

Zu viele und unnötige OPs?

Die Orthopädie und Unfallchirurgie steht in letzter Zeit immer wieder im gesundheitspolitischen Kreuzfeuer. Dabei werden vor allem fraglich unnötige und die im internationalen Vergleich zu große Zahl künstlicher Hüft- und Kniegelenkendoprotheseneingriffe sowie die steigende Zahl von Wirbelsäulenoperationen angeprangert. Management & Krankenhaus sprach mit dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie Prof. Dr. Reinhard Hoffmann über die Hintergründe.

Dr. Jutta Jessen, Weinheim

M&K: Im Bereich der Hüft- und Knieendoprothetik sollen in Deutschland im europäischen Vergleich deutlich mehr Implantationen erfolgen. Welche Zahlen liegen hierzu vor, was genau wird verglichen und stimmen die relativen Bezugspunkte überein?

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann: Deutschland steht – bezogen auf die Gesamtbevölkerung – gemeinsam mit der Schweiz weltweit an der Spitze der Implantationen von künstlichen Hüft- und Kniegelenken. Die von der OECD vorgelegten Zahlen sind allerdings nicht genau miteinander vergleichbar, da in einigen Ländern zusätzlich zu den Erstimplantationen auch die Revisions- und Wechselendoprothetik sowie die

Frakturendoprothetik mit aufsummiert werden. Insgesamt ist die Implantationsrate in Deutschland im internationalen Vergleich jedoch in der Tat hoch.

Welche Ursachen liegen den Fallzahlen zugrunde? Gibt es Unterschiede in Europa?

Hoffmann: Die Versorgungsrate mit künstlichen Gelenken ist sicher auch Ausdruck des hohen Funktionsanspruchs der Bevölkerung und damit des Anspruchs an das jeweilige Gesundheitssystem. Wir wollen und können uns „was leisten“ – jedenfalls noch ... Schmerzfreie Bewegung im Alter bedeutet Mobilität und Lebensqualität. In Europa liegen die Versorgungsraten z.B. in Rumänien bei ca. 20 % derjenigen in Deutschland und der Schweiz. Auch in Deutschland gibt es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen den Operationszahlen und der sog. „sozialen Deprivation“. Der hierfür zur Verfügung stehende „Deprivationsfaktor“ zeigt, dass in Regionen mit größerer sozialer Deprivation eine niedrigere Operationsfrequenz vorliegt. Das trifft speziell für die „neuen“ Bundesländer zu. Ob die Versorgungsraten in Deutschland im internationalen Bereich angemessen sind, kann u. a. durch die sog. Varianz, den Vergleich der Regionen mit niedriger und höchster Versorgungsrate, beurteilt werden. Sie beträgt für die Hüftendoprothetik in Deutschland derzeit 2,5. In Großbritannien beträgt sie aber 2,8 und in den USA sogar 6,6. Für die Kniegelenkendoprothetik liegt in Deutschland eine Varianz von 1,8 vor, in den USA beträgt sie jedoch 5,2. Dies deutet darauf hin, dass die hohen Versorgungsraten der Endoprothetik in Deutschland einer allgemein akzeptierten Indikation und einem allgemeinen gesellschaftlichen Anspruch entsprechen. In Deutschland ist das Regional- und Sozialgefälle demnach vergleichsweise geringer.

Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen werden getroffen, um unnötige Operationen zu vermeiden?

Hoffmann: Dass es unnötige hüft- und knieendoprothetische Eingriffe gibt, ist mit den Zahlen in Deutschland nicht zu belegen. Mit dem sog. Versorgungsatlas



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

konnte die vermutete angebotsinduzierte Nachfrage nicht nachgewiesen werden. Dessen ungeachtet hat die Orthopädie und Unfallchirurgie verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen auf den Weg gebracht, so z. B. das Endoprothesenregister, das seit dem 1. Juli Qualitätsdaten aus allen Kliniken sammelt und damit auch als Frühwarnsystem gelten kann. Darüber hinaus wurde eine Initiative zu Endoprothesenzentren auf den Weg gebracht, mit der sich die besonders ausgewiesenen Kliniken zertifizieren lassen können. Die Fachgesellschaft unterstützt bei der Indikationsstellung für Wahleingriffe

zudem ein „Vier-Augen-Prinzip“ mit der Einholung von qualifizierten und unabhängigen Zweitmeinungen.

Ist aufgrund der kontinuierlich verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und aufgrund medizinischer Innovationen im Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie und im Zusammenhang mit einer alternden Bevölkerung nicht auch mit einem Anstieg der OP-Zahlen zu rechnen? Wie sieht es dazu in europäischen Nachbarländern aus?

Hoffmann: Bei der demografischen Entwicklung in Deutschland ist stärker als

in anderen Ländern mit einem deutlichen Anstieg der Operationszahlen zu rechnen. Dies zeigt sich vor allem an der Entwicklung der Versorgungsrate in der Knieendoprothetik. Wenn in der Hüftendoprothetik die Zahlen derzeit sogar leicht rückläufig sind, so liegt dies auch an der hohen Rate anlagebedingter Dysplasie-Coxarthrosen, die in den letzten Jahren „ab“-operiert werden mussten. Zukünftig greifen sicher zunehmend die im Säugling- und Kleinkindalter eingesetzten Früherkennungs- und Therapiemaßnahmen zur Vermeidung derartiger Folgezustände. Insgesamt zeigt sich aber auch in den anderen Ländern der Europäischen Union, dass die Operationszahlen deutlich steigen. Deutschland und die Schweiz sind bei ihrem hohen Lebensstandard und dem besonderen Versicherungsstatus nur die „Vorreiter“ gewesen. Zudem ist mit einer steigenden Zahl von Frakturendoprothesen nach Osteoporose-assoziierten Hüftgelenkfrakturen zu rechnen.

Welche finanziellen Beschränkungen liegen vonseiten der Kostenträger vor und inwiefern beeinflussen sie möglicherweise die Behandlungsoptionen?

Hoffmann: Die Hüft- und Knieendoprothetik werden im sog. DRG-System fallpauschaliert vergütet. Diese Vergütung wurde im Verlaufe der letzten Jahre stetig nach unten „korrigiert“. Dies wirkt sich neben der gesamten Behandlungsprozesskette z. B. auch auf die Implantatpreise aus, die in den Verhandlungen mit den Herstellerfirmen in Deutschland u. a. durch Einkaufverbände von Klinikketten „optimiert“ werden und inzwischen zu den niedrigsten in der ganzen Welt zählen. Die Behandlungsoptionen und die Implantatauswahl sind derzeit zwar offiziell und grundsätzlich nicht eingeschränkt, finden aber ihre Grenzen rasch im jeweiligen Budget der einzelnen Kliniken. Es bleibt abzuwarten, ob unter diesen Bedingungen in Deutschland zukünftig noch genügend Innovationsanreize bestehen.

Welche Perspektiven sehen Sie? Wo sehen Sie Therapiegrenzen?

Hoffmann: Ein alter Mensch hat denselben Anspruch auf eine medizinisch

angemessene und optimale Behandlung wie ein junger Mensch. Nur wann ist man alt? Und was ist angemessen oder gar optimal? In Zeiten immer knapper werdender finanzieller Mittel stellen sich neben der technisch-medizinischen Machbarkeit immer drängender Fragen auch der Finanzierbarkeit. Soll es beispielsweise eine Altersgrenze für die durch die Solidargemeinschaft finanzierte Implantation von Kunstgelenken geben? Chirurgisch ist fast alles machbar. Aber: Was ist sinnvoll – was wollen oder was können wir – die Solidargemeinschaft – in Anbetracht der demografischen Entwicklung uns zukünftig noch leisten? Ein gesamtgesellschaftlicher Diskurs hierüber ist zwingend erforderlich. In einem Spannungsfeld aus demografischer Entwicklung, zu knappen finanziellen Mitteln, persönlichen Anspruchs- und Erwartungshaltungen sowie realitätsfremden politischen Wohlfahrtsversprechen muss die gesellschaftliche Diskussion hierzu zwingend begonnen werden.

Hüft- und Knieendoprothetik sind segensreiche Eingriffe. Die Hüftendoprothetik wurde nicht zu Unrecht als die Operation des 20. Jahrhunderts bezeichnet. Patienten, die noch vor 40 Jahren schmerzgeplagt im Lehnstuhl sitzen mussten, können nun wieder Sport treiben, die Welt bereisen und sich des Lebens erfreuen. Die wiedererlangte, schmerzfreie Mobilität verhindert auch Sekundärerkrankungen wie die des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes mellitus bis hin zur Depression. Mobilität ist Leben. Das zu fördern, aber auch mit Augenmaß in die richtigen Bahnen zu lenken, ist jedenfalls eine wichtige Aufgabe der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. ■