

Operieren wir zu viel?

Do We Operate too Much?

Derzeit wird uns Orthopäden und Unfallchirurgen in der Presse vorgehalten, dass wir zu viel und nicht mit der korrekten Indikationsstellung operieren würden. Dabei werden wir unter den Generalverdacht gestellt, dass wir wissenschaftlich nicht begründet und womöglich aus pekuniären Gründen das Indikationsspektrum überziehen würden.

Es werden in diesem Zusammenhang auffällige Fallzahlsteigerungen zitiert, die sich nicht mit der demographischen Entwicklung begründen lassen. Laut einem Spiegel Artikel seien die Operationszahlen mit einer subakromialen Dekompression (SAD) beim Impingement-Syndrom der Schulter signifikant von 2008 bis 2015 um 30 Prozent angestiegen. Hier ergibt eine genauere Analyse ein ganz anderes Bild: Die SAD ist häufig nicht der alleinige Eingriff, sondern erfolgt lediglich begleitend z. B. bei der Naht einer gerissenen Schultersehne bzw. bei Kalkentfernung. Die Zahlen des statistischen Bundesamtes zeigen eine Abnahme der stationären SAD gesamt (offen/arthroskopisch) von 2010 bis 2017: 104.894 (19.998/84.896) zu 102.062 (12.086/89.976) – fast drei Prozent weniger.

Ökonomisierung der Medizin

In den letzten 20-30 Jahren wurden zahlreiche Maßnahmen zur Dämpfung und Reduktion der Gesundheitskosten von den Kostenträgern und der Politik ergriffen: Beispielhaft seien die Budgetierung der ambulanten Behandlungsfälle und die Einführung der DRGs im stationären Bereich genannt. Dies hat zu einer spürbaren Ökonomisierung unserer Medizin geführt. Unser System fördert, dass über eine Fallzahlsteigerung der Erlös für das Krankenhaus gesteigert wird. Chefarzte berichten im persönlichen Gespräch, dass sie sich einem starken Druck ausgesetzt fühlen, ökonomische Ziele zu erreichen, wobei sie wichtige Rahmenbedingungen wie z. B. Ihren Personalschlüssel nicht immer beeinflussen können. Dies bedeutet, dass sich unser Anspruch, unseren Patienten immer die optimale Behandlung anzubieten, in einzelnen Fällen nicht mit dem Wunsch des Krankenhaussträgers nach Erlössteigerung in Deckung bringen lässt. Hier ist unser innerer Kompass gefordert, weiterhin das Beste für unsere Patienten zu tun!

Neue Daten

Ferner gibt es einige viel beachtete prospektiv randomisierte Studien, die häufig durchgeführte Operationen am Knie und der Schulter kritisch bewerten. So gibt es zwei Studien zur Behandlung von Gonarthrose: zum einen mit einer Gelenklavage, einer Schein OP und einem arthroskopischen Debridement (3) und zum anderen eine Studie mit Gelenklavage mit Debridement (+ Physio und Medikamente) gegen eine Gruppe nur mit Physiotherapie und medikamentöser Therapie (2). In die Studien eingeschlossen wurde ein breites Spektrum von Kniepathologien einschließlich Verschleißerkrankungen und Meniskusschäden. Die Autoren schlussfolgerten, dass eine Kniegelenksspiegelung keinen signifikanten Vorteil im Vergleich zu einer konservativen Behandlung oder einer Scheinoperation hatte.

Eine weitere viel beachtete Studie von Beard et al. im Lancet 2018 untersuchte den subakromialen Schulterschmerz, der über 3 Monate bestand, erfolglos mindestens 1 Injektion, Physiotherapie und eine intakte Rotatorenmanschette (RM) hatte (1). Auch hier wurden viele Pathologien einschließlich Teilrisse der RM und Bicepspathologien eingeschlossen. Es zeigte sich in der Analyse der Autoren, dass die SAD im Vergleich zu einer Scheinoperation keinen Nutzen für den Patienten bringt, wohl aber einen signifikanten Effekt durch die Operation im Vergleich zur konservativen Behandlung.

Welche Schlussfolgerungen ziehen?

Die prinzipielle Kritik an den oben genannten Studien ist, dass relativ unspezifisch Patienten eingeschlossen wurden und nicht exakt herausgearbeitet wurde, welcher Patient von welcher Operation profitiert. In der Studie von Beard et al erhielten z. B. nur 58% der Patienten aus der Gruppe, die nur eine diagnostische Arthroskopie erhalten sollen, tatsächlich diese Behandlung nach 6 Monaten, 48% ließen sich nicht operieren oder erhielten eine RM Refixation oder SAD. Dies unterstreicht, dass für eine erfolgreiche Intervention die korrekte Diagnose und exakte Indikationsstellung entscheidend ist!

Die zitierten Studien sind zur Entwicklung unseres Wissens und zur optimalen Behandlung unserer Patienten wichtig und dürfen nicht geringgeschätzt werden. Wir müssen unsere Behandlungsmethoden kontinuierlich kritisch überprüfen und weiterentwickeln. Auch deshalb hatte meine Arbeitsgruppe >



Prof. Dr. med. Philip Kasten
Orthopädisch
Chirurgisches Centrum
(OCC) Tübingen



Article incorporates the Creative Commons Attribution – Non Commercial License.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



QR-Code scannen und Artikel online lesen.

KORRESPONDENZADRESSE:

Prof. Dr. med. Philip Kasten
Orthopädisch Chirurgisches Centrum
(OCC) Tübingen
Wilhelmstr. 134
72074 Tübingen
✉ : kasten@occ-tuebingen.de

eine ähnliche Schulterstudie aufgelegt, welche von der Forschungsförderung der Deutschen Vereinigung für Schulter und Ellenbogenchirurgie unterstützt wurde. In dieser Studie versuchen wir, die Kriterien und das Patientenkollektiv möglichst genau zu analysieren und zu fokussieren. Dies führte allerdings dazu, dass es sich in der Praxis schwierig gestaltet, Patienten für diesen prospektiv randomisierten Ansatz zu gewinnen: obwohl die Studie schon seit drei Jahren Patienten einschließt, sind die Zielgruppengrößen bisher noch nicht erreicht. Dies unterstreicht, dass gute und aussagefähige Studien in der täglichen Praxis schwierig durchzuführen sind.

Was bedeutet es konkret für uns?

In den wissenschaftlichen Gesellschaften wird immer noch intensiv diskutiert, welche Schlüsse aus den zitierten Studien gezogen werden sollen. Die Krankenkassen allerdings haben ihre Schlüssel schon gezogen und lehnen z. B. beim Knie eine Kostenerstattung ab, sobald die Diagnose eines Kniegelenksverschleiß genannt wird- unabhängig von möglichen anderen biomechanisch wirksamen Pathologien wie freie Gelenkkörper oder Meniskusläsionen. Dies zeigt, dass -unabhängig von einer differenzierten wissenschaftlichen Bewertung- durch die Kostenträger Fakten geschaffen werden.

Für uns als wissenschaftlich tätige Ärzte ist es deshalb wichtig, weiter an der differenzierten Bewertung unserer Therapien zu arbeiten, die Ergebnisse durch unsere Fachgesellschaften gebündelt zu vertreten und weiterhin das Optimum für unsere Patienten zur deren Wohl zu tun. Es gibt anhand publizierter Daten klare und relative Operationsindikationen. Bei den relativen Indikationen gilt für mich das Prinzip, dass erst einmal konservativ therapiert werden sollte. Bei einem Scheitern dieser Behandlung kann dann über eine Operation nachgedacht werden. ■

Literatur

- (1) **BEARD DJ, REES JL, COOK JA, ROMBACH I, COOPER C, MERRITT N, SHIRKEY BA, DONOVAN JL, GWILYM S, SAVULESCU J, MOSER J, GRAY A, JEPSON M, TRACEY I, JUDGE A, WARTOLOWSKA K, CARR AJ.** Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. *Lancet*. 2018; 391: 329-338. doi:10.1016/S0140-6736(17)32457-1
- (2) **KIRKLEY A, BIRMINGHAM TB, LITCHFIELD RB, GIFFIN JR, WILLITS KR, WONG CJ, FEAGAN BG, DONNER A, GRIFFIN SH, D'ASCANIO LM, POPE JE, FOWLER PJ.** A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1097-1107. doi:10.1056/NEJMoa0708333
- (3) **MOSELEY JB, O'MALLEY K, PETERSEN NJ, MENKE TJ, BRODY BA, KUYKENDALL DH, HOLLINGSWORTH JC, ASHTON CM, WRAY NP.** A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med*. 2002; 347: 81-88. doi:10.1056/NEJMoa013259