

Eine Knie-TEP-Op pro Woche? Das ist zu wenig!

Herr Professor Heller, eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) ergab große Unterschiede in der Behandlungsqualität bei Kniegelenkersatz. Die besten Kliniken verzeichnen nur halb so hohe Komplikationsraten wie die Häuser im unteren Viertel der Bewertungsskala. Woraus resultiert aus Ihrer Sicht diese Differenz?

Ein Parameter ist die Zahl der Operationen. Höhere Op-Zahlen bedingen meist auch bessere Ergebnisse, was Ausnahmen aber zulässt. Abzulesen sind die Operationszahlen insbesondere aus den Qualitätsberichten der Klinik. Punkt zwei ist die Erfahrung des einzelnen Operateurs. Hier ist aber nicht unbedingt die Gesamtmenge der Klinik ausschlaggebend. Auch bei einer Mindestmenge von 50 Prothesen können sich diese Eingriffe auf zehn Ärzte verteilen, von denen keiner entsprechende Routine erlangt.

Ärzte mit weniger Praxis können sich weiterbilden...

... das passiert auch. Wir veranstalten im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE) viele Fortbildungen zum Thema Kniegelenk-Operationen. Es gibt Seminare, in denen wir praktische Tipps geben, Röntgenbilder auswerten, Fälle besprechen und Videovorführungen zeigen. Es wird teilweise auch in der Anatomie an Leichen geübt, Beinachsen werden vermessen, Prothesen verschiedener Hersteller werden vorgestellt.

Ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung ist das Gütesiegel EndoCert von der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik, dass – wie das QSR-System der AOK – das Niveau bei der Implantation künstlicher Gelenke misst. Kommt diese etwas andere Messmethode zu anderen Ergebnissen als das WiDO?

Zunächst sind AOK und EndoCert nicht unbedingt vergleichbar, die AOK beurteilt die postoperativen Ergebnisse im Sinne von Komplikationen oder Wiederholungsoperationen. EndoCert beurteilt neben der Fallmenge und den Röntgenergebnissen Struktur- und Prozessqualität. Die Aussagen sind jedoch ähnlich. Von 1100 Kliniken, die Endoprothetik anbieten, sind nur 499 EndoCert zertifiziert.

Der AOK-Bundesverband plädiert dafür, die Mindestzahl von jährlich 50 Operationen zu erhöhen. Wie beurteilen Sie diese Forderung?

Das kann ich nur unterstützen. 50 Operationen – eine pro Woche, das ist definitiv zu wenig. Zumal wir ja sehr unterschiedliche Implantate verwenden, die jeweils eigene Ansprüche an den Operateur stellen: Es gibt bikondyläre Oberflächenersatz-

Die Behandlungsqualität bei Knie-TEP hängt entscheidend von der Routine des Operateurs ab, meint Professor Karl-Dieter Heller. Warum der Orthopäde und Unfallchirurg gut einem Viertel der Patienten von der Op abrät.

Das Interview führte Frank Brunner



© ISSARA / STOCKADOBEE.COM

Die Praxis-Serie

Lesen Sie am 23. November:

Am 28. November findet wieder der „Tag der Krebsvorsorge“ statt, den die AOK gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft ausgerufen hat. Wir werfen einen Blick auf die letzte Entwicklung bei der Inanspruchnahme der Früherkennungs-Untersuchungen.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.

prothesen, Schlittenprothesen und Wechsellendoprothesen.

Wie lautet Ihr Vorschlag?

Mindestmengen für jede Variante. Beispielsweise wenigstens 70 Oberflächenersatzprothesen, 30 Schlitten, 20 Wechseloperationen. Am Ende sollte eine Klinik mindestens 120 dieser Operationen aus diesen drei Bereichen durchführen.

Wie viel Prothesen implantieren Sie und Ihre Kollegen?

Bei uns im Herzogin Elisabeth Hospital sind es jedes Jahr rund 2100 Endoprothesen, darunter 1000 Hüft- und 800 Kniegelenke, der Rest sind Wechseloperationen. Ich selbst führe jährlich über 600 Endoprothesen-Operationen durch.

Wie bewältigen Sie diese Patientenzahlen?

Es braucht gut organisierte Klinikstrukturen. Wichtig sind effiziente Abläufe. Früher beispielsweise lagen Endoprothesen-Patienten drei Wochen in unserer Klinik. Jetzt sind es drei bis sieben Tage. Wir nennen das Fast Track Surgery oder Enhanced Recovery – also schnelle, verbesserte Wiederherstellung mit einem klaren Ablaufschema, über das der Patient im Vorfeld bereits unterrichtet wird.

Leidet unter einem solchen Patientendurchlauf nicht ebenfalls die Qualität?

Im Gegenteil. Wir sparen Zeit, weil Patienten und Ärzte vor der Op sehr gut vorbereitet sind. Für Patienten organisieren wir im Vorfeld Informationsveranstaltungen. Jeder Schritt des stationären Aufenthaltes sowie der Op ist unter Wahrung der jeweiligen Individualität exakt geplant und vorgegeben. Zwei Stunden nach der Op wird aufgestanden. Schlafanzug oder Bademantel sind über Tag nicht gewünscht, hier ist bequeme Alltagskleidung angesagt. Das Motto lautet: „Sie sind nicht krank, Sie wurden nur operiert“. Jeder weiß, dass er nicht im Bett liegen, sondern sich bewegen soll.

Und wie bereiten sich die Operateure vor?

Die Operateure bereiten sich auf jeden Fall individuell vor, der Fall wird individuell geplant, wir haben verschiedene Prothesenmodelle vorrätig, so dass die jeweils Passende für den Patienten ausgesucht wird. Sollte sich in der Operation herausstellen, dass zum Beispiel das hintere Kreuzband oder ein Kollaterallband nicht funktionieren, so brauchen Sie ein sogenanntes modulares System, was in der gleichen Operation eine Anpassung ermöglicht.

Deutschland liegt bei den Kniegelenk-Op im OECD-Vergleich auf Platz vier. Wird hierzulande zu schnell operiert?

Ich formuliere es mal so: Die Indikation zur Implantation einer Knie-Endoprothese ist sehr individuell, kann auch zu großzügig oder zu ökonomisch gestellt werden und dies ist nicht sinnvoll.

Aber die Leitlinien beinhalten Kriterien, wann operiert werden sollte. Unter anderem erst dann, wenn alle nicht-operativen Maßnahmen erfolglos bleiben, die Schädigung im Röntgenbild klar erkennbar ist und Patienten unter monatelangen Schmerzen leiden. Sicher, es wird sich im Wesentlichen an den Leitlinien orientiert und die genannten Parameter sind zu fordern, aber diese sind nicht absolut verpflichtend, so dass einzelne Fälle mit geringeren Gelenkschäden indiziert werden. Manchmal verlangen Patienten ausdrücklich eine Op. Zu uns kommen oft junge Patienten mit mittelgradigen Befunden und moderaten Kniebeschwerden und denken, dass sie nach einer Art Wellness-Op wieder hundertprozentig fit sind. Fakt ist, ein künstliches Kniegelenk ersetzt dir zerstörten Strukturen, ist aber kein Jungbrunnen.

Wie reagieren Sie auf solche Patientenforderungen?

Wichtig ist es, zu hohe Erwartungen zu dämpfen. Etwa einem Viertel, die zu mir kommen, rate ich von einem Eingriff ab, weil es noch zu früh dafür ist. Zumal eine Op nicht völlig risikolos ist. Es kann zum Beispiel zu Vernarbungen im Knie kommen, die gravierende Probleme verursachen. Außerdem müssen Implantate nach rund 20 Jahren ausgetauscht werden, weil sie sich lockern. Diese Wechsel-Operationen sind komplikationsanfälliger als Erstimplantate. Bei einem 65-Jährigen ist die Wechselwahrscheinlichkeit geringer als bei einer 30-Jährigen.

Was sind Ihre Kriterien für eine gelungene Operation?

Für mich ist das Hauptkriterium die Zufriedenheit des Patienten. Das ist sehr unterschiedlich. Selbstverständlich kann ich mir nach einer Op die Knieachse anschauen, Beugefähigkeit und Streckfähigkeit beurteilen. Aber selbst, wenn alle Werte optimal sind, bedeutet das nicht automatisch glückliche Patienten.

Was sieht der Idealfall aus?

Wenn jemand auf meine Station kommt, vielleicht kaum noch oder sehr schlecht laufen kann, und nach der Op fröhlich über den Flur spaziert. Das ist toll und motiviert über alle Maßen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Prof. Karl-Dieter Heller ist Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Orthopädischen Klinik und Leiter des Endoprothetik-Zentrums der Maximalversorgung am Herzogin Elisabeth Hospital in Braunschweig.

Große Unterschiede bei der Qualität

Eine aktuelle WiDO-Analyse zeigt eine stark schwankende Qualität bei Knie-TEP-Operationen. Im kommenden Jahr sind weniger Kliniken behandlungsberechtigt.

Nach einer Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) kommt es bei durchschnittlich jeder 24. Operation (4,1 %) an einem Kniegelenk zu Komplikationen. Dabei existieren große Qualitätsunterschiede zwischen den einzelnen Kliniken. Diese Differenzen lassen sich anhand der Abrechnungsdaten von 137.000 AOK-Versicherten abbilden, denen Ärztinnen und Ärzte zwi-

schen 2019 und 2021 Knieprothesen implantiert haben.

Während in den besten Einrichtungen nur maximal 2,6 Prozent aller Op unerwünschte Nebenwirkungen hervorriefen, betrug dieser Wert in Krankenhäusern im unteren Viertel der Bewertungsskala 6,1 Prozent. Zu den Qualitätsindikatoren zählen chirurgische Komplikationen im Nachgang der Operation, beispielsweise Infektionen, Verlet-

zungen der Blutgefäße, Aufreißen der Operationswunde oder Lockerung des künstlichen Gelenks. Weitere Güteigenschaften sind die Zahlen zu ungeplanten Folgeoperationen und Sterbefällen nach Eingriffen. Die Wissenschaftler berücksichtigen zudem unterschiedliche Patienteneigenschaften wie Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen.

2023 waren bundesweit 938 Kliniken berechtigt, künstliche Kniegelenke einzusetzen. Notwendig dafür sind wenigstens 50 Operationen pro Jahr. Der Hintergrund: Seit 2019 legt der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Mindestmengen für Behandlungen mit besonders hohen Risiken für Patienten fest. Im Fachbereich Knie-Endoprothetik erreichten dieses Jahr 35 Kliniken nicht das Minimum. Deshalb dürfen 2024 nur noch 903 Spitäler diese Leistung anbieten. Professor Karl-Dieter Heller, Chefarzt der Orthopädischen Klinik und Leiter des Endoprothetik-Zentrums am Herzogin Elisabeth Hospital in Braunschweig, plädiert dafür, die Mindestanzahl von 50 Operationen deutlich anzuheben. „Am Ende sollte eine Klinik mindestens 120 dieser Operationen durchführen“, betont er (siehe Interview).

AOK fordert höhere Fallzahlen

Auch die AOK fordert eine Anhebung. Wissenschaftliche Studien zeigten, dass aus höheren Fallzahlen niedrigere Komplikationsraten resultierten und dies sei im Sinne der Patientensicherheit „absolut sinnvoll“, unterstreicht Jens Martin Hoyer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Hilfe bei der Krankenhausauswahl bietet der AOK-Gesundheitsnavigator, in dem Patienten die Resultate der einzelnen Kliniken einsehen könnten. Auf der Webseite finden Interessierte auch Ergebnisse von zwölf weiteren Operationen oder Therapien, darunter Appendektomie, Hüftgelenkersatz, Tonsillektomie/Tonsillotomie und Eingriffe am Herzen. (fb)

Den AOK-Gesundheitsnavigator erreichen Sie online unter: www.aok.de/gesundheitsnavigator

Die besten Kliniken für Kniegelenk-Op

Baden-Württemberg Arcus Klinik Pforzheim; Diakonie-Klinikum Stuttgart	DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover
Bayern Kliniken Hochfranken Münchberg / Naila; Orthopädische Fachklinik Schwarzach	Nordrhein-Westfalen St. Josef-Stift Sendenhorst; Klinikum Bielefeld Standorte Bielefeld Mitte, Bielefeld Rosenhöhe und Halle/Westfalen
Berlin Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau; Charité - Universitätsmedizin Berlin	Rheinland-Pfalz DRK Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg; St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus Ludwigshafen
Brandenburg Sana Kliniken Sommerfeld Kremmen; Krankenhaus Märkisch-Oderland Wriezen	Saarland Caritas-Krankenhaus Lebach; Universitätsklinikum des Saarlandes Homburg
Bremen Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen	Sachsen Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald in Neustadt; Paracelsus-Klinik Adorf/Schöneck
Hamburg ENDO-Klinik Hamburg	Sachsen-Anhalt Helios Bördeklinik Oschersleben; Helios Klinik Zerbst/Anhalt
Hessen ATOS Orthopädische Klinik Braunfels; Schön Klinik Lorsch	Schleswig-Holstein Klinik Manhagen; Schön Klinik Neustadt
Mecklenburg-Vorpommern Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum, -Standorte Altentreptow und Malchin; Westmecklenburg Klinikum Helene von Bülow Hagenow	Thüringen Waldkliniken Eisenberg; HELIOS Klinik Bleicherode
Niedersachsen Asklepios Harzlinik Bad Harzburg;	Fallzahlstärkste Kliniken je Bundesland mit überdurchschnittlichen QSR-Ergebnissen. Weitere Kliniken mit überdurchschnittlichen Ergebnissen unter www.aok.de/gesundheitsnavigator