigkeit ist im Rahmen der Anamneseerhebung bei der Erstvorstellung wünschenswert, aber keineswegs in allen Kliniken umgesetzt. Deshalb werden hier schlechte Erfassungsquoten erwartet.

Tabelle 6: Händigkeit der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl erfasster Fälle	6.974 / 7.436 (94%) 	6.909 / 7.602 (91%) 	6.630 / 7.094 (93%) 
Händigkeit			
Rechtshänder	4.932 (71%)	4.868 (70%)	4.519 (68%)
Linkshänder	393 (6%)	408 (6%)	402 (6%)
Beidhänder	31 (0%)	47 (1%)	59 (1%)
Unbekannt	1.618 (23%)	1.586 (23%)	1.650 (25%)

4.5 Verletzte Handseite

Die Erfassung der betroffenen Handseite sollte von den Kliniken für alle Behandlungsfälle umgesetzt werden können, da die Seitenangabe in der Patientenakte mehrfach dokumentiert wird (Aufnahmebefund, Operationsdokumentation, Entlassbericht etc.).

Tabelle 7: Verletzte Handseite der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl erfasster Fälle	7.375 / 7.436 (99%) 	7.509 / 7.602 (99%) 	7.002 / 7.094 (99%) 
Verletzte Seite:			
Rechts	3.432 (47%)	3.496 (47%)	3.298 (47%)
Links	3.739 (51%)	3.802 (51%)	3.530 (50%)
Beide	204 (3%)	211 (3%)	174 (2%)

4.6 Unfallmechanismus

Bei der Falleingabe kann zwischen den relevanten Unfallmechanismen ausgewählt werden.

Tabelle 8: Unfallmechanismus der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl erfasster Fälle	7.274 / 7.436 (98%) 	7.359 / 7.602 (97%) 	6.947 / 7.094 (98%) 
Art des Unfalls:			
Anprall	469 (6%)	473 (6%)	489 (7%)
Avulsion	100 (1%)	98 (1%)	123 (2%)
Biss	268 (4%)	314 (4%)	296 (4%)
Distorsion	172 (2%)	168 (2%)	148 (2%)
Elektrizität	5 (0%)	3 (0%)	4 (0%)
Explosion	59 (1%)	69 (1%)	46 (1%)
Fräse	55 (1%)	65 (1%)	57 (1%)
Guillotine	16 (0%)	29 (0%)	27 (0%)
Hieb	56 (1%)	55 (1%)	50 (1%)
Hochdruckeinspritzverletzung	22 (0%)	19 (0%)	9 (0%)
Kettensäge	71 (1%)	90 (1%)	72 (1%)
Kreissäge	648 (9%)	619 (8%)	647 (9%)
Quetschung	697 (10%)	724 (10%)	685 (10%)
Rasenmäher	46 (1%)	63 (1%)	48 (1%)
Schlag	247 (3%)	228 (3%)	219 (3%)
Schnitt	1.397 (19%)	1.433 (19%)	1.425 (21%)
Schuss	15 (0%)	18 (0%)	16 (0%)
Stich	185 (3%)	194 (3%)	228 (3%)
Sturz	2.127 (29%)	2.005 (27%)	1.779 (26%)
Verbrennung	180 (2%)	208 (3%)	132 (2%)
Verkehrsunfall	222 (3%)	245 (3%)	193 (3%)
Sonstige	217 (3%)	239 (3%)	254 (4%)

4.7 Verletzungsart

Handverletzungen kommen meist isoliert vor. In Kombination mit anderen, u.U. primär gravierenderen und lebensbedrohlichen Verletzungen, können Handverletzungen aber in den Hintergrund treten und verspätet diagnostiziert und behandelt werden. Langfristig sind die Folgen von Handverletzungen jedoch häufig besonders bedeutsam und können die Auswirkungen anderer Verletzungen dominieren.

Tabelle 9: Verletzungsart der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl erfasster Fälle	7.266 / 7.436 (98%) 	7.362 / 7.602 (97%) 	6.959 / 7.094 (98%) 
Art der Verletzung:			
Isolierte Verletzung der Hand	6.511 (90%)	6.713 (91%)	6.377 (92%)
Mehrfachverletzung	748 (10%)	644 (9%)	573 (8%)
Unbekannt	7 (0%)	5 (0%)	9 (0%)

4.8 Versicherungsstatus

Der Versicherungsstatus von Handverletzten ist von hoher Relevanz, insbesondere für die Versicherungsträger. Es erfolgt deshalb eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen gesetzlicher, berufsgenossenschaftlicher und privater Versicherung. Die Erfassung des Versicherungsstatus sollte vollständig möglich sein, da der Versicherungsträger fallweise im Klinikinformationssystem hinterlegt ist.

Tabelle 10: Versicherungsstatus der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl erfasster Fälle	7.085 / 7.436 (95%) 	7.256 / 7.602 (95%) 	6.911 / 7.094 (97%) 
Art des Versicherungsstatus:			
Gesetzliche Krankenkasse	4.657 (66%)	4.721 (65%)	4.439 (64%)
Berufsgenossenschaft	1.838 (26%)	1.913 (26%)	1.860 (27%)
Private Kasse	590 (8%)	622 (9%)	612 (9%)

5 Behandlungsdaten

Die detaillierte Erfassung der Behandlungsdaten ermöglicht die Beschreibung der Versorgungsrealität. Von großem Interesse sind die zeitlichen Abläufe in den Kliniken, die Rückschlüsse auf Priorisierungen und operative Kapazitäten zulassen.

5.1 Anästhesieverfahren

Die Wahl des Anästhesieverfahrens unterliegt vielfältigen Einflussfaktoren. Zu nennen sind hier der zu erwartende operative Aufwand, Nüchternheit und Komorbiditäten des Patienten, anästhesiologische Kapazitäten sowie klinikspezifische Bevorzugungen.

Tabelle 11: Anästhesieverfahren der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl erfasster Fälle	7.173 / 7.436 (96%) 	7.330 / 7.602 (96%) 	6.989 / 7.094 (99%) 
Angewandtes Anästhesieverfahren?			
Allgemeinanästhesie	3.112 (43%)	2.679 (37%)	2.382 (34%)
Plexus	2.730 (38%)	2.634 (36%)	2.994 (43%)
Lokalanästhesie	1.237 (17%)	1.920 (26%)	1.559 (22%)
Unbekannt	94 (1%)	97 (1%)	54 (1%)

5.2 Versorgungsart

Für die Dateneingabe ist eine genaue Abgrenzung erforderlich:

Die Primärversorgung ist jegliche Form der ersten Diagnostik/Therapie (in der eigenen Klinik oder auch extern).

Die Sekundärversorgung ist die nachfolgende, meist geplante operative Behandlung. Eine Sekundärversorgung kann vorliegen nach externer Primärversorgung oder bei geplanter Operation im eigenen Haus.

Tabelle 12: Art der Versorgung der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl erfasster Fälle	7.221 / 7.436 (97%) 	7.445 / 7.602 (98%) 	7.022 / 7.094 (99%) 
Art der Versorgung:			
Primärversorgung	5.428 (75%)	6.253 (84%)	5.445 (78%)
Sekundärversorgung	1.789 (25%)	1.173 (16%)	1.572 (22%)
Unbekannt	4 (0%)	19 (0%)	5 (0%)

5.3 Therapie

Bei der Beschreibung der durchgeführten Therapie wird im Register bewusst eine vereinfachte Erfassung durchgeführt und nur zwischen temporärer und definitiver Versorgung sowie Replantation/Revaskularisation unterschieden. Eine detaillierte Erfassung der einzelnen Versorgungsformen wie z.B. Osteosynthese, Sehnennaht, Weichteildeckung etc. ist bisher im Register nicht vorgesehen, soll aber zukünftig erfolgen.

Wichtig ist die Abgrenzung für die operative Versorgung:

Die temporäre Versorgung stellt eine operative Maßnahme (z.B. Fixateur externe oder Debridement) dar, der später eine definitive operative Behandlung nachfolgt (z.B. interne Osteosynthese oder Lappenplastik). Die nachfolgende operative Behandlung wird dann aber nicht mehr über das Register erfasst.

Eine definitive Versorgung liegt vor, wenn diese operative Maßnahme keinen geplanten Folgeeingriff beinhaltet.

Tabelle 13: Art der Therapie der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl erfasster Fälle	7.280 / 7.436 (98%) 	7.444 / 7.602 (98%) 	7.051 / 7.094 (99%) 
Welche Therapieform wurde durchgeführt:			
Temporäre Versorgung	513 (7%)	508 (7%)	537 (8%)
Definitive Versorgung	6.531 (90%)	6.762 (91%)	6.320 (90%)
Replantation / Revaskularisation	172 (2%)	130 (2%)	190 (3%)
Keine operative Versorgung	64 (1%)	44 (1%)	4 (0%)

5.4 Erfassung Behandlungszeiten

Die möglichst vollständige Erfassung der zeitlichen Abläufe ist eine wesentliche Voraussetzung für die Beschreibung der Versorgungsrealität. Das Unfalldatum wird regelhaft über die Anamneseerhebung registriert. Die Erfassung der Uhrzeit des Unfalles ist – abhängig von den Gepflogenheiten der Klinik – lückenhafter. Hingegen sind Datum und Uhrzeit für die Patientenaufnahme sowie Schnitt und Naht der Operation genau im Klinikinformationssystem hinterlegt und abrufbar.

Definition des Zeitpunktes der Aufnahme: Datum und Uhrzeit der Erstvorstellung wegen dieses Behandlungsfalles in der eigenen Klinik. Zwischen Aufnahmezeitpunkt und operativer Versorgung können u.U. mehrere Tage vergehen, z.B. bei einer geplanten definiten Osteosynthese.

Tabelle 14: Erfassung der Behandlungszeiten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Datum Unfall erfasst?	7.340 / 7.436 (99%) 	7.405 / 7.602 (97%) 	7.057 / 7.094 (99%) 
Uhrzeit Unfall erfasst?	5.397 / 7.436 (73%) 	5.642 / 7.602 (74%) 	5.254 / 7.094 (74%) 
Datum Aufnahme erfasst? (Pflichtfeld)	7.436 / 7.436 (100%) 	7.602 / 7.602 (100%) 	7.094 / 7.094 (100%) 
Uhrzeit Aufnahme erfasst?	7.008 / 7.436 (94%) 	7.002 / 7.602 (92%) 	6.655 / 7.094 (94%) 
OP-Datum erfasst?	7.246 / 7.436 (97%) 	7.462 / 7.602 (98%) 	7.070 / 7.094 (100%) 
Uhrzeit Schnitt erfasst?	6.879 / 7.436 (93%) 	7.064 / 7.602 (93%) 	6.810 / 7.094 (96%) 
Datum Naht erfasst?	7.245 / 7.436 (97%) 	7.464 / 7.602 (98%) 	7.075 / 7.094 (100%) 
Uhrzeit Naht erfasst?	6.890 / 7.436 (93%) 	7.076 / 7.602 (93%) 	6.823 / 7.094 (96%) 

5.5 Dauer zwischen Unfall und Behandlung bei Primärversorgung

Der Zeitraum zwischen Unfall und Primärversorgung kann erheblich variieren. Er beträgt maximal 14 Tage (Einschlusskriterium). Die Berechnung dieses Zeitraumes setzt die Eingabe von Unfalldatum und Behandlungsdaten voraus. Bei schweren Verletzungen und höherer Dringlichkeit wird dieser Zeitraum kürzer.

5.5.1 Dauer zwischen Unfall und Erstkontakt Klinik

Tabelle 15: Dauer zwischen Unfall und Erstkontakt bei primärversorgten Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Fälle mit erfasstem Unfall- und Erstkontakt-Datum bei Primärversorgung	5.400 / 5.428 (99%)	6.139 / 6.253 (98%)	5.383 / 5.445 (99%)
Dauer zwischen Unfall und Erstkontakt in Tagen			
Mittelwert	1,1	1,1	1,1
Median	0	0	0
Minimum	0	0	0
Maximum	14	14	14

Dauer zwischen Unfall und Erstkontakt
- Primärversorgte Patienten in 2025 -

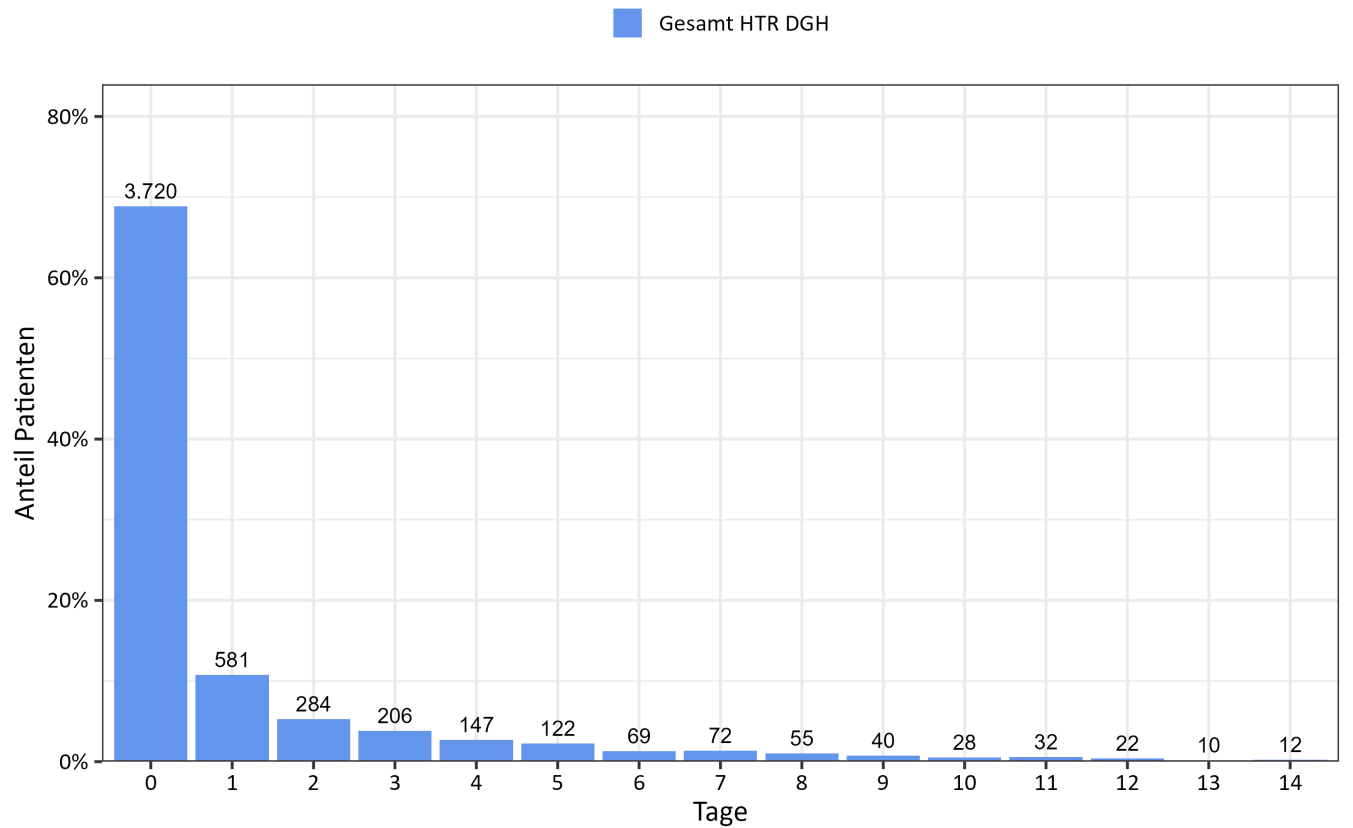


Abbildung 1: Verteilung der Dauer zwischen Unfall und Erstkontakt bei primärversorgten Patienten in 2025 im HTR DGH. Die Zahlen über den Balken geben die Anzahl der Patienten an.

5.5.2 Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff

Tabelle 16: Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff bei primärversorgten Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Fälle mit erfasstem Unfall- und OP-Datum bei Primärversorgung	5.302 / 5.428 (98%) ■	6.082 / 6.253 (97%) ■	5.354 / 5.445 (98%) ■
Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff in Tagen			
Mittelwert	2,9	2,8	2,6
Median	1	1	1
Minimum	0	0	0
Maximum	14	14	14

Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff
- Primärversorgte Patienten in 2025 -

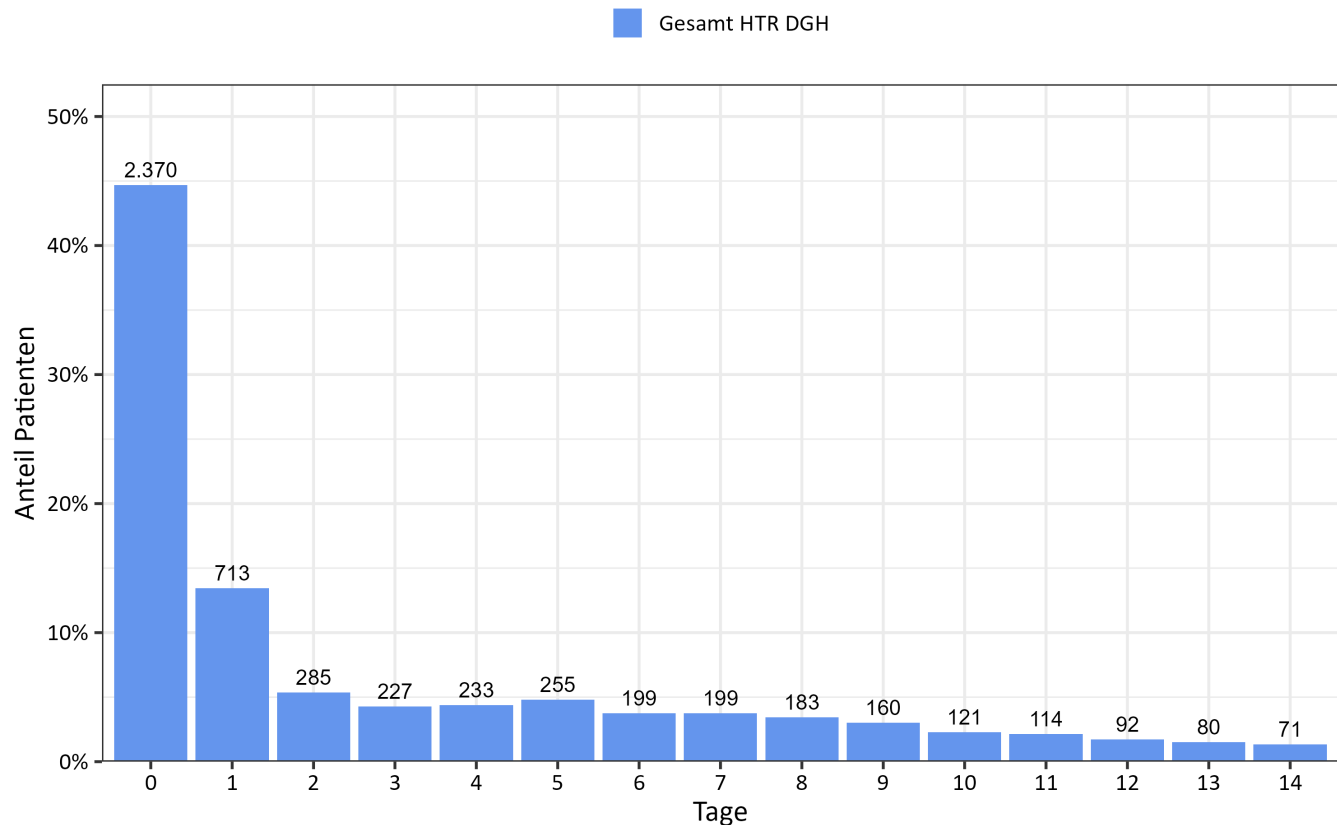


Abbildung 2: Verteilung der Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff bei primärversorgten Patienten in 2025 im HTR DGH. Die Zahlen über den Balken geben die Anzahl der Patienten an.

5.6 Dauer zwischen Unfall und Behandlung bei Sekundärversorgung

Der Zeitraum zwischen Unfall und Sekundärversorgung kann ebenfalls erheblich variieren. Er beträgt wiederum maximal 14 Tage (Einschlusskriterium). Die Berechnung dieses Zeitraumes setzt die Eingabe von Unfalldatum und Behandlungsdaten voraus. Im Vergleich zu den Zeitabläufen bei operativer Primärversorgung sind hier längere Zeiträume anzunehmen, da meist eine Planbarkeit der operativen Behandlung vorliegt.

5.6.1 Dauer zwischen Unfall und Aufnahme in der Klinik

Tabelle 17: Dauer zwischen Unfall und Aufnahme bei sekundärversorgten Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Fälle mit erfasstem Unfall- und Aufnahme-Datum bei Sekundärversorgung	1.780 / 1.789 (100%)	1.165 / 1.173 (99%)	1.555 / 1.572 (99%)
Dauer zwischen Unfall und Aufnahme in Tagen			
Mittelwert	1,9	2,1	2,0
Median	0	1	1
Minimum	0	0	0
Maximum	14	14	14

Dauer zwischen Unfall und Aufnahme
- Sekundärversorgte Patienten in 2025 -

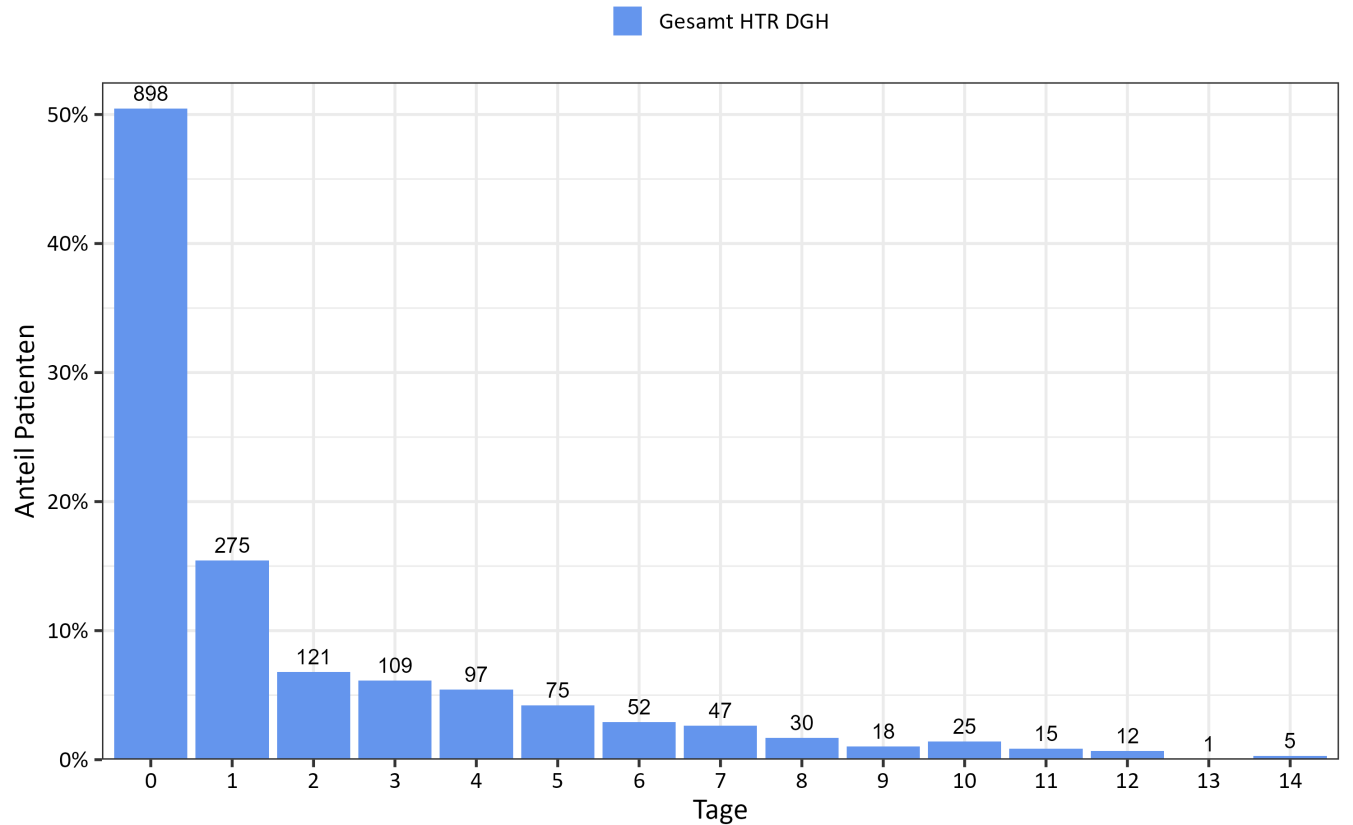


Abbildung 3: Verteilung der Dauer zwischen Unfall und Aufnahme bei sekundärversorgten Patienten in 2025 im HTR DGH. Die Zahlen über den Balken geben die Anzahl der Patienten an.

5.6.2 Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff

Tabelle 18: Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff bei sekundärversorgten Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Fälle mit erfasstem Unfall- und OP-Datum bei Sekundärversorgung	1.771 / 1.789 (99%) ■	1.164 / 1.173 (99%) ■	1.524 / 1.572 (97%) ■
Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff in Tagen			
Mittelwert	5,5	5,8	5,8
Median	5	5	6
Minimum	0	0	0
Maximum	14	14	14

Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff
- Sekundärversorgte Patienten in 2025 -

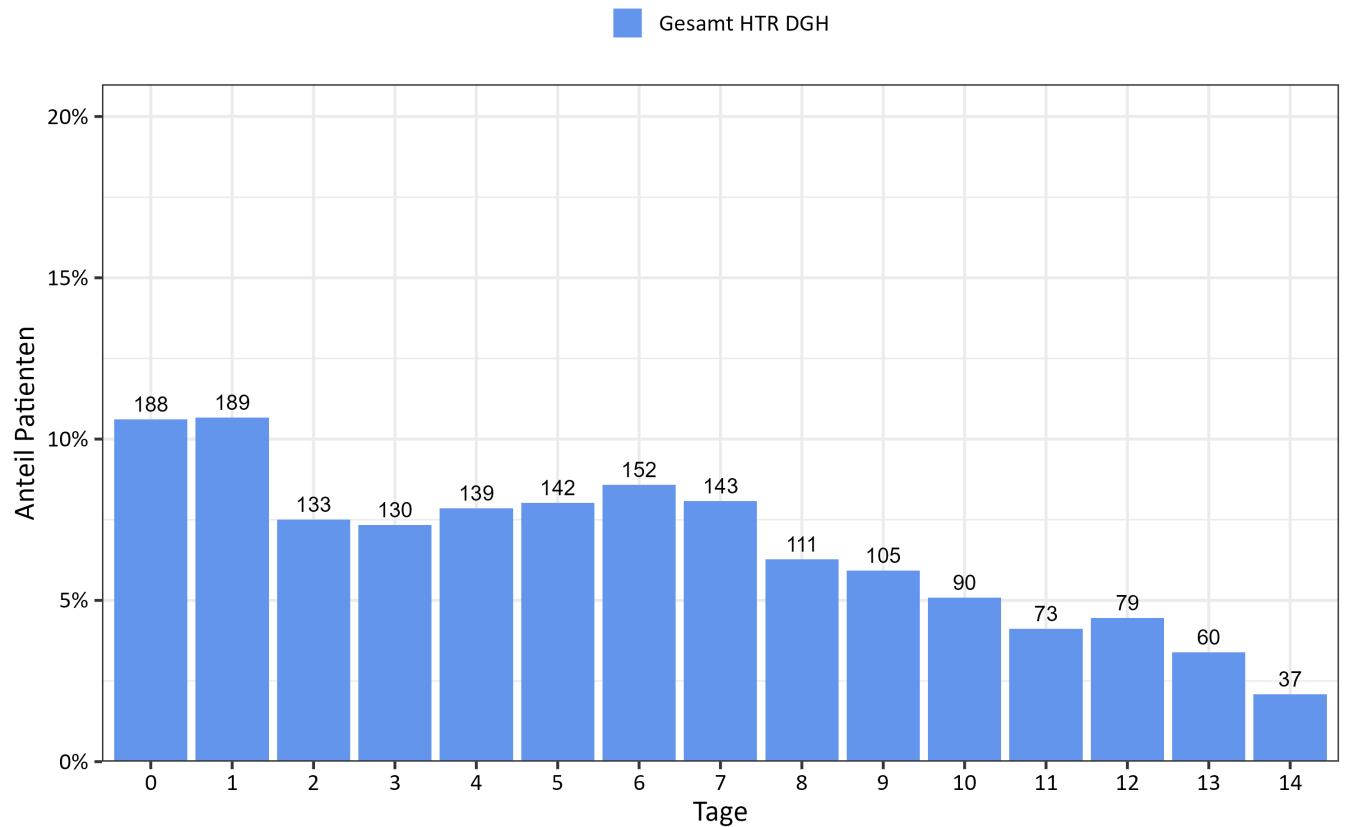


Abbildung 4: Verteilung der Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff bei sekundärversorgten Patienten in 2025 im HTR DGH. Die Zahlen über den Balken geben die Anzahl der Patienten an.

5.7 Dauer zwischen Erstkontakt/Aufnahme und Schnitt

Der Zeitraum zwischen Aufnahme (Erstkontakt) und Operationsbeginn ist abhängig von der Dringlichkeit des Eingriffs und den organisatorischen Gegebenheiten. Die Berechnung dieses Zeitraumes setzt die Eingabe von Aufnahmedaten und Operationsdaten voraus. Diese Angaben sind eindeutig im Klinikinformationssystem hinterlegt. Die Dauer zwischen Aufnahme und OP-Beginn kann sehr unterschiedlich sein und weniger als eine Stunde bis mehrere Tage betragen. Grundsätzlich liegt der Zeitraum aber unter 14 Tagen (Einschlusskriterium).

5.7.1 Dauer zwischen Erstkontakt und Schnitt bei Primärversorgung

Tabelle 19: Dauer zwischen Aufnahme und Schnitt bei primärversorgten Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Fälle mit erfasstem Erstkontakt- und Schnitt-Zeitpunkt bei Primärversorgung	5.011 / 5.428 (92%)	5.707 / 6.253 (91%)	4.985 / 5.445 (92%)
Dauer zwischen Erstkontakt und Schnitt in Stunden			
Mittelwert	42,4	40,1	35,7
Median	6,5	6,5	6
Minimum	0	0	0
Maximum	334,9	334,3	334,2

Dauer zwischen Erstkontakt und Schnitt
- Primärversorgte Patienten in 2025 -

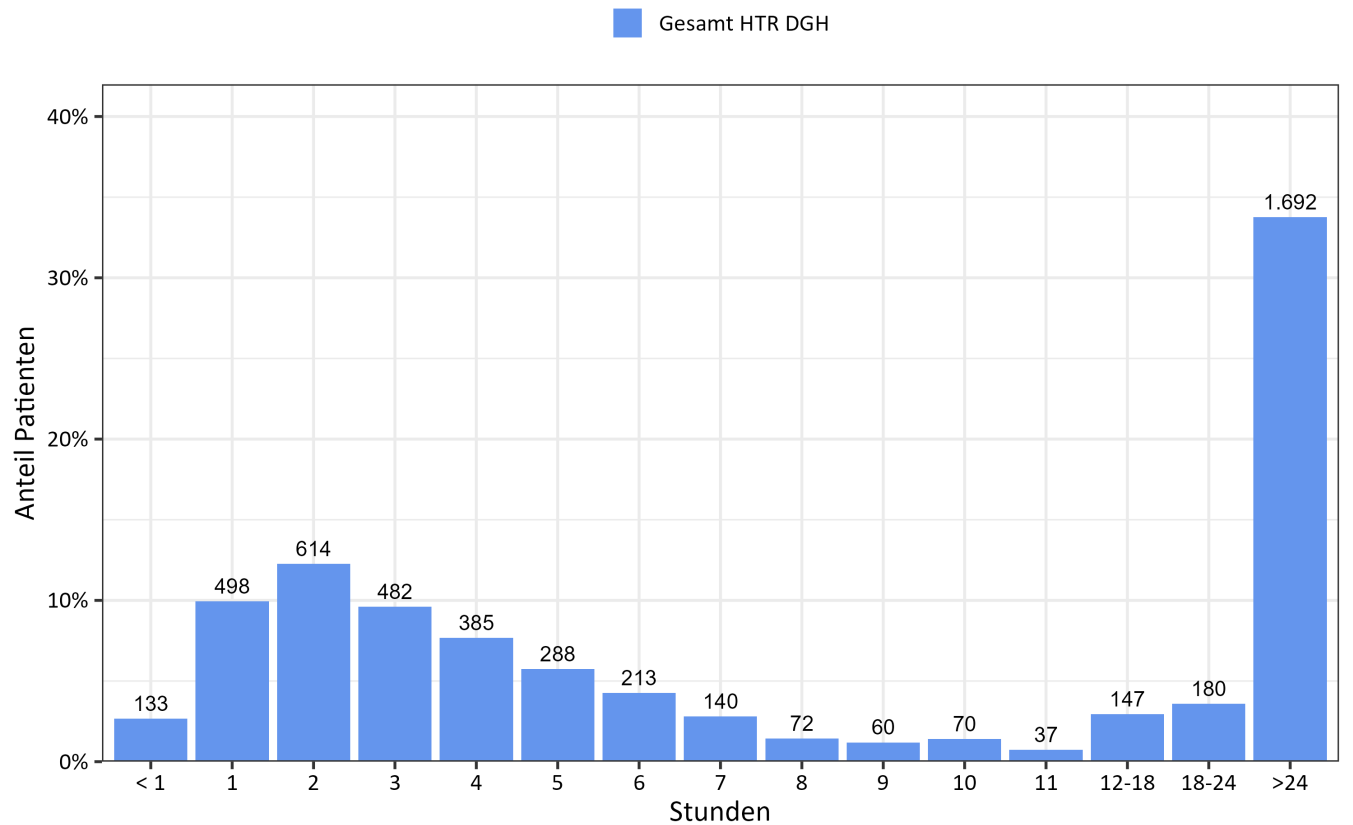


Abbildung 5: Verteilung der Dauer zwischen Aufnahme und Schnitt bei primärversorgten Patienten in 2025 im HTR DGH. Die Zahlen über den Balken geben die Anzahl der Patienten an.

5.7.2 Dauer zwischen Aufnahme und Schnitt bei Sekundärversorgung

Tabelle 20: Dauer zwischen Aufnahme und Schnitt bei sekundärversorgten Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Fälle mit erfasstem Aufnahme- und Schnitt-Zeitpunkt bei Sekundärversorgung	1.724 / 1.789 (96%)	1.134 / 1.173 (97%)	1.485 / 1.572 (94%)
Dauer zwischen Aufnahme und Schnitt in Stunden			
Mittelwert	86,5	88,9	92,8
Median	67,7	71,9	71,8
Minimum	0	0	0
Maximum	335,8	330,1	333,1

Dauer zwischen Aufnahme und Schnitt
- Sekundärversorgte Patienten in 2025 -

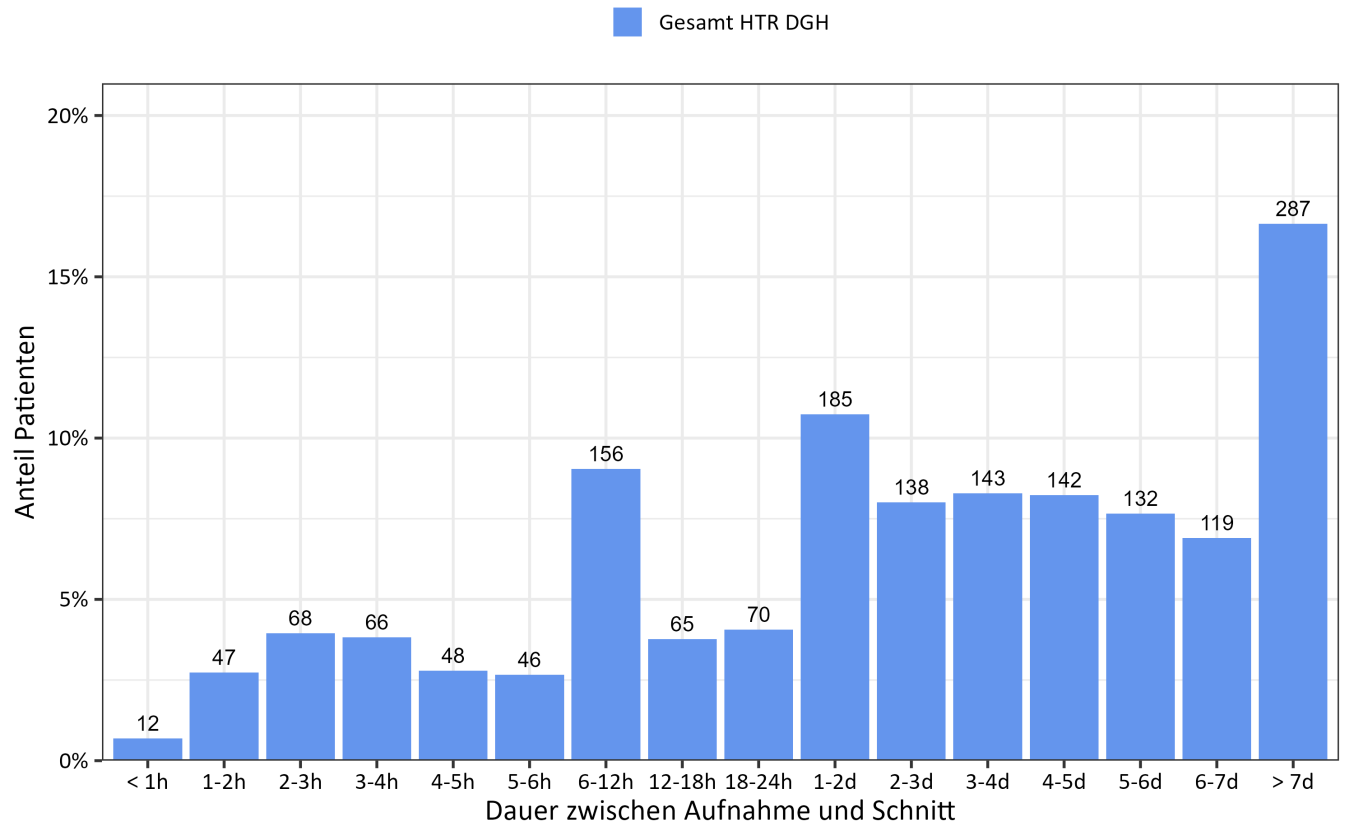


Abbildung 6: Verteilung der Dauer zwischen Aufnahme und Schnitt bei sekundärversorgten Patienten in 2025 im HTR DGH. Die Zahlen über den Balken geben die Anzahl der Patienten an.

5.8 OP-Dauer

Die Erfassung der Operationsdauer dient der Abbildung des Behandlungsaufwandes. Die Erfassung der OP-Dauer (Schnitt-Naht-Zeit) kann minutengenau anhand der im Klinikinformationssystem obligatorisch hinterlegten Angaben erfolgen.

Tabelle 21: OP-Dauer der Patienten im HTR DGH

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Fälle mit erfasstem Schnitt- und Naht-Zeitpunkt	6.982 / 7.436 (94%) 	7.190 / 7.602 (95%) 	6.828 / 7.094 (96%)
OP-Dauer in Minuten			
Mittelwert	65,9	63,2	65,6
Median	47	45	45
Minimum	0	0	0
Maximum	1.012	889	1.129

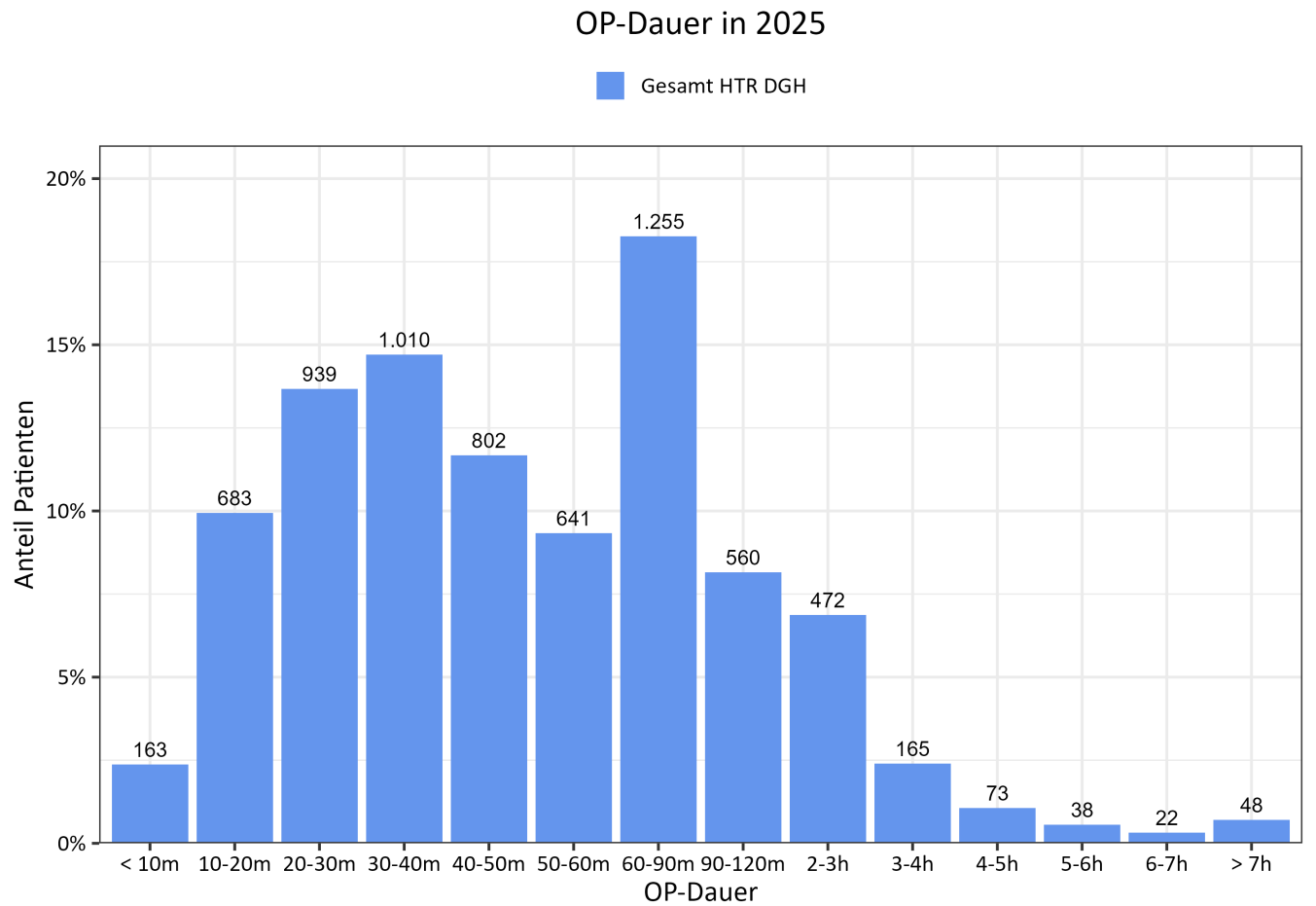


Abbildung 7: Verteilung der OP-Dauer der Patienten in 2025 im HTR DGH. Die Zahlen über den Balken geben die Anzahl der Patienten an.

6 Verletzungsmuster

Das Verletzungsmuster ergibt sich aus den Einzelverletzungen, d.h. den einzelnen verletzten Strukturen. Diese können im Register detailliert über anatomische Zeichnungen und Textauswahlmenüs erfasst werden. Dabei ist sowohl eine genaue Unterscheidung der anatomischen Struktur und der Verletzungslokalisation, als auch des Verletzungsausmaßes erforderlich.

6.1 Anzahl Verletzungen pro Patient

Als Verletzung ist die Schädigung einer einzelnen Struktur definiert, z.B. eines Knochens oder einer Sehne. Eine Schnittwunde mit Durchtrennung von zwei Beugesehnen und einem Gefäß-Nerven-Bündel würde dazu führen, dass für diesen Fall vier Verletzungen vorliegen, die separat im Register einzugeben sind. Eine Verletzung pro Patient würde entsprechend z.B. bei einer isolierten Fraktur eines einzigen Knochens ohne begleitenden Weichteilschaden vorliegen.

Tabelle 22: Anzahl Verletzungen pro Patient

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl Patienten mit erfassten Verletzungen	7.420 / 7.436 (100%) 	7.585 / 7.602 (100%) 	6.996 / 7.094 (99%) 
Anzahl Verletzungen pro Patient			
1 Verletzung	3.243 (44%)	3.049 (40%)	3.054 (44%)
2 Verletzungen	1.748 (24%)	1.912 (25%)	1.646 (24%)
3 Verletzungen	847 (11%)	920 (12%)	800 (11%)
4 Verletzungen	516 (7%)	542 (7%)	482 (7%)
5 Verletzungen	300 (4%)	327 (4%)	274 (4%)
6 Verletzungen	208 (3%)	212 (3%)	193 (3%)
7 Verletzungen	137 (2%)	144 (2%)	128 (2%)
8 Verletzungen	115 (2%)	108 (1%)	92 (1%)
9 Verletzungen	78 (1%)	85 (1%)	77 (1%)
10 Verletzungen	46 (1%)	65 (1%)	43 (1%)
> 10 Verletzungen	182 (2%)	221 (3%)	207 (3%)

6.2 Verletzungsmuster

Diese Darstellung beschreibt, wie viele Patienten mit Verletzungen an den aufgeführten anatomischen Strukturen dokumentiert wurden. Da Patienten gleichzeitig Verletzungen an mehreren Strukturen haben können, addieren sich die Zahlen durch die möglichen Mehrfachnennungen auf über 100%.

Tabelle 23: Anzahl Patienten mit Verletzungen an den aufgeführten anatomischen Strukturen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl Patienten mit erfassten Verletzungen	7.420 / 7.436 (100%) 	7.585 / 7.602 (100%) 	6.996 / 7.094 (99%) 
Anzahl Patienten mit Verletzungen an ... (Mehrfachantworten)			
Knochen	4.227 (57%)	4.142 (55%)	3.644 (52%)
Sehnen	1.762 (24%)	1.972 (26%)	1.838 (26%)
Nerven	1.286 (17%)	1.374 (18%)	1.364 (20%)
Arterien	855 (12%)	906 (12%)	884 (13%)
Muskeln	156 (2%)	150 (2%)	194 (3%)
Gelenke	782 (11%)	792 (10%)	746 (11%)
Weichteile	2.916 (39%)	3.050 (40%)	2.876 (41%)
Verbrennungen	203 (3%)	230 (3%)	144 (2%)
Amputationen	647 (9%)	648 (9%)	591 (8%)

6.3 Übersicht Verletzungshäufigkeit

Diese Darstellung beschreibt, wie die Verteilung der verletzten Strukturen aller Patienten der Klinik im ausgewerteten Jahr war. Aus dieser Verteilung ist zu ersehen, welche verletzten anatomischen Strukturen häufiger oder seltener operativ versorgt wurden.

(Mehrfachnennungen pro Patient möglich)

Tabelle 24: Anzahl dokumentierter Verletzungen nach anatomischer Struktur

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl dokumentierter Verletzungen			
Knochen	6.203 (31%)	6.258 (29%)	5.172 (27%)
Sehnen	3.222 (16%)	3.732 (17%)	3.351 (17%)
Nerven	1.938 (10%)	2.058 (10%)	2.105 (11%)
Arterien	1.246 (6%)	1.336 (6%)	1.387 (7%)
Muskeln	271 (1%)	289 (1%)	408 (2%)
Gelenke	948 (5%)	982 (5%)	875 (5%)
Weichteile	4.752 (24%)	5.570 (26%)	4.638 (24%)
Verbrennungen	445 (2%)	440 (2%)	295 (2%)
Amputationen	914 (5%)	896 (4%)	949 (5%)
Gesamt	19.939 (100%)	21.561 (100%)	19.180 (100%)

7 Knochen

Das Register ermöglicht eine detaillierte Eingabe zur Erfassung des betroffenen Knochens, des Knochenabschnittes und des Frakturausmaßes.

7.1 Betroffene Knochen

Als Regionen können die Abschnitte Unterarm (Metaphyse und Epiphyse von distalem Radius und distaler Ulna), Handgelenk, Mittelhand und Phalangen unterschieden werden.

7.1.1 Betroffene Knochen

Tabelle 25: Übersicht über die betroffenen Regionen bei Knochenfraktur

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Verletzte Strukturen			
Phalangen	2.618 (42%)	2.824 (45%)	2.464 (48%)
Mittelhand	1.492 (24%)	1.429 (23%)	1.276 (25%)
Handgelenk	403 (7%)	436 (7%)	303 (6%)
Unterarm	1.690 (27%)	1.569 (25%)	1.129 (22%)
Gesamt	6.203 (100%)	6.258 (100%)	5.172 (100%)

7.1.2 Einzeldarstellung der Regionen

Tabelle 26: Einzeldarstellung der betroffenen Regionen bei Knochenfraktur

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Verletzte Strukturen an den Phalangen			
D I - P I	196 (7%)	208 (7%)	176 (7%)
D I - P III	225 (9%)	224 (8%)	218 (9%)
D II - P I	159 (6%)	171 (6%)	149 (6%)
D II - P II	197 (8%)	208 (7%)	150 (6%)
D II - P III	179 (7%)	248 (9%)	205 (8%)
D III - P I	128 (5%)	149 (5%)	103 (4%)
D III - P II	151 (6%)	171 (6%)	159 (6%)
D III - P III	200 (8%)	253 (9%)	231 (9%)
D IV - P I	205 (8%)	184 (7%)	169 (7%)
D IV - P II	193 (7%)	179 (6%)	150 (6%)
D IV - P III	204 (8%)	215 (8%)	155 (6%)
D V - P I	310 (12%)	316 (11%)	304 (12%)
D V - P II	140 (5%)	141 (5%)	137 (6%)
D V - P III	131 (5%)	157 (6%)	158 (6%)
Gesamt	2.618 (100%)	2.824 (100%)	2.464 (100%)

Tabelle 26 Fortsetzung: Einzeldarstellung der betroffenen Regionen bei Knochenfraktur

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Verletzte Strukturen an der Mittelhand			
Os metacarpale I	238 (16%)	228 (16%)	207 (16%)
Os metacarpale II	141 (9%)	140 (10%)	115 (9%)
Os metacarpale III	157 (11%)	152 (11%)	138 (11%)
Os metacarpale IV	337 (23%)	310 (22%)	263 (21%)
Os metacarpale V	619 (41%)	599 (42%)	553 (43%)
Gesamt	1.492 (100%)	1.429 (100%)	1.276 (100%)
Verletzte Strukturen am Handgelenk			
Os scaphoideum - proximales Drittel	8 (2%)	17 (4%)	7 (2%)
Os scaphoideum - mittleres Drittel	149 (37%)	206 (47%)	139 (46%)
Os scaphoideum - distales Drittel	8 (2%)	16 (4%)	10 (3%)
Os lunatum	29 (7%)	30 (7%)	20 (7%)
Os triquetrum	39 (10%)	30 (7%)	23 (8%)
Os pisiforme	9 (2%)	6 (1%)	6 (2%)
Os trapezium	40 (10%)	24 (6%)	20 (7%)
Os trapezoideum	18 (4%)	11 (3%)	6 (2%)
Os capitatum	30 (7%)	27 (6%)	26 (9%)
Os hamatum	73 (18%)	69 (16%)	46 (15%)
Gesamt	403 (100%)	436 (100%)	303 (100%)
Verletzte Strukturen am Unterarm			
Radius - Metaphyse	341 (20%)	256 (16%)	215 (19%)
Radius - Basis	931 (55%)	893 (57%)	632 (56%)
Ulna - Metaphyse	89 (5%)	76 (5%)	51 (5%)
Ulna - Kopf	45 (3%)	51 (3%)	31 (3%)
Ulna - Processus styloideus	284 (17%)	293 (19%)	200 (18%)
Gesamt	1.690 (100%)	1.569 (100%)	1.129 (100%)

7.2 Art der Frakturen

Die Art der Fraktur kann beschrieben werden als Einfachfraktur (zwei Fragmente) oder Mehrteilefraktur (mehr als zwei Fragmente). Darüber hinaus kann als Besonderheit ein knöcherner Sehnenauriss angegeben werden.

Tabelle 27: Art der Frakturen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Art der Fraktur erfasst?	5.979 / 6.203 (96%) 	6.077 / 6.258 (97%) 	5.039 / 5.172 (97%)
Art der Fraktur			
Einfachfraktur	2.685 (45%)	2.812 (46%)	2.291 (45%)
Mehrteilefraktur	3.146 (53%)	3.122 (51%)	2.611 (52%)
Knöcherner Strecksehnenauriss	115 (2%)	118 (2%)	121 (2%)
Knöcherner Beugesehnenauriss	33 (1%)	0 (0%)	0 (0%)
Gesamt	5.979 (100%)	6.077 (100%)	5.039 (100%)

7.3 Offene Frakturen

Für offene Frakturen gilt die gleiche anatomische Einteilung wie unter Kapitel 7.1 beschrieben.

Tabelle 28: Übersicht über die betroffenen Regionen bei offenen Frakturen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Vorhandensein offener Fraktur erfasst?	5.980 / 6.203 (96%) 	6.062 / 6.258 (97%) 	5.008 / 5.172 (97%)
Offene Fraktur vorhanden (Anzahl Ja-Antworten)			
Phalangen	1.461 (80%)	1.692 (83%)	1.429 (83%)
Mittelhand	238 (13%)	207 (10%)	203 (12%)
Handgelenk	43 (2%)	19 (1%)	30 (2%)
Unterarm	92 (5%)	116 (6%)	69 (4%)
Gesamt	1.834 (100%)	2.034 (100%)	1.731 (100%)

7.4 Gelenkbeteiligung

Die Gelenkbeteiligung beschreibt, ob bei einer Fraktur ein gelenkflächentragender Anteil des Knochens betroffen ist. Es gilt die gleiche anatomische Einteilung wie unter Kapitel 7.1 beschrieben.

Tabelle 29: Übersicht über die betroffenen Regionen bei Frakturen mit Gelenkbeteiligung

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Gelenkbeteiligung erfasst?	5.694 / 6.203 (92%) ■	5.782 / 6.258 (92%) ■	4.750 / 5.172 (92%) ■
Gelenkbeteiligung vorhanden (Anzahl Ja-Antworten)			
Phalangen	1.149 (41%)	1.218 (44%)	1.021 (47%)
Mittelhand	409 (15%)	430 (15%)	419 (19%)
Handgelenk	189 (7%)	195 (7%)	98 (4%)
Unterarm	1.032 (37%)	938 (34%)	646 (30%)
Gesamt	2.779 (100%)	2.781 (100%)	2.184 (100%)

7.5 Dislokationen

Die Dislokation beschreibt, ob bei einer Fraktur eine Dislokation eines oder mehrerer Fragmente vorliegt. Es gilt die gleiche anatomische Einteilung wie unter Kapitel 7.1 beschrieben.

Tabelle 30: Übersicht über die betroffenen Regionen bei Dislokationen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Dislokation erfasst?	5.813 / 6.203 (94%) ■	5.870 / 6.258 (94%) ■	4.907 / 5.172 (95%) ■
Dislokationen vorhanden (Anzahl Ja-Antworten)			
Phalangen	1.868 (40%)	2.029 (43%)	1.681 (45%)
Mittelhand	1.154 (25%)	1.125 (24%)	966 (26%)
Handgelenk	194 (4%)	249 (5%)	143 (4%)
Unterarm	1.453 (31%)	1.344 (28%)	946 (25%)
Gesamt	4.669 (100%)	4.747 (100%)	3.736 (100%)

8 Sehnen

Das Register ermöglicht eine detaillierte Eingabe zur Erfassung der betroffenen Sehne, des Sehnenabschnittes und des Schädigungsausmaßes.

8.1 Betroffene Sehnen

Bei der Beschreibung der Sehnenverletzung wird zunächst zwischen Beugesehnen und Strecksehnen unterschieden. Für die Unterteilung der Lokalisation der Sehnenverletzung wird zur Vereinfachung zwischen den Regionen Phalangen, Mittelhand, Handgelenk und Unterarm unterschieden. Auf eine Einteilung der Lokalisation nach den üblichen Klassifikationen (Verdan, Nigst, Tang u.a.) wurde zwecks Vereinheitlichung und Handhabung verzichtet.

8.1.1 Übersicht über die betroffenen Regionen an den Sehnen

Tabelle 31: Übersicht über die betroffenen Regionen an den Sehnen

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Verletzte Strukturen			
Phalangen	2.039 (63%)	2.505 (67%)	2.209 (66%)
Mittelhand	499 (15%)	553 (15%)	483 (14%)
Handgelenk	261 (8%)	260 (7%)	289 (9%)
Unterarm	423 (13%)	414 (11%)	370 (11%)
Gesamt	3.222 (100%)	3.732 (100%)	3.351 (100%)

8.1.2 Betroffene Streck- und Beugesehnen

Tabelle 32: Erfassung der Durchtrennungen bzw. degenerativen Rupturen/Rupturen/Rerupturen an den Sehnen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Durchtrennungen erfasst?	3.147 / 3.222 (98%) 	3.664 / 3.732 (98%) 	3.295 / 3.351 (98%) 
Degenerative Rupturen erfasst?	2.583 / 3.222 (80%) 	3.041 / 3.732 (81%) 	2.773 / 3.351 (83%) 
Rupturen/Rerupturen erfasst?	2.461 / 3.222 (76%) 	2.947 / 3.732 (79%) 	2.657 / 3.351 (79%) 

Tabelle 33: Übersicht über die betroffenen Streck- und Beugesehnen

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Anzahl dokumentierter Verletzungen (Anzahl Ja-Antworten)			
Strecksehne	1.362 (42%)	1.565 (42%)	1.289 (38%)
davon mit Durchtrennungen	1.284	1.464	1.213
davon mit degenerativen Rupturen/Rupturen/Rerupturen	142	142	173
Beugesehne	1.860 (58%)	2.167 (58%)	2.062 (62%)
davon mit Durchtrennungen	1.757	2.021	1.955
davon mit degenerativen Rupturen/Rupturen/Rerupturen	159	137	227
Gesamt	3.222 (100%)	3.732 (100%)	3.351 (100%)

8.1.3 Betroffene Finger- und Handgelenksehnen

Tabelle 34: Übersicht über die betroffenen Finger- und Handgelenksehnen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Finger- und Handgelenksehnen erfasst?	3.222 / 3.222 (100%) 	3.732 / 3.732 (100%) 	3.351 / 3.351 (100%) 
Anzahl dokumentierter Verletzungen (Anzahl Ja-Antworten)			
Fingersehnen gesamt	3.008 (93%)	3.523 (94%)	3.126 (93%)
an den Phalangen	2.039	2.505	2.209
an der Mittelhand	499	553	483
am Handgelenk	181	150	185
am Unterarm	289	315	249
Handgelenksehnen gesamt	214 (7%)	209 (6%)	225 (7%)
am Handgelenk	112	122	124
am Unterarm	102	87	101
Gesamt	3.222 (100%)	3.732 (100%)	3.351 (100%)

8.2 Ringbandbeteiligungen

Ringbandbeteiligungen können als relevante Begleitverletzungen bei Beugesehnenverletzungen vorkommen und einen zusätzlichen Behandlungsaufwand verursachen.

Tabelle 35: Ringbandbeteiligung bei Sehnenverletzungen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Ringbandbeteiligung erfasst?	1.388 / 3.222 (43%) 	1.618 / 3.732 (43%) 	1.496 / 3.351 (45%) 
Ringbandbeteiligungen vorhanden?			
Ja	288 (21%)	324 (20%)	335 (22%)
Nein	1.100 (79%)	1.294 (80%)	1.161 (78%)

9 Nerven

Das Register ermöglicht eine detaillierte Eingabe zur Erfassung des betroffenen Nerven, des Nervenabschnittes und des Schädigungsausmaßes. Aus technischen Gründen sind die Zahlen dieses Kapitels von 2020-2022 systematisch untererfasst. Dadurch werden sich die Zahlenverhältnisse in den Folgejahren verschieben.

9.1 Betroffene Nerven

Die Einteilung erfolgt nach den Hauptnervenzstämmen (Radialis, Medianus, Ulnaris) und der Region (Phalangen, Mittelhand, Handgelenk, Unterarm) in denen die jeweilige Nervenverletzung vorliegt. Distal der Aufteilung des Nervenstammes kann nach den Fingerstrahlen unterschieden werden.

9.1.1 Übersicht über die betroffenen Strukturen an den Nerven

Tabelle 36: Übersicht über die betroffenen Strukturen an den Nerven

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Betroffene Strukturen nach Hauptnerven			
Radialis	118 (6%)	137 (7%)	127 (6%)
Medianus	1.709 (88%)	1.808 (88%)	1.868 (89%)
Ulnaris	111 (6%)	113 (5%)	110 (5%)
Gesamt	1.938 (100%)	2.058 (100%)	2.105 (100%)
Betroffene Regionen mit Nervenverletzungen			
Phalangen	1.464 (76%)	1.572 (76%)	1.552 (74%)
Mittelhand	248 (13%)	236 (11%)	283 (13%)
Handgelenk	106 (5%)	118 (6%)	137 (7%)
Unterarm	120 (6%)	132 (6%)	133 (6%)
Gesamt	1.938 (100%)	2.058 (100%)	2.105 (100%)

9.1.2 Betroffene Fingerstrahlen

Tabelle 37: Einzeldarstellung der betroffenen Nerven nach Fingerstrahlen

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Verletzte Strukturen nach Fingerstrahlen			
1. Strahl = D I plus Mittelhand N1 / N2	303 (20%)	316 (19%)	378 (23%)
2. Strahl = D II plus Mittelhand N3 / N4	445 (29%)	467 (28%)	478 (29%)
3. Strahl = D III plus Mittelhand N5 / N6	291 (19%)	330 (20%)	301 (18%)
4. Strahl = D IV plus Mittelhand N7 / N8	248 (16%)	243 (15%)	264 (16%)
5. Strahl = D V plus Mittelhand N9 / N10	266 (17%)	300 (18%)	255 (15%)
Gesamt	1.553 (100%)	1.656 (100%)	1.676 (100%)

9.2 Nerven-Durchtrennungen

Beim Ausmaß der Schädigung kann im Register unterschieden werden, ob der Nerv vollständig oder teilweise (über 50% oder bis zu 50%) durchtrennt ist.

Tabelle 38: Ausmaß der Nerven-Durchtrennungen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Ausmaß der Nerven-Durchtrennung erfasst?	1.858 / 1.938 (96%) 	1.998 / 2.058 (97%) 	2.056 / 2.105 (98%) 
Ausmaß der Durchtrennung der Nerven an ...			
... den Phalangen			
Keine Durchtrennung	106 (6%)	135 (7%)	155 (8%)
Bis zu 50%	76 (4%)	92 (5%)	90 (4%)
Über 50%	60 (3%)	91 (5%)	65 (3%)
Vollständig	1.158 (62%)	1.209 (61%)	1.215 (59%)
... an der Mittelhand			
Keine Durchtrennung	16 (1%)	17 (1%)	20 (1%)
Bis zu 50%	24 (1%)	18 (1%)	12 (1%)
Über 50%	17 (1%)	20 (1%)	14 (1%)
Vollständig	180 (10%)	179 (9%)	227 (11%)
... am Handgelenk			
Keine Durchtrennung	26 (1%)	33 (2%)	31 (2%)
Bis zu 50%	14 (1%)	10 (1%)	18 (1%)
Über 50%	7 (0%)	14 (1%)	13 (1%)
Vollständig	58 (3%)	56 (3%)	67 (3%)
... am Unterarm			
Keine Durchtrennung	8 (0%)	12 (1%)	9 (0%)
Bis zu 50%	18 (1%)	14 (1%)	29 (1%)
Über 50%	11 (1%)	12 (1%)	20 (1%)
Vollständig	79 (4%)	86 (4%)	71 (3%)

9.3 Nerven-Kontusionen

Eine Nervenkontusion kann separat neben einer Nervendurchtrennung angegeben und einer Region zugeordnet werden.

Tabelle 39: Übersicht über die Kontusionen der Nerven nach Region

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Kontusionen der Nerven erfasst?	1.291 / 1.938 (67%) 	1.483 / 2.058 (72%) 	1.537 / 2.105 (73%) 
Kontusion der Nerven vorhanden (Anzahl Ja-Antworten)			
Phalangen	329 (76%)	293 (72%)	332 (70%)
Mittelhand	60 (14%)	42 (10%)	66 (14%)
Handgelenk	25 (6%)	42 (10%)	50 (11%)
Unterarm	21 (5%)	31 (8%)	23 (5%)

10 Arterien

Das Register ermöglicht eine detaillierte Eingabe zur Erfassung der betroffenen Arterie, des Arterienabschnittes und des Schädigungsausmaßes.

10.1 Übersicht über die betroffenen Regionen bei den Arterien

Tabelle 40: Übersicht über die betroffenen Arterien nach Region

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Betroffene Arterien nach Region			
Phalangen	959 (77%)	1.048 (78%)	1.055 (76%)
Mittelhand	136 (11%)	145 (11%)	184 (13%)
Handgelenk	43 (3%)	45 (3%)	43 (3%)
Unterarm	108 (9%)	98 (7%)	105 (8%)
Gesamt	1.246 (100%)	1.336 (100%)	1.387 (100%)

10.2 Einzeldarstellung der betroffenen Regionen bei den Arterien

Tabelle 41: Einzeldarstellung der betroffenen Regionen bei den Arterien

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Betroffene Arterien an den Phalangen			
D I - A1	95 (10%)	87 (8%)	96 (9%)
D I - A2	106 (11%)	107 (10%)	107 (10%)
D II - A3	146 (15%)	166 (16%)	166 (16%)
D II - A4	111 (12%)	127 (12%)	133 (13%)
D III - A5	92 (10%)	113 (11%)	108 (10%)
D III - A6	96 (10%)	111 (11%)	110 (10%)
D IV - A7	90 (9%)	90 (9%)	92 (9%)
D IV - A8	77 (8%)	82 (8%)	99 (9%)
D V - A9	67 (7%)	80 (8%)	69 (7%)
D V - A10	79 (8%)	85 (8%)	75 (7%)
Gesamt	959 (100%)	1.048 (100%)	1.055 (100%)
Betroffene Arterien an der Mittelhand			
A1	6 (4%)	9 (6%)	11 (6%)
A2	7 (5%)	16 (11%)	20 (11%)
A3	24 (18%)	20 (14%)	26 (14%)
A10	18 (13%)	18 (12%)	26 (14%)
Bifurkation D II/III	20 (15%)	23 (16%)	17 (9%)
Bifurkation D III/IV	19 (14%)	19 (13%)	23 (13%)
Bifurkation D IV/V	20 (15%)	22 (15%)	24 (13%)
Hohlhandbogen	22 (16%)	18 (12%)	37 (20%)
Gesamt	136 (100%)	145 (100%)	184 (100%)

Tabelle 41 Fortsetzung: Einzeldarstellung der betroffenen Regionen bei den Arterien

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Betroffene Arterien am Handgelenk			
A. radialis	18 (42%)	26 (58%)	19 (44%)
A. ulnaris	25 (58%)	19 (42%)	24 (56%)
Gesamt	43 (100%)	45 (100%)	43 (100%)
Betroffene Arterien am Unterarm			
A. radialis	60 (56%)	51 (52%)	61 (58%)
A. ulnaris	48 (44%)	47 (48%)	44 (42%)
Gesamt	108 (100%)	98 (100%)	105 (100%)

10.3 Arterien-Verletzungen

Beim Ausmaß der Schädigung kann im Register unterschieden werden, ob die Arterie vollständig oder teilweise (über 50% oder bis zu 50%) durchtrennt ist.

Tabelle 42: Ausmaß der Arterien-Durchtrennungen nach Region

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Ausmaß der Arterien-Durchtrennungen erfasst?	1.206 / 1.246 (97%) 	1.317 / 1.336 (99%) 	1.348 / 1.387 (97%) 
Ausmaß der Durchtrennung der Arterien an ...			
... den Phalangen			
Keine Durchtrennung	31 (3%)	36 (3%)	38 (3%)
Bis zu 50%	35 (3%)	51 (4%)	31 (2%)
Über 50%	38 (3%)	61 (5%)	16 (1%)
Vollständig	820 (68%)	885 (67%)	940 (70%)
... an der Mittelhand			
Keine Durchtrennung	2 (0%)	4 (0%)	7 (1%)
Bis zu 50%	10 (1%)	6 (0%)	13 (0%)
Über 50%	5 (0%)	10 (1%)	5 (0%)
Vollständig	117 (10%)	122 (9%)	153 (11%)
... am Handgelenk			
Keine Durchtrennung	2 (0%)	1 (0%)	4 (0%)
Bis zu 50%	1 (0%)	7 (1%)	6 (0%)
Über 50%	5 (0%)	4 (0%)	4 (0%)
Vollständig	35 (3%)	32 (2%)	28 (2%)
... am Unterarm			
Keine Durchtrennung	3 (0%)	1 (0%)	4 (0%)
Bis zu 50%	14 (1%)	10 (1%)	8 (1%)
Über 50%	9 (1%)	6 (0%)	10 (1%)
Vollständig	79 (7%)	81 (6%)	81 (6%)

11 Muskeln

Das Register ermöglicht eine detaillierte Eingabe zur Erfassung der betroffenen Muskeln und des Schädigungsausmaßes, nicht aber eines Muskelabschnittes.

11.1 Betroffene Muskeln

Tabelle 43: Übersicht über die betroffenen Muskeln nach anatomischer Struktur

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Anatomische Struktur			
Langer Muskel der Unterarmstreckseite	31 (11%)	26 (9%)	41 (10%)
Langer Muskel der Unterarmbeugeseite	73 (27%)	78 (27%)	86 (21%)
Intrinsischer Handmuskel	48 (18%)	51 (18%)	66 (16%)
Muskel des Thenar	86 (32%)	111 (38%)	170 (42%)
Muskel des Hypothenar	33 (12%)	23 (8%)	45 (11%)
Gesamt	271 (100%)	289 (100%)	408 (100%)

11.2 Art der Muskel-Verletzung

Beim Ausmaß der Schädigung kann im Register nur zwischen einer Durchtrennung und einer Kontusion unterschieden werden.

Tabelle 44: Einzeldarstellung der betroffenen Muskeln nach Region

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Art der Muskel-Verletzung erfasst?	252 / 271 (93%) 	271 / 289 (94%) 	373 / 408 (91%) 
Art der Verletzung			
Durchtrennungen gesamt	222 (88%)	246 (91%)	322 (86%)
davon an der Mittelhand	132	150	208
davon am Unterarm	90	96	114
Kontusionen gesamt	30 (12%)	25 (9%)	51 (14%)
davon an der Mittelhand	24	22	45
davon am Unterarm	6	3	6
Gesamt	252 (100%)	271 (100%)	373 (100%)

12 Gelenke

Das Register ermöglicht eine detaillierte Eingabe zur Erfassung des betroffenen Gelenkes. Die Gelenke können nach Regionen gruppiert werden. Bei der Art der Gelenkschädigung können Knorpelschäden, Luxationen und Subluxationen, Bandschäden und Instabilitäten angegeben werden.

12.1 Betroffene Gelenke

Tabelle 45: Übersicht über die betroffenen Gelenkregionen

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Betroffene Gelenkregionen			
Endgelenk	207 (22%)	213 (22%)	199 (23%)
Mittelgelenk	230 (24%)	218 (22%)	208 (24%)
Grundgelenk	232 (24%)	252 (26%)	259 (30%)
Karpometakarpalgelenk	107 (11%)	120 (12%)	95 (11%)
Handgelenk	153 (16%)	172 (18%)	103 (12%)
DRUG	19 (2%)	7 (1%)	11 (1%)
Gesamt	948 (100%)	982 (100%)	875 (100%)

12.2 Einzeldarstellung der Gelenkregionen

Tabelle 46: Einzeldarstellung der betroffenen Gelenkregionen

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Betroffene Gelenke an den Endgelenken:			
IP - D I	67 (32%)	69 (32%)	67 (34%)
DIP - D II	49 (24%)	46 (22%)	43 (22%)
DIP - D III	32 (15%)	47 (22%)	30 (15%)
DIP - D IV	34 (16%)	23 (11%)	30 (15%)
DIP - D V	25 (12%)	28 (13%)	29 (15%)
Gesamt	207 (100%)	213 (100%)	199 (100%)
Betroffene Gelenke am Mittelgelenk:			
PIP - D II	77 (33%)	72 (33%)	67 (32%)
PIP - D III	52 (23%)	50 (23%)	47 (23%)
PIP - D IV	47 (20%)	40 (18%)	45 (22%)
PIP - D V	54 (23%)	56 (26%)	49 (24%)
Gesamt	230 (100%)	218 (100%)	208 (100%)
Betroffene Gelenke am Grundgelenk:			
MP - D I	157 (68%)	156 (62%)	170 (66%)
MP - D II	43 (19%)	41 (16%)	39 (15%)
MP - D III	11 (5%)	20 (8%)	24 (9%)
MP - D IV	10 (4%)	15 (6%)	12 (5%)
MP - D V	11 (5%)	20 (8%)	14 (5%)
Gesamt	232 (100%)	252 (100%)	259 (100%)

Tabelle 46 Fortsetzung: Einzeldarstellung der betroffenen Gelenkregionen

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Betroffene Gelenke an den Karpometakarpalgelenken:			
CMC I	21 (20%)	28 (23%)	20 (21%)
CMC II	7 (7%)	5 (4%)	6 (6%)
CMC III	11 (10%)	11 (9%)	10 (11%)
CMC IV	25 (23%)	32 (27%)	21 (22%)
CMC V	43 (40%)	44 (37%)	38 (40%)
Gesamt	107 (100%)	120 (100%)	95 (100%)
Betroffene Gelenke am Handgelenk			
SL	49 (32%)	50 (29%)	28 (27%)
LT	17 (11%)	34 (20%)	28 (27%)
STT	4 (3%)	4 (2%)	9 (9%)
PT	3 (2%)	4 (2%)	4 (4%)
Radiokarpalgelenk	49 (32%)	49 (28%)	13 (13%)
Discus	14 (9%)	9 (5%)	6 (6%)
Gesamt	153 (100%)	172 (100%)	103 (100%)

12.3 Knorpelschädigungen

Tabelle 47: Knorpelschädigung nach Region

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Knorpelschädigung erfasst?	830 / 948 (88%) 	901 / 982 (92%) 	808 / 875 (92%) 
Knorpelschädigungen vorhanden (Anzahl Ja-Antworten)			
Endgelenk	99 (17%)	108 (17%)	106 (19%)
Mittelgelenk	142 (24%)	146 (23%)	123 (22%)
Grundgelenk	183 (31%)	203 (31%)	191 (34%)
Karpometakarpalgelenk	50 (8%)	72 (11%)	46 (8%)
Handgelenk	106 (18%)	114 (18%)	86 (15%)
DRUG	14 (2%)	5 (1%)	10 (2%)
Gesamt	594 (100%)	648 (100%)	562 (100%)

12.4 (Sub-)Luxation

Tabelle 48: (Sub-)Luxation nach Region

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
(Sub-)Luxation erfasst?	813 / 948 (86%) 	905 / 982 (92%) 	834 / 875 (95%) 
(Sub-)Luxation vorhanden (Anzahl Ja-Antworten)			
Endgelenk	75 (18%)	87 (16%)	87 (21%)
Mittelgelenk	95 (22%)	113 (21%)	88 (21%)
Grundgelenk	65 (15%)	98 (18%)	75 (18%)
Karpometakarpalgelenk	91 (21%)	100 (19%)	77 (19%)
Handgelenk	85 (20%)	127 (24%)	78 (19%)
DRUG	16 (4%)	5 (1%)	9 (2%)
Gesamt	427 (100%)	530 (100%)	414 (100%)

12.5 Bandschädigungen

Tabelle 49: Bandschädigungen nach Region

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Bandschädigungen erfasst?	748 / 948 (79%) 	830 / 982 (85%) 	794 / 875 (91%) 
Bandschädigungen vorhanden (Anzahl Ja-Antworten)			
Endgelenk	83 (27%)	87 (23%)	95 (30%)
Mittelgelenk	102 (33%)	103 (28%)	93 (29%)
Grundgelenk	33 (11%)	67 (18%)	55 (17%)
Karpometakarpalgelenk	36 (12%)	55 (15%)	37 (12%)
Handgelenk	43 (14%)	56 (15%)	39 (12%)
DRUG	8 (3%)	3 (1%)	1 (0%)
Gesamt	305 (100%)	371 (100%)	320 (100%)

13 Haut und Weichteile

Das Register ermöglicht eine detaillierte Eingabe zur Erfassung der verletzten Hautareale nach Regionen. Darüber hinaus können tiefergehende Weichteilschäden bei Frakturen oder unabhängig von Frakturen kodiert werden.

13.1 Lage der beschädigten Haut

Tabelle 50: Übersicht über die Lage der beschädigten Haut

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Lage der beschädigten Haut nach Region			
Phalangen	3.411 (72%)	4.140 (74%)	3.332 (72%)
Mittelhand	687 (14%)	799 (14%)	711 (15%)
Handgelenk	479 (10%)	440 (8%)	394 (9%)
Unterarm	175 (4%)	191 (3%)	201 (4%)
Gesamt	4.752 (100%)	5.570 (100%)	4.638 (100%)
Lage der beschädigten Haut an den Phalangen			
D I	680 (20%)	765 (18%)	622 (19%)
D II	1.534 (45%)	1.813 (44%)	1.521 (46%)
D III	496 (15%)	662 (16%)	483 (15%)
D IV	409 (12%)	519 (13%)	397 (12%)
D V	292 (9%)	381 (9%)	309 (9%)
Gesamt	3.411 (100%)	4.140 (100%)	3.332 (100%)
Lage der beschädigten Haut an der Mittelhand			
Palmar - Beugeseite	335 (49%)	416 (52%)	335 (47%)
Dorsal - Streckseite	352 (51%)	383 (48%)	376 (53%)
Gesamt	687 (100%)	799 (100%)	711 (100%)
Lage der beschädigten Haut am Handgelenk			
Palmar - Beugeseite	263 (55%)	263 (60%)	240 (61%)
Dorsal - Streckseite	216 (45%)	177 (40%)	154 (39%)
Gesamt	479 (100%)	440 (100%)	394 (100%)
Lage der beschädigten Haut am Unterarm			
Palmar - Beugeseite	121 (69%)	128 (67%)	128 (64%)
Dorsal - Streckseite	54 (31%)	63 (33%)	73 (36%)
Gesamt	175 (100%)	191 (100%)	201 (100%)

13.2 Weichteilschäden bei Fraktur

Bei Frakturen kann neben Frakturausmaß und -lokalisierung zusätzlich das Vorliegen eines Weichteilschadens (offen oder geschlossen) erfasst werden.

Tabelle 51: Übersicht über die Weichteilschäden bei Frakturen

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Weichteilschäden bei Frakturen erfasst?	4.028 / 4.752 (85%) 	4.690 / 5.570 (84%) 	3.787 / 4.638 (82%) 
Art der Weichteilschäden bei Frakturen			
Keine Weichteilschäden	2.271 (56%)	2.889 (62%)	2.225 (59%)
Offen	1.321 (33%)	1.378 (29%)	1.117 (30%)
Geschlossen	436 (11%)	423 (9%)	445 (12%)

13.3 Weichteilschäden ohne Fraktur

Tiefergehende, unter der Haut liegende Weichteilschäden können erfasst werden, wenn sie ohne Frakturen vorliegen.

Tabelle 52: Übersicht über die Weichteilschäden ohne Frakturen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Weichteilschäden ohne Frakturen erfasst?	4.198 / 4.752 (88%) 	5.005 / 5.570 (90%) 	4.106 / 4.638 (89%) 
Art der Weichteilschäden ohne Frakturen			
Keine Weichteilschäden	1.137 (27%)	1.187 (24%)	1.002 (24%)
Offen	2.584 (62%)	3.413 (68%)	2.699 (66%)
Geschlossen	477 (11%)	405 (8%)	405 (10%)

13.4 Freiliegende funktionelle Strukturen

Der Sonderfall des Freiliegens funktioneller Strukturen kann für die jeweilige betroffene Region angegeben werden, beispielsweise das Freiliegen von Strecksehnen bei einem Décollement am Handrücken.

Tabelle 53: Übersicht über die freiliegenden funktionellen Strukturen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Freiliegende funktionelle Strukturen erfasst?	4.228 / 4.752 (89%) 	4.956 / 5.570 (89%) 	4.013 / 4.638 (87%) 
Freiliegende funktionelle Strukturen vorhanden			
Ja	2.086 (49%)	1.767 (36%)	1.807 (45%)
Nein	2.142 (51%)	3.189 (64%)	2.206 (55%)

14 Verbrennungen

Verbrennungen werden nach Lokalisation und Tiefe erfasst.

14.1 Lage der Verbrennung

Die Lage des verbrannten Hautareals wird nach Unterarm und Hand sowie palmar und dorsal unterschieden (vier Möglichkeiten).

Tabelle 54: Übersicht über die Lage der Verbrennungen

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Anatomische Struktur			
Unterarm palmar	56 (13%)	54 (12%)	44 (15%)
Unterarm dorsal	55 (12%)	58 (13%)	32 (11%)
Hand palmar	153 (34%)	153 (35%)	99 (34%)
Hand dorsal	181 (41%)	175 (40%)	120 (41%)
Gesamt	445 (100%)	440 (100%)	295 (100%)

14.2 Schwere der Verbrennung

Die Einteilung der Verbrennungstiefe entspricht der üblichen Klassifikation.

Tabelle 55: Schwere der Verbrennungen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Schwere der Verbrennung erfasst?	442 / 445 (99%) 	440 / 440 (100%) 	295 / 295 (100%) 
Schwere der Verbrennung			
Grad I	11 (2%)	10 (2%)	3 (1%)
Grad II a	187 (42%)	197 (45%)	108 (37%)
Grad II b	170 (38%)	173 (39%)	145 (49%)
Grad III	73 (17%)	55 (13%)	39 (13%)
Grad IV	0 (0%)	2 (0%)	0 (0%)
keine	1 (0%)	3 (1%)	0 (0%)
Gesamt	442 (100%)	440 (100%)	295 (100%)

15 Amputationen

Für Amputationsverletzungen erfolgt eine Einteilung nach der Amputationshöhe incl. Bezeichnung des Fingerstrahls und eine einfache Unterscheidung in totale und subtotale Amputationen.

15.1 Lage der Amputation

Tabelle 56: Übersicht über die Amputationen nach anatomische Struktur

	HTR DGH n (%)		
	2025	2024	2023
Anatomische Struktur			
D I	149 (16%)	175 (20%)	165 (17%)
D II	222 (24%)	223 (25%)	252 (27%)
D III	200 (22%)	199 (22%)	195 (21%)
D IV	148 (16%)	152 (17%)	157 (17%)
D V	101 (11%)	93 (10%)	122 (13%)
Mittelhand	69 (8%)	43 (5%)	48 (5%)
Handgelenk	11 (1%)	4 (0%)	1 (0%)
Unterarm	14 (2%)	7 (1%)	9 (1%)
Gesamt	914 (100%)	896 (100%)	949 (100%)

15.2 Ausmaß der Amputation

Tabelle 57: Ausmaß der Amputationen

	HTR DGH n / N (%)		
	2025	2024	2023
Ausmaß der Amputation erfasst?	912 / 914 (100%) 	895 / 896 (100%) 	943 / 949 (99%) 
Ausmaß der Amputation			
Geschlossener Weichteilschaden mit fehlender Durchblutung	7 (1%)	4 (0%)	3 (0%)
Total	536 (59%)	505 (56%)	543 (58%)
Subtotal	369 (40%)	386 (43%)	397 (42%)

16 Publikationen aus dem HandTraumaRegister DGH

16.1 Publikationen

2026

Daeschler SC, Aman M, Rieth P, Panzram B, Böcker AH, Harhaus L. Das HandTraumaRegister der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie – Analyse nationaler Versorgungstrends während der COVID-19 Pandemie. Handchir Mikrochir Plast Chir 2026; 58(03): 194-201. <https://doi.org/10.1055/a-2836-6004>.

Nicklas A, Will Marks P, Dragu A, Schmidt H, Rotärmel A; HandTraumaRegister DGH. Operative timing and surgical complexity in hand trauma: a multicenter analysis of replantation and non-replantation centers in Germany. Arch Orthop Trauma Surg 2026; 146:206. <https://doi.org/10.1007/s00402-026-06363-8>.

16.2 Abstracts Juni 2025 bis Mai 2026

Handchir Mikrochir Plast Chir 2026; 58(03): 194-201. <https://doi.org/10.1055/a-2836-6004>.

Das HandTraumaRegister der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie – Analyse nationaler Versorgungstrends während der COVID-19 Pandemie.

Daeschler SC, Aman M, Rieth P, Panzram B, Böcker AH, Harhaus L.

HINTERGRUND Das HandTraumaRegister (HTR) der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) wurde etabliert, um Handverletzungen sowie deren Versorgung systematisch und bundesweit zu erfassen. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Verletzungsmuster, Unfallmechanismen und die Versorgung von Handverletzungen zu untersuchen.

MATERIAL UND METHODEN In einer retrospektiven multizentrischen Registerstudie wurden 14 072 Patienten mit insgesamt 41 119 operativ behandelten Handverletzungen aus dem HTR analysiert. Die Daten wurden entsprechend den fünf definierten Pandemiephasen gruppiert und hinsichtlich Alter, Verletzungsmuster, Versicherungstyp, Unfallmechanismus und Versorgungszeiten vergleichend ausgewertet (Signifikanzniveau $p < 0,05$).

ERGEBNISSE Während der Pandemie veränderte sich die Altersverteilung signifikant ($p < 0,001$): Im ersten Lockdown war der Anteil an Kindern und Jugendlichen reduziert, während die Gruppe der 19–30-Jährigen häufiger betroffen war. Isolierte Handverletzungen traten mit 32,1 % seltener auf (vs. 42,7 % präpandemisch), während die Häufigkeit von Mehrfachverletzungen zunahm ($p < 0,001$). Bei berufsgenossenschaftlich Versicherten stiegen Sturzverletzungen von 10,9 % auf 19,2 %, während bei gesetzlich Versicherten Kreissägenverletzungen im ersten Lockdown signifikant zunahmen ($p < 0,001$). Die Zeit bis zur operativen Versorgung sank von 52,6 auf 27,1 Stunden ($p < 0,001$), während der Anteil definitiver Versorgungen über alle Phasen stabil über 90 % blieb.

SCHLUSSFOLGERUNG Die COVID-19-Pandemie hatte signifikante Auswirkungen auf die Epidemiologie, den Verletzungsmechanismus und die zeitliche Dynamik der Versorgung von Handverletzungen in Deutschland. Diese Veränderungen zeigen, wie externe Krisen Einfluss auf die medizinische Versorgungsrealität nehmen. Das HTR ermöglicht die datenbasierte Analyse solcher Entwicklungen und unterstützt die evidenzbasierte Planung zukünftiger Versorgungs- und Präventionsstrategien.

Arch Orthop Trauma Surg 146, 206 (2026). <https://doi.org/10.1007/s00402-026-06363-8>

Operative timing and surgical complexity in hand trauma: a multicenter analysis of replantation and non-replantation centers in Germany

Nicklas A, Will Marks P, Dragu A, Schmidt H, Rotärmel A; HandTraumaRegister DGH.

BACKGROUND Hand injuries are common traumatic conditions that often require specialized surgical care. Differences in hospital structures and levels of specialization may influence the timeliness and complexity of treatment. This study evaluates quality of care across different hospital types, focusing on time-to-skin-incision and surgical management of finger and hand injuries.

MATERIAL AND METHODS This retrospective multicenter study is based on data from the HandTraumaRegister of the German Society for Hand Surgery (HTR DGH). A total of 16,726 surgically treated cases with documented finger or hand injuries recorded between 2018 and 2023 were analyzed. Hospitals were categorized as non-replantation centers, replantation centers, or FESSH-accredited replantation centers. Demographic characteristics, injury-patterns, treatment modalities, and time-related parameters were assessed. Statistical analysis included descriptive statistics, group comparisons, and multivariate regression models to evaluate factors associated with time-to-skin-incision.

RESULTS The study population consisted predominantly of male patients (75.79%), and 91.6% were right-handed. Soft tissue injuries without fractures or amputations accounted for 46.57% of cases. Non-replantation centers demonstrated the longest time-to-skin-incision (median 13 h), whereas replantation centers (median 3.75 h) and FESSH-accredited centers (median 4 h) showed significantly shorter times. Treatment strategies differed significantly between center types ($p < 0.001$), with non-replantation centers performing more secondary procedures. Replantations or revascularizations were performed in 3.96% of cases, with the highest proportion observed in FESSH-accredited centers (4.64%). Operative durations were significantly longer in replantation centers, particularly for complex and amputation injuries ($p < 0.001$).

CONCLUSION Specialized replantation centers are associated with shorter access times to surgical care compared to non-replantation centers. Longer operative times observed in highly specialized and FESSH-accredited centers may reflect greater injury complexity as well as the technical demands of advanced microsurgical procedures, rather than indicating differences in care quality. These findings highlight the potential relevance of specialized care structures in the management of severe finger injuries.

17 Abkürzungsverzeichnis

A	Arteria
AUC	AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH
CMC	Carpometacarpal
D	Digitus
DGH	Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
DIP	Distales Interphalangealgelenk
DRUG	Distales Radioulnargelenk
HTR	HandTraumaRegister DGH
IP	Interphalangealgelenk
ITF	Institut für Traumaforschung
LT	Gelenk zwischen Lunatum und Triquetrum
MP	Metacarpophalangealgelenk
N	Nervus
P	Phalanx
PIP	Proximales Interphalangealgelenk
PT	Piso-triquetral-Gelenk
SL	Gelenk zwischen Skaphoid und Lunatum
STT	Gelenk zwischen Skaphoid, Trapezium und Trapezoideum

18 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Definition der Farbkodierung für die Vollständigkeitsquote eines Parameters	S. 6
Tabelle 2	Anzahl und Anteil „gut dokumentierte“ Fälle	S. 6
Tabelle 3	Anzahl der Patientenfälle im HTR DGH	S. 7
Tabelle 4	Altersverteilung	S. 7
Tabelle 5	Geschlechterverteilung	S. 8
Tabelle 6	Händigkeit	S. 8
Tabelle 7	Verletzte Handseite	S. 9
Tabelle 8	Unfallmechanismus	S. 9
Tabelle 9	Verletzungsart	S. 10
Tabelle 10	Versicherungsstatus	S. 10
Tabelle 11	Anästhesieverfahren	S. 11
Tabelle 12	Art der Versorgung	S. 11
Tabelle 13	Art der Therapie	S. 12
Tabelle 14	Erfassung der Behandlungszeiten	S. 13
Tabelle 15	Dauer zwischen Unfall und Erstkontakt bei primärversorgten Patienten	S. 14
Tabelle 16	Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff bei primärversorgten Patienten	S. 15
Tabelle 17	Dauer zwischen Unfall und Aufnahme bei sekundärversorgten Patienten	S. 16
Tabelle 18	Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff bei sekundärversorgten Patienten	S. 17
Tabelle 19	Dauer zwischen Aufnahme und Schnitt bei primärversorgten Patienten	S. 18
Tabelle 20	Dauer zwischen Aufnahme und Schnitt bei sekundärversorgten Patienten	S. 19
Tabelle 21	OP-Dauer	S. 20
Tabelle 22	Anzahl Verletzungen pro Patient	S. 21
Tabelle 23	Anzahl Patienten mit Verletzungen an den aufgeführten anatomischen Strukturen	S. 22
Tabelle 24	Anzahl dokumentierter Verletzungen nach anatomischer Struktur	S. 22
Tabelle 25	Übersicht über die betroffenen Regionen bei Knochenfraktur	S. 23
Tabelle 26	Einzeldarstellung der betroffenen Regionen bei Knochenfraktur	S. 23-24
Tabelle 27	Art der Frakturen	S. 25
Tabelle 28	Übersicht über die betroffenen Regionen bei offenen Frakturen	S. 25
Tabelle 29	Übersicht über die betroffenen Regionen bei Frakturen mit Gelenkbeteiligung	S. 26
Tabelle 30	Übersicht über die betroffenen Regionen bei Dislokationen	S. 26
Tabelle 31	Übersicht über die betroffenen Regionen an den Sehnen	S. 27
Tabelle 32	Erfassung der Durchtrennungen bzw. degenerativen Rupturen/Rupturen/Rerupturen an den Sehnen	S. 27
Tabelle 33	Übersicht über die betroffenen Streck- und Beugesehnen	S. 28
Tabelle 34	Übersicht über die betroffenen Finger- und Handgelenksehnen	S. 28
Tabelle 35	Ringbandbeteiligung bei Sehnenverletzungen	S. 28

18 Tabellenverzeichnis Fortsetzung

Tabelle 36	Übersicht über die betroffenen Strukturen an den Nerven	S. 29
Tabelle 37	Einzeldarstellung der betroffenen Nerven nach Fingerstrahlen	S. 29
Tabelle 38	Ausmaß der Nerven-Durchtrennungen	S. 30
Tabelle 39	Übersicht über die Kontusionen der Nerven nach Region	S. 30
Tabelle 40	Übersicht über die betroffenen Arterien nach Regionen	S. 31
Tabelle 41	Einzeldarstellung der betroffenen Regionen bei den Arterien	S. 31-32
Tabelle 42	Ausmaß der Arterien-Durchtrennungen nach Region	S. 32
Tabelle 43	Übersicht über die betroffenen Muskeln nach anatomischer Struktur	S. 33
Tabelle 44	Einzeldarstellung der betroffenen Muskeln nach Region	S. 33
Tabelle 45	Übersicht über die betroffenen Gelenkregionen	S. 34
Tabelle 46	Einzeldarstellung der betroffenen Gelenkregionen	S. 34-35
Tabelle 47	Knorpelschädigung nach Region	S. 35
Tabelle 48	(Sub-)Luxation nach Region	S. 36
Tabelle 49	Bandschädigungen nach Region	S. 36
Tabelle 50	Übersicht über die Lage der beschädigten Haut	S. 37
Tabelle 51	Übersicht über die Weichteilschäden mit Frakturen	S. 38
Tabelle 52	Übersicht über die Weichteilschäden ohne Frakturen	S. 38
Tabelle 53	Übersicht über die freiliegenden funktionellen Strukturen	S. 38
Tabelle 54	Übersicht über die Lage der Verbrennungen	S. 39
Tabelle 55	Schwere der Verbrennungen	S. 39
Tabelle 56	Übersicht über die Amputationen nach anatomische Struktur	S. 40
Tabelle 57	Ausmaß der Amputationen	S. 40

19 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Dauer zwischen Unfall und Erstkontakt bei primärversorgten Patienten	S. 14
Abbildung 2	Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff bei primärversorgten Patienten	S. 15
Abbildung 3	Dauer zwischen Unfall und Aufnahme bei sekundärversorgten Patienten	S. 16
Abbildung 4	Dauer zwischen Unfall und operativem Eingriff bei sekundärversorgten Patienten	S. 17
Abbildung 5	Dauer zwischen Erstkontakt und Schnitt bei primärversorgten Patienten	S. 18
Abbildung 6	Dauer zwischen Aufnahme und Schnitt bei sekundärversorgten Patienten	S. 19
Abbildung 7	Verteilung der OP-Dauer	S. 20