

**Rudolf Anschober**  
Bundesminister

Herrn  
Mag. Wolfgang Sobotka  
Präsident des Nationalrates  
Parlament  
1017 Wien

Geschäftszahl: 2020-0.459.687

Wien, 5.8.2020

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 2317 /J der Abgeordneten Gerald Locker, Kolleginnen und Kollegen betreffend Fragen zu regionalen Unterschieden bei Kniegelenksoperationen** wie folgt:

**Frage 1:**

*Wie haben sich die quellbezogenen, stationären KH-Aufenthalte für "M14.f Endoprothetik des Kniegelenks" (ÖSG-Definition) zwischen 2015 und 2019 entwickelt? (Darstellung je Jahr und Versorgungsregion)*

*a. Wie haben sich dabei die quellbezogenen, stationären KH-Aufenthalte je 100.000 EW (standardisiert nach Alter und Geschlecht) entwickelt? (Darstellung je Jahr und Versorgungsregion)*

Die Anzahl der akutstationären Aufenthalte in der VMMHG M14.f ist zwischen 2015 und 2018 von 19.500 auf 21.895 angestiegen. In Tabelle 1 im Tabellenanhang ist die alters- und geschlechtsstandardisierte Krankenhaushäufigkeit je 100.000 EW pro Versorgungsregion im Sinne des ÖSG dargestellt (für die Zuordnung auf die Versorgungsregionen wurden die bei der GÖG implementierten Zuordnungsalgorithmen - z.T. unter Bezugnahme auf die jeweilige Wohn-PLZ der Patienten/-innen - angewendet). Für das Jahr 2019 liegen noch keine validierten bzw. vollständigen Ganzjahresdaten vor.

*b. Wie viele Aufenthalte davon endeten mit dem Ereignis "Tod"? (Darstellung je*

*Jahr und Versorgungsregion)*

In Tabelle 1 im Tabellenanhang ist für den Zeitraum 2015 bis 2018 die Anzahl der Aufenthalte bzw. Entlassungen, für die die Entlassungsart „(E) Sterbefall“ dokumentiert wurde, angeführt. Für das Jahr 2019 liegen noch keine validierten bzw. vollständigen Ganzjahresdaten vor.

*c. In wie vielen Fällen kam es zu einer Wiederaufnahme? (Darstellung je Jahr und Versorgungsregion)*

In Tabelle 1 im Tabellenanhang ist die „Wiederaufnahmerate (WAR)“ pro Versorgungsregion und Jahr für den Zeitraum 2015 bis 2018 angeführt (Beispiel: Eine WAR von 1,03 bedeutet, dass es bei bis zu maximal 3 % der primären Aufenthalte zu einer Wiederaufnahme innerhalb desselben Jahres kam). Für das Jahr 2019 liegen noch keine validierten bzw. vollständigen Ganzjahresdaten vor.

*d. Wie haben sich die korrespondierenden LKF-Punkte zwischen 2015 und 2019 entwickelt? (Darstellung je Jahr und Versorgungsregion)*

In Tabelle 1 im Tabellenanhang sind die korrespondierenden LKF-Punkte pro Versorgungsregion und Jahr für den Zeitraum 2015 bis 2018 angeführt. Für das Jahr 2019 liegen noch keine validierten bzw. vollständigen Ganzjahresdaten vor.

**Frage 2:**

*Wie begründen Sie die hohe Kniegelenksoperationsrate in OÖ und Mostviertel?*

Es sind uns keine Studien bzw. Kausalanalysen bekannt, die sich mit der regionalen (oder auch zeitlichen) Variation der in der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten dokumentierten akutstationären Aufenthalte in der VMMHG M14.f beschäftigen. Dementsprechend liegen für die beobachtbaren unterschiedlichen rohen bzw. alters-/geschlechtsstandardisierten Operationsraten (vgl. Tabelle 1 im Tabellenanhang) keine belastbaren Begründungen vor.

**Frage 3:**

*Wie begründen Sie die hohe Kniegelenksoperationsrate in Tirol?*

Siehe Antwort auf Frage 2.

**Frage 4:**

*In wie vielen Sitzungen hat das Ministerium mit den einzelnen Bundesländern bzw. Spitälern die regionalen Unterschiede bei Kniegelenksoperationen besprochen? (Darstellung je Jahr und Bundesland)*

*a. Bitte um Offenlegung der Protokolle?*

*b. Welche Maßnahmen wurden aus den Sitzungen abgeleitet? (Darstellung je Jahr und Bundesland)*

Bisher wurden die Versorgungsdichten speziell bei Kniegelenksoperationen zweimal im wissenschaftlichen Beirat A-IQI mit Experten, Ländern und Krankenanstalten-Vertretern diskutiert.

Protokollauszug Dezember 2019: „Von den Teilnehmern wird betont, dass die alleinige Auswertung der Situation in Österreich bereits Bewegung in das Themengebiet bringen wird. Für die weitere Vorgehensweise wird folgendes vereinbart: Seitens des BM wird ein Prozess für die Interpretation der Ergebnisse ausgearbeitet. Die Experten übermitteln an das BM einen Score, der dazu dienen kann, zu eruieren ob Patienten eine Operation benötigen. Dabei wird die Möglichkeit diesen Score auf Kliniksuche zu veröffentlichen, diskutiert. Das Thema soll in der kommenden Sitzung erneut behandelt werden.“

Protokollauszug Februar 2020: „Der erarbeitete Analyseprozess wird präsentiert. Die Anwesenden stimmen dieser Vorgehensweise zu. Des Weiteren werden erste strukturelle Auswertungen für die auffälligsten Bezirke präsentiert: Bettendichte, Ärztedichte intramural, Krankenhausaufenthalte, Ambulante Besuche. Es wird vereinbart, die Auswertungen quellbezogen durchzuführen und in die Ärztedichte nur Fachärzte zu inkludieren. Zur Einschätzung der Operationsdringlichkeit erfolgte eine Rückmeldung von den Experten zum WOMAC Score. Es wird betont, dass neben eines Scores für Patienten auch Kriterien für Operationen/Wartezeiten für Ärzte notwendig sind. Die Einhaltung dieser kann beispielsweise im Zuge von Peer-Review-Verfahren überprüft werden. Folgende weitere Vorgehensweise wird vereinbart: Die Veröffentlichung des WOMAC Score auf Kliniksuche wird empfohlen. Zuvor klärt das BMSGPK Copyright und Berechnung. Kriterien für Operationen/Wartezeiten werden bis Juni von den Experten erarbeitet und dem BMSGPK übermittelt. Danach erfolgt eine erneute Diskussion im Wiss. Beirat.“

Über das Themengebiet Kniegelenksoperationen hinaus wurde in der A-IQI Steuerungsgruppe im Mai 2020 Grundlegendes zum Thema Versorgungsdichten vereinbart, um die Arbeiten weiter voranzutreiben:

„Zu mehreren Operationen erfolgten bereits Berechnungen. Es handelt sich um ein sehr komplexes Thema mit vielen Einflussfaktoren und hohem Erklärungsbedarf. Um die Arbeiten weiter voranzubringen, werden folgende Schritte vorgeschlagen: Visualisierung der Auswertung mit Kartenmodell, Österreichvergleich und Bandbreiten; Anpassung der Methodik mit zusätzlich zielbezogener Grundauswertung (bisher nur quellbezogen). Weiters hat das erste freiwillige Peer-Review-Verfahren dazu stattgefunden. Es hat gezeigt, dass das Aufgreifkriterium Versorgungsdichten zweckmäßig im Verfahren bearbeitet werden kann. Die STG stimmt zu, das Thema Versorgungsdichten in vorgeschlagener Form in den A-IQI Regelbetrieb inkl. Bericht aufzunehmen.“

Wie aus der Beantwortung der Frage 6a ersichtlich, wurden folgende Maßnahmen im Rahmen von A-IQI getroffen:

- Aufnahme des Themas Versorgungsdichten in A-IQI Regelbetrieb (inkl. Bericht)
- Visualisierung der Auswertung und Methodik werden neu erarbeitet und verbessert
- Analyseprozess wurde erarbeitet
- Durchführung eines freiwilligen Peer-Reviews
- Vorbereitung von Erweiterungen in kliniksuche.

**Frage 5:**

*Aus den A-IQI-Berichten 2018 und 2019 geht hervor, dass Übergewicht und Multimorbidität die Wahrscheinlichkeit einer Kniegelenksoperationen erhöhen. Welche Maßnahmen wurden daraus abgeleitet?*

Bei den erstellten Korrelationsanalysen handelt es sich um eine wissenschaftliche, weiterführende Betrachtung. Diese wird auf Basis der aus den Ergebnissen bundesweiten Befragung zu Hüft- und Knieendoprothesen Revisionen generiert. Somit kann nicht auf alle Kniegelenksoperationen geschlossen werden (sondern nur auf Wechsel der Prothese). Ein statistischer Zusammenhang des BMI auf die Revisionsanzahl wurde nicht bestätigt. Eine Berechnung der Korrelation zwischen Komorbiditäten und Revisionsanzahl erfolgte nicht. Durch die Veröffentlichung der Ergebnisse soll unter anderem Awareness bei der interessierten Bevölkerung und auch den Leistungserbringern geschaffen werden. In Kliniksuche ist darüber hinaus eine Informationserweiterung (siehe auch Versorgungsdichten) speziell für das Themengebiet Kniegelenksoperationen vorgesehen.

**Frage 6:**

*Wie erklärt sich der Anstieg der Todesfallrate bei "Knie-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle " (A-IQI-IDNr: 37.20) seit 2015 (siehe AIQI-Berichte)?*

Ab 2017 wurde der Indikator aufgrund der Hauptdiagnosen-Definitionsänderung in der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung adaptiert. Dadurch kam es zu Verschiebungen innerhalb der Indikatoren 37.10 und 37.20. Die Anzahl der Todesfälle sank bei 37.10 von 11 auf 6 und stieg im Indikator 37.20 von 0 auf 3. Die Summe an Todesfällen ist über beide Indikatoren betrachtet nicht gestiegen. 2015: 11; 2018: 9.  
Angabe in Parl. Anfrage:

| Todesfälle |   | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------|---|------|------|------|------|
| 37.10      | Knie-Endoprothesen-Erstimpl. b. Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle | 11   | 9    | 7    | 6    |
| 37.20      | Knie-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle                         | 0    | 0    | 2    | 3    |
| 38.10      | Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle                              | 3    | 5    | 14   | 24   |

| Todesfall-Quote |   | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------|---|------|------|------|------|
| 37.10           | Knie-Endoprothesen-Erstimpl. b. Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle | 0.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| 37.20           | Knie-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle                         | 0.0% | 0.0% | 0.2% | 0.3% |
| 38.10           | Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle                              | 0.2% | 0.4% | 0.8% | 1.1% |

### Frage 7:

*Wie erklärt sich der Anstieg der Todesfallrate bei "Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle" (A-IQI-IDNr: 38.10) seit 2015 (siehe A-IQI-Berichte)?*

Der Anstieg der Todesfälle beim Indikator 38.10 liegt an einer Definitionsänderung. Bis 2017 wurden ausschließlich Gelenkswechsel einbezogen, seit 2018 (Datenjahr 2017) auch Fälle wo nur eine Explantation stattgefunden hat. Insgesamt hat sich die Kodierung ab dem Datenjahr 2017 bei Revisionen stark verändert – zusätzlich Angabe eines Revisionsgrundes in Diagnosen notwendig, starke Differenzierung der einzelnen Medizinischen Einzelleistungen betreffend Revisionen.

Mit freundlichen Grüßen

Rudolf Anschober

