

Entscheidung über Implantatauswahl muss in ärztlicher Hand bleiben

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) und die Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V. (AE) befürchten Qualitätseinbußen bei der Versorgung mit künstlichen Hüft- und Kniegelenken durch den wachsenden Einfluss ökonomischer Faktoren.

„In den meisten Kliniken entscheiden die Operateure entweder eigenverantwortlich oder gemeinsam mit den Einkaufsabteilungen, welche Implantatmodelle von welchem Hersteller zum Einsatz kommen. Damit wird medizinischen Aspekten ausreichend Rechnung getragen“, betont der AE-Generalsekretär und stellvertretende DGOU-Präsident Prof. Dr. Carsten Perka. Doch gebe es mittlerweile eine Reihe von Häusern, in denen die Mediziner nur noch sehr eingeschränkt in die Auswahl der Implantate einbezogen oder vor einem Herstellerwechsel vom Klinikmanagement zu Rate gezogen würden. „Erfolgen Implantat- oder Herstellerwechsel unvermittelt und häufig, muss jedes Mal wieder eine Lernkurve mit den neuen Implantatmodellen überwunden werden. Das kann die Zahl der Komplikationen und erneuten Operationen erhöhen“, sagt AE-Vizepräsident Prof. Dr. Karl-Dieter Heller unter Hinweis auf Analysen des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD). Über aktuelle Trends beim künstlichen Gelenkersatz berichten Experten von DGOU und AE auf der Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU). Der Kongress findet vom 2. bis zum 4. Mai 2019 in Baden Baden statt.

In dem seit 2012 von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) gemeinsam mit Krankenkassen und Industrie aufgebauten EPRD sind mittlerweile mehr als eine Million Operationen aus über 700 Krankenhäusern dokumentiert worden. Der größere Teil davon entfällt mit etwas mehr als 560.000 Eingriffen auf Hüftoperationen, der Rest mit etwas mehr als 440.000 auf Operationen des Knies. „Wissenschaftliche Auswertungen im Rahmen des jüngsten EPRD-Jahresberichtes belegen, dass Kliniken nach einem Wechsel des sogenannten Hauptherstellers signifikant höhere Ausfallwahrscheinlichkeiten bei Hüft- und Knie-Endoprothesen aufweisen, also mehr Wechseloperationen nötig sind“, erläutert Prof. Dr. Volkmann Jansson, Wissenschaftlicher Direktor des EPRD. Als Haupthersteller einer Klinik gilt dem EPRD zufolge das Unternehmen, von dem 70 Prozent und mehr der in einem Krankenhaus verwendeten Implantate stammen. Für den Wechsel eines Herstellers könne es zwar durchaus nachvollziehbare Gründe geben, berichtet Jansson weiter: „In jedem Fall aber bedeutet ein Wechsel für die Operateure und das OP-Personal, sich gegebenenfalls an die Operationstechnik und die Instrumente anderer Implantate gewöhnen und die Verwendung teils neu erlernen zu müssen.“

Als Executive-Committee-Sprecher des EPRD plädiert Prof. Dr. Perka angesichts der EPRD-Ergebnisse dafür, dass Medizin und Management in den Krankenhäusern eine gemeinsame Implantatstrategie festlegen, um überraschende Wechsel aus bloßen wirtschaftlichen Gründen auszuschließen: „Der Operateur wird immer klinische Aspekte in den Vordergrund stellen und der Einkäufer mit hoher Wahrscheinlichkeit ökonomische. Vor dem Preis sollten aus Sicht der Medizin jedoch immer Analysen aus Registern wie dem EPRD oder andere wissenschaftliche Auswertungen gewürdigt werden.“ Im besten Falle gäben die Ärztinnen und Ärzte zunächst ein Portfolio aus mehreren fachlich geeigneten Implantaten vor, das alle medizinisch notwendigen Versorgungsformen abdecke. Erst danach sollten die Einkaufsabteilungen mit den Herstellern über

den Preis verhandeln. Perka sagt: „Die Entscheidung über die Implantatauswahl muss trotz ökonomischen Drucks letztlich in ärztlicher Hand bleiben.“

Hintergrund:

Zum 1. Januar 2017 wurden auf Beschluss der Selbstverwaltungspartner im deutschen Gesundheitswesen erneut die Pauschalen für die Leistungsvergütung für den Hüftgelenkersatz und für zahlreiche Maßnahmen bei der Wirbelsäulentherapie gesenkt. Demnach erhalten Kliniken beispielsweise für eine einfache Hüft-Total-Endoprothese weniger Vergütung als bisher. Mit dem erneuten Einschnitt in die Vergütung können die Kliniken ihre Patienten, bei denen eine Hüft- bzw. Rücken-OP vonnöten ist, kaum mehr kostendeckend therapieren. Die Folge: Krankenhäuser müssen die Kosten der Liegezeiten, der Implantate und der Sachkosten senken.

Der Aufbau des EPRD geht auf eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) zurück. Gemeinsam initiiert wurde das EPRD durch die Fachgesellschaft (DGOOC), den AOK-Bundesverband GbR, den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und den Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed). Betrieben wird das EPRD von der EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH (EPRD gGmbH). Die gemeinnützige Gesellschaft ist eine hundertprozentige Tochter der DGOOC und wurde am 22. Dezember 2010 gegründet. Geschäftsführer der EPRD gGmbH ist Dr. med. Andreas Hey. Die Anbindung an die wissenschaftliche Fachgesellschaft gewährleistet die Neutralität und Unabhängigkeit der EPRD gGmbH.

Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) hat im Herbst 2018 seinen dritten Jahresbericht veröffentlicht. Mit über 280.000 eingegangenen OP-Dokumentationen und 706 datenliefernden Krankenhäusern waren diese Zahlen 2017 so hoch wie in keinem Jahr zuvor. Erstmals wurden auch Ergebnisse von Implantatsystemen bis drei Jahre nach dem Ersteingriff veröffentlicht.

Vortrag auf dem VSOU, 2.-4. Mai 2019, Kongresshaus Baden-Baden:

Individualisierte Endoprothetik Pro und Contra

Vorsitz: Carsten Perka (Berlin), Carsten Tibesku (Straubing)

Termin: 03.05.2019, 15:15-16:45

<https://www.vsou-kongress.de/>

Originalpublikation:

3. EPRD-Jahresbericht 2017

https://www.eprd.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Publikationen/Berichte/EPRD-Ja...

Weitere Informationen:

<http://www.dgou.de>

<http://www.eprd.de>

<http://www.dgooc.de>

<http://www.endocert.de>