

Externe vergleichende Qualitätssicherung Orthopädie/Unfallchirurgie

Verlauf und inhaltliche Schwerpunkte

Die Qualitätsanalyse der Module des Kalenderjahres 2004 durch die quant GmbH erfolgte zeitnäher als in den vorangegangenen Jahren, weshalb die Arbeitsgruppe bereits im Juli 2005 mit den Auswertungen beginnen konnte. Der Dialog mit den Krankenhäusern, die in einigen Datensätzen auffällig waren, erfolgte in den Monaten August und September.

Im Oktober konnten die Antwortschreiben der einzelnen Abteilungen ausgewertet werden.

Dabei ergaben sich folgende Schwerpunkte:

- die veränderte Situation in der Kniegelenkendoprothetik
- eine hohe Luxationsrate bei endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen in mehreren Fachabteilungen

Die Situation in der Kniegelenkendoprothetik (Modul 17/5 Knie-TEP-Erstimplantation)

In Sachsen war, wie auch im gesamten Bundesgebiet, in den vergangenen 3 Jahren eine ständige Zunahme der Implantationen von Kniegelenkendoprothesen zu verzeichnen. Dies ist, wenn man sich an den Zahlen der Hüft-TEP-Implantationen orientiert, soweit gediehen, dass die Kniegelenksimplantationen den gleichen Stand erreicht haben.

Bei einer Steigerungsrate bezüglich 2003 zu 2004 in Sachsen von 1,43 und in der BRD von 1,55 werden die Kniegelenksimplantationen bereits in Jahre 2005 wahrscheinlich die Hüft-TEP-Implantationen übertreffen.

Dafür gibt es rationale Gründe:

- das epidemiologische Aufkommen an Gonarthrosen ist höher als das an Koxarthrosen;
- die Standzeiten (Verläufe) sind länger geworden;

Knie-TEP-Erstimplantationen in Sachsen im Vergleich zur Hüft-TEP
* Gesamtzahl der Datensätze an Knie-TEP-Erstimplantationen BRD

2003	5588 Knie-TEP	(49 Abt.)	vs. 6.028 Hüft-TEP	BRD 70.850*
2004	8008 Knie-TEP	(44 Abt.)	vs. 8.297 Hüft-TEP	BRD 110.349*

- das Vertrauen der Patienten und der einweisenden Ärzte in die Kniegelenkendoprothetik hat zugenommen;
- die Prozedur wird von mehr Kliniken angeboten.

In Sachsen ist allerdings die Anzahl der Kliniken, die Datensätze eingeben haben, von 2003 zu 2004 zurückgegangen (Tab. 1).

Da Knie-TEP sehr kostenintensiv sind, ist hier eine erhebliche Kostensteigerung entstanden.

Am 16. September 2005 überraschte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Krankenhäuser mit Kriterien für die Übergangsregelung zur Mindestmenge der Knie-TEP.

Danach werden die Kriterien guter Qualität nach den Daten von 2004 zu den Qualitätsindikatoren

- Indikation
 - Letalität
 - postoperative Beweglichkeit
 - risikoadjustierte postoperative Wundinfektion
 - neu aufgetretene Dekubitalulzera (Grad 2 bis 4)
- festgelegt.

Für die Leistung „Knie-TEP“ wird ab 01. Januar 2006 eine verbindliche Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Jahr und pro Krankenhaus festgelegt.

In Sachsen liegen 11 von 44 Kliniken unter der Marke von 50 TEP für 2004.

Krankenhäuser, die im Jahr 2005 zwischen 40 und 49 Knie-TEP mit guter Qualität erbringen, erhalten eine Karenzzeit von einem Jahr.

Luxationsrate bei endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen

Die Arbeitsgruppe wertete den Dialog mit den bezüglich der Luxationsrate auffälligen Abteilungen der Krankenhäuser aus mit dem Schluß, dass hier ein besonders problematisches Krankengut mit geriatrischer Polymorbidität vorliegt. Auf die Qualitätskriterien zur „Indikation“ wird hingewiesen.

Darüber hinaus werden folgende Empfehlungen zur Wahl der Implantate gegeben *: Angesichts einer Klinikletalität von 6,09% für die mediale Schenkelhalsfraktur für die BRD 2003 und den hohen Letalitätsraten bei Nachuntersuchungen sollten gegenwärtig folgende Kriterien für die Indikation zur Prothese gelten:

- jede dislozierte SH-Fraktur bei Pat. > 60. Lj.
- länger als 6 h bestehende Dislokation bei Garden III und IV
- vorbestehende Koxarthrose
- schwere Osteoporose
- sekundär dislozierte Frakturen.

Die Indikationen für die Femurkopfprothese bestehen bei vorbestehender Bettlägerigkeit und bei Marasmus.

Die Duokopfprothese ist indiziert bei biologischem Alter > 75. Lj. und bei eingeschränkter Aktivität. Die monozentrische Duokopfprothese neigt zur Varusposition der Schale und zur Luxation. Bei den bizentrischen Duoköpfen differieren die Rotationsmittelpunkte von Kopf und Schale um 2 – 4 mm. Die Einstellung von 5 – 20° Valgusposition und von 5° Anteversion und ein geringeres Haftreibungsdrehmoment tragen zur Abwendung von Luxationen bei.

Qualitätsindikator	Referenzbereich	BQS-Kennzahl-ID
QI 1: Indikation	$\geq 82,17 \%$	44534
QI 2: Letalität	$\leq 0,10 \%$	45060
Q 3: Postoperative Beweglichkeit	$\geq 60,79 \%$	65537
Q 4: Risikoadjustierte postop. Wundinfektion*	$\leq 1 \%$	47406
QI 5: Neu aufgetretene Dekubitalulzera (Grad 2 – 4)*	$\leq 0,47 \%$	50656

Kontraindikationen für die Duokopfprothese stellen hochgradige Veränderungen am Azetabulum, rheumatische Erkrankungen und Osteoporose dar.

Ein zementierter Schaft bringt Vorteile durch sofortige Vollbelastung und Mobilisation bei etwas höheren kardiopulmonalen Komplikationen.

Im Zweifelsfalle ist bezüglich der Indikation die TEP gegenüber der bipolaren (bizentrischen) Duokopfprothese in der Regel zu prävalieren wegen der geringeren postoperativen Komplikationsraten im langfristigen Verlauf. Das verwendete TEP-Modell sollte eine ausgewogene modulare Abstufung aufweisen.

* nach Folien eines Vortrages „Indikation und Ergebnisse der Duokopfprothese bei der medialen Schenkelhalsfraktur“ von F. Czornack, Mitglied der Arbeitsgruppe. Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. med. habil. Rüdiger Franz,
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Orthopädie
der Sächsischen Landesärztekammer

Externe vergleichende Qualitätssicherung Kardiologie

Im Mittelpunkt der diesjährigen Tätigkeit der Arbeitsgruppe Kardiologie stand die kritische Auseinandersetzung mit auffälligen Ergebnissen, die außerhalb der Referenzbereiche lagen, sowie die Analyse aller Todesfälle. Institutionen mit auffälligen Ergebnissen oder Todesfällen wurden von der Projektgeschäftsstelle angeschrieben und um Erläuterungen zu den entsprechenden Bereichen gebeten; die Antworten wurden durch die Projektgeschäftsstelle anonymisiert und zur Auswertung der Arbeitsgruppe vorgelegt.

Die Auswertung der Stellungnahmen deckte überraschenderweise eine Reihe von kritischen Punkten vor allem bei der Datenerfassung auf.

Eine Institution fiel dadurch auf, dass ein hoher Prozentsatz von Herzkatheteruntersuchungen (21,8%) ohne anerkannte Indikation durchgeführt wurde. Akzeptierte Indikationen umfassen eine nachgewie-

sene Myocardischämie, ein Vitium oder eine eingeschränkte Ventrikelfunktion. Die Erklärung, die von der betreffenden Institution angeboten wurde, lief darauf hinaus, dass die für die Qualitätserfassung erforderlichen Daten nicht sofort, sondern offensichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt aus dem Herzkatheterbefund gewonnen wurden. Daraus ergaben sich eine Reihe von Übertragungsfehlern und Fehlkodierungen, die für diese Überschreitung des Referenzwertes verantwortlich gemacht werden konnten.

Bei zwei weiteren Institutionen kam es aufgrund technischer Probleme zu Datenverlusten, die entweder später nicht vollständig behoben werden konnten, oder zu Fehldokumentationen führten.

Hinsichtlich der erfassten Todesfälle waren diese Fehler noch gravierender. Insgesamt wurden 16 Todesfälle von vier Institutionen bei elektiver PCI-Interven-

tion gemeldet. Die Rückfragen ergaben, dass sich davon 12 Patienten bester Gesundheit erfreuten und nur 4 Patienten tatsächlich verstorben waren. Warum es zu diesen Fehldokumentationen kam, lässt sich im Nachhinein nicht mehr in allen Fällen rekonstruieren. Bei drei Fällen konnte ein Problem bei der elektronischen Übernahme der korrekt dokumentierten Daten wahrscheinlich gemacht werden. Bei den anderen Fällen hatte die Plausibilitätskontrolle versagt, da inkompatible Angaben zu einer Fehlermeldung hätten führen müssen.

Mit einer gewissen Sorge muss festgestellt werden, dass die aufgedeckten Abweichungen vom Zielkorridor in der Mehrzahl der Fälle auf Dokumentationsfehler verschiedener Art zurückzuführen sind. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sind diese Dokumentationsfehler in allen Modulen und Rubriken gleichermaßen vorhanden und werden nur bei sorgfältiger

tiger Nachkontrolle aufgedeckt. Sie führen zu falschen Resultaten sowohl in der einen wie auch in der anderen Richtung. Zur Verbesserung der Dokumentationsgenauigkeit müssen die Module unbedingt online unmittelbar nach der Untersuchung komplettiert werden. Eine Stichprobenkontrolle, wie sie von der Bundesfachgruppe für das nächste Jahr geplant ist, stellt eine wichtige Voraussetzung dar zur Qualitätsverbesserung.

Herzschrittmacherimplantationen im Land Sachsen – BQS Jahresauswertung 2004

Im Rahmen des BQS Erfassungsmoduls 09/1 (Herzschrittmachererstimulation) wurden im Bundesland Sachsen im Jahr 2004 insgesamt 4.852 Patienten erfasst, bei 987 Patienten erfolgte ein Herzschrittmacheraggregatwechsel (BQS-Modul 09/2) sowie bei 652 Patienten ein Revisionsingriff (BQS-Modul 09/3).

Bei den begründenden EKG-Befunden zur Schrittmacherindikation ergaben sich bezogen auf den BQS-Bundesdurchschnitt keine relevanten Unterschiede. Der Sondenzugang erfolgte bei ca. 78% der Patienten über die Vena subclavia (bundesweit 54%). Bezogen auf OP-Dauer, Durchleuchtungszeit sowie die elektrischen Werte sind im statistischen Mittel ebenfalls keine Auffälligkeiten vorhanden.

Auch beim Herzschrittmacheraggregatwechsel liegen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt keine Auffälligkeiten vor.

Bei der Auswertung der Herzschrittmacher-Revisionsdaten liegen für die meisten Parameter im Landesdurchschnitt keine auffälligen Abweichungen zum

	HSM-Erstimplantation		HSM-Aggregatwechsel		HSM-Revision/-Explantation	
	Sachsen 2004	BQS 2004 Gesamt	Sachsen 2004	BQS 2004 Gesamt	Sachsen 2004	BQS 2004 Gesamt
Anzahl Patienten mit mind. 1 Kompl.	4,9	5,4	1,2	2,0	2,0	4,5
Asystolie	0,4	0,3	0,1	0,3	0,3	0,4
Kammerflimmern	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Vorhofflimmern	0,9	0,7	0,3	0,3	0,2	0,3
Pneumothorax	0,7	0,6	-	-	0,0	0,4
Herzbeutelamponade	0,0	0,1	-	-	0,0	0,1
Taschenhämatom	0,8	1,0	0,5	0,8	0,9	0,9
Hämatothorax	0,0	0,1	-	-	0,2	0,1
Sondendislokation	1,7	2,2	-	-	0,8	1,6
Wundinfektion	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,4
Sonstiges	0,4	0,7	0,1	0,6	0,2	0,6
Reanimation erforderlich	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
Tod	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1

Bundesdurchschnitt vor. Erwähnenswert sind lediglich die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt etwas höhere Rate an Systemumwandlungen sowie die etwas erhöhte Infektionsrate als Ursache einer Schrittmacherrevision.

In der Tabelle sind die Komplikationsraten von HSM-Erstimplantation / -Aggregatwechsel sowie Herzschrittmacher-Revision/-Explantation zusammengefasst.

Vergleicht man die perioperativen Komplikationsraten für die verschiedenen Schrittmachereingriffe, so ergibt sich im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt für Sachsen eine tendenziell niedrigere Komplikationsrate.

Die Arbeitsgruppe Kardiologie trat für das Bezugsjahr 2004 bei denjenigen Kliniken in einen strukturierten Dialog ein, bei denen sich klinisch relevante Auffälligkeiten in den Komplikationsraten ergeben hatten; insbesondere erfolgte eine einzelne Bewertung der wenigen aufgetretenen Todesfälle. Dabei wurde in den meisten Fällen klar, dass der Tod nicht

unmittelbar Folge der jeweiligen Schrittmacherimplantation war, sondern in der Regel Ausdruck der schweren begleitenden kardialen Grunderkrankung. Diejenigen Kliniken, die beispielsweise durch eine erhöhte Dislokationsrate bzw. häufige Reizschwellenanstiege der Elektroden auffällig wurden, haben im Ergebnis des strukturierten Dialoges entsprechende Konsequenzen für das operative Prozedere gezogen [u.a. OPs nur durch in der Schrittmacherchirurgie erfahrene Fachärzte, Verwendung von steroideluirenden Elektroden mit (falls erforderlich) aktiver Fixierung].

Zusammenfassend ist für das Bundesland Sachsen im Bezugsjahr 2004 eine hohe Qualität in der Herzschrittmachertherapie festzustellen. [Den vollständigen Text finden Sie im Internet unter www.slaek.de → Qualitätssicherung → Kardiologie]

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Schuler,
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Kardiologie
Dr. med. Stefan G. Spitzer,
Mitglied der Arbeitsgruppe Kardiologie
der Sächsischen Landesärztekammer