

Kniegelenk-Arthroskopie

Ein Jahr nach dem Stopp*

Seitdem die Arthroskopie nicht mehr therapeutisch bei Gonarthrose eingesetzt wird, bleiben Patienten verärgert und ratlos zurück.



Foto: i Stockphoto

Seit rund einem Jahr können Ärzte bestimmte arthroskopische Verfahren zur Behandlung einer Gonarthrose nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen. Diese Änderung beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das Selbstverwaltungsgremium von Medizinern, Psychotherapeuten, Kliniken und Krankenkassen.

Zu den vom G-BA geprüften Verfahren bei Gonarthrose zählten die Gelenkspülung, die Abtragung der Gelenkschleimhaut, die Knorpelglättung und die Meniskusentfernung. Ziel einer therapeutischen Arthroskopie ist es, die Schmerzen zu lindern und die Beweglichkeit des Kniegelenks zu verbessern.

„Die Entscheidung zur Einschränkung der therapeutischen Arthroskopie war nicht nur überflüssig, sondern auch schlecht gemacht“, sagt Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Müller-Rath, erster Vorsitzender des Berufsverbandes für Arthroskopie (BVASK) ein Jahr danach. „Das Problem ist die fehlende Differenzierung in dem Beschluss, der die tatsächliche Versorgungsrealität nicht widerspiegelt.“ Bei dem Bewertungsverfahren ist der G-BA der Frage nachgegangen, inwieweit die arthroskopischen Verfahren bei Kniegelenk-Arthrose den behandelten Patienten wirklich nützen, also unter anderem, ob die Beschwerden nach der Behandlung geringer sind und wie groß das Risiko von Nebenwirkungen wie Infektionen ist.

Die Auswertung der wissenschaftlichen Studien habe ein eindeutiges Ergebnis erbracht: Für die untersuchten arthroskopischen Verfahren bei Gonarthrose habe im Vergleich zu Scheinoperationen oder einer Nichtbehandlung kein Nutzenbeleg gefunden werden können [1]. Das ist aber die Voraussetzung für die Aufnahme oder den Verbleib im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

Zugelassene Konstellationen

Es wurde jedoch auch klargestellt, dass es Konstellationen gibt, in denen die arthroskopischen Verfahren grundsätzlich weiterhin angewendet werden können. Unberührt vom Ausschluss aus dem Leistungskatalog sind arthroskopische Eingriffe, die aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist, durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass die beim Patienten bestehenden Symptome zuverlässig auf die genannten Veränderungen zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sind.

Müller-Rath kritisiert die Basis der Entscheidung, nämlich die dafür eingeschlossenen Studien: „Die Studien haben nie gezeigt, dass die Arthroskopie für den einzelnen Patienten keinen Nutzen hat. Es gibt durchaus Patienten, die davon

profitierten, nur in vielen Studien nicht mehr als durch eine Vergleichsintervention wie der Physiotherapie.“

Laut Müller-Rath hätte man die Studienlage durchaus zum Anlass nehmen können, die Indikation zur therapeutischen Arthroskopie bei Gonarthrose einzuschränken. Doch die Entscheidung sei zu eng gefasst worden. „Man hätte die therapeutische Arthroskopie als nachrangiges Verfahren zulassen können, wenn die erstrangigen Methoden wie Physiotherapie oder Injektionsbehandlungen keinen Erfolg gezeigt haben.“ Für Patienten, die noch länger eine Endoprothese vermeiden möchten, sei nun eine Behandlungsalternative weggefallen. „Die Befürchtung ist, dass Patienten mit Leidensdruck nun entweder weiter frustriert zum Beispiel mit Injektionen behandelt werden oder früher als nötig eine Prothese erhalten.“

Die Entscheidung des G-BA basiert auf einer von ihm in Auftrag gegebenen Bewertung [2] des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Darin wurden 11 Studien ausgewertet. In 5 dieser Studien wurde als Vergleich keine aktive Vergleichsintervention – also Scheinarthroskopie, diagnostische Arthroskopie oder keine zusätzliche Behandlung eingesetzt. In den restlichen Studien wurden als aktive Intervention die intraartikuläre Injektion von Glukokortikoiden oder Hyaluronsäure, die Lavage, die orale Gabe von NSAIDs oder

* Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus dem Deutschen Ärzteblatt 10-2017. Zitierweise: Dtsch Arztebl 2017; 114(10): A-472 / B-408 / C-398

Physiotherapie verglichen. Ausgenommen der intraartikulären Injektion von Glukokortikoiden, konnte für keinen Endpunkt „ein Anhaltspunkt für, Hinweis auf oder Beleg für einen Nutzen der therapeutischen Arthroskopie gezeigt werden.“ Der Nutzen galt damit als nicht belegt.

Gonarthrose als „Sammeltopf“

Doch auch Prof. Dr. med. Karl-Heinz Frosch, Leitender Arzt des Chirurgisch-Traumatologischen Zentrums der Asklepios Klinik St. Georg, sieht die zugrunde gelegten Studien kritisch: „Die Studienlage ist begrenzt. Zudem hätte in den Studien die Gonarthrose selbst sehr viel exakter beschrieben werden müssen, und welche Patienten von der Behandlung profitieren.“ Der Begriff Gonarthrose werde häufig auch für geringgradige, verschleißbedingte oder auch alterstypische Veränderungen verwendet. Die Gonarthrose sei häufig ein „Sammeltopf“ für verschiedene Indikationen gewesen und bedarf einer differenzierten Behandlung, dem werde die GBA-Entscheidung nicht gerecht.

Auch sei es problematisch, dass keine Begleitforschung angestoßen wurde. So könne man weder positive noch negative Effekte erkennen. Zudem war vor der Entscheidung auch nicht bekannt, wie viele therapeutische Arthroskopien bei Gonarthrose im Jahr genau durchgeführt werden.

„Im Großen und Ganzen hat sich im Behandlungsalltag nicht sehr viel durch die Entscheidung geändert“, erklärt Frosch. Bei einem Großteil der Patienten

mit Gonarthrose sei die arthroskopische Therapie ohnehin nicht angezeigt gewesen. Ob durch diese G-BA-Entscheidung wirklich Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden können, sei eher fraglich. „Doch dass die wenigen einzelnen Patienten, die profitieren können, durch das Raster fallen und ausgeschlossen werden, ist wirklich schade.“

Frosch nennt als Beispiel eine 29-jährige Patientin mit fortgeschrittener Gonarthrose nach Infekt, die er vor dem GBA-Beschluss behandelte. Sie bevorzugte nach intensiver Abwägung und Aufklärung eine Arthroskopie, da sie so lange wie möglich ohne Endoprothese auskommen wollte. Insgesamt erhielt sie 3 Arthroskopien und konnte so den Kniegelenkersatz circa 6 Jahre hinausschieben. „Das ist einer der wenigen Fälle, in denen der Eingriff sinnvoll war. Denn es macht schon einen Unterschied, ob man eine Endoprothese mit 29 oder mit 35 Jahren erhält“, sagt Frosch. Es komme zwar nicht so häufig vor, aber jeder kenne Fälle von Patienten aus dem letzten Jahr, die ratlos und verärgert zurückgelassen worden sind.

Müller-Rath vom BVASK sieht das Problem durchaus größer. „Es hat zu erheblichen Unsicherheiten unter den Kollegen geführt.“ Vor allem niedergelassene Ärzte fürchteten Regressansprüche. „Da es sich häufig um Mischsymptomatiken handelt, kann vor der Operation nicht immer zweifelsfrei sichergestellt werden, dass zum Beispiel der Meniskussschaden und nicht die Arthrose die Hauptursache der Beschwerden ist.“ Dann könne es im Extremfall dazu kommen, dass notwendige Operationen nicht durchgeführt werden. Daher haben die orthopädischen

und unfallchirurgischen Verbände eine Handlungsempfehlung [3] herausgegeben, in der das richtige Vorgehen beschrieben wird.

Exakte Eingrenzung nötig

„Der Arzt muss sehr genau den Unterschied zwischen Arthrose und nicht Arthrose erkennen“, erklärt Müller-Rath. Liegt keine Gonarthrose vor, können ohne Einschränkungen sämtliche arthroskopischen Eingriffe erbracht werden. „Die exakte Eingrenzung, welche Voraussetzungen für das Anbieten einer Selbstzahlerleistung gegeben sein müssen, ist nach meinem Verständnis eine Situation, in der weniger invasive Behandlungsalternativen ausgeschöpft sind und der Arzt in der Gesamtschau zu der Einschätzung kommt, dass eine Arthroskopie in dem speziellen Einzelfall medizinisch sinnvoll ist.“

Dustin Grunert

Literatur

1. Pressemitteilung: Arthroskopische Verfahren zur Behandlung der Kniegelenk-Arthrose aus GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen. www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/591/.
2. IQWiG-Kurzfassung zur Arthroskopie bei Gonarthrose. www.iqwig.de/download/N11-01_Kurzfassung_Abschlussbericht_Arthroskopie-des-Kniegelenks-bei-Gonarthrose.pdf.
3. Arthroskopie bei Gonarthrose – Eine Handlungsempfehlung für Ärztinnen und Ärzte. www.bvou.net/wp-content/uploads/2016/03/Handlungsempfehlung_Finale_310316.pdf.

Arthroskopie: Broschüre gibt Tipps zum Dokumentieren

Die Arthroskopie zählt zu den häufigsten orthopädischen Eingriffen. Jede zweite der mehr als 500 000 Gelenkspiegelungen jährlich erfolgt ambulant. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine neue Broschüre zur Arthroskopie von Knie und Schulter aufgelegt. Das 50-seitige Heft „Arthroskopie von Knie und Schulter“ ist in der Reihe „PraxisWissen Spezial“ erschienen. Darin werden zum Beispiel die häufigsten Fehlerquellen bei der Dokumentation von Arthroskopien des Knie- und Schultergelenks aufgegriffen. Zudem wird konkret gezeigt, wie diese vermieden werden können. Ärzte erhalten darüber hinaus Informationen zu rechtlichen Vorgaben und praktische Hinweise, wie sie Eingriffe nachvollziehbar dokumentieren können. Vertragsärzte dürfen nur dann Arthroskopien zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen, wenn sie bestimmte fachliche Anforderungen erfüllen und über ausrei-

chend praktische Erfahrung verfügen. Der Facharztstatus allein reicht nicht aus. Die KBV konnte zudem durchsetzen, dass auf lange Sicht ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur Arthroskopie eingeführt wird, damit in Praxen und Krankenhäusern die gleichen Qualitätsstandards gelten. Die Beanstandungsquoten bei den bundesweiten Stichprobenprüfungen sind im Vergleich zu anderen QS-Verfahren relativ hoch. Eine konkrete Fehleranalyse zeigt aber, dass ein großer Anteil davon auf eher formalen oder technischen Fehlern beruht, die im Grunde leicht zu beheben sind. Aus diesem Grund hat sich die KBV entschlossen, zusammen mit Experten für arthroskopische Chirurgie die vorliegende Broschüre zu entwickeln.

Quelle: www.kbv.de/media/sp/KBV_PraxisWissen_Arthroskopie_Knie_Schulter.pdf