

**STELLUNGNAHME ZU DEM AUFTRAG DES G-BA AN DAS IQITG,
EIN QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN FÜR QUALITÄTSZU- UND –ABSCHLÄGE ZU ENTWICKELN
(SCHRITT 1: HÜFTGELENKNAHE FEMURFRAKTUR MIT OSTEOSYNTHETISCHER VERSORGUNG)**

Autoren der Stellungnahme:

1/

Prof. Dr. Dietmar Pennig
Chefarzt/Ärztlicher Direktor
St. Vinzenz-Hospital
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
Merheimer Str. 221-223
50733 Köln

Für DGOU und DGU

2/

Prof. Karl-Dieter Heller
Herzogin Elisabeth Hospital
Chefarzt der Orthopädischen Klinik Braunschweig
Leipziger Str. 24
38124 Braunschweig

Für DGOU und DGOOC

LEISTUNGSBEREICH HÜFTGELENKNAHE FEMURFRAKTUR MIT OSTEOSYNTHETISCHER VERSORGUNG

Vorbemerkung

Ausweislich der wissenschaftlichen Literatur existieren drei internationale evidenzbasierte Leitlinien, die in 2014 publiziert worden sind und von der Methodik her als hochwertig eingestuft werden. Hierbei handelt es sich um die Leitlinie Australien/Neuseeland, die britische Leitlinie (Nice) und die amerikanische Leitlinie (AAOS).

Aus den Leitlinien ergibt sich die Fragestellung, ob eine evidenzbasierte Empfehlung zur präoperativen Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur existiert, welche die Festlegung von Zu- und Abschlägen im DRG-basierten Versorgungssystem ermöglicht.

Nach vorliegender Planung kommen in den Genuss für Zu- und Abschläge nur Kliniken, die eine gewisse Fallzahl von 40 Fällen pro Jahr durchführen. Dies hat statistische Gründe und stellt aus unserer Sicht wiederum einen Schutz der Kliniken mit kleinen Fallzahlen dar.

In den Genuss der Zuschläge sollen nur Kliniken kommen, die in allen definierten Indikatoren über dem geforderten Referenzbereich liegen und dabei zusätzlich bei den Indikatoren präoperative Verweildauer im Krankenhaus und Gehunfähigkeit bei Entlassung mit ihren Ergebnissen über dem Median aller Einrichtungen liegen.

In dem Abschlagsindex werden nur Qualitätsindikatoren berücksichtigt, die mit qualitativ auffälligem Ergebnis im Rahmen des strukturierten Dialoges behaftet sind. Somit kommt erstmals dem strukturierten Dialog eine besondere Bedeutung zu. Bis dato wurden schlechte Ergebnisse im strukturierten Dialog mit Ausnahme der Veröffentlichung derselben nicht sanktioniert, dies sähe nun anders aus. Dies erfordert jedoch eine deutliche Veränderung des strukturierten Dialoges, der föderal orientiert ist. Es sollen nun Vorgaben für eine einheitliche Gestaltung, transparente Durchführung, Dokumentation und Ergebnisdarlegungen geben. Des Weiteren muss dieser strukturierte Dialog frühzeitig abgeschlossen werden, um die Indexberechnungen durchführen zu können.

Bewertung

Die derzeitige externe extrastationäre Qualitätssicherung nicht mit dem Ziel entwickelt wurde, außerordentlich gute Qualität oder Exzellenzqualität hieraus abzuleiten. Zitat: „Das vom GBA gewählte Vorgehen wird somit vom IQTIG als ein erster Versuch verstanden, sich dem Thema qualitätsorientierte Vergütung pragmatisch zu nähern. Es geht vordringlich darum, an einem Beispiel Ersterfahrungen zu sammeln“. Auch unter Methodik wird wieder erwähnt, dass Zeitgründe dazu führen, dass für den Verfahrenszweck bis Ende 2017 kein neues Verfahren entwickelt werden könne und man somit auf die Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung zurückgreife. Wesentlich ist dem IQTIG, dass ein Indikatorenset Ergebnisindikatoren erhalten muss und nicht nur Prozessindikatoren.

Prüfkriterien sind:

- Reife der Indikatoren im Regelbetrieb
- Risikoadjustierung von Ergebnisindikatoren
- Inhaltliche Prüfung
- Evidenzgrundlagen

Die Reife der Indikatoren im Regelbetrieb wird laut IQTIG dadurch erfüllt, dass die Indikatoren in den letzten beiden Erfassungsjahren bereits im Regelbetrieb waren. Bzgl. der Risikoadjustierung wird darauf hingewiesen, dass diese bei Prozessindikatoren nicht benötigt würden, dass diese aber bei Ergebnisindikatoren von hoher Bedeutung seien. Für die inhaltliche Prüfung würden nicht bestimmte Kriterien systematisch aufgearbeitet, sondern es werden in enger Zusammenarbeit und Abstimmung der den jeweiligen Leistungsbereich betreuenden Gruppe im IQTIG Hinweise und Bedenken gesammelt, aufgegriffen und dann ggf. weiter abgeklärt.

Die Leitlinie der British Orthopaedic Association spricht eine starke Empfehlung dafür aus, dass die Operation am Tag der Aufnahme oder am Tag danach durchgeführt werden soll.

Die australische Leitlinie spricht ebenfalls eine Empfehlung aus, innerhalb dieses Zeitraumes von 48 Stunden die Versorgung vorzunehmen.

Die amerikanische Leitlinie (AAOS) empfiehlt ebenfalls eine Versorgung innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme. Dies wird begründet mit besseren Ergebnissen.

Die neun hierzu beigezogenen Studien der AAOS Hip mit der Kategorie „Surgical Timing“ schließen Patienten allerdings mit einer aus medizinischen Gründen verzögerten Operation aus (Co-Morbiditäten).

Einig sind sich in ihren Empfehlungen sowohl die Leitlinie der British Orthopaedic Association als auch der „hip fracture care“-Empfehlung aus Australien und Neuseeland dahingehend, dass frühzeitig korrigierbare Co-Morbiditäten wie Anämie, Anti-Koagulation, Dehydrierung, Elektrolytverschiebung, Diabetes und weitere metabolische Entgleisungen frühzeitig zu behandeln sind.

Zur Einführung erlösrelevanter Zu- und Abschläge muss die Voraussetzung gelten, dass hinsichtlich der hier herbeigezogenen wissenschaftlichen Publikationen aus Großbritannien, den USA und Australien/Neuseeland in den wissenschaftlichen Publikationen eine Evidenz nachgewiesen worden ist. Eine Leitlinienempfehlung ohne dokumentierte Evidenz in Bezug auf die Bedeutung des Parameters (Operation innerhalb von 48 Stunden nach der Aufnahme) wird aus der Sicht der Unterzeichner als problematisch angesehen.

Den jeweiligen Leitlinien liegt in Bezug auf Großbritannien und Australien/Neuseeland eine **niedrige Qualität der Evidenz** zugrunde. Die amerikanische Leitlinie basiert auf einer **moderaten Qualität der Evidenz**.

Bzgl. des Prozessindikators präoperative Verweildauer sei angemerkt, dass 835 Kliniken von 1212 rechnerisch auffällig sind und diese 24 Stunden-Regel nicht treffen.

Für die Patientensubgruppe mit Anti-Koagulation existiert keine evidenzbasierte Empfehlung. Die britische Leitlinie spricht eine starke Empfehlung dafür aus, dass die Identifikation und entsprechende Behandlung der Co-Morbidität sofort erfolgen soll. Klinisch ist jedoch von Bedeutung,

dass die Anti-Koagulation den Hinweis auf weitere Co-Morbiditäten, die durchaus unterschiedlich schwerwiegend sein können, beinhaltet.

Zusammenfassung

Unter Bewertung der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur aus den o. g. Geltungsbereichen der drei Leitlinien lässt sich somit in der Versorgungsforschung keine starke Evidenz konstatieren (2x niedrig, 1x moderat). Auf der Basis dieser Evidenzen sind erlösrelevante Zu- und Abschläge nicht gestützt und dürfen einer juristischen Überprüfung nicht standhalten.

Für die Patientensubgruppe mit Anti-Koagulation ergibt sich keinerlei evidenzbasierte Empfehlung. Diese Patientensubgruppe ist somit aus der Auswertung herauszunehmen.

Ein erlösrelevanter **Zuschlag** ist für die Kliniken zu fordern, die im Vergleich zum Mittelwert einen erhöhten oder deutlich erhöhten Anteil von Patienten versorgen, die Anti-Koagulation nehmen müssen. Diese Patienten erfordern gemäß der klinischen Erfahrung einen höheren Aufwand in sämtlichen Teilbereichen der Versorgungskette (prä-operatives, intraoperatives und postoperatives Management).