
hkk Gesundheitsreport 2013: Knie- und Hüft- (Total-) Endoprothesen 2008 bis 2012

Interview mit:

Chefarzt Dr. med. Bertram Regenbrecht

Zentrum für Endoprothetik, Fußchirurgie, Kinder- und Allgemeine Orthopädie der Roland Klinik, Bremen

Dr. rer. pol. Bernard Braun

Wissenschaftlicher Betreuer des hkk Gesundheitsreports, BIAG

Dr. Braun: Was sind aus Ihrer Sicht die epidemiologischen oder auch finanziellen Gründe für den bundesweiten Anstieg der Prothesen-Implantation von Knie- und Hüftgelenken in den letzten Jahren, der bei den hkk-Versicherten in Bremen und umzu noch immer anhält?

Dr. Regenbrecht: In der Tat sind die Versorgungszahlen bei Endoprothesen in Deutschland auf einem sehr hohen Niveau. Diese sind allerdings bei den Primäroperationen seit einigen Jahren gleichbleibend, bei Knieprothesen sogar leicht sinkend. Neben möglichen epidemiologischen Gründen (z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel), die sich in anderen europäischen Ländern durchaus anders darstellen können, ist sicherlich der herausragend gute Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland eine Hauptursache.

Gleichzeitig ist das Angebot von gut standardisierbaren Elektiveingriffen stark ausgebaut worden. Zwar wird Endoprothetik immer in Kliniken durchgeführt, aber häufig und in zunehmendem Maße von Belegärzten, niedergelassenen Konsiliarärzten oder Honorarärzten. Gerade für kleinere Krankenhäuser, die bislang keine elektive Orthopädie durchgeführt haben, können solche Kooperationen wirtschaftlich wichtig sein. Auf jeden Fall kann man davon ausgehen, dass ein Patient mit einer Indikation zum Gelenkersatz eine solche Behandlung in Deutschland ohne Verzug angeboten bekommt.

Die Bremer Versorgungszahlen liegen auf einem im Vergleich zu anderen Bundesländern sehr niedrigen Niveau, wie Sie in Ihrem Bericht zeigen. Dennoch kommen auch hier die genannten Veränderungen zum Tragen, wenn auch vielleicht später als in wirtschaftlich stärkeren Regionen. Dieses könnte erklären, dass Bremen gewissermaßen „aufholt“ und daher noch eine moderate Steigerung der Zahlen aufweist. Nach meinem subjektiven Eindruck wurde aber 2013 auch hier eine gewisse Obergrenze erreicht, die weitere Steigerungen nicht zulässt.

Dr. Braun: Teilen Sie die Feststellung des von uns zitierten Chefarzt-Kollegen Prof. Dr. Grifka aus Regensburg, dass mindestens 10 Prozent der Operationen nicht notwendig beziehungsweise überflüssig sind?

Dr. Regenbrecht: Diese Einschätzung von Professor Grifka beruht sicherlich auf einer subjektiven Schätzung. Gesicherte Daten oder Studien sind mir dazu nicht bekannt. Die Indikationsstellung für einen Eingriff ist immer individuell und wird bestimmt durch objektive Kriterien wie zum Beispiel der Arthrosegrad im Röntgenbild oder die Einschränkung der Beweglichkeit und den Leidensdruck des Patienten. Dabei ergeben sich auch bei der Beurteilung durch zwei unterschiedliche Fachärzte nicht selten unterschiedliche Empfehlungen.

Ich selbst rate etwa 10 bis 15 Prozent der Patienten, die mit dem Ziel einer Operation zu mir kommen, davon ab, sich eine Endoprothese einsetzen zu lassen. Zum Teil sind dies Patienten, die einen hohen Leidensdruck aufweisen und sich von der Endoprothese die Besserung langjähriger Beschwerden erhoffen. Häufig handelt es sich dabei um übergewichtige Personen mit Kniebeschwerden (insbesondere der Kniescheibe), die noch jung sind, aber schon zahlreiche Voroperationen – vor allem Kniespiegelungen – hinter sich haben. In einer solchen Situation ist es häufig besser, trotz des Drängens der Patienten und zum Teil auch der betreuenden Ärzte von einer Operation Abstand zu nehmen und eine Gewichtsabnahme anzuraten.

Dr. Braun: Das per Gesetz mit der externen stationären Qualitätssicherung beauftragte AQUA-Institut lobt einerseits die Qualität der Operationen. Andererseits weist es in mehreren seiner jährlichen Qualitäts-Reports auf Mängel bei der Indikationsstellung hin. So seien unter anderem die nicht-operativen Behandlungsmöglichkeiten nicht immer ausgeschöpft oder es fehlt eine ausreichende radiologische Befundung. Teilen Sie als Operateur diese Feststellung? Und wenn ja, was könnte man daran ändern?

Dr. Regenbrecht: Bezüglich der AQUA-Berichterstattung möchte ich auf die positive Einschätzung des Qualitätsmerkmals „Indikationsstellung“ der Bremer Krankenhäuser verweisen, wie sie im Bremer Krankenhausspiegel nachvollziehbar ist.

Allerdings bildet dieses Qualitätsmerkmal nicht immer die Situation vollständig ab, die zu einer Operation geführt hat – vor allem bei Häusern, die ein spezielles Patientenkontingent versorgen, zum Beispiel Patienten mit Rheuma. Diese entzündliche Gelenkerkrankung zerstört das Gelenk, kann aber nicht so gut radiologisch erfasst werden wie die Arthrose. Aus diesem Grund werden Häuser mit einem hohen Anteil an rheumatischen Patienten bei diesem Kriterium zwangsläufig schlechter abschneiden als Häuser, die überwiegend Arthrosepatienten versorgen. Ähnliches gilt für Patienten mit Hüftdysplasie im Vergleich zu „Standard-Arthrosepatienten“.

Dr. Braun: Der wesentliche Teil der Entscheidung pro oder contra Operation fällt im ambulanten Bereich. Das heißt, Ihre Patienten kommen mit dem klaren Ziel einer Operation in die Klinik. Wünschen Sie sich als Operateur eine bessere Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Bereich?

Dr. Regenbrecht: Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von stationärem und ambulantem Sektor sind die offene Kommunikation, die schnelle und exakte Information und die gemeinsame Fortbildungsbereitschaft Schlüsselkriterien. Wir, aber auch andere Krankenhäuser, bieten orthopädischen Patienten eine Konsiliarsprechstunde für unklare Fälle oder die Einholung einer Zweitmeinung an. Hierfür gibt es eine Ermächtigung des Chefarztes durch die kassenärztliche Vereinigung Bremen. Daneben bieten wir regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Kollegen an, die auch dazu dienen, das jeweilige Vorgehen abzustimmen und die direkte Kommunikation zu ermöglichen. Schließlich stellen wir Untersuchungsbefunde und Arztbriefe den weiter- oder vorbehandelnden Kollegen möglichst direkt zur Verfügung.

Vom ambulanten Sektor wünschen wir uns dasselbe: Möglichst eine gezielte Vorstellung des Patienten mit exakter Fragestellung oder Indikation, die wir selbstverständlich vor jeder Operation überprüfen; Mitgabe der Befunde und Röntgenbilder, die den einschlägigen Qualitätsrichtlinien entsprechen sollten, oder im Zweifelsfall auch die Vorstellung zur Zweitmeinung oder Beratung – auch dies natürlich mit der Möglichkeit der direkten Rückkoppelung.

Im Allgemeinen ist dies in der Region bereits sehr gut umgesetzt und hilft, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden, oder Patienten (z.B. mit Beschwerden nach einer Prothesenim-

plantation) mit Empfehlungen für die konservative Behandlung zu versorgen. Dies erfordert aber eine exakte Kommunikation der beteiligten Ärzte.

Dr. Braun: Wie beurteilen Sie das Angebot, vor einer OP eine Zweitmeinung einholen zu können?

Dr. Regenbrecht: Das beurteile ich ausgesprochen positiv. In der Regel ist dies in Kliniken mit einer operativen Hauptabteilung schon vollständig umgesetzt, da die Patienten immer auf Initiative ihres behandelnden Arztes überwiesen oder eingewiesen werden und dann die Überprüfung der Indikation vor jeder Operation durchgeführt wird.

Zweitmeinungen müssen aus meiner Sicht aber immer zwei Kriterien erfüllen: Sie müssen kompetent sein, also im Falle der Endoprothetik zum Beispiel durch zertifizierte Endoprothesenzentren erfolgen, und sie müssen auf einer persönlichen Untersuchung und Beratung des Patienten beruhen. Angebote im Internet, bei denen Fragebogen und Röntgenbilder von Ärzten beurteilt werden, die den Patienten nie gesehen haben, werden der individuellen Situation des Patienten nicht gerecht und sind aus meiner Sicht als unseriös abzulehnen.

Dr. Braun: Wie beurteilen Sie die Möglichkeit, zusätzlich zur normalen Aufklärung und Entscheidungsfindung so genannte „decision aids“ einzusetzen, die in einem von uns zitierten Modellversuch eine überraschend starke Wirkung auf die Operationshäufigkeit gezeigt haben?

Dr. Regenbrecht: Da gilt das Gleiche wie für die Einholung von Zweitmeinungen: Man kann davon ausgehen, dass die Patienten heute sehr gut informiert sind und viele Informationswege nutzen, zum Beispiel Broschüren, das Internet oder Erfahrungen von anderen Patienten. Dennoch ersetzt all dies in keinem Fall die persönliche Untersuchung und Beratung durch den Arzt, da jeder Fall individuell zu beurteilen ist. Häufig ergibt sich ein Ergebnis auch erst während der gemeinsamen Beratung.

Dr. Braun: Wie sieht bei Ihnen die Aufklärung der Patienten über die Operation und das nachoperative Geschehen praktisch aus? Welche Rolle spielen dabei die nach unseren Untersuchungen bei vielen operierten PatientInnen noch relativ lang auftretenden Schmerz- und Bewegungsprobleme?

Dr. Regenbrecht: Bezüglich des postoperativen Verlaufes sagen wir den Patienten, dass nach Einsatz einer Hüftprothese in der Regel etwa 2 Monate und nach Einsatz einer Knieprothese für mindestens 3 Monate Hilfestellung und eventuell eine krankengymnastische Behandlung notwendig werden kann.

Gerade bei Knieprothesen wissen wir, dass sich dieser Zeitraum gelegentlich durchaus auf ein halbes Jahr erstreckt. Ich halte es nicht für sinnvoll, endoprothetische Operationen durch den Einsatz von Krankengymnastik vermeiden zu wollen. Sicherlich können bei der Arthrose Krankengymnastik und physikalische Therapiemaßnahmen in einem gewissen Ausmaß zum Erhalt der Beweglichkeit beitragen. Dadurch lässt sich aber keine Verzögerung des Gelenkverschleißes erreichen – im Gegenteil kann bei zu ambitionierter Krankengymnastik genau wie bei exzessiver sportlicher Betätigung auch eine Überlastung des Gelenkes und ein rascheres Fortschreiten des Verschleißes eintreten.

Dr. Braun: Was sind die Ursachen für den relativ hohen Anteil von Revisionen und Wechseln der Implantate - abgesehen von Problemen bei der Operation und der nach-operativen Behandlung? Welchen Anteil haben Operateure, ambulante Ärzte und die Patienten an solchen Problemen und was kann daran geändert werden?

Dr. Regenbrecht: Keine Endprothese hält ewig. Standzeiten von 15 bis 20 Jahren bei über 80 Prozent der behandelten Patienten sollten bei guten Primärprothesen aber durchaus angestrebt werden. Dass mit der über die letzten Jahrzehnte ansteigenden Zahl von endoprothetisch versorgten Patienten auch die Zahl der Wechseloperationen ansteigt – sozusagen in zeitlicher Verzögerung – ergibt sich aus der Logik der Materie; die Amerikaner sprechen von „revision burden“. Damit wird die Zahl der Wechseloperationen auch in den kommenden Jahren weiter ansteigen. Das bedeutet nicht, dass diese Patienten schlecht operiert worden sind, sondern ergibt sich aus der gestiegenen Anzahl der Patienten.

Dr. Braun: Vielen Dank für dieses Gespräch.