

1. Klinikärztetreffen der AG Orthopädie/Unfallchirurgie

Die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung Orthopädie/Unfallchirurgie beschloss im Jahr 2009, sich erstmals anlässlich eines Klinikärztetreffens in Ergänzung und zur Interpretation des Dialogs zwischen der Gruppe und den Klinikärzten zu treffen. Der 2. Dezember 2009 war dazu ein geeignetes Datum, weil zu diesem Zeitpunkt alle Rückläufe im Dialog bearbeitet waren und eine Übersicht über den Verlauf der Zusammenarbeit über das Jahr 2009 gegeben werden konnte, in welchem die Daten von 2008 verhandelt wurden. Das Treffen wurde vorbereitet von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung und sachsenweit und darüber hinaus beworben, da die Problematik durchaus überregional besteht. Im Vorfeld wurden einige, sich immer wiederholende Fragestellungen mit Experten besprochen, die mit der Sächsischen Landesärztekammer eng zusammenarbeiten, und Empfehlungen formuliert, welche den Kollegen im Dialog angeboten werden konnten. Dies war zum Beispiel notwendig für die Situation einer Notfalloperation bei nicht geschäftsfähigen Patienten, bei welchen entweder der Vormund nicht erreicht werden kann oder noch keine Vormundschaft eingerichtet ist. Nachdem sich die Gruppe über das Jahr verteilt bis zu diesem Zeitpunkt sechsmal getroffen hatte, waren die „Knackpunkte“ für die Diskussion bekannt. Die Bereiche, die in der Arbeitsgruppe besprochen werden, wie proximale Femurfrakturen, Implantation einer Hüfttotalendoprothese, Wechsel einer Hüfttotalendoprothese oder deren Komponente sowie Kniegelenkprimären-doprothetik und Wechselprothetik sind bekanntermaßen Bereiche mit Wachstumstendenz. Die Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur werden nachgewiesenermaßen immer älter und polymorbider, die Patienten mit Bedarf einer Hüft- und Knieendoprothetik immer jünger und anspruchsvoller. Für die hüftgelenknahe Femurfraktur hat sich der Qua-



Prof. Dr. med. habil. Felix Bonnaire in der Diskussion mit Prof. Dr. med. Rüdiger Smektala

litätsindikator präoperative Verweildauer als kritisch erwiesen. Qualitätsziel ist die kurze präoperative Verweildauer, die für 85 % der Patienten innerhalb von 48 Stunden nach stationärer Aufnahme liegen sollte. Der Referenzbereich für das Überschreiten der Zeit von 48 Stunden liegt also bei 15 %. Aufgrund der hohen Komorbidität dieser Patienten und der personellen und strukturellen Vorhaltung, die vor allem am Wochenende zur Versorgung notwendig sind, gab es in den vergangenen Jahren immer Probleme mit dem Erreichen dieser Toleranzschwelle. Dies ist vor allem begründet durch Patienten mit gerinnungshemmender Therapie, vor allem nach Stents, durch demenzielle Erkrankungen ohne eingerichtete Betreuung und durch die Vorbehandlungsnotwendigkeit von Miterkrankungen wie zum Beispiel Herzinsuffizienz. Ein großes Problem stellt die nicht vorhandene Kapazität zur endoprothetischen Versorgung am Wochenende dar.

In Sachsen wurde für 2008 erstmals ein Ergebnis unter 15 % (14,9 %, siehe Abb.1) erreicht. Diese Ergebnisse und die Begründungen der Krankenhäuser für das Nichterreichen der Referenzschwelle wurden vom Unterzeichnenden vorgetragen. Es ist bezeichnend, dass die Versorgung von petrochantären Frakturen, die in der Regel ohne Endoprothetik

versorgt werden können, kein zeitliches Problem bezüglich der präoperativen Verweildauer darstellt. Die Bundesdurchschnittswerte für alle hüftnahen Frakturen von 11,6 % konnten leider noch nicht erreicht werden.

Unterstützung für die Argumentationsweise bei demenziell erkrankten Patienten oder Patienten, die nicht geschäftsfähig aus welchem Grund auch immer sind, wurde vom Podium aus bei der Diskussion durch Herrn Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Leipzig, gegeben. Er verwies auf die Möglichkeit der Geschäftsführung ohne Auftrag, wenn ein Vorteil für den Patienten medizinisch zu erwarten ist. Dies ist bei den hüftgelenknahen Frakturen der Fall. Die Rate an postoperativen Komplikationen, Dekubitusfällen und Pneumonien ist signifikant erhöht bei Überschreiten des Grenzwertes von 48 Stunden. Prof. Dr. med. Sebastian Schellong ging in seinem Vortrag auf die Problematik der präoperativen Gerinnungshemmung im weitesten Sinne ein. So wurden grundsätzlich die Thromboseprophylaxe bei diesen Patienten, die Gerinnungshemmung mit ASS und Thrombozytenaggregationshemmern, aber auch mit oralen Koagulationshemmern besprochen. In der Summe können dringende Operationen durch Antagonisierung der oralen Antikoagulation mit Cumarinen immer sofort durchge-

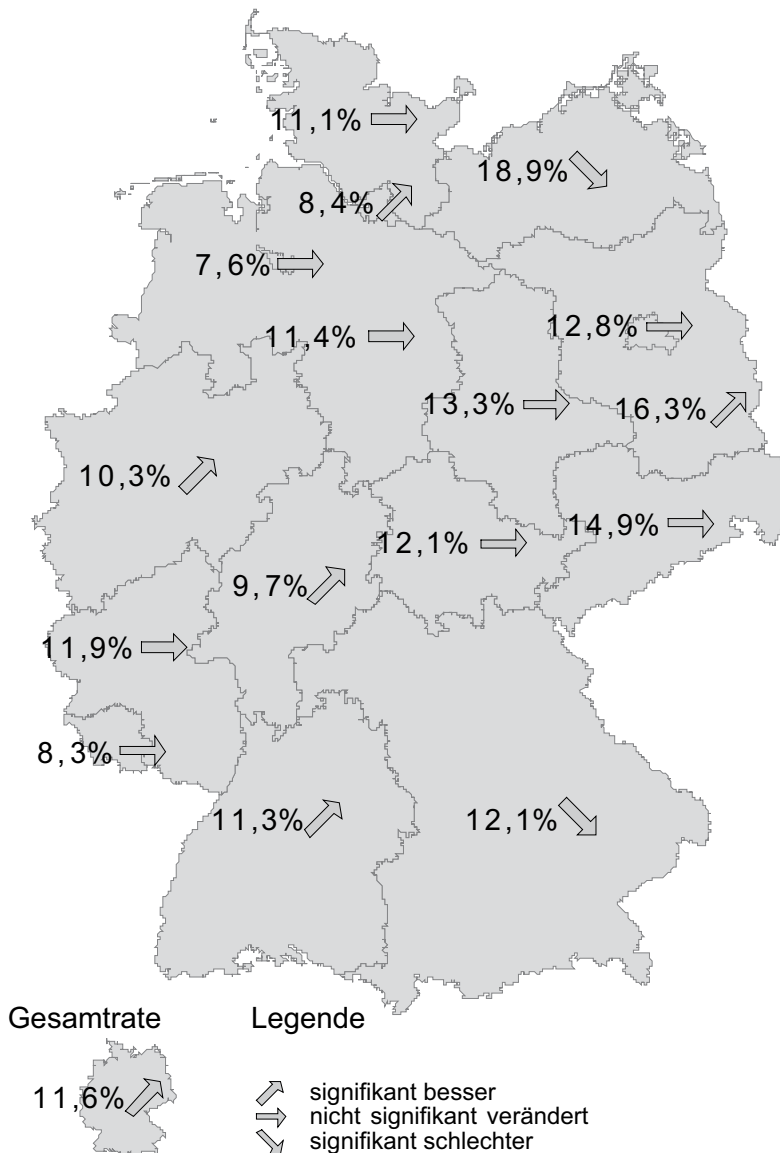


Abb. 1: Übersicht über die Situation in den Bundesländern im Jahr 2008 mit einer chirurgischen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfrakturen später als 48 Stunden nach Aufnahme (Quelle: BQS, Bundesauswertung 2008 „Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf“)

führt werden. Bei der Thrombozytenaggregationshemmung gibt es keinen wirksamen Antagonismus für einen Zeitraum von sieben Tagen. Zudem ist das Absetzen der Thrombozytenaggregationshemmer bei der gegebenen Indikation Stent als vor allem im ersten Jahr hochgradig gefährdend anzusehen. Es gelang Herrn Prof. Dr. Schellong eine hervorragende Übersicht von der Thromboseprophylaxe bis zum Risikomanagement zur Behandlung dieser Frakturen zu erstellen.

In der Diskussion schalteten sich Prof. Dr. med. Rüdiger Smejtala, Ärztekammer Westfalen-Lippe, und Herr

Dr. med. Dr. P. H. Ulrich Schulze Raestrup mit ein (Bild). Sie diskutierten mit den Erfahrungen, die sie in Nordrhein-Westfalen, wo vor Jahren ebenfalls der Referenzbereich nicht eingehalten werden konnte, machten. Durch regelmäßige Dialoge, Veranstaltungen und den Nachweis eines echten Nachteils für den Patienten durch eine späte Operation in einer groß angelegten Studie mit sogenannten Zwillingsspärcchen (propensity score), die unter der Federführung der DGU und der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung durchgeführt wurde, konnte er nachweisen, dass die Rate der postoperativen chirurgischen Komplikationen,

die Rate der Dekubitusentstehung postoperativ und der Pneumonie signifikant ansteigen.

Im ersten Teil der Veranstaltung trug Herr Dr. med. Stephan Kirschner vom Universitätsklinikum Dresden, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, die Ergebnisse für die Hüftendoprothesenerstimplantation sowie den Komponentenwechsel und anschließend auch für die Erstimplantation von Knieendoprothesen und deren Wechsel vor. Diskussionspunkte sind hier immer die Indikationen zu den jeweiligen Erstoperationen und die funktionellen Ergebnisse der Gelenke zum Entlassungszeitpunkt. Die Qualitätssicherungsgruppe muss sich im Dialog mit den Krankenhäusern über die Indikationsstellungen unterhalten, wenn die vorgegebenen Kriterien wie Schmerz, Beweglichkeit und Röntgenbefund, nicht eingehalten werden. Kritisch ist der radiologische Score einzuschätzen, der durchaus persönlich interpretiert werden kann. Insgesamt nehmen die Eingriffe wie bundesweit zu und die Verweildauer nimmt entsprechend ab. Dies gilt für die Hüft- wie auch für die Knieendoprothetik. In Einzelfällen wurde die Qualität von Fremdoperatoren an Kliniken mit hoher Komplikationsrate hinterfragt und muss von den betroffenen Krankenhäusern verbessert werden. Im Großen und Ganzen sind die Ergebnisse in Sachsen bezüglich dieser Bereiche eher erfreulich im Vergleich zum Gesamtbundesgebiet.

In der Summe war die Veranstaltung von insgesamt 58 Kollegen besucht und hinterließ eine sehr positive Rückkopplung zwischen der Gruppe der Qualitätssicherer und der Klinikärzte. Viele Fragen konnten zufrieden stellend beantwortet werden und es soll eine Plattform geschaffen werden, auf welcher die vereinbarten Regelungen abgerufen werden können. Zudem sollen die Vorträge auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung gestellt werden.