

Schäden an der Bandscheibe – gute Behandlung mit und ohne Skalpell?

Ende Juni fand im Haus der Ärzteschaft die zweite Fortbildungsveranstaltung der Reihe „Indikationsqualität im Fokus“ des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) statt. Diesmal thematisierten Experten operative Eingriffe bei Bandscheibenschäden.

von **Dagmar M. David** und **Martina Levartz**

Rückenschmerzen sind in der Bevölkerung so verbreitet wie kaum ein anderes Leiden. Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems sind für fast ein Viertel der Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich, circa die Hälfte davon beruht auf Rückenbeschwerden – ein häufiger Grund sind Bandscheibenschäden [1]. Zudem sind die muskuloskelettalen Krankheiten schon heute anteilmäßig der größte Kostenfaktor im Gesundheitswesen – vermutlich mit steigender Tendenz. Denn jetzt kommt die sogenannte „Baby-Boomer-Generation“ in das Alter, in welchem diese Krankheiten oder Schäden des Bewegungsapparates in Erscheinung treten.

Durch Schlagzeilen wie „Operationswut der Ärzte“ stehen Ärztinnen und Ärzte immer wieder in der Kritik; es werde zu viel oder sogar zum Teil auch unnötig operiert. Aus diesem Grund hat das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), als Einrichtung von Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, mit der Fortbildungsreihe „Indikationsqualität im Fokus“ ein Diskussionsforum geschaffen, welches die oftmals behauptete Indikationsausweitung bei invasiven Eingriffen differenzierter betrachtet. Ende Juni nahm das IQN nun Eingriffe an der Bandscheibe unter die Lupe. Einerseits sollen diese Veranstaltungen dazu beitragen, besser zu verstehen, wie aussagekräftig die Zahlen zu Morbidität und Eingriffshäufigkeiten im Rheinland sind – aber auch wie die Zahlen einzuordnen sind, die so oft zum Vergleich aus anderen Ländern

herangezogen werden. Nur so kann die Grundlage für eine sachliche Diskussion über mögliche Fehlentwicklungen gelegt werden.

Andererseits sollen die Veranstaltungen auch dazu dienen, zu analysieren, welche unterschiedlichen Faktoren die jeweilige Indikationsstellung beeinflussen. Schon bei der ersten Veranstaltung im Jahr 2015 zum Thema „Coxarthrose und Gonarthrose – wann ist ein Gelenkeingriff an Hüfte oder Knie indiziert?“ stellte sich heraus, dass regionale Unterschiede, die in der Öffentlichkeit als Zeichen für massive Fehlversorgung dargestellt wurden, grundsätzlich nicht als Qualitätsmangel gedeutet werden können, sondern durch verschiedenste Effekte, wie die demographische Entwicklung oder medizintechnische Möglichkeiten, zustandekommen. Insbesondere die individuellen Patientenfaktoren haben dabei einen entscheidenden Einfluss auf die Indikationsstellung (zum Beispiel die Schmerztoleranz, soziale Situation und Lebenssituation, persönliche Erwartungen und der Anspruch an Beweglichkeit und Lebensqualität).

Wann muss operiert werden?

Der medizinische Begriff der ‚Indikation‘ steht grundsätzlich dafür, welche medizinische Maßnahme bei einem bestimmten Krankheitsbild angebracht ist und nach derzeitigen Stand des Wissens und den Möglichkeiten zum Einsatz kommen sollte. Die Indikation zu einem Therapieverfahren oder medizinischem Eingriff ist aber von vielen Faktoren abhängig. Hier hat die sorgfältige Aufklärung des Patienten, dessen individuelle Lebenssituation und persönliche Entscheidung eine besondere Bedeutung. Entsprechend gibt es so etwas wie eine „absolute“ Indikation für einen medizinischen Eingriff oder eine Handlung praktisch nicht, sagte Professor Dr. Alfred Simon von der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen.

Für die Indikationsstellung bilden nicht nur die jeweils medizinisch-fachlichen Aspekte (die Fähigkeiten und Möglich-

keiten), sondern auch die Individualität der Patientinnen und Patienten und deren Einwilligung die Grundlage. Nur aus diesem Zusammenspiel lasse sich gemeinsam ein Behandlungsziel vereinbaren. Dazu bedarf es einer umfassenden Aufklärung über sämtliche, für die Einwilligung wesentlichen Umstände, inklusive der Alternativen, damit die Tragweite der verschiedenen Optionen abgewogen werden kann und realistische Erwartungen an das Behandlungsergebnis gestellt werden.

Der Patient müsse darauf vertrauen können, dass der Arzt seinem Patienten nur solche Maßnahmen vorschlägt, die auf das individuelle Wohl des Patienten gerichtet sind, so Simon. Alles andere würde das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu einem reinen Dienstverhältnis reduzieren und den Kern ärztlicher Tätigkeit beschädigen.

Professor Dr. Dieter König, Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik für Orthopädie in Viersen, stellte dar, dass nur wenige Verläufe für eine (sofortige) Operation sprechen. Eine „absolute“ Indikation in diesem Sinne stellen eine Conus-Cauda-Symptomatik, höhergradige neurologische Defizite beziehungsweise konservativ therapieresistente Beschwerden dar, die einem Bandscheibenvorfall sicher zugeordnet werden können.

Die viel häufigeren Situationen im klinischen Alltag bedürfen aber einer sorgfältigen Differenzialdiagnostik mit einer neurologischen Basisuntersuchung, um gefährliche Verläufe rechtzeitig herauszufiltern und für die anderen Erkrankungssituationen die verfügbaren Behandlungsoptionen abwägen zu können. Eine Bildgebung gehört zunächst hingegen nicht zwingend dazu. Im Rahmen der AWMF-Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ hat die Fachgesellschaft der Orthopäden und Unfallchirurgen die evidenzbasierte Negativempfehlung gegeben, in den ersten sechs Wochen bei (unkomplizierten) Kreuzschmerzen keine Bildgebung durchzuführen.

Ärzttekammerpräsident Henke wertet die „Klug-entscheiden-Empfehlungen“, auch „choosing wisely“ genannt, als gutes me-

thodisches Mittel, das helfen kann, gemeinsam mit dem Patienten gute therapeutische Entscheidungen zu treffen. Er zitierte den britischen Neurochirurgen Henry Marsh, der einmal gesagt hat: „Es dauert drei Monate zu lernen, wie eine Operation geht, drei Jahre zu lernen, wann man sie durchführen sollte und 30 Jahre zu lernen, wann man sie nicht machen sollte.“

Der „unkomplizierte“ Kreuzschmerz

Bei unkomplizierten Kreuzschmerzen sollten Patientinnen und Patienten über die „Harmlosigkeit“ des Schmerzes aufgeklärt werden und – soweit möglich – zur Beibehaltung täglicher Aktivitäten motiviert werden. Studien [2] haben gezeigt, dass entgegen landläufiger Meinung Immobilisation (Bettruhe) bei akuten Rückenschmerzen eher zu einer Verlängerung der Beschwerdesymptomatik führt. Schonung in Kombination mit Physikalischer Therapie beziehungsweise Krankengymnastik ist ebenfalls einer regelmäßigen Information über die Harmlosigkeit der Erkrankung in Kombination mit einer Anleitung zur normalen körperlichen Aktivität unterlegen [3]. Unterstützt werden kann das Vorgehen mit einer angepassten Schmerzmedikation. Bei Bedarf kann die Behandlung beispielsweise um eine Infiltrations- oder Chirotherapie oder Akkupunktur ergänzt werden. Erst nach erfolgloser Ausschöpfung der konservativen Therapieoptionen und anhaltenden Beschwerden sollte über eine operative Lösung nachgedacht werden. Das Bedürfnis vieler Patienten, möglichst schnell wieder beweglich und arbeitsfähig zu sein, lasse manche Patienten aber leider schon frühzeitig zu einem operativen Eingriff tendieren.

Die Vergütung konservativer Maßnahmen im Vergleich zu operativen Eingriffen sei zu überdenken, sagte König. Solange konservative Maßnahmen – auch an ihrem Aufwand gemessen – deutlich

„It is often said it takes three months to learn how to do an operation, three years to learn when to do it, and 30 years to learn when not to do it.“

Henry Marsh, Britischer Neurochirurg

schlechter bezahlt und nur nach umfangreicher Begründung von den Kassen übernommen werden, müsse man mit Fehlreizen rechnen. Dabei dürfe für die Indikationsstellung nur das Wohl des jeweiligen Patienten ausschlaggebend sein.

Eingriffszahlen

Seit 2011 sinken die Eingriffszahlen an den Bandscheiben, wie Frau Professor Dr. Saskia E. Drösler von der Hochschule Niederrhein ausführte. Gravierende regionale Unterschiede können Hinweise auf eine regionale Unter- oder Überversorgung geben, allerdings ist auch zu beachten, dass die zum Teil aufgeführten deutlichen Unterschiede in der Operationshäufigkeit einzelner Regionen auf Zufallsstreuung bei kleinen Bevölkerungszahlen einer Region beruhen können. Manche sehr hohen

Vorgehen bei Kreuzschmerzen

1. Unterscheidung unkomplizierter Kreuzschmerz vom radikulären/komplizierten Kreuzschmerz
2. Vermeidung längerer Immobilisation und körperlicher Schonung
3. Keine Überbewertung bildgebender Verfahren (Stigmatisierung der Patienten)
4. Multimodales Therapiekonzept bei chronischem Kreuzschmerz
5. Physiotherapie zur Haltungs- und Bewegungskorrektur – nicht zur Dauertherapie
6. Bei neurologischem Defizit frühzeitig OP-Indikation klären

Quelle: Professor Dr. Dietmar König, Vortrag der IQN-Veranstaltung „Indikationsqualität im Fokus“ am 29. Juni 2016, Düsseldorf

Schwankungen in einzelnen Bundesländern aber sind vereinzelt nur schwer zu erklären. NRW ist unter diesem Aspekt betrachtet eher unauffällig.

Professor Dr. Matthias Schrappe, Lehrbeauftragter im Bereich Patientensicherheit und Risikomanagement an der Universität zu Köln, verwies auf einen weiteren Aspekt, der die Indikationsstellung beeinflusse: Ärztinnen und Ärzten werde in ihrer Aus- und Weiterbildung ein bestimmtes Vorgehen und Verhalten beigebracht und vorgelebt. Anstatt der routinemäßigen Durchführung einer gezielten und sorgfältigen Anamnese und einer gewissenhaften körperlichen Untersuchung werde teilweise vermittelt, dass technische Verfahren in der Diagnostik und ein operativer Therapieansatz Mittel der Wahl seien. Die Frage der Angemessenheit der Leistung müsse jeden Untersuchungsschritt und jeden medizinischen Eingriff begleiten, so Schrappe.

Kammerpräsident Henke erinnerte bei der Veranstaltung auch an das, was helfen kann, langwierige Behandlungen, seien sie konservativ oder operativ, von vorneherein zu vermeiden: „Wir als Ärzteschaft sollten daher gerade auch der Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Bereich immer eine große Aufmerksamkeit schenken und die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten als wichtiges ärztliches Anliegen begreifen.“

Dr. med. Dagmar M. David, MPH, ist Referentin im Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), **Dr. med. Martina Levertz, MPH**, ist Geschäftsführerin des Instituts.

Fußnoten

- [1] Quelle: Präventionskampagne „Denk an mich. Ein Rücken“ (Träger: UK/BG, SVLFG und Knappschaft)
- [2] Malmivaara et al. 1995 und Waddell et al. 1997
- [3] Indahl et al. 1995

**WIR HÖREN NICHT AUF ZU HELFEN.
HÖREN SIE NICHT AUF ZU SPENDEN.**

Leben retten ist unser Dauerauftrag: 365 Tage im Jahr, 24 Stunden täglich, weltweit. Um in Kriegsgebieten oder nach Naturkatastrophen schnell und effektiv handeln zu können, brauchen wir Ihre Hilfe. Unterstützen Sie uns langfristig: Werden Sie Dauerspender.

www.aerzte-ohne-grenzen.de/dauerspende
Spendenkonto • Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00 • BIC: BFSWDE33XXX

