



AOK-Krankenhausnavigator: Behandlungsergebnisse von Kliniken auf der Basis langfristiger Qualitätsdaten (QSR)

Pressekonferenz am 29. April 2010 in Berlin

Statement von Prof. Dr. med. Fritz U. Niethard

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

Die Qualitätssicherung ist bei medizinischen Fachgesellschaften in der Regel bereits in deren Satzung verankert. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie „fördert Wissenschaft und Forschung, aber auch öffentliche Gesundheitspflege, sowie Volks- und Berufsbildung auf dem Gebiet der Orthopädie und orthopädischen Chirurgie. In diesem Zusammenhang versteht sie sich als zuständig in allen die Orthopädie betreffenden Fragen gegenüber der Öffentlichkeit und der Ärzteschaft und als Ansprechpartner für andere Gesellschaften und Verbände von Institutionen und Behörden.“

Wenn die Qualität der Versorgung im Fach früher vorwiegend durch die Qualität von Aus-, Weiter- und Fortbildung garantiert wurde, sind derzeit durch den Wandel der Medizin und der Versorgungslandschaft qualitätssichernde Maßnahmen unumgänglich geworden. Die Qualität der studentischen Ausbildung ist in Diskussion: Bei exponentiellem Anstieg des theoretischen Wissens wird gleichzeitig eine stärkere Praxisbezogenheit des Medizinstudiums gefordert. Die Weiterbildung der Ärzte wird durch den Trend zur Spezialisierung und Superspezialisierung beeinflusst, durch die ökonomischen Randbedingungen der letzten zehn Jahre aber auch stark beeinträchtigt. Die politisch gewollte Diversifizierung des „Gesundheitsmarktes“ hat die herkömmlichen Strukturen aufgelöst und kaum mehr überschaubar gemacht. Die Veränderung der Versorgungsstrukturen erfordert daher Maßnahmen zur Qualitätssicherung in allen Ebenen. Als besonders wichtig und von den Fachgesellschaften zu unterstützen und zu begleiten sind Leitlinien, Netzwerke und Register. Orthopädie und Unfallchirurgie haben sich auf diesem Sektor durch die Gründung des Traumanetzwerkes und die Bemühungen um das Endoprothesenregister aktiv eingebracht. Aus den bisher von der BQS erhobenen Daten zur endoprothetischen Versorgung ist bekannt, dass relevante postoperative Komplikationen und damit das Behandlungsergebnis in breitem Umfang streuen. Die DGOOC hat sich daher seit Jahren dafür eingesetzt, ein Endoprothesenregister adäquat dem in Schweden etablierten Erhebungsverfahren einzuführen. Dies hat nachweislich zu einer Verbesserung der gesamten Versorgungsqualität führen können.

Aus diesem Grund ist es zu begrüßen, dass die AOK eine Initiative zur Qualitätssicherung mit Routinedaten gestartet hat, die auch die Versorgung mit Hüftgelenktotalendoprothesen bei Coxarthrose, mit Hüftgelenkendoprothesen bei Hüftfraktur und Kniegelenktotalendoprothesen berücksichtigt.

Im Jahr 2008 wurden deutschlandweit nach den Zahlen der BQS ca. 157.000 Hüftendoprothesen neu eingesetzt, 23.000 Hüftgelenke gewechselt, über 146.000 Knie-Endoprothesen neu eingesetzt und über 10.000 gewechselt. Unter Berücksichtigung der Frakturen werden in Deutschland derzeit mehr als 390.000 Endoprothesen-Implantationen jährlich durchgeführt. Im internationalen Vergleich werden Endoprothesen und Hüftgelenke in Deutschland damit weltweit am häufigsten eingesetzt (290 je 190.000 Einwohner jährlich), bei Knie-Endoprothesen liegt Deutschland mit 210 je 190.000 Einwohner ebenfalls weit in der Spitzengruppe. Mit zunehmender Häufigkeit der Endoprothesen-Implantationen steigen auch die Wechseloperationen an. Diese besonders bedeutende Revisionsrate konnte in Schweden nach Ein-



AOK-Krankenhausnavigator

Erstmals Behandlungsergebnisse von Kliniken nach QSR-Verfahren



führung des Registers entscheiden gesenkt, nämlich fast halbiert werden. Würde man die Erfahrung aus Schweden auf die deutschen Verhältnisse übertragen, ergäbe sich bei vorsichtiger Kalkulation ein Einsparpotential von über 40 Mio. Euro im dritten Jahr.

Daten zur Qualitätssicherung sind daher bedeutend für die Struktur und Prozessqualität in allen Krankenhäusern. Durch die frühzeitige Erkennung von „Ausreißern“ in der Versorgungsstruktur können Mängel erkannt und behoben werden. Dabei ist die Kooperation im Interessensviereck Patient – Krankenhaus – Kostenträger – Fachgesellschaft von wesentlicher Bedeutung.