

Einleitung

Hüftgelenknahe Oberschenkelbrüche (Frakturen des proximalen Femurs) sind eine häufige Verletzung im höheren und hohen Lebensalter mit einer Jahresinzidenz von derzeit 110 bis 130 Fällen pro 100.000 Menschen in Deutschland (*Becker et al. 2003*). Diese Verletzungen stellen ein relevantes gesellschaftliches Problem dar, weil viele der betroffenen Patienten die Fähigkeit verlieren, selbständig und selbstbestimmt zu leben. In den USA werden die Kosten und Folgekosten für die Behandlung von Patienten mit Frakturen des proximalen Femures mit über 10 Milliarden Dollar jährlich veranschlagt (*Morris & Zuckerman 2002*).

Zu den Qualitätsanforderungen in der operativen Versorgung der Schenkelhalsfrakturen gehört eine individuell optimierte Therapie. Die Therapie soll dem Anspruch an eine hüftkopferhaltende Therapie bei jüngeren Patienten sowie der Forderung nach einer risikoarmen und schnellen Wiederherstellung von Belastbarkeit und Mobilität bei älteren Menschen genügen. Bei betagten Menschen ist dies in der Regel durch die hüftkopfersetzende, prothetische Versorgung zu erreichen (*Beck & Rüter 2000*).

Datengrundlage

Für 2002 wurden der BQS 45.710 Datensätze, davon 37.803 mit Schenkelhalsfraktur (ICD-10 Version 2.0: Kodes S72.00 bis S72.05) von 1.216 Krankenhäusern übermittelt. Diese Datensätze liegen in zwei Formaten vor: Nach dem Pflichtenheft 3.3 wurden 6.619 Datensätze übermittelt, nach der BQS-Spezifikation 5.0.1 wurden 39.091 Datensätze übermittelt (Abbildung 33.1).

In der Auswertung wurden die Datenfelder des alten und neuen Datensatzformates ohne Informationsverlust aufeinander bezogen, so dass alle gelieferten Datensätze ausgewertet werden konnten.

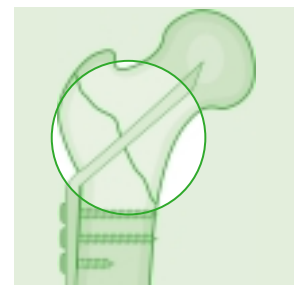
Die Beteiligung in den Bundesländern variiert und weist bezogen auf das Verhältnis von erwarteten zu ausgewerteten Datensätzen eine Spannweite von 81 bis 130 % auf.

Werte über 100 % können folgende Ursachen haben:

- Die Anzahl der im Verfahrensjahr 2002 erwarteten Datensätze wurde geschätzt auf Grundlage der für 2001 von den Krankenhäusern vereinbarten Fallpauschalen und Sonderentgelte. Diese Vereinbarungszahlen wurden vom VdAK in einer Statistik zusammengefasst und der BQS für die methodische Sollstatistik zur Verfügung gestellt.
- Nicht alle Krankenhäuser, die im Jahr 2002 Leistungen mit Dokumentationspflicht für die externe Qualitätssicherung erbracht und Datensätze übermittelt haben, waren in der Datenbasis des VdAK enthalten.
- In vielen Krankenhäusern war die Anzahl der für das Jahr 2001 vereinbarten Leistungen niedriger oder höher als die Anzahl der im Jahr 2002 erbrachten Leistungen, für die Datensätze dokumentiert und übermittelt wurden.

Die Vollständigkeit der Datensätze liegt insgesamt bei 96 % (2001: 39 %). Dieser Wert ist für einen Leistungsbereich im zweiten Jahr der bundesweiten Einführung als sehr gut einzuschätzen. Die Beteiligung der Krankenhäuser war ebenfalls sehr gut und lag bei 104 % (2001: 65 %).

Zusätzlich zu den ausgewerteten Datensätzen des Basismoduls wurden 7.908 Teildatensätze Pflege geliefert. Diese Daten liegen im Format der BQS-Spezifikation 5.0.1 vor und kamen aus 407 Krankenhäusern. Ein Bundesland hat keine Teildatensätze Pflege geliefert. Insgesamt wurden bei 17 % aller Datensätze Angaben zur Pflege gemacht.



BQS - Projektleiter

Oliver **Boy**
Dr. Regine **Reinstorf**

Mitglieder der Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie

Prof. Dr. Jürgen **Ahlers**
Leverkusen

Dr. Dieter **Decking**
Münster

Dr. Rita **Engelhardt**
Berlin

Prof. Dr. Volker **Ewerbeck**
Heidelberg

Prof. Dr. Rüdiger **Franz**
Dresden

Dr. Thomas **Gaertner**
Oberursel

Prof. Dr. Michael Paul **Hahn**
Bremen

Dr. Matthias **Hübner**
Oberursel

Marion **Lichtinghagen**
Wiesbaden

Prof. Dr. Hans-Jörg **Oestern**
Celle

Jovita **Ogasa**
Köln

Prof. Dr. Klaus E. **Rehm**
Köln

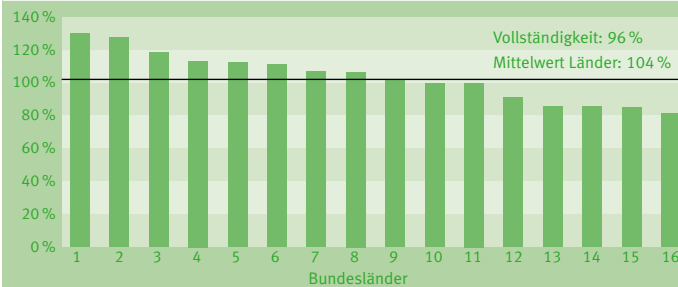
Detlef **Roggenkemper**
Sendenhorst

Dr. Volker **Sänger**
Eichstätt

PD Dr. Heinz-Helge **Schauwecker**
Berlin

Stand: Oktober 2003

Abbildung 33.1: Datengrundlage und Verteilung der Vollständigkeit gelieferter Datensätze nach Bundesländern

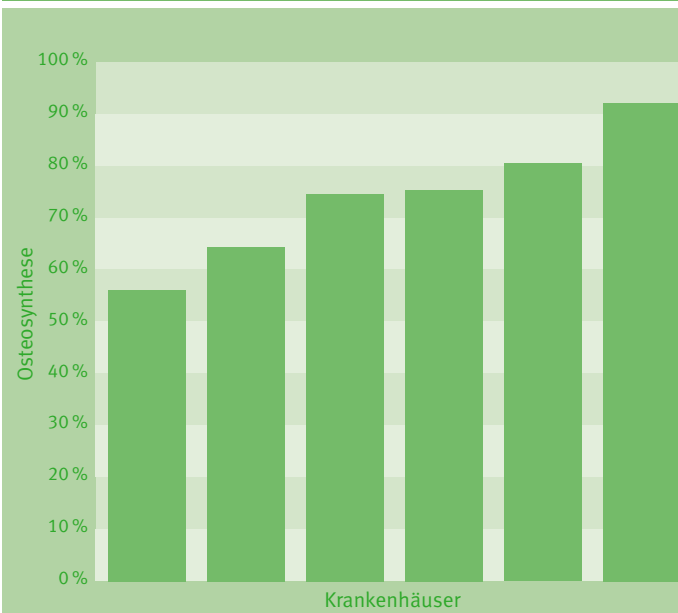


Vollständigkeit Datensätze	2002	2001
Ausgewertete Datensätze	45.710	18.834
Erwartete Datensätze	47.453	47.801
Vollständigkeit	96 %	39 %

Pflege-Teildatensatz	2002
Ausgewertete Datensätze	7.908
Gelieferte Datensätze (Basisdokument)	45.710
Vollständigkeit der Pflegedokumentation	17 %

Vollständigkeit Krankenhäuser	2002	2001
Teilnehmende Krankenhäuser (gesamt)	1.216	785
Teilnehmende Krankenhäuser (Pflege)	407	
Erwartete Krankenhäuser	1.168	1.207
Vollständigkeit (Basisdokument)	104 %	65 %
Vollständigkeit (Pflege)	34 %	

Abbildung 33.2: Anteil von osteosynthetischer Versorgung bei Alter < 65 Jahre



Gesamtrate	57,25 %
Vertrauensbereich	55,7 - 58,8 %
Median der Krankenhäusergebnisse	75,6 %
Spannweite der Krankenhäusergebnisse	56,8 - 92,6 %

Qualitätsziel: Angemessen häufig osteosynthetische Versorgung bei Patienten < 65 Jahre mit Schenkelhalsfraktur

Problem

Bei Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur, die jünger als 65 Jahre sind, ist zu fordern, dass möglichst häufig die Versorgung durch eine Osteosynthese erfolgt, damit der natürliche Hüftkopf erhalten werden kann. Zu berücksichtigen ist, dass bei diesen Patienten allerdings unabhängig von der Fraktur bereits fortgeschrittene Verschleißerscheinungen des Hüftkopfes vorliegen können, die die Implantation einer Endoprothese erfordern.

Ergebnisse

Im Jahr 2002 waren in diesem Leistungsbereich von 37.774 Patienten mit einer gültigen Altersangabe 3.981 Patienten (10,54 %) jünger als 65 Jahre. Von diesen 3.981 Patienten wurden 57,25 % mit einer Osteosynthese und 42,60 % mit einer Endoprothese versorgt (Abbildung 33.2).

Im Jahr 2002 haben lediglich 6 von 1.216 Krankenhäusern, die Patienten mit Schenkelhalsfrakturen behandelt haben, 20 oder mehr Patienten in der Altersgruppe unter 65 Jahre dokumentiert. Innerhalb dieser 6 Krankenhäuser zeigte sich eine Spannweite des Anteils der osteosynthetischen Versorgung von Schenkelhalsfrakturen bei unter 65-jährigen Patienten von 56,8 bis 92,6 %.

Bewertung

Die Indikation zur hüftkopferhaltenden Osteosynthese ergibt sich nicht allein anhand des Alters, sondern auch unter Berücksichtigung des Frakturtyps, vorbestehender Anzeichen des Gelenkverschleißes und weiterer Faktoren. Die Gesamtrate von 57,25 % ist aus Sicht der Fachgruppe ein Ergebnis, das eine gute Versorgungsqualität widerspiegelt.

6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 3.981 Fälle.

Aufgrund der geringen Anzahl Krankenhäuser, die in der beobachteten Altersgruppe 20 oder mehr Patienten dokumentiert haben (nur 6 Krankenhäuser), ist eine objektive Aussage zum Referenzwert nicht möglich. Ein Referenzwert wird daher nicht festgelegt.

Qualitätsziel: Selten Reinterventionen während des stationären Aufenthalts bei Patienten mit Schenkelhalsfraktur

Problem

Hohe Raten von Reinterventionen während des stationären Aufenthalts geben einen Hinweis auf mögliche Qualitätsprobleme, da in vielen Fällen die Reintervention aufgrund von schwerwiegenden Komplikationen erforderlich wird.

Ergebnisse

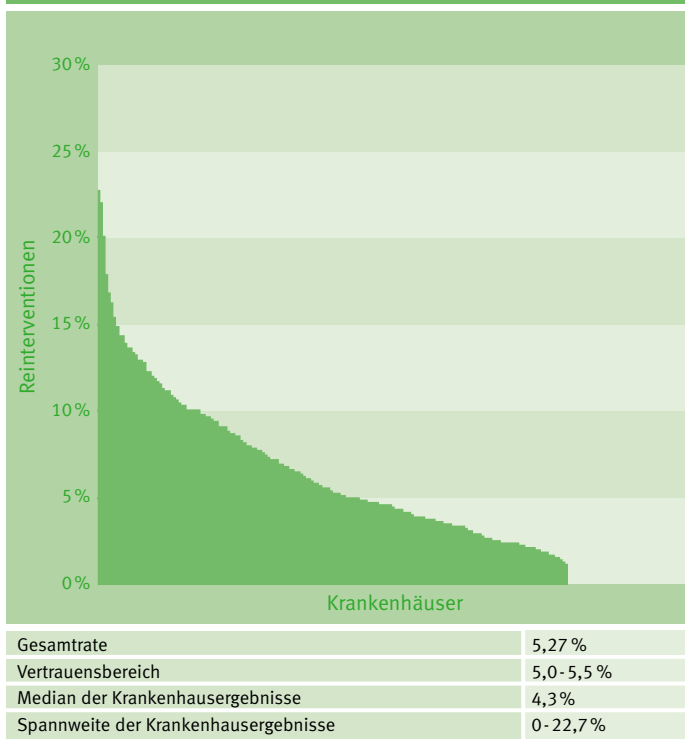
Bei 1.992 von 37.803 Patienten (5,27 %) mit operativ versorgter Schenkelhalsfraktur wurde während des stationären Aufenthalts ein Revisionseingriff an Weichteilen oder am Hüftgelenk dokumentiert. 766 von 1.216 Krankenhäusern, in denen Schenkelhalsfrakturen versorgt wurden, haben 20 oder mehr Fälle behandelt. Diese 766 Krankenhäuser weisen eine Spannweite der Revisionsraten von 0 bis 22,7 % auf. Der Median liegt bei 4,3 % und der Mittelwert der Krankenhäusergebnisse bei 5,2 % (Abbildung 33.3).

Die differenzierte Darstellung der Reinterventionsraten für die endoprothetische und die osteosynthetische Versorgung zeigt eine Revisionshäufigkeit von 5,66 % bei der prothetischen Versorgung und eine Revisionsrate von 3,65 % bei der Osteosynthese während der Zeit des stationären Aufenthalts.

Bewertung

Die dokumentierte Reinterventionsrate von 5,27 % lässt sichere Rückschlüsse auf die tatsächlich vorhandene Versorgungsqualität nicht zu. Aus der Literatur sind Reinterventionsraten von etwa 10 %

Abbildung 33.3: Anteil von Reinterventionen während des stationären Aufenthalts an allen Fällen

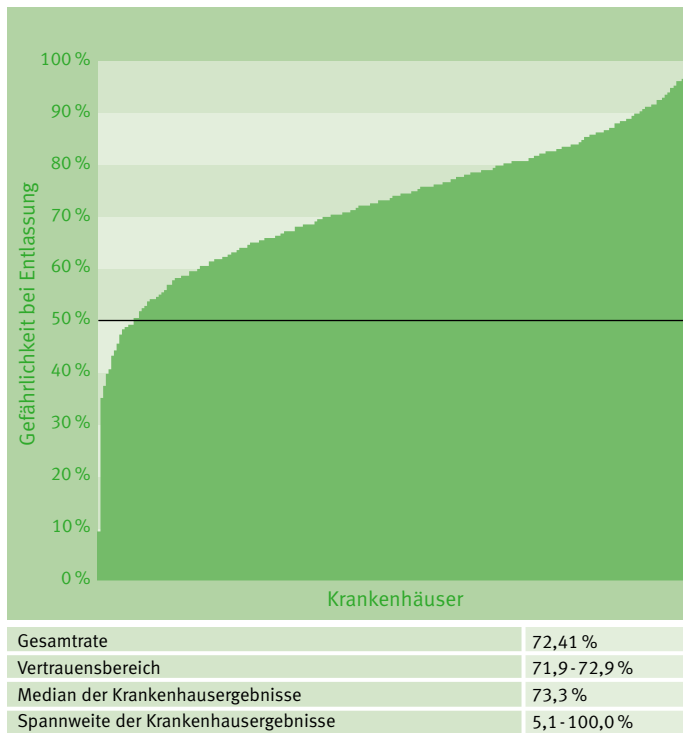


766 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 37.803 Fälle.

bekannt. Zu berücksichtigen bei einer Bewertung ist, dass eine Reihe von Krankenhäusern keine Reinterventionen während des stationären Aufenthaltes dokumentiert haben. Bei Krankenhäusern mit höheren Fallzahlen ist daher die Dokumentationsqualität kritisch zu hinterfragen.

Ein Referenzwert für auffällig hohe Reinterventionsraten wird in diesem Jahr nicht festgelegt. Ein strukturierter Dialog soll jedoch mit den Krankenhäusern geführt werden, die 20 oder mehr Schenkelhalsfrakturen operiert und keine Reintervention dokumentiert haben. Im Rahmen dieses Dialogs soll eine Überprüfung der Dokumentationsqualität in diesen Krankenhäusern erfolgen.

Abbildung 33.4: Anteil gefähriger Patienten bei Entlassung an allen Fällen mit Schenkelhalsfrakturen (ohne Todesfälle)



734 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 35.911 Fälle. Der Referenzbereich wurde bei $\geq 50\%$ festgelegt.

Qualitätsziel: Hoher Anteil an Patienten, die bei Entlassung selbständig gehen können

Problem

Ziel jeder operativen Versorgung der Schenkelhalsfraktur ist die Wiederherstellung der Mobilität und Gehfähigkeit. Sofern es sich schon vor dem Unfallereignis um immobile und hilfsbedürftige Patienten gehandelt hat, steht bei diesen Personen die Erleichterung der Pflege im Vordergrund.

Ergebnisse

Die vorliegende Auswertung weist aus, dass 26.003 von 35.911 Patienten (72,41 %) bei Entlassung selbständig gehen konnten. 734 der 1.216 teilnehmenden Krankenhäuser haben 20 oder mehr Patienten behandelt.

Innerhalb dieser Krankenhäuser variierten die Ergebnisse zur Gehfähigkeit bei Entlassung zwischen 5,1 % und 100 %. Der Median liegt bei 73,3 %, der Mittelwert der Krankenhauseergebnisse bei 72,1 % (Abbildung 33.4).

Bewertung

Die erhebliche Varianz innerhalb der Krankenhausangaben zur Gehfähigkeit bei Entlassung kann unterschiedliche Ursachen haben.

So bestehen bereits jetzt erhebliche Unterschiede in der postoperativen Zusammenarbeit und Vernetzung des Akutkrankenhauses mit Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen. Darüber hinaus begründen unterschiedliche Patientenkollektive unterschiedliche Ergebnisse. So behandeln einige Krankenhäuser überdurchschnittlich viele Patienten, die bereits vor der Schenkelhalsfraktur in ihrer Gehfähigkeit erheblich eingeschränkt waren. Bei diesen Krankenhäusern sind niedrigere Raten für diesen Qualitätsindikator unvermeidlich.

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren sind Krankenhauseergebnisse zwischen 50 und 90 % für den Anteil der bei Entlassung gehfähigen Patienten zu erwarten.

Deshalb ist die Gesamtrate von 72,41% als Ausdruck guter Versorgungsqualität zu werten.

Die Fachgruppe legt einen Referenzwert von 50% für diejenigen Krankenhäuser fest, deren mittlere Verweildauer über zehn Tage liegt. Für die Häuser, deren Ergebnisse unterhalb dieses Referenzwertes liegen, soll auf der Landesebene ein strukturierter Dialog eingeleitet werden.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs sollen die unterschiedliche Risikosituation der Patientenkollektive und die Zusammenarbeit des betreffenden Krankenhauses mit Weiterbehandlern berücksichtigt werden.

Ausblick

Für die Zukunft wird es außerordentlich wichtig sein, die Koordination der gesamten Versorgungskette zu verbessern, da in den nächsten Jahren mit noch kürzer werdenden Verweildauern zu rechnen ist. Das Ergebnis dieses Zusammenwirkens gilt es dann anhand eines Protokolls zur Verlaufsbeobachtung zu bewerten. Der Realisierung der technischen, juristischen und administrativen Voraussetzungen für eine solche Verlaufsbeobachtung kommt daher in diesem gesundheitsökonomisch sehr relevanten Leistungsbereich hohe Priorität zu.

Für das Jahr 2004 wurden Festlegungen getroffen, die eine größere Homogenität des beobachteten Patientenkollektivs gewährleisten. Anhand der definierten Prozeduren- und Diagnosenkodes, die als Ein- und Ausschlusskriterien für den QS-Filter definiert sind, werden Patienten mit schwerwiegenden Begleitverletzungen von der Dokumentationsverpflichtung ausgeschlossen sein.

Literaturverzeichnis

Beck A, Rüter A.

Therapiekonzepte bei Schenkelhalsfrakturen. Teil 1.

Chirurg 2000; 71 (2): 240-248.

Becker C, Gebhard F, Fleischer S, Hack A, Kinzl L, Nikolaus T, Muche R.

Prädiktion von Mortalität und soziefunktionellen Einschränkungen nach proximalen Femurfrakturen bei nicht institutionalisierten Senioren.

Der Unfallchirurg 2003; 106 (1): 32-38.

Morris AH, Zuckerman JD.

National consensus conference on improving the continuum of care for patients with hip fracture.

J Bone Joint Surg Am 2002; 84-A (4): 670-674.

Tidermark J, Ponzer S, Svensson O, Soderqvist A, Tornkvist H.

Internal fixation compared with total hip replacement for displaced femoral neck fractures in the elderly. A randomised, controlled trial.

J Bone Joint Surg Br 2003; 85 (3): 380-388.