



# Höhere Fallzahl steigert Qualität

Versorgungsdaten belegen nun: Je häufiger der Wechsel einer Hüft- oder Knieprothese in einer Klinik durchgeführt wird, desto seltener kommt es zu Komplikationen und Todesfällen.

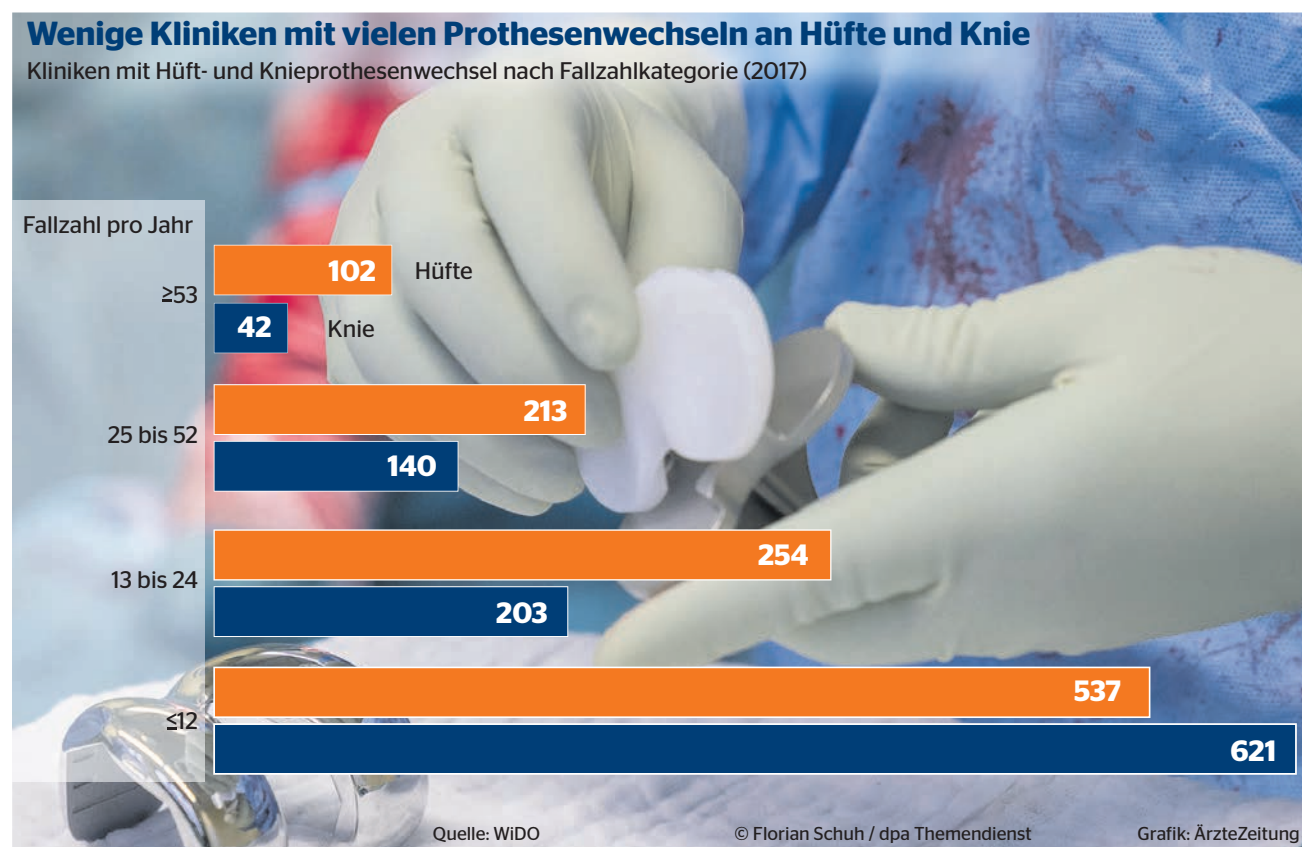
**Berlin.** Bei jedem siebten Wechsel einer Hüftprothese muss innerhalb eines Jahres neu operiert werden. 2,6 Prozent der Patienten, die zwischen 2014 und 2016 eine solche Wechsel-Op über sich ergehen lassen mussten, verstarben innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff. Dabei gab es in Kliniken, die nur wenige Operationen pro Jahr durchführten, höhere Komplikations- und Sterblichkeitsraten als in den Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen – dies gilt auch für Knieprothesen-Wechsel, so das Ergebnis zweier Studien des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), die im „Journal of Arthroplasty“ veröffentlicht worden sind.

So lag die Revisionsrate bei den Hüftprothesenwechseln in Kliniken mit jährlich zwölf oder weniger Fällen um ein Viertel höher als in Kliniken mit mindestens 53 Fällen pro Jahr, die Sterblichkeitsrate lag sogar um 113 Prozent höher. Auch in Kliniken mit 13 bis 24 Eingriffen pro Jahr waren die Komplikationsraten um 18 bzw. 79 Prozent erhöht.

## Rund 17 800 Eingriffe ausgewertet

In die aktuelle Auswertung zum Hüftprothesenwechsel sind anonymisierte Daten aus rund 17 800 aseptischen Wechsel-Op eingeflossen, die zwischen 2014 und 2016 bei mehr als 16 300 AOK-Versicherten stattfanden.

Bei den Knieprothesenwechseln sieht es nicht viel besser aus. Hier hat



das WiDO die Daten von rund 23 600 aseptischen Wechsel-Op zwischen 2013 und 2017 bei knapp 21 600 Patienten ausgewertet. Die Gesamtrate der Fälle, in denen innerhalb eines Jahres eine erneute Op notwendig war, lag bei 8,5 Prozent.

In Kliniken mit hohen Fallzahlen (mehr als 53 Op pro Jahr) war die Revisionsrate mit 7,4 Prozent deutlich niedriger als in Kliniken mit niedrigen Fallzahlen (weniger als 12 Op pro Jahr), die eine Revisionsrate von 9,4 Prozent aufwiesen. Das entspricht laut WiDO einer Risikoerhöhung um das 1,44-fache. Dabei war das Risiko für unerwünschte Ereignisse wie Blutungen oder Infektionen in der Grup-



Die Einführung von gesetzlichen Mindestmengen für die Prothesenwechsel an Hüfte und Knie ist überfällig.

Jürgen Klauber  
WiDO-Geschäftsführer

pe der Kliniken mit den höchsten Fallzahlen (2,4 Prozent) ebenfalls geringer als in der Gruppe der Kliniken mit den niedrigsten Fallzahlen (3,4 Prozent).

„Der Wechsel eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks ist ein komplexer medizinischer Eingriff, der viel operative Erfahrung und spezielle medizinische Logistik erfordert“, so Studien-Mitautor und Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Professor Andreas Halder. Dennoch werden viele dieser Wechsel-Operationen in Kliniken durchgeführt, die eine solche Op maximal einmal im Monat vornehmen.

Im Jahr 2017 wurden in mehr als 1100 Kliniken Hüftprothesen gewechselt. Davon machten 537 Kliniken diese Operation aber eben höchstens zwölf Mal im Jahr.

Bei den Knieprothesen-Wechseln fallen 621 der insgesamt rund 1000 Kliniken, die Wechseloperationen durchführen, in diese Kategorie. Nur 213 Kliniken führten 25 bis 52 Hüftprothesen-Wechsel durch, bei den Knieprothesen-Wechseln waren es sogar nur 140 Kliniken.

## Mindestmengen gefordert

„Diese planbaren Operationen werden nach dem Aufschub infolge der Coronavirus-Pandemie jetzt schrittweise wieder vermehrt durchgeführt“, sagt Halder. „Die Studien zeigen, dass ein Prothesenwechsel in Kliniken mit höheren Fallzahlen seltener mit Komplikationen verbunden ist und daher in spezialisierten Zentren erfolgen sollte“, so seine Forderung.

Laut WiDO-Geschäftsführer Jürgen Klauber sollten zudem die aktuellen Mindestmengen-Regelungen ausgeweitet werden. „Die Einführung von gesetzlichen Mindestmengen für die Prothesenwechsel an Hüfte und Knie ist überfällig“, sagt er. Es sei unverständlich, dass nur für die deutlich komplikationsärmere Erstimplantation einer Knieprothese in Deutschland seit 2004 eine gesetzliche Mindestmenge von 50 Eingriffen gilt. Hier müsse dringend nachgebessert werden. Mindestmengen werden allerdings vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erlassen.

In spezialisierten Zentren wie dem EndoProthetikZentrum (EPZ) sowie dem Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung (EPZmax) der DGOOC gelten bereits heute Mindestmengen für Wechsel-Op. So müssen in einem EPZmax mindestens 50 Wechseloperationen pro Jahr durchgeführt werden. (eb)

## AE-Präsident: „Es braucht eine Zentrenbildung“

Der Prothesenwechsel wird bei den Mindestmengen bislang nicht berücksichtigt. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE), Professor Karl-Dieter Heller, erklärt, warum aber gerade hier Zentren und die Mindestmenge so wichtig wären.

**Die aktuellen WiDO-Studien zeigen, dass der Prothesenwechsel in Kliniken mit hohen Fallzahlen mit weniger Komplikationen durchgeführt wird. In der Realität gibt es aber viele Kliniken, die pro Monat nur einen solchen Eingriff vornehmen. Braucht es mehr Zentrenbildung?**

**Prof. Dr. Karl-Dieter Heller:** Ich bin der festen Überzeugung, dass es für solche Eingriffe, vor allem für die hochkomplexen Prothesenwechsel, eine Zentrenbildung benötigt. In der Realität gibt es zahlreiche Kliniken, die solche Operationen vornehmen. Insbesondere ist es – und das ist das Perfide an diesem System – in einigen Kliniken nicht erlaubt, bikondyläre Oberflächenersätze am Knie durchzuführen, aber sie dürfen Schlittenprothesen und Wechsel durchführen. Dies ist so nicht akzeptabel.

**Wir erreicht man diese Zentrenbildung?**

Aus meiner Sicht nur über die Mindestmenge, die aber eine flächendeckende Versorgung zulassen muss. Reisen bis max. 50, 60 Kilometer für einen Prothesenwechsel sind meiner Meinung nach zumutbar. Zur Erlangung einer Mindestmenge helfen neben den Daten des Endoprothesenregisters (EPRD) insbesondere die AOK-Daten. Es gibt in der Literatur leider kaum Aussagen zur Revision und besseren Qualität bei höheren Fallzahlen, weil in einzelnen Studien die Fallzahlen immer zu gering sind. Umso wichtiger sind die AOK-Daten. Also zusammengefasst: Es braucht eine Zentrenbildung. Diese können Sie letztlich nur über eine adäquate Mindestmenge erreichen.

Eine weitere Möglichkeit wäre, dass man die Zentrenbildung über ein Zertifizierungsverfahren wie EndoCert steuert. Um dort als Maximalversorger gelistet zu werden, müssen Sie 200 Eingriffe, davon 50 Wechsel pro Jahr vornehmen. Allerdings würde man dann auf bundesweit nur rund 200 Kliniken kommen, die Revisionsendoprothetik durchführen würden. Es käme zu einer deutlichen, aber sicherlich sinnvollen Reduktion der Anbieter.

**Wie hoch würden Sie die Mindestmengen setzen?**

Für die Erstimplantation gibt es ja be-

reits eine Mindestmenge. Diese ist mit 50 pro Klinik aber nicht sehr hoch. Ich persönlich würde eher eine personenbezogene Mindestmenge begrüßen oder eine Kombination aus beidem. Denn die Literatur zeigt, dass neben dem Struktur- und Prozessmanagement auch der Operateur eine wesentliche Rolle spielt. Ich würde auch eher bei 100 ansetzen, also dass pro Klinik 100 Knieendoprothesen eingebaut werden müssen und je Operateur mindestens 50. Auch dann implantiert der Operateur im Mittel nur eine Prothese pro Woche, was immer noch wenig ist.

Für den Prothesenwechsel halte ich eine Mindestmenge für mindestens so erforderlich wie für den primären Ersatz. Ich würde mir wünschen, dass eine Abteilung mindestens 25 Prothesenwechsel pro Jahr durchführt. Dabei haben wir in Studien gesehen, dass die Ergebnisse bei über 50 noch besser werden. Also optimal wären 50, akzeptabel wären 25 pro Abteilung. Zusätzlich sollte jedoch eine Menge pro Arzt gefordert werden, welche etwa bei 20 liegen sollte, für diese Menge gibt es allerdings keine Evidenz.

**Und welche Rolle spielt das Operationsmanagement beim Prothesenwechsel?**

Das Operationsmanagement ist hoch anzusiedeln: Das Know-how der OP-Schwester, die OP-Abläufe, die Profes-

sionalität im OP sind enorm wichtig, gerade beim Knieendoprothesenwechsel. Es gibt hier Systeme, wo sie 12 bis 14 Siebe öffnen müssen... Wir brauchen nicht nur den erfahrenen Arzt, der erfahrene OP-Schwester / Pfleger / OTA, er braucht einen eingespielten Anästhesisten, der sich mit dem Patient-Blood-Management und Schmerztherapie auskennt.

**Wegen SARS-CoV-2 durften in den letzten Wochen keine elektiven Eingriffe vorgenommen werden. Seit 11. Mai findet nun eine schrittweise Lockerung dieser Regelung statt. Was bedeutet das für die Patienten?**

Der OP-Betrieb läuft wieder und es ist im Augenblick auch möglich, kurzfristig einen Termin zu bekommen. Die übliche Wartezeit von über 6 Wochen, die wir üblicherweise zu dieser Jahreszeit haben, ist dahingeschmolzen. Terminstau wird es, wenn überhaupt, erst im Spätsommer oder Herbst geben, wenn die Patienten mit akuten Problemen mit denen, die ihren Termin verschoben haben, zusammen treffen. Die Patienten haben während des Lockdowns unterschiedlich reagiert. Etwa ein Drittel, das waren jene mit mittleren Beschwerden und Sorge sich mit Corona zu infizieren, hatten ihren Termin komplett abgesagt und versuchen nun, einen neuen Termin zu erhalten. Die zweite Gruppe sind die Patienten, die ihren Ter-

min bereits auf den Herbst verschoben haben und die dritte Gruppe waren die Patienten, die dringlich, aber verschiebbar waren. Diese wurden von uns auf Mai und Juni vertröstet.

Um die Sicherheit der Patienten und unserer Mitarbeiter zu gewährleisten, haben wir einen Corona-Fragebogen entwickelt, außerdem wird zwei Tage vor der planbaren Operation ein Abstrich genommen. Ist dieser negativ, kommt der Patient am Op-Tag in die Klinik. Notfälle werden abgestrichen und werden bis zum negativen Test isoliert. Und die Besuche – auch in der Rehapphase – sind stark eingeschränkt. (reh)

## Die Praxis-Serie

**Lesen Sie am 12. Juni:** Die AOK möchte die herausragende Qualitätsarbeit von Arztnetzen im Rahmen des Projekts „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRo) sichtbar machen. Einmal im Jahr zeichnet sie herausragende Netze in einem dreistufigen Verfahren aus.

**Kontakt:** Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns an: [prodialog@bv.aok.de](mailto:prodialog@bv.aok.de).