



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

Erfolgsmodell im Interessengeflecht

Gesundheitspolitisches Symposium:
Patientenversorgung durch Endoprothetik –
Analyse eines Gruppenerfolgs

Berlin, 8. Dezember 2016

Der künstliche Gelenkersatz ist ein Scherengewicht im Gesundheitssystem. Viele Interessen und Akteure nehmen Einfluss, zahlreiche, auch nicht-medizinische Entwicklungen haben entscheidende Auswirkungen auf ihn. Auf dem Gesundheitspolitischen Symposium, das am Vortag des Jubiläumskongresses abgehalten wurde, beleuchteten die Referenten die Rahmenbedingungen, zeigten wichtige Trends auf und warfen einige Blicke in die Zukunft.

Mit einem kurzen Rückblick auf zwanzig Jahre AE und einem Appell an die Kollegen, Einigkeit zu zeigen, eröffnete Prof. Dr. Wolfhart Puhl das Symposium. Er hatte das Symposium in der historischen Kulisse der Alten Kommandantur, heute die Repräsentanz von Bertelsmann in Berlin, initiiert und zusammen mit Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. Bernd Kladny und

Dr. Johannes Flechtenmacher dazu eingeladen. Die Veranstaltung solle keineswegs der Propaganda in eigener Sache dienen, betonte er, doch gebe es viele wichtige aktuelle Themen von großer Relevanz für das Fachgebiet, die es im Austausch mit Politik und Öffentlichkeit zu besprechen gelte.

Politik und Ökonomie

Prof. Dr. Volker Ewerbeck machte einen gewissen Widerspruch zwischen dem positiv formulierten Titel des Symposiums und dem „subdepressiven Grundton“ im vorgegebenen Thema seines Vortrages aus: Der Arzt im Zentrum der Patientenversorgung – Fakt oder Wunschtraum? Und tatsächlich kam er in seiner Analyse der gegenwärtigen Lage im Gesundheitswesen zum Schluss, dass die zentrale Position des Arztes vielfältig bedroht werde, obwohl sie doch von Gesetz, Berufsordnung und natürlicher Zuständigkeit eigentlich vorgegeben sei. Politik, Kostenträger und Klinikmanager beanspruchten zunehmend mehr Einfluss auch auf medizinisch relevante Entscheidungen. „Wir sind in Gefahr, zu Erfüllungsgehilfen zu werden“, stellte





der Referent fest und postulierte: „Wir dürfen uns nicht durch eine rein ökonomische Orientierung des Gesundheitswesens aus unserer Position als Teamleader der Versorgung des einzelnen Patienten verdrängen lassen.“ Die Ärzte sollten zudem die Festlegung der Rahmenbedingungen, in der viele nichtmedizinische Akteure eine wichtige Rolle spielen, aktiv mitgestalten.

„Rettet die Medizin vor der Ökonomie“, zitierte Prof. Dr. Karl-Dieter Heller zu Beginn seines Vortrages eine Schlagzeile der Süddeutschen Zeitung. Er verwies auf die Einschätzung des Ethikrats, der das deutsche Gesundheitswesen als fehlgeleitet und unterfinanziert bezeichnet. Dem allgemeinen Anspruch auf gute Medizin stehe die Realität eines ökonomischen Primats entgegen. „Jede Klinik hat heute ein Medizincontrolling, das medizinisch relevante Vorgaben macht.“ Das DRG-System in Deutschland sei nicht nur in seinem Urmotiv der Kostensenkung gescheitert, es führe auch zu absurden Entwicklungen, etwa bei der sinkenden Vergütung in der Hüftendoprothetik. Würde sich die Preisspirale nach unten ungebremst weiterdrehen, seien gerade die hochspezialisierten Kliniken, die durch die DRG doch gefördert werden sollten, zum Tode verurteilt. Neben diesen zählt er die Patienten, die Klinikmitarbeiter und die Implantathersteller zu den Verlierern dieser Entwicklung.

Dietrich Monstadt (MdB, CDU) sprach in seiner Eigenschaft als Mitglied des Gesundheitsausschusses im Bundestag aus der Perspektive des Gesundheitspolitikers. Er hob die im internationalen Vergleich hervorragende Position des deutschen Gesundheitswesens im allgemeinen und der endoprothetischen Versorgung im besonderen hervor. Die zunehmend evidenzorientierte Ausrichtung der Medizin sei auch von der Politik der vergangenen Jahre unterstützt worden. Der Qualitätswettbewerb solle Anreize zu einer noch besseren Versorgung setzen. Dafür, so Monstadt, brauche man belastbare Kriterien. Der Einstieg in die qualitätsorientierte Vergütung sei vollzogen, die Verbindlichkeit der GBA-Vorgaben sei gestärkt worden. Er wies aber auch auf die Grenzen der Bundespolitik hin: Bei der Krankenhausplanung habe sich Berlin nicht gegen die Länder durchsetzen können. Der sachlich gebotene, von den meisten Fachleuten geforderte Ausschluss kleiner Kliniken von komplexen Versorgungsarten habe sich gegen die Länder nicht durchsetzen lassen. Er appellierte an alle Beteiligten des Gesundheitswesens, im Schulterchluss an der weiteren Steigerung der Versorgungsqualität zu arbeiten.

Patienten und Öffentlichkeit

Dr. Stefan Etgeton von der Bertelsmann-Stiftung sprach über die Veränderungen, welche die Digitalisierung für das Arzt-Patient-Verhältnis mit sich bringe. Er konstatierte, dass die Patienten im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten den Ärzten tendenziell voraus seien. Die online abgerufene Gesundheitsinformation sei längst Standard und sollte auch ärztlicherseits als sinnvolle Ergänzung zum Arztgespräch wahrgenommen werden. 36 Prozent der Nutzer solcher Information können sich nach ihrer Online-Recherche vorstellen, den bereits ausgewählten Anbieter zu



wechseln und etwa die Wahl der Klinik zu überdenken. Die Patienten erwarten auch im Gesundheitswesen die Vernetzung der Datenströme, die sie aus ihrem Alltag in anderen Bereichen längst gewohnt sind, wollen aber die Hoheit über die eigenen Daten behalten. Auf ihrer Wunschliste stehen Fernverschreibung und Videokonsultation ganz oben.

Dr. Werner Bartens, Arzt und Medizinjournalist, fand einiges zu kritisieren: Die Medizin komme ihm oft vor wie ein ungezogenes Kind, das mit dem Unsinn erst aufhöre, wenn es auf die Finger bekommen habe. Er verwies auf die Feststellung des Patientenrates, dass überflüssige Medizin zu den größten Gefahren für die Patienten zählt. Zu den überflüssigsten Dingen in der Orthopädie in Deutschland zählt er die im internationalen Vergleich hohen Implantationszahlen der Endoprothetik, die nicht genügend kontrollierte Zulassung von Medizinprodukten und operative Behandlungsverfahren – er nannte das Beispiel Kyphoplastie –, die durchgeführt werden, obwohl die konservative Alternative erwiesenermaßen überlegen sei. Er kritisierte die hartnäckig fortbestehenden Mythen, dass Tun besser als Warten, neu besser als alt, technisch besser als manuell und teuer besser als billig sei. Er appellierte an die Ärzte, die Perspektive der Patienten einzunehmen und ihr Handeln streng evidenzbasiert auszurichten. „Mein Wunsch: Die Medizin soll endlich erwachsen werden.“

Zwischen Mangel und Schwemme

Prof. Dr. Bernd Kladny setzte sich in seinem Vortrag mit einem „Mythos“ auseinander: Seit der „Ärztenschwemme“ von 1995 bis zum Ärztemangel von 2016 ist die Zahl der Ärzte in Deutschland um 33 Prozent gestiegen. Die üppige Gesamtzahl wird allerdings von einer Reihe von Faktoren relativiert: Ärzte in nichtärztlicher Tätigkeit, reduzierte Arbeitszeiten, zunehmende Teilzeitarbeit einschließlich Elternzeiten, tatsächlicher Mangel und starke Überalterung in bestimmten Fächern. In Orthopädie und Unfallchirurgie gebe es für die nächsten 10-20 Jahre genügend Ärzte. In mancher Beziehung sei das Fach anderen voraus, so etwa bei der Zentrumsbildung. Da mit der demographischen Entwicklung aber die Krankheitslast im Bereich des Bewegungsapparats steigen werde, geht Prof. Kladny von einem wachsenden Bedarf an Fachärzten in diesem Bereich aus. „Wir müssen das Fach für Frauen attraktiver machen“, betonte er, „und auch für die anderen Prioritäten der Generation Y brauchen wir gute Antworten.“ Eine große Herausforderung bleibe die Weiterbildung, die das Fachwissen eines sehr breiten Fachgebiets bewältigen müsse. Eine zu frühe Superspezialisierung sei abzulehnen.

Die Kooperation zwischen Medizin und Industrie mit Blick auf die immer höheren Anforderungen an die Compliance war das Thema des Vortrags von Prof. Dr. Knaebel, Vorstandsvorsitzender von Aesculap. Als einen guten „Navigator“ zitierte er einen Ausspruch seiner Großmutter: „Es gibt Dinge, die tut man einfach nicht.“ Compliance sei keine Straßensperre, sondern eine Leitplanke. Ihre Grundsätze sei-



en in seinem Unternehmen schon vor der Einführung der gesetzlichen Vorgaben im Wertesystem verankert gewesen. Die Herausforderung bestehe darin, ihnen auch im vom ökonomischen Druck geprägten Alltag treu zu bleiben, ohne die „für den Erfolg nötige Körperspannung zu verlieren“. Prof. Knaebel rief dazu auf, die Balance in gemeinsamer Anstrengung zu finden. Einen guten Ansatz sieht er im Perspektivenwechsel bei der medizinisch-technischen Innovation. Der Fokus verschiebe sich auch für die Industrie vom Implantat zum Versorgungsprozess, zugleich würden die Interessen des Patienten zum wichtigsten Maßstab. Für diesen Wandel brauche es gute Ideen, und für diese wiederum den intensiven Austausch zwischen Medizin und Industrie. Mit einer ernsthaften Ausrichtung der jeweiligen Organisation an den Grundsätzen der Compliance, die auch nicht durch „kreative“ Maßnahmen in Drittländern ausgehebelt werden dürften, lasse sich die Herausforderung bewältigen.

Versorgungslandschaft

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann wies in seiner Einleitung zum Vortrag von Prof. Dr. Liener darauf hin, dass die Alterstraumatologie sehr spezifische Anforderungen stelle. Interdisziplinäre Zentren, die auch über geriatrisches und internistisches Know-how verfügen, seien darauf die richtige Antwort. Wichtig sei es, dort die Führungsrolle von Orthopädie und Unfallchirurgie zu bewahren. Prof. Liener wies darauf hin, dass Deutschland im europäischen Vergleich die höchste Rate osteoporotischer Frakturen habe und beschrieb die Osteoporose-Versorgung hierzulande als miserabel. Die demographische Entwicklung lasse eine weitere starke Zunahme der Altersfrakturen erwarten, bereits heute sei fast die Hälfte der Traumatikpatienten über 70 Jahre alt. „Wenn wir jetzt nichts tun, wird uns das aus der Hand genommen“, warnte der Referent. Es sei erwiesen, dass die Behandlung in spezialisierten Zentren die hohe Komplikationsrate bei dieser Patientenklientel signifikant senke. Mit dem zertifizierten Alterstraumazentrum DGU[®] und dem Alterstraumaregister habe die Fachgesellschaft die richtige Antwort gefunden. Prof. Liener beschrieb den Stand des Zertifizierungsprozesses und plädierte nachdrücklich für die in den Zentren praktizierte interdisziplinäre Versorgung.

Dr. Johannes Flechtenmacher, niedergelassener Orthopäde in Karlsruhe und Präsident des BVOU beantwortete die in seinem Vortragstitel gestellte Frage „Brauchen wir niedergelassene Fachärzte?“ mit einem klaren Ja. Er verwies auf die Tatsache, dass nur 20 Prozent der Patienten mit Koxarthrose innerhalb der ersten drei Jahre nach der Erstdiagnose eine Endoprothese erhalten. Die anderen 80 Prozent werden ambulant und konservativ behandelt. Das Versagen der konservativen Therapie gehöre zu den wichtigsten Auslösern für den operativen Eingriff. Schon deshalb müsse die konservative Orthopädie in der Ausbildung wieder einen höheren Stellenwert erhalten. Der Referent forderte eigene Lehrstühle für die konservative Orthopädie. Er wies auch darauf hin, dass die Arbeitsbedingungen in seinem Bereich stetig schlechter würden, die Vergütung sei auf den Stand von 1985 gesunken. Als positiven Aspekt nannte er die Möglichkeit der strukturierten Zusammenarbeit der



Sektoren in Baden-Württemberg auf der Grundlage von 73C-Verträgen nach SGB 5. So könnten die Niedergelassenen ihre spezielle Kompetenz einbringen, etwa in der korrekten langfristigen medikamentösen Behandlung, die auch die Komorbiditäten in Betracht ziehe.

DRG „grandios gescheitert“

In der sehr lebhaften Diskussion zum ersten Vortragsblock herrschte weitgehend Konsens, auch im Publikum, dass das DRG-System in Deutschland „grandios gescheitert“ sei. Das zeige unter anderem die aktuelle Absenkung der Vergütung für die primäre Hüftendoprothetik. Spezialisierte Zentren, die höchste Versorgungsqualität garantieren, werden nicht gefördert sondern durch Entzug von Mitteln bestraft. Mehrere Diskussionsteilnehmer erhoben Forderungen an die Bundespolitik, die in der Konsequenz auf die Schließung von Kliniken hinausliefen. Dietrich Monstadt (MdB) konterte erneut mit dem Hinweis auf die Beharrungskräfte in den Ländern und Kommunen, gegen die der Bund nichts ausrichten könne. Wenn eine sachlich gebotene Schließung gelingt, kann dies zudem zu unerwarteten Konsequenzen führen, betonte der Gesundheitspolitiker: Die AfD habe das Direktmandat in Wolgast (Mecklenburg-Vorpommern) nicht zuletzt wegen der Schließung der dortigen Gynäkologie gewonnen. Auf die Frage, warum das medizinisch Sinnvolle in den Gremien so häufig ins Hintertreffen gerate, antwortete Prof. Heller bündig: „Die Ärzte werden im GBA überstimmt.“

Rahmenbedingungen und Methoden

Die zweite Sitzung begann mit einem Referat von Prof. Dr. Klaus-Peter Günther über medizinische und nichtmedizinische Rahmenbedingungen für die Indikationsstellung zur Endoprothetik. Er wies auf eine Reihe interessanter Zahlen hin: Die Eurohip-Gruppe hat festgestellt, dass die Kombination von hohem Alter und weiblichen Geschlecht eine schlechte Prognose zur Folge hat; die relativ niedrigen Komplikationsraten in England hingen wohl auch mit der Tatsache zusammen, dass diese Patientengruppe dort seltener eine Endoprothese erhält. Überdurchschnittlich häufig wird dort hingegen bei gebildeten Patienten implantiert, das gleiche gilt in Deutschland für die reicheren Regionen. Zugleich ist hier die Zahl der Eingriffe umgekehrt proportional zur Zahl der niedergelassenen Orthopäden. Habe Deutschland bei den Implantationszahlen bis 2014 im Mittelfeld der entwickelten Länder gelegen, so gäbe seit 2015 einen starken Zuwachs, was an einem verstärkten Druck zur entsprechenden Indikationsstellung liegen könnte. Als mögliche Gründe nannte Prof. Günther unter anderem den DRG-Kellertreppeneffekt, den „chirurgischen Enthusiasmus“, der die Qualität der Ergebnisse im Vergleich zur Einschätzung der Patienten deutlich überbewerte sowie die ökonomische Orientierung der Chefärzte. In einer Umfrage nennen diese die Patientenzufriedenheit erst an zehnter Stelle, weit hinter wirtschaftlichen Motiven, während sie sich zugleich bewusst seien, an der



Überversorgung beteiligt zu sein. Er appellierte ans ärztliche Publikum: „Wir müssen uns an der öffentlichen Diskussion um Indikation und Priorisierung beteiligen.“

Priv.-Doz. Dr. Stefan Sauerland, der beim IQWiG das Ressort für nichtmedikamentöse Verfahren leitet, sprach über die Prüfung und Vergütung für neue Produkte und Methoden in der Endoprothetik. Er wies daraufhin, dass es mit Implantaten im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie kaum Probleme gebe, im Gegensatz etwa zur Kardiologie oder Neurologie. Sein Institut prüft die Innovationen auf Sicherheit, Leistungs- und Erstattungs-fähigkeit, während das IQTiG für die Qualitätssicherung zuständig ist. Er wies auf den grundlegenden Unterschied zwischen der CE-Zertifizierung und der Methodenbewertung hin. Die Zertifizierung bescheinige nur die Marktzulassung eines Produkts nach definierten Kriterien. Es sei die wissenschaftliche Methodenbewertung – möglichst in Studien mit hohem Evidenzgrad –, welche den Nutzen eines neuen Produkts oder Verfahrens belegen könne. Als Beispiel griff er das zuvor diskutierte Thema der Arthroskopie bei leichter Gonarthrose auf. Gäbe es etwa eine Studie, die eine Linderung durch Gelenkspiegelung beweist, könnte das „Arthroskopieverbot“ revidiert werden. Von der AE und ihren Mitgliedern wünschte er sich, dass sie sich nicht mit der Datenerhebung im EPRD begnügen. Wichtige Themen sollten auch in klinische Studien, möglichst kontrolliert und randomisiert, bearbeitet werden, um mehr evidenzgestützte Entscheidungen zu ermöglichen.

Qualitätsmaßnahmen

Dr. Holger Haas vermittelte dem Publikum einen detaillierten Blick auf die Haupt- und Nebenwirkungen der endoCert-Initiative. Ihr Ziel sei es, ein umfassendes Qualitätsmanagement zu fördern, das die lang- und kurzfristigen Ziele der endoprothetischen Versorgung aus Sicht des Patienten und der Gesellschaft in Übereinstimmung bringt. Zum 1. Dezember 2016 hatten 514 Kliniken eine Zertifizierung erhalten, darunter 142 als Zentren der Maximalversorgung. 38 befanden sich in laufenden Verfahren. Dieses sei jedoch keine Einbahnstraße, betonte Dr. Haas, denn mehr als hundert Kliniken hätten das Zertifizierungsverfahren abgebrochen, bei sechs war die Zertifizierung ausgesetzt, sieben Kliniken wurde sie entzogen. Die Zertifizierung sei keine reine Bestandsaufnahme, sondern entfalte verändernde Wirkung. Im Verlauf der Verfahren wurden über 2000 Abweichungen von den Voraussetzungen in den Kliniken behoben. Die Aufrechterhaltung des zertifizierten Status koste etwa 50.000 Euro im Jahr. Die Summe werde – neben der Werbewirkung des Zertifikats – durch die Risikominderung und eine feststellbare positive Auswirkung auf benachbarte Bereiche wie etwa die Traumaversorgung mindestens aufgewogen. Künftig sollen Indikationsstellung und Rehabilitation einbezogen werden.

Der globale Erfolg der Endoprothetik ändere nichts daran, dass eine ständige Überprüfung der Implantate, Methoden und der eigenen Arbeit nötig bleibe, befand Prof. Dr. Carsten Perka in seinem Vortrag über das deutsche Endoprothesenregister.



Unter anderem nannte er Haftungsfragen, steigende Ansprüche der Patienten und hohe Versagensraten bei einzelnen Implantaten als Gründe, sich der Mühe der Datenerfassung zu unterwerfen. „Probleme wie mit der Metall/Metall-Gleitpaarung lassen sich nur mit Registern frühzeitig erkennen.“ Das EPRD sei schon jetzt weltweit das Register mit den höchsten Fallzahlen und biete große Möglichkeiten für valide Ergebniskontrolle. Doch auch die Grenzen des Registers seien zu beachten: Der genaue Grund eines Implantatversagens sei anhand der Daten nicht zu isolieren; die Benchmark für eine erfolgreiche Methode sei eigentlich nur bei der primären Hüfte – 95 Prozent Überleben nach zehn Jahren – deutlich zu erkennen; wer wann eine Warnung aussprechen soll, bleibe vorerst eine offene Frage. Prof. Perka wies auch auf den beträchtlichen Dokumentationsaufwand hin und meinte, dass die Qualität der Dateneingabe nur durch eine gesonderte Vergütung zu sichern sei. Für echte Qualitätskontrolle sei die Betrachtung der einzelnen Klinik und des Operators unabdingbar. Er forderte mehr finanzielle und politische Unterstützung für das EPRD sowie eine verpflichtende Teilnahme.

Bei der Betrachtung der Qualitätsinitiativen aus der Perspektive eines Chefarztes goss Prof. Dr. Henning Windhagen zunächst etwas Wasser in den Wein: noch mehr Bürokratie, der Marketingeffekt der Zertifizierung bereits verpufft, viel Aufwand für den „Wahnsinn der Datenerhebung“, oft verbunden mit persönlichem Frust, und all das ohne angemessene Vergütung. Sein Fazit war trotz der skeptischen Einleitung positiv. Qualitätsmaßnahmen wie die Zertifizierung haben in seiner Klinik zur Verbesserung der Strukturqualität beigetragen und sich als disziplinierender Faktor erwiesen. Konkrete Verbesserungen lassen sich etwa bei der radiologischen Kontrolle der Implantatposition ablesen. Die Einhaltung der endoCert-Vorgaben führe zudem dazu, dass ein realistisches Bild der eigenen Ergebnisqualität entsteht. Der Status des Endoprothetikzentrums gebe der ärztlichen Leitung einen Hebel in die Hand, um der Geschäftsleitung Vorgaben zu machen. Er plädierte dafür, die Ergebnisse des betriebenen Aufwands noch besser zu nutzen, etwa indem die Maximal-EPZ ihre Daten vergleichen und austauschen. Er warnte jedoch vor einer undifferenzierten Betrachtung der Ergebnisqualität, wie sie in Öffentlichkeit und Politik – Stichwort ergebnisorientierte Vergütung – zurzeit vorherrschen. Ein solches Vorgehen führe unweigerlich zum medizinischen Rosinenpicken und einem erbarmungslosen ökonomischen Wettbewerb.

In der abschließenden Diskussion wurde mehrfach die Forderung wiederholt, Qualitätssicherungsmaßnahmen gesondert zu vergüten und die klinische Forschung ebenfalls finanziell zu stärken. Es gab eine breite Unterstützung sowohl für die endoCert-Initiative als auch für das EPRD. Die Anregung, auch Risikofaktoren im Register zu erfassen wurde vom Podium mit dem Hinweis auf den bereits jetzt sehr großen Dokumentationsaufwand beantwortet. Die Erfassung der Daten müsse im klinischen Alltag praktikabel bleiben.